

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Gabriela Hadrabová

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Vévoda, Ph.D.

Olomouc 2020

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 26. června 2020

podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. za metodické vedení, cenné rady, podnětné připomínky a pomoc se statistickými výpočty při zpracování této diplomové práce. Dále Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. za umožnění použití specifického dotazníku QOL – GRAV a všem, kteří se ochotně zapojili do výzkumného šetření a v neposlední řadě také děkuji mé rodině a přátelům za podporu během celého studia.

ANOTACE

| | |
|----------------------|---|
| Typ závěrečné práce: | Diplomová práce |
| Téma práce: | Kvalita života žen v průběhu fyziologického těhotenství |
| Název práce: | Kvalita života žen v průběhu fyziologického těhotenství |
| Název práce v AJ: | Quality of life during physiology pregnancy |
| Datum zadání: | 2019-09-19 |
| Datum odevzdání: | 2020-06-26 |

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Hadrabová Gabriela

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Vévoda, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Úvod: Přehledová diplomová práce se zabývá problematikou kvality života žen v průběhu fyziologického těhotenství.

Cíl: Zaměřit se na kvalitu života žen v průběhu fyziologického těhotenství a sumarizovat aktuální informace zabývající se touto problematikou

Metoda: V práci byl zvolen kvantitativní výzkumný přístup. Sběr dat probíhal pomocí specifického dotzníků QOL - GRAV, který obsahuje 9 otázek. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 54 těhotných žen. Předpokladem pro zařazení do výzkumu bylo fyziologické těhotenství a vyplnění dotazníku ve všech trimestrech, abychom zachytili případné rozdíly mezi trimestry a nebylo to ovlivňováno dalšími faktory, které by plynuly v případě rozdílných skupin žen. Údaje byly analyzované pomocí statistických metod zvolených dle typu a vztahu jednotlivých proměnných. Hladina významnosti byla stanovena na 5 %.

Výsledky: Kvalita života během fyziologického těhotenství našich respondentek se ukázala především jako velmi dobrá a výborná. Nejvyšší kvality života dosahovaly těhotné ženy během 2. trimestru, nejnižší naopak ve 3. trimestru, mezi těmito trimestry jsme zaznamenaly statisticky významný rozdíl v celkové kvalitě života ($p < 0,001$). Jako nejrizikovější oblasti kvality života se ukázaly tělesné změny způsobující omezení a omezení fyzické aktivity. Sociální oblast byla v našem souboru nejstabilnější oblastí. Signifikantní rozdíl ($p < 0,001$) v QOL jsme zaznamenali u skupiny žen s plánovaným těhotenstvím, které vykazovaly vyšší kvalitu oproti ženám s neplánovanou graviditou. U žen trpících nauzeou a zvracením v 1. trimestru jsme neprokázaly jasný vliv na celkovou QOL, avšak vliv na konkrétní položky omezení kvůli fyzickým změnám v těhotenství a omezení fyzické aktivity se potvrdil. Rozdíly v kvalitě života ve vztahu k paritě či rodinnému stavu jsme na základě statistického testování neprokázaly.

Závěr: Posuzování kvality života má především význam z hlediska včasných preventivních, které by měly napomáhat k zvyšování kvality péče o těhotné ženy, poskytování účinné podpory zdraví, pohody těhotných žen i celkové kvality života v průběhu těhotenství. Sociální podpora a informovanost jsou důležitými faktory ovlivňující kvalitu života žen během těhotenství.

Abstrakt v AJ:

Introduction: The thesis deals with the issue of quality of life of women during physiological pregnancy.

Objective: The aim of this study was to focus on women's quality of life during physiological pregnancy and summarise current information regarding this issue.

Method: A quantitative research approach was chosen for this work. Data collection was carried out by the standardised questionnaire QOL-GRAV, which contains 9 questions. 54 Czech pregnant women were included in the this research. The precondition for inclusion in the research was physiological pregnancy and completion of a questionnaire in all trimesters to capture a differences between trimesters and in the same time to not be influenced by other factors that could occur in different groups of pregnant women. The data were analyzed by using statistical methods selected according to the type and relationship of individual variables. The significance level was set at 5%.

Results: The quality of life during the physiological pregnancy of our respondents proved to be very good and excellent. The highest quality of life was achieved by pregnant women during the 2nd trimester and the lowest in the 3rd trimester of pregnancy. Between these trimesters we recorded a statistically significant difference in the quality of life ($p < 0.001$). The most risky areas of quality of life were physical changes and limitation of physical activity. The social area was the most stable area in our group. We also recorded a significant difference ($p < 0.001$) in QOL within the group of women with planned pregnancies, which showed a higher quality compared to women with unplanned pregnancies. Statistical testing in this research did not find out a clear effect on the QOL by women with nausea and vomiting in the first trimester, but the effect on specific items of the QOL - GRAV due to physical changes in pregnancy and a restriction of physical activity was confirmed. Results of this research did not show differences in the quality of life in relation to parity or marital status based on statistical testing.

Conclusion: Assessing the quality of life is especially important in terms of early prevention, to help improve the quality of care for pregnant women, provide effective support for their health, well-being and to support a good quality of life during pregnancy. Social support and awareness are important factors that can influence the quality of life for women during pregnancy.

Klíčová slova v ČJ: Kvalita života, QOL, HRQOL, těhotenství

Klíčová slova v AJ: Quality of life, QOL, HRQOL, pregnancy

Rozsah: 103 stran/14 příloh

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 8 |
| 1. Popis rešeršní strategie..... | 10 |
| 2. Kvalita života..... | 12 |
| 2.1. Pojem kvalita života..... | 12 |
| 2.2. Vývoj termínu kvalita života..... | 14 |
| 3. Kvalita života ve zdravotnictví..... | 16 |
| 3.1. Měření kvality života..... | 18 |
| 3.2. Měření kvality života v souvislosti s těhotenstvím..... | 20 |
| 3.3. QOL – GRAV..... | 22 |
| 4. Změny během těhotenství..... | 23 |
| 4.1. Změny mateřského organismu..... | 23 |
| 4.2. Změny psychologické..... | 28 |
| 5. Prenatální péče..... | 34 |
| 6. Role porodních asistentek v oblasti kvality života žen v průběhu fyziologického těhotenství | 36 |
| Praktická část..... | 37 |
| 7. Metodika práce..... | 38 |
| 7.1. Popis výzkumného šetření..... | 38 |
| 7.2. Charakteristika výzkumného souboru..... | 38 |
| 7.3. Metoda zpracování dat..... | 39 |
| 8. Vyhodnocení dotazníku..... | 41 |
| 8.1. Demografické údaje..... | 41 |
| 8.2. Položky QOL - GRAV..... | 46 |
| 8.4. Porovnávání vlivu vybraných demografických faktorů na QOL..... | 60 |
| 9. Ověření platnosti hypotéz..... | 62 |
| Diskuze..... | 68 |
| Závěr..... | 71 |
| Referenční seznam zdrojů..... | 73 |
| Seznam zkratk..... | 79 |
| Seznam tabulek..... | 80 |
| Seznam grafů..... | 81 |
| Seznam příloh..... | 82 |

Úvod

Problematicke kvality života žen v průběhu fyziologického těhotenství doposud nebylo u nás věnováno příliš pozornosti a stejně tak i v zahraničí (Vachková, 2014, s. 8).

Pozornost badatelů se více soustředila na obtíže, problematické až patologické stavy spojené s těhotenství a následnému zkoumání, do jaké míry negativně ovlivňují kvalitu života těhotných žen (Vachková, Mareš, 2012 s. 287).

Těhotenství přináší fyziologické, anatomické a biochemické změny v ženském těle v průběhu celého těhotenství. Tyto změny a jejich interakce s určitými faktory mohou nepříznivě ovlivnit zdraví žen po celou dobu těhotenství, i když netrpí žádným zdravotním nebo psychickým onemocněním. To následně může ovlivňovat běžné denní činnosti těhotné ženy a současně i kvalitu života (Ghadeer Alzboon, Gülsen Vural, 2019, s.1). Calou a kolektiv uvádí, že jen málo žen prožije těhotenství a porod, aniž by narazilo na skutečné nebo potenciální problémy.

Prenatální období by mělo být časem přípravy ženy na porod a mateřství. Předporodní péče poskytuje základní pomoc ženám, umožňuje pravidelné sledování, které nejen odhaluje poruchy fyzického zdraví, ale také poskytuje rozšířenou péči, dále podporuje rozvoj nové role matky. Je nezbytné zaměřit se na kvalitu života matek v tomto období, protože jedním z cílů prenatální péče je podpora a povzbuzení zdravé psychosociální adaptace, věnování se sociologickým aspektům a vlivy, které může těhotenství přinášet (Calou a kol, 2014, s. 2376).

Identifikace charakteristik zdravých těhotných žen se špatnou QOL přispívá ke zvyšování znalostí zdravotnických pracovníků a pomáhá jim tak poskytovat účinnou, přiměřenou a holistickou péči. Výsledky měření kvality života žen mohou sloužit jako cenné podklady, které se uplatní nejen při navrhování účinných programů na podporu zdraví a vzdělávání (Ghadeer Alzboon, Gülsen Vural, 2019, s. 2).

Cílem diplomové práce bylo se zaměřit na kvalitu života žen v průběhu fyziologického těhotenství a sumarizovat aktuální informace zabývající se touto problematikou.

Cíl práce byl specifikován v následujících dílčích cílech:

Cíl 1: Zjistit kvalitu života respondentek s fyziologickým těhotenstvím

Cíl 2: Porovnat kvalitu života žen během jednotlivých trimestrů

Cíl 3: Vyhodnotit vliv vybraných demografických údajů na kvalitu života žen s fyziologickým těhotenstvím

Hypotézy

H1: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života u stejné skupiny žen s fyziologickým těhotenstvím během jednotlivých trimestrů.

H2: Těhotné ženy uvádějící v 1. trimestru nauzeu, zvracení, či obojí, vykazují nižší kvalitu života ve srovnání se skupinou žen, které tyto problémy neuvádí.

H3: Těhotné ženy mají nižší kvalitu života ve 3. trimestru v porovnání s 2. trimestrem.

H4: Ženy s plánovaným těhotenstvím mají vyšší kvalitu života oproti ženám, které těhotenství neplánovaly.

Vstupní studijní literatura:

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PROCHÁZKA, Martin, Radovan PILKA, Štěpánka BUBENÍKOVÁ, et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED- Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.

1. Popis rešeršní strategie

Algoritmus rešeršní činnosti



Vyhledávací kritéria

Klíčová slova v ČJ: Kvalita života, HRQoL, WHOQOL-BREF, QOL – GRAV, těhotenství, gravidita

Klíčová slova v AJ: Quality of life, Health-Related Quality of Life, WHOQOL-BREF, QOL – GRAV, pregnancy, gravidity

Jazyk: český, anglický, slovenský

Období: 2000 - 2020



Databáze

PubMed, Medvik, EBSCO, GoogleScholar



Nalezeno: 116 článků



Vyřuzující kritéria

- duplicitní články
- články, které nesplnily kritéria, pro zadané cíle bakalářské práce



Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů

| | |
|---|---------------------------------------|
| Acta Obstet Gynecol Scand | J Gen Intern Med |
| Am J Obstet Gynecol | J Nurs Scholarsh |
| Annals of King Edward Medical University | J Pak Med Assoc - 2 |
| Applied Research Quality Life | Kontakt - 2 |
| Arch Womens Ment Health | Maternal and Child Health Journal - 2 |
| Arq Gastroenterol | Medicina |
| BMC Pregnancy Childbirth | Medicine (Baltimore) |
| Clinical Therapeutics | Ošetrovatel'stvo |
| Contraception | Ošetrovatel'ství a porodní asistence |
| Časopis lékařů českých | Plastic and Reconstructive Surgery |
| Gynekologie po promoci | Praktický lékař |
| Health | Public Health |
| International Journal of Nursing Practice | Women's Health Bulletin |
| Iranian Red Crescent medical journal | Women's Health Issues |
| J Coll Physicians Surg Pak | |



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito dohledaných článků 32,
8 odborných knih, 1 disertační práce, 1 doporučený postup a 1 zákon

2. Kvalita života

2. 1. Pojem kvalita života

Kvalita života je obtížně definovatelný pojem, jelikož zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí. V souvislosti s tímto pojmem se setkáváme s dalšími pojmy, které se snaží kvalitu života popsat jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněnou, multiúrovňovou a multidisciplinární s vysokou mírou komplexnosti. Koncept kvality života doposud nemá všeobecně akceptovanou definici (Gurková, 2011 s. 23).

Hnilicová to vysvětluje tím, že se o kvalitě života hovoří v různých souvislostech a zároveň i v mnoha vědních disciplínách, proto je těžké najít jednotnou názorovou shodu (Hnilicová a Bencko, 2005, s. 657).

Mareš uvádí mezi příklady sfér použití toho to pojmu nejen ekonomii, politologii, filozofii, teologii, sociologii, ošetrovatelství atd., ale i obory stavebnictví a dopravy, které ovlivňují prostředí pro život (Mareš, 2006, s. 11). Gurková dodává, že tato oborová různorodost a následně jejich úhly pohledu či teoretické vymezení pojmu, přináší rozdílné vnímání i možnosti zkoumání (Gurková, 2011, s.23). Dle Hnilicové a Bencka je kvalita chápána jako výsledek interakce různých faktorů (např.: sociální, zdravotní, ekonomické, environmentální...) jejichž vzájemné kumulativní působení je často neznámé či neprobádané. Tím ovlivňují lidský rozvoj jak na úrovni jednotlivců, tak i společností. Obecně lze zjednodušeně konstatovat, že v rámci veškerých přístupů má koncept dvě hlavní dimenze – subjektivní a objektivní.

Zatímco objektivní kvalitou rozumíme splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Subjektivní kvalita života je tvořena odrazem emocionality a všeobecné spokojenosti se životem (Hnilicová a Bencko, 2005, s. 657) často označované jako „subjective well – being“ (SWB) (Hnilica, 2005, s. 415). Stále není zcela jisté, jak tyto dvě dimenze spolu souvisí, čímž se následně i odráží na nejasnosti v podobě měření kvality života. Avšak Hnilicová a Bencko předpokládají, že vztah těmito dimenzemi je zprostředkován očekáváním, tedy jakýmsi vnímáním vlastní kvality života, kde hraje důležitou roli idealizovaná představa o sobě samém a svém životě (Hnilicová a Bencko, 2005, s. 657). Vztah mezi subjektivní a objektivní kvalitou života vystihuje matice dle Zapfa (tab. 1) (Gurková, 2011, s.58).

Tab. 1: Kombinace životních podmínek a jejich subjektivního ohodnocení (zpracováno dle Zapfa, 1984, citováno podle Venhovea 2004, s. 4, in Gurková, 2011, s.58)

| Objektivní životní podmínky | Subjektivní ohodnocení životních podmínek | |
|-----------------------------|---|-----------|
| | pozitivní | Negativní |
| Dobré životní podmínky | pohoda | Disonance |
| Špatné životní podmínky | adaptace | Deprivace |

(In: in Gurková, 2011, s.58)

K prvním pokusům komplexně definovat kvalitu života patří pěti doménový model dle Flanagana (viz tab. 2) (Hnilicová a Bencko, 2005, s. 657).

Tab. 2: Model dle Flanagana

| Doména | |
|---|---|
| 1. Fyzické a materiální bytí | materiální dostatek, finanční zabezpečení, fyzické zdraví a bezpečí |
| 2. Vztahy s druhými lidmi | s partnerem nebo partnerkou, s dětmi, rodiči a s ostatními příbuznými a přáteli |
| 3. Sociální začlenění a občanské aktivity | pomoc druhým, participace na komunitním životě, zapojení do veřejné práce |
| 4. Osobní rozvoj a naplnění | intelektuální rozvoj, pracovní uplatnění, kreativita a osobnostní vyjádření |
| 5. Rekreační a volnočasové aktivity | společenský život, pasivní a observační rekreační aktivity, aktivní účast |

(In Hnilicová a Bencko, 2005, s. 657)

(vnímání vlastní pozice v kontextu své kultury, hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám i obavám (Vaďurová, Mühlpachr, 2005 s. 11).)

Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu vymezuje kvalitu života jako stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života. Možnosti přichází

v podobě příležitostí a omezení, které má každý jedinec ve svém životě a jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. V této souvislosti se můžeme setkat s termínem „Užívání si“ (z anglického slova enjoyment), který má dva komponenty a to zážitek spokojenosti a dosažení určitého naplnění v rozhodujících životních oblastech. Jako důležité životní domény Hnilicová a Bencko udávají:

- **Being** – bytí, chápané jako souhrn podstatných charakteristik daného člověka, obsahující tři subdomény: fyzické bytí (např.: fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, tělesný pohyb...), psychologické bytí (psychologické zdraví, cítění, sebeúcta, sebekontrola...) a spirituální bytí (osobní hodnoty, přesvědčení a víra)
- **Belonging** - patřit někam, neboli napojení na vlastní prostředí, které je také děleno na tři subdomény: fyzické napojení (k domovu, pracovišti nebo škole, sousedství, komunitě), užší sociální napojení (rodina, přátelé, kolegové, sousedé...), napojení na širší prostředí-komunitu (prostřednictvím pracovních příležitostí, adekvátních finančních příjmů, vzdělávacích či rekreačních možností, zdravotní/ sociální péče).
- **Becoming** - realizovat se, dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací, docílených praktickým uskutečňováním (domácích aktivit, placené práce, školních/ zájmových aktivit, péče o zdraví a sociálního začleňování), relaxačními aktivitami a uskutečňováním růstu (zlepšování znalostí, dovedností, adaptace na změny...).

Jelikož hodnocení kvality života v jednotlivých oblastech a suboblastech je podmíněno jejich individuální důležitostí a jejich využíváním, proto je skutečná kvalita života dána osobním výnamem jednotlivých dimenzí a rozsahem jejich naplňování u konkrétního jedince (Hnilicová a Bencko, 2005, s. 657).

2.2. Vývoj termínu kvalita života

S tímto termínem se setkáváme stále častěji, i když se stal centrem zájmu relativně nedávno.

Jako začátek většího zájmu, o tento pojem mezi různými vědními obory, se uvádí druhá polovina 20. století.

K první zmíněni termínu „kvalita života“ dle Hnilicové došlo již ve 20. letech, kdy byl použit v souvislosti s ekonomickým vývojem a záměrem státu poskytnout materiální podporu nižších společenských vrstev. V 60. letech v USA, prezident Johnson uvedl zlepšování kvality života občanů jako cíl své domácí politiky. V 70. letech došlo k prvnímu celostátnímu šetření kvality

života v USA. Cílem bylo vytvořit subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jakým způsobem lidé subjektivně hodnotí svůj život a tím doplnit objektivní pohled charakteristiky životních podmínek. Od původně materiálního pohledu se postupně pozornost zaměřila i na nemateriální stránku se subjektivním vnímáním a hodnocení kvality života samotného jedince.

Hnilicová uvádí, že studium kvality se rozmohlo hlavně za posledních deset let. Také dodává, že výzkumy se soustředí na hledání a identifikaci faktorů, které napomáhají k dobrému a smysluplnému životu i pocitu lidského štěstí.

Významným bodem bylo vytvoření konceptus salutogeneze¹ - zaměření se na rozvoj a posilování protektivních faktorů zdraví. Také Světová zdravotnická organizace – WHO se podílela na vzniku řady dokumentů, rozvíjející tento přístup. Od 70. let se setkáváme s termínem kvalita život i v medicíně (Hnilicová a Bencko, 2005, s.656-657).

Lékaři začali využívat QOL (quality of life) pro rozhodování o zdravotních problémech. Lékařská praxe vždy zahrnovala obtížná rozhodnutí v souvislosti s volbou inovační a agresivní terapie, které by mohla úspěšně prodloužit délku života. Avšak pozornost se zaměřila i na kvalitu života pacientů, kterou by jim prodloužení délky života přineslo. Potřeba zvážit nejen přežití, ale také kvalitu života člověka po inovativních chirurgických postupech a s nimi spojenými vedlejšími účinky. Posuzování kvality života se našlo své uplatnění také v prenatální diagnostice (Pennacchini M. a kol, 2011, s. e 99 - e 100).

Během 80. let se začal pojem kvalita života častěji objevovat v klinických studiích. V dnešní době se ve zdravotnictví věnuje pozornost kvalitě života pacientů a také dopadu zvolené terapie, který může pacienta postihnou. V medicíně a zdravotnictví je pozornost logicky soustředěna na oblast psychosomatického i fyzického zdraví. Kdy nejčastěji pracujeme s pojmem - health related quality of life – HRQoL (Hnilicová in Payne, s. 206 - 211).

¹ Teorie salutogeneze, jejímž autorem je Aaron Antonovsky, vznikla na základě studie dvou skupin Židů a jejich schopnosti adaptace po návratu z koncentračního tábora. Výsledkem bylo zjištění, že hlavní roli hrál převážně psychický stav a postoj k životu než stav fyzický. Tento jev označil autor jako „smysl pro integritu“ a popsal jeho tři základní aspekty - smysluplnost, vědomí zvládnutelnosti úkolů a schopnost chápat dění, ve kterém se člověk nachází (Vaďurová, Mühlpachr, 2005 s. 25)

3. Kvalita života ve zdravotnictví

Jak už bylo uvedeno, s pojem kvalita života se setkáváme v mnoha oborech a výjimkou samozřejmě není ani zdravotnictví (Mareš, Marešová, s. 29, 2006). Výzkumem kvality života v rámci zdravotní péče se začalo zabývat v sedmdesátých letech 20. století a to na základě dvou faktorů. Prvním faktorem byl farmakoekonomický faktor, který měl za cíl vyhodnotit finanční náklady a efektivitu léčby. Druhý faktor měl za cíl komplexně dokladovat klinickou úspěšnost léčby (Gurková, 2011, s. 41).

V současné lékařské i ošetrovatelské péči se klade důraz nejen na zachraňování životy či prodlužování délky lidského života, ale také na kvalitu života. Vzhledem k novým odborným poznatkům, technikám, dokonalejšímu přístrojovému vybavení, rozšířené možnosti ve farmakoterapii atd. je možná záchrana života, a to i v případech, které by dříve skončily fatálně. S tím také souvisí stoupající důraz na etické aspekty lékařské a ošetrovatelské péče. (Mareš, Marešová, s. 29, 2006). Avšak medína sama o sobě nemůže určovat kvalitu života jedince, nicméně mu může pomoci k dosažení zdravotního stavu, který by mu umožnil kultivovat život vlastní cestou (Vařurová, Mühlpachr, 2005 s. 26).

Ferransová na základě definic kvality života v literatuře definovala 5 kategorií shrnující kvalitu života v ošetrovatelství.

1. Schopnost vést normální život
2. Štěstí- spokojenost
3. Dosahování osobních cílů
4. Schopnost vést sociálně „aktivní“ život
5. Jako úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity

„diagnostika“ kvality života je základním předpokladem úspěšnosti ošetrovatelských intervencí zaměřených na její zlepšení“ (Gurková, 2011, s.26).

Hnilicová a Bencko vysvětlují, že pojem „kvalita života“ je pro medicínu a zdravotnictví velmi relevantní. A kvalitou života dle Světové zdravotnické organizace - WHO rozumíme, „jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům

a životnímu stylu“. Tento koncept je velice široký a zahrnuje existenci člověka ve smyslu jeho fyzického zdraví, celkového psychologického stavu, soběstačnosti, osobní nezávislosti i sociálního začlenění. Nejedná se avšak o prostý součet životních podmínek a zdravotního stavu, jde spíše o vliv zdravotního stavu a podmínek na jedince a jeho život (Hnilicová a Bencko, 2005, s. 657).

Kvalita života, o které se bavíme v souvislosti se zdravotnictvím se specificky označuje HRQoL – health – related quality of life. HRQoL je mezinárodně uznávaná zkratka. V literatuře se vyskytuje více verzí českého překladu, avšak většina autorů zabývajících se touto problematikou se přiklání k označení – kvalita života související se zdravím (Mareš, Marešová, s. 32, 2006). Problematické je také vnímání anglického slova health. Překlad tohoto termínu je problematický, neboť výraz health se standardně překládá do češtiny jako zdraví, avšak v angličtině je tento termín neutrální odstín a označuje celou škálu projevů zdraví i nemoci. Tedy v češtině by ho lépe vystihoval termín „zdravotní stav“ (Vachková, Mareš, 2012 s.287). HRQoL je užší pojem než kvalita života a je vhodné s ním pracovat, pokud se jedná o širší kontext poskytování zdravotní péče. (Mareš, Marešová in: Řehulková, 2008, s. 7).

Hnilicová tento pojem také definuje jako subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Podstatou je tedy kromě klinických výsledků terapie i zkoumání objektivního a subjektivního fyzického a psychického stavu pacienta (Hnilicová in Payne, s. 212).

Gariepy a kolektiv ve své studii popisují HRQoL jako standardní, kvantifikovatelné, multidimenzionální měřítko fyzického, funkčního, sociálního a psychologického dopadu nemoci či zdravotního stavu obecně na kvalitu života jedince. Zkoumání HRQoL může vést ke zlepšení péče o pacienty. Zlepšení výsledků HRQoL je ústředním cílem programů veřejného zdraví – což uvádí na příkladu programu Healthy People 2000, 2010 a 2020 (A. Gariepy et al. 2017, s.492).

Vaďurová a Mühlpachr uvádí, že HRQoL vystihuje subjektivní prožívání nemoci jedince a poskytované zdravotní péče. Dochází k porovnávání skutečného prožívání jedince, zvládnutí sociálních rolí se stavem, který považuje za ideální. V paliativní péči je kvalita života stěžejním výstupem při hodnocení léčby (Vaďurová, Mühlpachr, 2005 s. 26).

Tab. 3: Domény a indikátory HRQoL dle WHO

| Doména | Indikátory WHOQoL |
|----------------------|--|
| Fyzická stránka | energie a únava, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek |
| Psychická stránka | představa tělesného schématu a vzhled, negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost |
| Stupeň samostatnosti | mobilita, každodenní činnosti, závislost na lékařské péči, průceschopnost |
| Sociální vztahy | osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita |
| Životní prostředí | finanční zdroje, svoboda, pocit fyzického bezpečí, zdraví a sociální podpora, možnost získávání informací a kompetencí, fyzikální prostředí, doprava |
| Spiritualita | religiozita, osobní přesvědčení |

(in: Vaňurová, Mühlpachr, 2005 s. 27)

3.1. Měření kvality života

Badatelé stále častěji hledají nové cesty, jak kvalitu života nejen u skupin pacientů s různým onemocněním, ale i u zdravých osob zjišťovat a jak získané výsledky implementovat do praxe v rámci rutinního screeningu, preventivních opatření a následných intervencí (Vachková, 2014, s.31).

Dle Křivohlavého můžeme metody měření kvality života rozdělit do tří základních skupin:

- objektivní metodologie - kvalita života hodnocena jinou osobou
- subjektivní přístup - kvalita života posuzována samotnou zkoumanou osobou
- kombinovaná forma - zahrnující jak subjektivní, tak objektivní hodnocení

Vachková a Mareš rozdělují výzkumy kvality života (u těhotných žen) na základě tří diagnostických přístupů:

- kvantitativní - příkladem jsou dotazníková šetření
- kvalitativní - rozhovory
- smíšené - kombinací obou předchozích. Jejich výhodou je, že posilují jejich přednosti a naopak zeslabují jejich nedostatky.

Specifický přístup představují individualizované metody, zaměřující se na konkrétního jedince, který sám hodnotí míru závažnosti, důležitosti a spokojenosti s jednotlivými oblastmi života (Vachková, Mareš, 2012, s. 288)

Z uvedených možností je nejvyužívanějším nástrojem měření dotazník, případně strukturovaný rozhovor. Vaďurová a Mühlpachr dělí dotazníky do dvou základních skupin. První skupinou jsou dotazníky obecné (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF...). Do druhé skupiny spadají specifické dotazníky, zaměřující se na konkrétní onemocnění nebo stav, průběh i léčbu (Vaďurová, Mühlpachr, 2005 s. 26 - 27).

Novější typy dotazníků zkoumající kvalitu života se i více soustředí na subjektivní aspekty (např.: emoce, sociální role, sociální a kognitivní funkce). Avšak kvalita života je stále spojována s funkčním stavem jedince s předpokladem, že pokud není schopen plně dosáhnout fyzického, psychického a sociálního fungování, je jeho kvalita života horší (Vachková, 2014, s.34).

3.2. Měření kvality života v souvislosti s těhotenstvím

V zahraničních studiích se často setkáváme s přístupem, který se opírá spíše o generické dotazníky typu SF-36. Specifické dotazníky (s výjimkou nauzei a zvracení v těhotenství) nejsou zatím pro výzkum těhotných žen vytvořeny.

Zahraniční studie, zabývají se kvalitou života v průběhu těhotenství, se především zaměřují na obtíže, problémy či patologické aspekty těhotenství, jež ovlivňují kvalitu života těhotných žen (tab. 4) (Vachková, 2014, s. 96). Na nedostatek nástrojů zkoumajících kvalitu života žen upozorňuje i Mogos et al., kteří vypracovali přehledovou studii zabývající se právě nástroji pro měření HRQoL u žen v těhotenství a po porodu (Mogos et al, 2012, s. 245 – 246).

Přiblížení nejčastěji využívaných nástrojů využívaných u zkoumání kvality života žen během těhotenství:

SF-36 (The Short Form) – jedná se o generický dotazník obsahující celkem 36 položek rozdělených do 8 dimenzí (fyzické fungování, fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy a duševní zdraví) až na jednu samostatnou otázku, která nepatří do žádné z dimenzí a konkrétně popisuje současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem. Těto dotazník je využíván k hodnocení indexu HRQL u mnoha somatických onemocnění, u různých duševních onemocnění či životních změn souvisejících se zdravím. Autorem originálního znění je Ware, J. E. et al. a českých verzí Sobotík (1998), Petr (2000) (Adiktologie, 2019). Dotazník SF – 36 má i zkrácenou verzi SF - 12 (Báliková, Bužgová, 2014 s. 30).

WHOQOL-BREF - krátká 26ti položková verze generického dotazníku Světové zdravotnické organizace, která vznikla zkrácením původního 100 položkového dotazníku WHOQOL-100. Tyto otázky jsou rozděleny do 4 dimenzí: fyzická, psychologická, sociální oblast, prostředí. V češtině existují dvě varianty překladu, lišící se v přesných slovních formulacích a v pokynech pro využití. Autory překladu jedné verze překladu z roku 2004 jsou Viktor Mravčík a Eva Lajčková a druhá verze je pak z roku 2006 od Evy Dragomirecké a Jitky Bartoňové (Rogalewicz a kol., 2017, s. 89).

NVP QOL (Health-Related Quality of Life from Nausea and Vomiting during Pregnancy) - specifický dotazník zaměřující se na nevolnost a zvracení v těhotenství.

Seskládá se ze 30 otázek členěných do 4 domén (fyzické faktory a přitěžující okolnosti, únava, omezení, emoce). Cílem je zjistit pocity těhotných žen v prvním trimestru během předešlého týdne. Hodnocení probíhá pomocí Likertovy 7-bodové škály. Tento dotazník nebyl v české verzi zatím testován na psychometrické vlastnosti (Báliková, Bužgová, 2014 s. 30).

Tab. 4: Dotazníkové metody používané v zahraničí u zjišťování kvality života těhotných žen (Vachková, Mareš, 2012, s. 289)

| Zkoumaný problém | Nástroj | Autoři |
|------------------------|--|---|
| Nauzea a zvracení | NVP QOL | Magee, Chandra., Mazzotta et al, 2002, Kanada |
| | PUQE | Koren, Maltepe, Navioz et al, 2004, Kanada; Lacasse et al, 2008, Kanada |
| | McGill Nausea Questionnaire | Lacroix, Eason, Melzack, 2000, Kanada |
| | Rhodes' scores (RI) | Attard, Kohli, Coleman, 2002, Kanada |
| | SF-36 | Chan, 2010, Čína |
| | SF-12, NVP specific QOL | Lacasse & Berard, 2008, Kanada |
| | NVPQOL, SF-36, SCL90 | Munch et al, 2011, USA |
| Dráždivý močový měchýř | Incontinence Impact Questionnaire (IIQ), Urogenital Distress Inventory (UDI) | Van Brummen, Bruinse, Van de Pol et al, 2006, Holandsko |
| | Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) | Kocaöz et al, 2010, Turecko |
| Bolesti zad | NHP Disability Rating Index (DRI) | Olsson, Nilsson-Wikmar, 2004, Švédsko |
| | PMI | Van De Pol, De Leeuw, Van Brummen et al, 2006, Holandsko |
| | WHOQOL-BREF | Coban et al, 2011, Turecko |
| Úzkost a deprese | Finnish modification of SF of the Beck Depression Inventory and Anxiety | Kurki, Hiilesmaa, Raitsalo et al, 2000, Finsko |
| | Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) | Sjöström, Languis-Eklof, Hjetberg, 2004, Švédsko |
| | Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), SF-36v2 | Li et al, 2012, Čína |
| | WHOQOL-BREF, EPDS | Mautner et al, 2009, Rakousko |

3.3. QOL – GRAV

Specifická škála QOL – GRAV byla vytvořena Vachkovou, Marešem a Ježekem za účelem zjištění kvality života žen během těhotenství. Do té doby neexistoval specifický dotazník zkoumající přímo tuto problematiku. Vachková a Mareš uvádějí, že zájem se zaměřuje spíše na obtíže žen a na patologické prvky během těhotenství, které negativně ovlivňují kvalitu života (Vachková, Mareš 2012, s. 287).

Před vznikem QOL – GRAV a u zahraničních u studií zabývajících se kvalitou života žen během těhotenství se můžeme setkat s dotazníkem světové zdravotnické organizace (WHO) - WHOQOL-100, nebo častěji s jeho zkrácenou 24 položkovou verzí WHOQOL-BREF, která pokrývá široké spektrum aspektů kvality života. Autorkami české verze jsou Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová.

Vytvoření dotazníku QOL – GRAV předcházely kvalitativní výzkum pomocí ohniskových skupin, kdy během sedmi sezení se skupiny těhotných žen zabývalo tématem „Vliv těhotenství na kvalitu života těhotné ženy“. Podklady vzniklé z přepisu nahrávek jednotlivých sezení byly dále analyzovány pomocí metody zakotvené teorie Strause a Corbinové (1999).

Na základě této studie Vachková a Mareš vytvořili model s šesti konkrétními proměnnými (příprava na roli matky, změna hodnot, akceptace změn, sebereflexe, obohacení života, pocit odpovědnosti) ovlivňující a vymezující kvalitu života žen během fyziologického těhotenství.

Se souhlasem paní doktorky Vachkové byl dotazník QOL – GRAV použit při tvorbě této diplomové práce.

4. Změny během těhotenství

Těhotenství je bezesporu jednou ze zásadních událostí života. Během těhotenství dochází ke změnám ve fyziologii i anatomii mateřského organismu, které jsou nezbytné pro vývoj, ochranu, výživu plodu, adaptaci na těhotenství a porod (Procházka, Pilka s.11). K dalším zásadním změnám patří změny psychické a sociální. Rastislavová uvádí, že vývoj změn a reakce ženy během těhotenství i porodu jsou z velké části podmíněny osobností těhotné ženy, věkem, zralostí její osobnosti, postojem k těhotenství, připraveností na roli matky. Dále jsou důležité i faktory sociální, ekonomické, prostředí apod. (Rastislavová, 2008, s. 16).

4.1. Změny mateřského organismu

Týkají téměř všech systémů. Rozlišujeme čtyři hlavní procesy přizpůsobování organismu:

- růst tkání
- retence tekutin ve tkáni
- relaxace hladkého svalstva
- všeobecné funkční přizpůsobení

(Čech, Hájek, s. 32)

Reprodukční systém

Děloha během těhotenství hypertrofuje a z původních přibližně 50 g dosáhne hmotnosti okolo 1000 g v termínu porodu. Kolem 24. týdne dosahuje děloha k úrovni pupku, okolo 36. týdne pak k dolnímu okraji žeber.

Pochva v graviditě také hypertrofuje a prodlužuje se, což umožní vzestup dělohy z malé pánve. Typická je lividně zbarvená, překrvená a prosáklá sliznice. Množství vaginálního výtoku se často fyziologicky zvyšuje. Avšak v případě jeho neobvyklé barvy (jiné než čiré nebo bílé), zápachu, či při potížích jako je pálení, svědění nebo dyskomfort, by žena měla vyhledat lékaře.

I na vulvě můžeme během těhotenství pozorovat změny, a to například v podobě zvýšené pigmentace, která často způsobuje ztmavnutí stydkých pysků. Vulva je také překrvená, prosáklá a nezřídka se zde objevují dilatované až varikózní podkožní žíly (Čech, Hájek, s. 33 – 34; Procházka, Pilka, 2016, s. 22).

Kardiovaskulární systém

V krevní oběhu dochází k podstatným změnám, z nichž největším dochází během prvních dvanácti týdnů těhotenství. Dochází k zvětšení minutového srdečního výdaje zhruba o 40 %, což přetrvává celou graviditu (Čech, Hájek, s. 34). Srdeční frekvence se může zvýšit až o 10 – 15 tepů/min a frekvence se obvykle normalizuje po šestinedělí. Celkové snížení periferní rezistence zapříčiňuje pokles krevního tlaku přibližně o 10 mmHg v během prvního a druhého trimestru. Ke zvýšení krevního tlaku dochází ve druhé polovině gravidity (Procházka, Pilka, 2016, s. 21).

Zvětšuje se i objem srdce matky a vlivem vytlačení bránice dělohou se mírně mění i jeho poloha. Vlivem velkého tlaku dělohy ke konci těhotenství nastává určitá žilní stáze s následnými otoky dolních končetin (Čech, Hájek, s. 35) a formací varikózních žil na dolních končetinách i vulvě.

Rostoucí děloha také může komprimovat dolní dutou žílu (vena cava inferior). K této situaci dochází především v poloze na zádech, což může vést ke sníženému žilnímu návratu, hypotenzi a tím i hypoperfuzi plodu (syndrom dolní duté žíly, syndrom venae cavae) (Procházka, Pilka, 2016, s. 21).

Dýchací systém

V těhotenství převládá především brániční a prodloužené dýchání, jednak vlivem vysokého stavu bránice, také její omezenou pohyblivostí (Čech, Hájek, s. 35) a zvýšenou hladinu progesteronu. Ke konci těhotenství a při námaze je častá dušnost žen (Procházka, Pilka, s. 21).

Močový systém

Zvyšuje se průtok ledvinami a glomerulární filtrace stoupá o 60 %. K maximálnímu množství objemu krve filtrované ledvinami dochází mezi 16. – 24. týdnem a setrvává to tak až do porodu. Aktivita ledvin se zvyšuje v horizontální poloze, což způsobuje častější potřebu močení během spánku, naopak ve vertikální poloze aktivita klesá. V močovém systému dochází kromě funkčních změn také k anatomickým. Ledvinová pánvička i močovody se rozšiřují (Procházka, Pilka, s. 21, Čech, Hájek, s. 35).

Gastrointestinální trakt

U většiny těhotných žen se mezi 6. a 14. týdnem gravidity vyskytuje těhotenská nauzea v některých případech i se zvracením (Čech, Hájek, s. 35). Příčina je přisuzována zvýšenou sekrecí hCG, metabolickým změnám i zvýšenou citlivostí na pachy a chutě.

Výsledky průzkumu potvrdily potřebu individualizovaného přístupu k ženám trpícím NVP. Ženy zjistily, že nevolnost způsobuje fyzické i duševní omezení a také omezuje jejich společenský a rodinný život. Se ženami trpícími NVP by mělo být zacházeno přátelsky a s úctou, aby jejich QOL nebyla negativně ovlivněna.

Ve své praxi by se porodní asistentky měly zaměřit na vzdělávání pacientů a vysvětlování příčin nevolnosti a zvracení. V ambulantním prostředí by také měly ženy zavést preventivní možnosti a následně objasnit faktory, které zmírňují nevolnost.

Časté je i pálení žáhy, které je vyvolané gastroezofageálním refluxem (Roztočil, 2011, s. 101). Vlivem progesteronu je navozena relaxace hladkého svalstva včetně uvolnění jícnového svěrače dále je i snižená motilita gastrointestiálního traktu, což umožňuje návrat stravy zpět do jícnu a s tím spojený pocit pálení žáhy. Tento relaxační účinek progesteronu, v kombinaci se pokročilým těhotenstvím a zvyšujícím se tlakem dělohy na rektum, se podílí i na vzniku obstipace a hemoroidů (Procházka, Pilka, s. 22).

Studie, která zkoumala HRQoL u těhotných žen ve třetím trimestru, trpících pálením žáhy a regurgitací, zaznamenala nepříznivý dopad těchto symptomů na HRQoL (Dall'alba et al, 2015, s. 103).

V dutině ústní se vlivem vysoké hladině estrogenů zvyšuje vaskularita dásní. Ty jsou měkké, hypertrofické a v důsledku toho jsou náchylnější i na mírné trauma, na které reagují krvácením. Estrogeny dále způsobují zvýšenou produkci slin. Jejich zvýšenou produkcí se snižuje kyselost, čímž se zvyšuje riziko vzniku zubního kazu (Roztočil, 2011, s. 101).

Kožní změny

Těhotenská hyperpigmentace je navozena zvýšenými hodnotami estrogenů a progesteronu, ovšem stupeň závisí na konkrétním typu kůže. Častěji, než s generalizovanou hyperpigmentací se setkáváme s hyperpigmentací soustředěnou na predilekčních oblastech (bradavky, linea alba později nigra, pupek, axily, vulva, perineum) (Roztočil, 2011 s. 101 -

102). Často se také vyskytují žlutohnědé kožní pigmentace zvané chloasma uterium, objevující se na horním rtu, tvářích, a někdy i čele (Čech, Hájek, s. 36). Dále můžeme pozorovat strie, nejprve do růžova, později do stříbrna zbarvené pajizévky, které se utvářejí ve škáře. Vznikají vlivem distenze kůže, její fragility a hormonálních změn. Strie se nejčastěji utváří v oblasti hypogastrium, na hýždích a prsou (Roztočil, 2011, s. 102).

Změny prsů

Jednou z prvních změn v těhotenství je zvětšení prsů a bradavek. Objevuje se zvýšená vaskularizace a pigmentace dvorců prsních bradavek (Čech, Hájek, 2014, s. 35). Během těhotenství se mléčné žlázy vlivem hormonů rozvíjí, zvětšují a připravují na laktaci. Tyto procesy mohou způsobovat ženě dyskomfort v podobě napětí prsů. Již v závěru těhotenství mohou žlázy produkovat řídký sekret mléčného či nažloutlého zbarvení. Jedná se o kolostrum, látku obsahující hojné množství minerálů, bílkovin i protilátek, které je první potravou novorozence do doby, než je produkováno mateřské mléko (Procházka, Pilka, s. 22).

Pohybový aparát

Narůstající hmotnost těhotné ženy, hormonální změny, posun těžiště ovlivňuje celkové držení těla, rovnováhu i chůzi. Tyto změny mohou vést k omezení hybnosti, pocitu nepohodlí, bolestem v dolní části zad, dolních končetin i osteoartritidě (López-López D, Rodríguez-Vila I, Losa-Iglesias ME, 2017, s. 1). Vlivem procesů během fyziologického těhotenství dochází ke kompenzačním procesům, jako je například bederní hyperlordóza, cervikotorakální kyfóza a posun tělesné rovnováhy do dolních končetin. Velká zátěž je soustředěna především na střední a dolní části páteře, což vede k bolesti zad těhotné (Roztočil, 2011, s. 101). Dle 50 % a více těhotných trpí bolestmi zad, výskyt roste s délkou těhotenství s nejvyšší incidencí během 3. trimestru. Na základě studie pozorovali, že respondentky, které měly problémy se zády měly sníženou kvalitu života. Hlavním faktorem ovlivňující kvalitu života bylo pak omezení fyzických schopností (Olsson, Nilsson-Wikmar, 2004, s. 351-357). Ayden Çoban a kol. se také zabýval kvalitou života u žen s bolestmi zad, avšak jejich výzkum nezaznamenal signifikantní rozdíl. Autoři to vysvětlovali tím, že pravděpodobně určujícím faktorem je intenzita bolesti, která byla hodnocena jako nižší u jejich respondentek oproti respondentkám v předešlé studii (Ayden Çoban et al, 2011, 1122-1124).

Během těhotenství se také vlivem vysokých hladin hormonů a zvýšenou elasticitou pojivové a kolagenní tkáně nastává uvolnění a hypermobilita pánevních spojů. V případě výrazného rozvolnění může mít žena problémy s chůzí i pociťovat výraznou bolestivost pánevních kloubů (Roztočil, 2011, s. 101).

4.2. Změny psychologické

„Těhotenství je z psychologického pohledu chápáno jako období psychické nestability postihující i jiné úrovně, sociální nebo somatickou.“ (Roztočil, 2011, s. 360). V tomto období nejsou výjimkou pocity zmatku, úzkosti, ztracenosti. Psychické reakce, prožívání a vnímání souvisí s tím, jak se žena tělesně vnímá a cítí. Proto je důležité v péči vždy přistupovat v celém bio-psychosociálním kontextu. Již jak bylo dříve popsáno, tělo žen během těhotenství prochází značnými změnami - přírůstek hmotnosti, změny prsů, pigmentace, vznik strií apod... Psychické reakce, prožívání a vnímání souvisí s tím, jak se žena tělesně vnímá a cítí. Proto je důležité v péči vždy přistupovat v celém bio-psychosociálním kontextu.

Tyto změny jsou přijímány samotnými ženami převážně negativně. Obzvláště ženy, které nebyly spokojené se svým tělem ještě před graviditou, se mohou cítit zranitelnější. Obavy ze ztráty atraktivity, poškození těla, nebo ztrátou kontroly nad svým tělem ještě sílí ke konci gravidity. V tomto období je zásadní pozornost a podpora ze strany partnera, rodiny i přátel (Rastislavová, 2008, s.17).

Depresivita, hypersenzitivita, emoční labilita a projevy regrese patří mezi projevy, ke kterým se v rámci normy přistupuje jako k adekvátním. Samotné těhotenství vyvolává značnou zátěž, k čemuž přispívají do jisté míry i hormonální změny, které snižují frustrační toleranci což může také ovlivnit výskyt deprese. Až v posledním desetiletí byla pozornost soustředěna i na prenatální depresi. Studie dokonce odhalily, že deprese je v těhotenství dokonce častější než deprese v poporodním období. K tomuto tvrzení se přiklánějí i další autoři například Haas a kol. (Haas et al., 2005, s. 49). Avšak další důkazy naznačují, že rozdíly v míře deprese během těhotenství může být způsobena také kulturou a etnicitou (Li Jie et al. 2012, s. 1355). Zayas a kolegové zjistili depresivní symptomatologii u 51 % těhotných žen (Zayas Luis et al., 2002, s. 20). Depresivní příznaky během těhotenství jsou spojovány s předčasnými porody a s novorozenci s nízkou porodní hmotností (Setse Rosanna et al. 2009, s. 578).

Smith, Brunetto a Yonkers uvádí, že depresivními příznaky vykazuje 25 % gravidních žen, s vyšším zastoupením adolescentek a žen z nižších sociálních vrstev. Úplný syndrom velké deprese se v této skupině vyskytne u 2 – 11 % žen. Tento stav přináší riziko pro matku, plod i okolí, proto je nezbytné včasné odhalení (Smith, M. V., Brunetto, W. L., Yonkers, K. A.,

komentář: Roztočil, A.). Roztočil uvádí, že deprese se objevují méně u žen s pozitivním postojem k těhotenství (Roztočil, 2011, s. 360).

Během těhotenství se žena učí a zároveň připravuje na novou životní roli. Vyvíjí se u žen tzv. mateřská identita, kdy dochází k začlenění vlastního já do role matky (Rastislavová, 2008, s. 16). Nicméně některé ženy nejsou na příchod dítěte dostatečně připraveny nebo si novou rodičovskou roli romantizovaly (Roztočil, 2011, s. 360).

Zásadní je také zda se jedná o chtěné těhotenství. Pokud jde o těhotenství nechtěné, ale z důvodů ekonomického rázu, bytových nebo studijních, obvykle dochází k postupnému vyrovnání. Avšak v případě nechtěné gravidity kvůli hlubšímu a trvalejšímu charakteru, může žena zvažovat interrupci.

Autoři Ghadeer Alzboon a Gülsen Vural uvádí, že neplánované těhotenství bylo spojeno s nízkou QOL, sníženou sebedpěčí i omezenou předporodní péčí. Ženy s neplánovanými těhotenstvími častěji uváděly špatný vztah s partnery a nízkou úroveň sociální podpory. Nedostatek sociální podpory byl spojen se špatnou QOL, poporodní depresí a vysokou úrovní vnímaného stresu (Ghadeer Alzboon, Gülsen Vural, 2019, s.2).

I v případě plánovaného těhotenství, které přináší radostné očekávání, pocity štěstí a vděčnosti se u nastávajících matek současně objevují i ambivalentní pocity obav, strachu, nejistoty. Nálada žen se mění od euforie po deprese, také se objevuje přehnané emoční reagování, hyperkritičnost a podrážděnost (Rastislavová, 2008, s. 17).

U některých žen v těhotenství může docházet k oživení starších psychických konfliktů, které jsou nevědomé nebo nebyly vyřešeny. Často se otvírají konflikty těhotné ženy s vlastní matkou. Neřešené potlačované psychické problémy se mohou projevit psychosomaticky (Rastislavová, 2008, s. 17)

Roztočil dělí těhotenství na tři období, a to na základě postoje matky k plodu.

Prvního období začíná diagnózou těhotenství a pokračuje až do prvních zaznamenaných pohybů plodu matkou (Roztočil, 2011, s. 360). Žena se často zaměřuje na sebe, své tělo a první známky těhotenství. Často se také objevují ambivalentní pocity (Rastislavová, 2008, s. 26). Podstatou tohoto období je přijetí těhotenství a pocitu dva v jednom. Zjištění a reakce na těhotenství je podmíněna individuálním postojem každé ženy. V počátku může postoj ženy

k těhotenství značně ovlivnit fakt, zda bylo početí chtěné, dále kariérní vyhlídky, osobní a sociální anamnéza ženy apod. (Roztočil, 2011, s. 360). Těhotná se může potýkat s problémem, jak těhotenství oznámit partnerovi a rodině, obzvláště, pokud očekává negativní reakci (Rastislavová, 2008, s. 26). S postupujícím těhotenství převažuje pozitivní vnímání (Roztočil, 2011, s. 360). Zajímavostí, kterou popisuje Rastislavová, je, že s rostoucím stářím gravidity, ženy častěji uvádějí těhotenství za chtěné (Rastislavová, 2008, s. 26).

Další fáze tedy počíná pohyby plodu a trvá do počátku životaschopnosti plodu. Charakteristická je motivační zaměřenost na příchod potomka, dále také probíhají změny rodinného systému, příprava na nové postavení a role v rodině. V tomto období již často rodiče znají pohlaví plodu, vybírají jméno, chystají zázemí a materiální vybavu. Častěji se mohou vyskytovat obavy ze vzniku vrozených vývojových vad, nebo negativní vnímání změny vzhledu.

Poslední období trvá přibližně šest týdnů před porodem. Hlavním krokem je přijetí přicházející reality. Charakteristické je „stavění hnízda“, dokončování příprav pro očekávaného potomka, nakupování výbavičky. V případě, kdy jakákoliv příprav zcela chybí, může se jednat o signalizaci vážné psychické poruchy (Rastislavová, 2008 s. 26). Během tohoto období jsou časté zvyšující se obavy z porodu, bolesti, zdravotního stavu novorozence. Bašková také v této fázi zdůrazňuje důležitost porodní asistentky, která může vhodnou předporodní přípravou výrazně snížit obavy a strach ženy z porodu (Bašková, 2015, s. 10). Emočně labilnější nebo neurotické osobnosti tuto fázi mohou vnímat nejobtížněji. Jako příklad problematických rodiček Roztočil předkládá ženy se špatným sociálním zázemím, sociálně izolované, nezletilé, případně starší prvorodičky, rodičky po přechozím opakovaném spontánním abortu či perinatálním úmrtí dítěte (Roztočil, 2011, s. 361).

Rastislavová se věnuje podrobněji těmto skupinám žen i dalším v kapitole - nepříznivé psychosociální faktory ovlivňující těhotenství a porod. Kde mimo jiné zmiňuje následky nechtěného těhotenství, problematiku žen užívajících drogy nebo žen s komplikovaným těhotenstvím (Rastislavová, 2008, s. 29 - 34).

V průběhu těhotenství gravidní žena prochází adaptačními mechanismy, které jí pomáhají s vyrovnáním se s novou situací a přípravou na roli matky.

Imitace – napodobování osob, které už v dané roli jsou

Hraní role – vyhledávání situací, kdy si žena svou budoucí roli může vyzkoušet, např. se stará o malé dítě

Fantazie – plánování a představování budoucího mateřství

Introjekce – přebírání modelů od osob, které už se v dané roli nachází

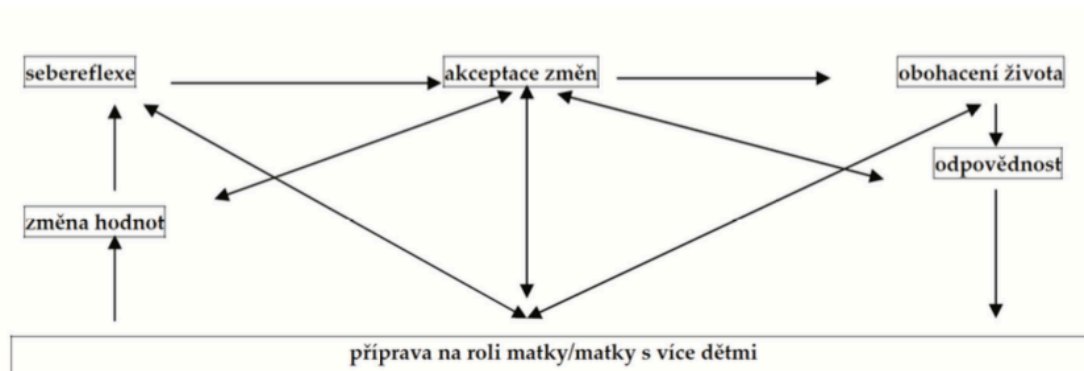
Projekce – představování svojí osoby v daných situacích

V případě, kdy žena projde tímto procesem změn a přijímá svou novou roli, hovoříme o akceptaci. V opačné případě následuje zamítnutí (Bašková, 2015, s. 11).

Vachková a Mareš dospěli, na základě vlastní studie ohniskových skupin, k sestavení modelu, který se tvořen šesti proměnnými:

1. příprava na roli matky
2. změna hodnot (např. preference zdraví , rodiny)
3. sebereflexe
4. akceptace změn
5. obohacení života
6. pocit odpovědnosti

Tyto proměnné ovlivňují a konceptualizují kvalitu života zdravé těhotné ženy (obr. 1)



Obr. 1 Výsledný kauzální model vlivu těhotenství na kvalitu života (Vachková, Mareš, 2012, s. 293)

Během fyziologického těhotenství v souvislosti s kvalitou života těhotné ženy se setkáváme s hlavním bodem - budoucí role matky, která představuje nový pozitivní smysl života stejně tak jako příprava na tuto životní roli. Tento fenomén podporuje ženu k lepšímu akceptování těhotenských změn, zvyšování kvality života, a to i v případě změn negativních (tělesných,

psychických či sociálních). Pomáhá uvědomování si sebe sama, budoucího mateřství i vnímání role matky jako společensky uznávaného postavení (Vachková, Mareš, 2012, s. 293 – 294).

Sexualita v těhotenství

U fyziologického těhotenství je pohlavní styk možný a bezpečný (pro matku i plod) po celou dobu gravidity, ovšem za předpokladu, že se jedná o přání ženy a dodržují se hygienické požadavky. Nicméně se nedoporučuje volit polohy, při níž muž leží na ženě, která leží na zádech. Hájek a Čech uvádí, že pohlavní styk je nevhodný v případě ženy s odteklou plodovou vodou, při krvácení z rodidel, hrozícím potratu nebo předčasném porodu (Hájek, Čech, s. 61).

U každého páru jsou sexuální potřeby různé již před početím. A ještě výraznější rozdíly mohou nastat v graviditě, kdy často dochází ke změnám postoje k sexuální aktivitě konkrétní ženy v průběhu jejího těhotenství. Obecně je více popisovaná klesající tendence na začátku těhotenství, kdy se vyskytuje častěji nevolnost, únava a bolestivost bradavek. Avšak u žen, které potížemi na začátku těhotenství netrpí, je sexuální apetence téměř beze změn.

Sociální podpora v těhotenství

Na základě studií byla sociální podpora pozitivně spojena s HRQoL u těhotných žen. Sociální podpora ze strany rodiny a přátel, motivuje těhotnou ženu k tomu k lepšímu zvládnutí změn, které přichází s těhotenstvím. Existují shodná zjištění, která dokazují, že sociální opora, péče, výživa, výborný vztah s rodinou a další jsou nezávislými faktory, které vysoce ovlivňují HRQoL těhotných žen. Obzvláště důležitá je podpora partnera a členů rodiny, která je vysoce spojena s kvalitou života (Bushra Gul a kol, 2018, s. 874-875).

Že je sociální podpora žen během těhotenství velmi důležitá se shodují i ostatní autoři. Najmeh Maharlouei, který publikoval vědecký článek zabývající se důležitostí sociální podpory žen během těhotenství, uvádí, že ženy s emoční podporou svého partnera, rodiny, a dokonce sociálních sítí během těhotenství, mají menší pravděpodobnost peripartálních komplikací. Dále tyto ženy méně často postihují psychické problémy (např.: úzkost, úzkostné poruchy či deprese), jež mohou přispívat k předčasnému porodu (Najmeh Maharlouei, 2015;

Mirabzadeh, 2013, s. 507 – 514). Kromě toho také poukazuje na mnohonásobně menší výskyt poporodní depresi (Najmeh Maharlouei, 2015).

Na základě případových studií, které byly publikovány v roce 2014 a 2015, se také ukázalo, že slabší sociální podpora v kombinaci s dalšími faktory, je významně spojena s výskytem ústních rozštěpů u novorozenců (Afzal, 2015, s. 266)(Jian Ma, 2014, s. 214).

Poruchy spánku

Hájek a kol. uvádí, že až 88 % těhotných žen uvádí poruchy spánku. Příčiny se často mění během jednotlivých trimestrů. Zatímco v prvním trimestru je hlavní příčinou nauzea a zvracení, ve druhém trimestru převládá časté močení a pálení žáhy. Ve třetím trimestru dominují bolesti zad či kyčlí, pohyby plodu i celkové nepohodlí související s těhotenstvím. V závažném případě se můžeme setkat i s komplikací tzv. syndromu dolní duté žíly, kdy v poloze na zádech může dojít až k závažné hypoxii. Další příčinou mohou být noční můry vycházejících z obav o zdraví plodu nebo strachu z porodu (Čech, Hájek, 2014, s. 392).

Autor Da Costa a kol. spojuje problémy se spánkem s horším HRQoL během těhotenství. Dále uvádí, že i když jsou problémy se spánkem během těhotenství často považovány za běžnou součást těhotenství je důležité jejich sledování. Problémy se spánkem během těhotenství jsou totiž spojeny se zvýšeným rizikem deprese jak během těhotenství, tak i po porodu (Da Costa et al., 2010, s. 256).

5. Prenatální péče

Při prvním vyšetření těhotné ženy v gynekologické ambulanci rozhodne ošetřující gynekolog o zařazení ženy do konkrétní skupiny na základě získaných anamnestických údajů a aktuálního klinického vyšetření. Dle nového doporučeného postupu ČGPS ČLS JEP z roku 2019 se řadí těhotné ženy do jedné z následujících dvou skupin.

1. Těhotné s nízkým rizikem

Kdy frekvence kontrol do 34. tt se pohybuje v rozmezí 4 – 6 týdnů. Od 34. tt do termínu porodu co 1- 2 týdny. Předání těhotné ženy do ambulantní péče zdravotnického zařízení, kde bude probíhat porod, se uskutečňuje na základě dohody, nejpozději však v termínu porodu. Potermínová péče v ambulanci registrujícího gynekologa je možná pouze na základě jeho dohody se zdravotnickým zařízením plánovaného porodu.

2. Těhotné s definovaným konkrétním rizikem

Do této skupiny může být těhotná zařazena na základě klinických či laboratorních výsledků, které definují konkrétní riziko. Zařazení může nastat již při prvním vyšetření v těhotenské poradně nebo následně kdykoli v průběhu těhotenství. V tomto případě je frekvence návštěv i rozsah laboratorních či konziliárních vyšetření individuální dle charakteru a závažnosti klinického stavu těhotné.

Klinická a laboratorní vyšetření při poskytování prenatální péče můžeme dělit na:

Pravidelná - zde řadíme vyšetření uskutečněná při každé návštěvě poradny těhotné. Sběr anamnestických údajů, určení míry rizika, změření krevního tlaku, stanovení hmotnosti, zevní vyšetření těhotné, chemické vyšetření moči, detekce známek vitality plodu a podle zvážení lékaře bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix skóre.

Nepřavidelná - vyšetření provedená pouze v určeném týdnu těhotenství

- Komplexní prenatální vyšetření do 14. týdne

Kromě pravidelného vyšetření je jeho součástí vystavení těhotenské průkazky s podrobnou informací o dalším průběhu prenatální péče. Těhotné ženě by měl být také nabídnut screening nejčastějších morfologických a chromosomálních vrozených vad plodu včetně poskytnutí informací o metodách a průběhu screeningu.

- Laboratorní vyšetření do 14. týdne:
 - stanovení krevní skupiny RhD
 - screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek,
 - stanovení KO - počtu erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hladina hemoglobinu a hematokrit
 - glykemie nalačno
 - sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis,

- Ultrazvukové vyšetření do 14. týdne
- Ultrazvukové vyšetření ve 20.–22. týdnu
- Orální glukózový toleranční test ve 24.–28. týdnu
- Antepartální profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen od 28. týdne
- Laboratorní vyšetření ve 28.–34. týdnu:
 - stanovení KO - počtu erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hladina hemoglobinu a hematokrit
 - klinické a sérologické vyšetření na syfilis
- Ultrazvukové vyšetření ve 30.–32. týdnu
- Vaginorektální detekce streptokoků skupiny B ve 35.–37. týdnu
- (Ultrazvukový screening růstové restrikce plodu ve 36.–37. týdnu - těhotné ženě může být nabídnut (avšak zatím není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění))
- Kardiotokografický non-stress test nejpozději od 40. týdne (40+0)

Ostatní vyšetření zde neuvedená překračují rámec dispenzární péče v těhotenství (Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, 2019, s. 1 – 3).

6. Role porodních asistentek v oblasti kvality života žen v průběhu fyziologického těhotenství

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, tj. § 5 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb., popisuje náplň práce porodní asistentek jako „*zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence, součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči...*“ (zákon č. 96/2004 Sb.).

WHO ve spolupráci Mezinárodní konfederací porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federací gynekologů a porodníků (FIGO) definují porodní asistentky jako plně zodpovědného zdravotnického pracovníka, který pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytl potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu i v době poporodní. Vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje **preventivní opatření**, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Dále se shodují na tom, že porodní asistentka má důležitou úlohu **ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i jejich rodin a celých komunit**. Práce PA by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může se soustředit i na oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě (ICM, 2005, Revidováno a přijato na zasedání Rady v Torontu, 2017)

Již z definic porodních asistentek vyplývá, že právě ony jsou osobami, které se specializují na péči a podporu žen během těhotenství a mohou tak ženám napomáhat zvládat toto krásné, avšak často nelehké období.

Effati- Daryani uvádí, že znalost a pochopení faktorů ovlivňujících kvalitu života těhotných žen umožňuje pracovníkům ve zdravotnictví, obzvláště pak porodním asistentkám, aby mohli lépe plánovat a pomocí intervencí řešit tyto faktory, tak aby došlo ke zlepšení kvality života a podpoře zdraví během těhotenství (Effati- Daryani, 2017, s. 5). Stejně tak

autorky Balíková a Bužgová zmiňují důležitou úlohu porodních asistentek ve vzdělávání a informování pacientek s NPV (Balíková a Bužgová, 2014, s. 34).

Praktická část

7. Metodika práce

Tato část je zaměřená na popis výzkumného šetření, charakterizování souboru respondentů, přiblížení způsobu zpracování a v neposlední řadě seznámení s výsledky vlastního výzkumu.

7.1. Popis výzkumného šetření

Po souhlasném vyjádření etické komise fakulty zdravotnických věd UPOL (viz příloha 1), jsme započali sběr dat, který byl realizovaný pomocí standardizovaného dotazníku QOL – GRAV. Z deseti vybraných pracovišť šest zdravotnických pracovišť umožnilo provést výzkum ve svém zařízení (příloha 4 - 9).

Dotazník (příloha 3), který byl použit, obsahuje dvě části. V první části se nachází demografické údaje: věk, kraj trvalého bydliště, počet obyvatelstva, úroveň nejvyššího dosaženého vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, parita, gravidita, zda se jedná o plánované těhotenství a jestli se účastní předporodní přípravy. Jedná se o otázky uzavřené. Jedinou výjimkou je věk a kraj trvalého bydliště, které jsou otevřené. U zaměstnání je zvolena polo-uzavřený typ otázky, kromě daných možností je možné přidat vlastní jinou možnost, také se zde, při zvolení statusu zaměstnání, nachází prostor pro doplnění profese.

Druhá část vyhodnocuje kvalitu života žen během těhotenství. Je tvořena 9 otázkami, jež jsou řešeny 5-ti stupňovou Likvertovou škálou (1 – 5) ve dvou variantách dle typu otázky. U 1. – 6. otázky platí, že 1 – odpovídá žádnému omezení nebo maximální spokojenosti, zatímco 5 značí maximální omezení či nespokojenost. Zbylé položky 7 až 9 jsou reversibilní, tedy hodnocení je převrácené 1 – odpovídá maximální nespokojenosti a 5 – maximální spokojenosti. Dále otázky 1. a 2. obsahují obě po dvou podotázkách, které umožňují specifikovat daný problém a následně uvést i způsob vyrovnávání se s danou situací. V závěru dotazníku se ještě nachází prostor pro možné připomínky.

7.2. Charakteristika výzkumného souboru

Respondenty byly vybrány a osloveny zdravotníky jednotlivých zařízení záměrným nepravděpodobnostním výběrem na základě daných kritérií. Pro účel našeho výzkumu byly vybrány pouze ženy s fyziologickým těhotenstvím a ochotou opakovaně vyplnit dotazník

QOL-GRAV. Ženy byly informovány o dobrovolnosti, anonymitě u účelech výzkumu v informované souhlasu, který byl součástí dotazníku (příloha 2).

Pro výzkumnou část bylo použito 162 dotazníků, což odpovídá 54 respondentkám, které vyplnily dotazník v každém trimestru. Ostatní dotazníky nebyly použity pro náš výzkum, z důvodů neúplného vyplnění, změny statusu těhotenství z fyziologického na rizikové, nebo v případě předčasně ukončeného těhotenství.

7.3. Metoda zpracování dat

V první fázi zpracování dat jsme získaná data přepsali do tabulky v programu Microsoft Excel. Otázky, které neměly numerickou podobu hodnocení jsme přepsali pomocí kódování, pro umožnění zpracování výsledků. Dále jsme přepsali výsledky u otázek 7, 8 a 9, jejichž odpovědi jsou převrácené na rozdíl od zbývajících otázek, tedy vyšší číslo znamenalo vyšší spokojenost. Avšak pro celkové hodnocení jsme potřebovali ujednotit hodnocení, tak aby platilo – čím menší je průměrná hodnota, tím vyšší je kvalita života žen v těhotenství.

U jednotlivých otázek jsme sledovali stanovené proměnné a následně jsme získané údaje vyhodnotili a statisticky zpracovali v Excelu. Poté byla zpracována popisná statistika s těmito základními charakteristikami:

- aritmetický průměr
- medián, modus, maximum, minimum
- směrodatná odchylka
- relativní a absolutní četnost

(tabulka četností pro náš výzkumný soubor - příloha 10)

K vyhodnocení hypotéz jsme využili statistické testy:

- test normality
- t – test
- párový t – test
- ANOVA

Hladina významnosti byla stanovena na 5 %. Metody testování byly zvoleny dle typu a vztahu jednotlivých proměnných.

V první fázi jsme si ověřili testem normality – konkrétně jsme využili Kolmogorov-Smirnov Shapiro-Wilk test (viz. příloha 13), zda má náš soubor normální rozdělení, tedy Gaussovo rozdělení, což se potvrdilo.

U první hypotézy byla využita metoda ANOVA (Analysis of Variance) - analýza rozptylu, a to z důvodu testování proměnných zahrnující větší počet kategorií, v našem případě tři kategorie odpovídající třem trimestrům. ANOVA je statistická metody, která umožňuje provádět vícenásobné porovnávání.

Druhá hypotéza byla testována pomocí párového t – testu, který porovnával střední hodnotu dvou měření u stejné skupiny žen.

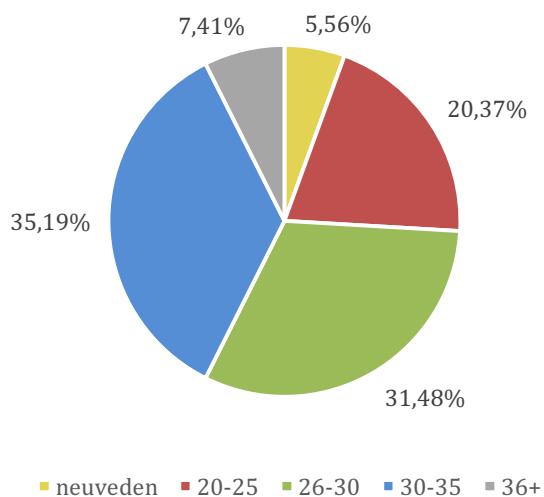
K ověření třetí a čtvrté hypotézy byl použit t – test, jelikož naším cílem bylo porovnat měření hodnot u dvou skupin.

V rámci jednotlivých statistických testů byla vypočtena p – hodnota. Na jejím základě byla nulová hypotéza buď potvrzena nebo vyvrácena.

8. Vyhodnocení dotazníku

8.1. Demografické údaje

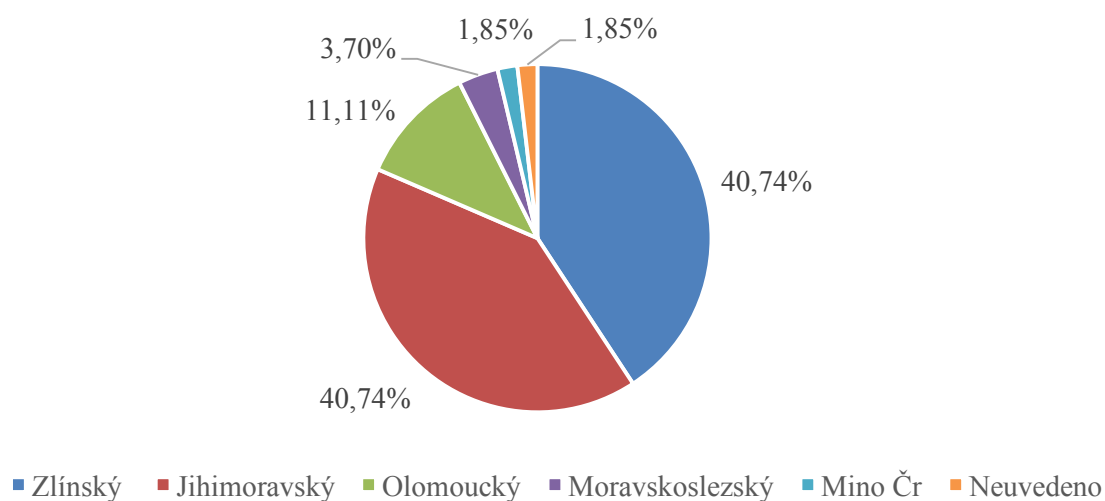
Věk respondentek



Graf 1: Věková struktura žen ve výzkumném souboru

Z 54 respondentek uvedlo věk 51, kdy průměrný věk našich dotazovaných byl 30 let (29,61). Nejmladší žena měla 20 let a nejstarší 42 let. Modus 32 let a medián 31 let. Tři ženy věk neuvedly.

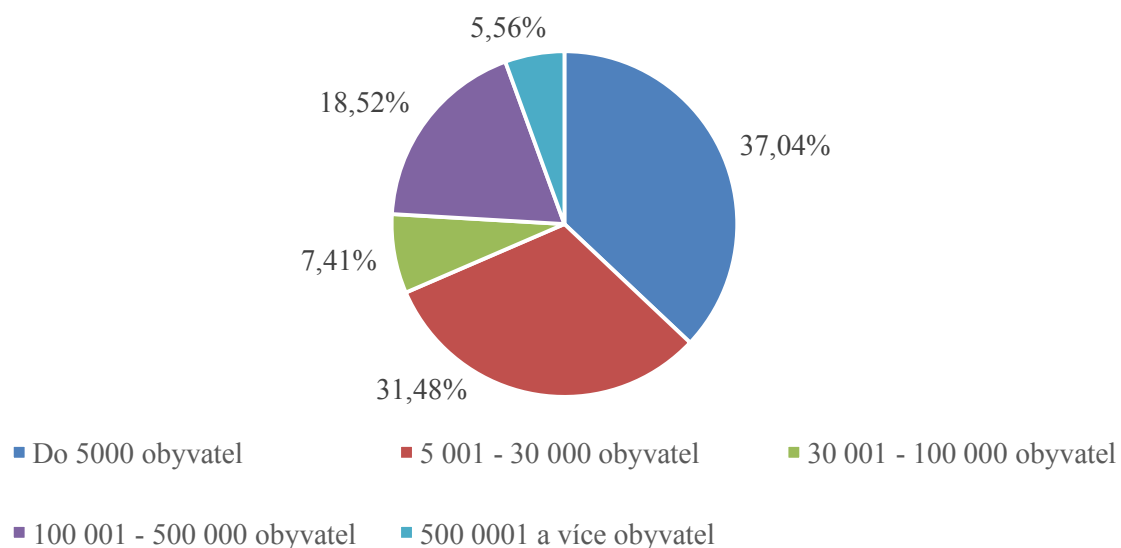
Kraj trvalého pobytu



Graf 2: Kraj trvalého pobytu žen ve výzkumném souboru

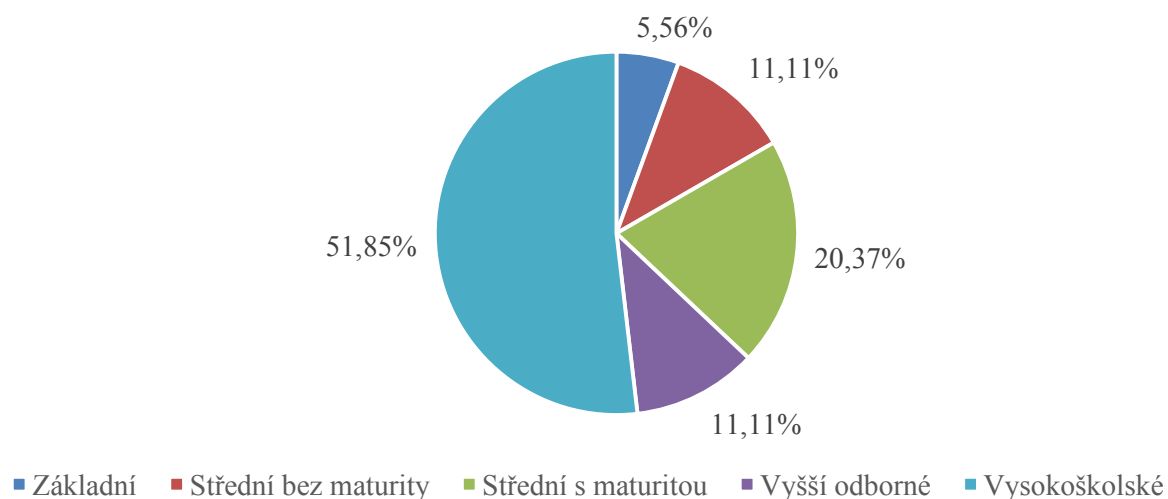
Vzhledem k poloze zdravotnických zařízení, se kterými jsme spolupracovali, není překvapivé, že právě Zlínský a Jihomoravský kraj má nejvyšší zastoupení.

Počet obyvatel v místě bydliště



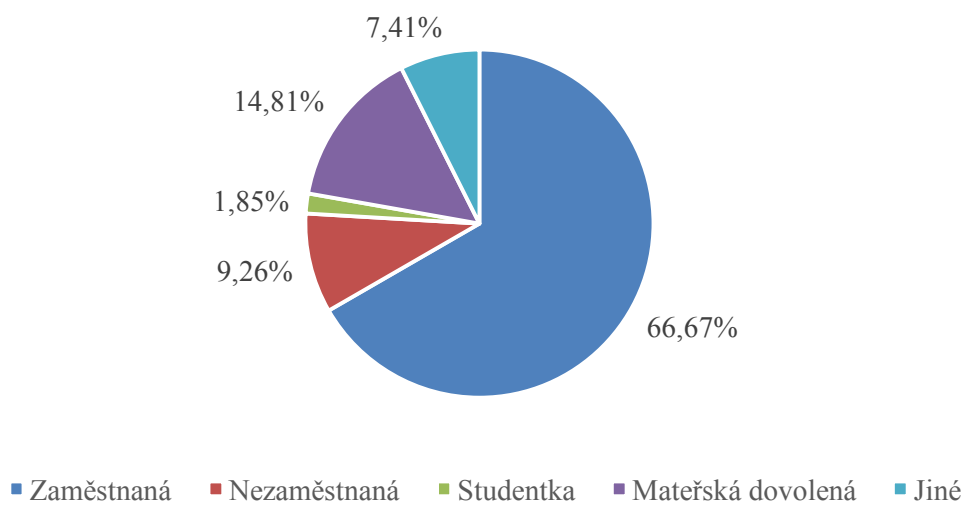
Graf 3: Počet obyvatel v místě trvalého pobytu

Nejvyšší dosažené vzdělání



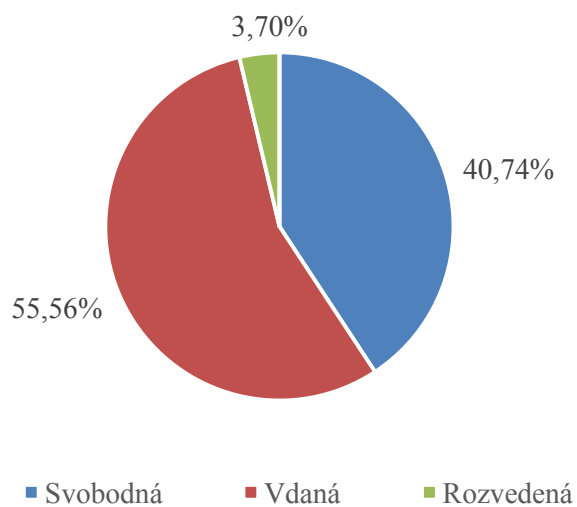
Graf 4: Nejvyšší dosažené vzdělání u žen ve výzkumném souboru

Zaměstnání



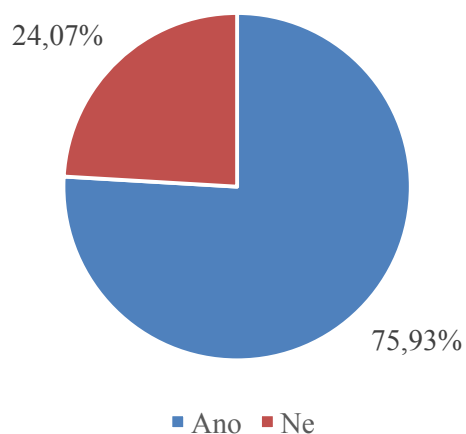
Graf 5: Zaměstnání u žen ve zkoumaném souboru

Rodinný stav



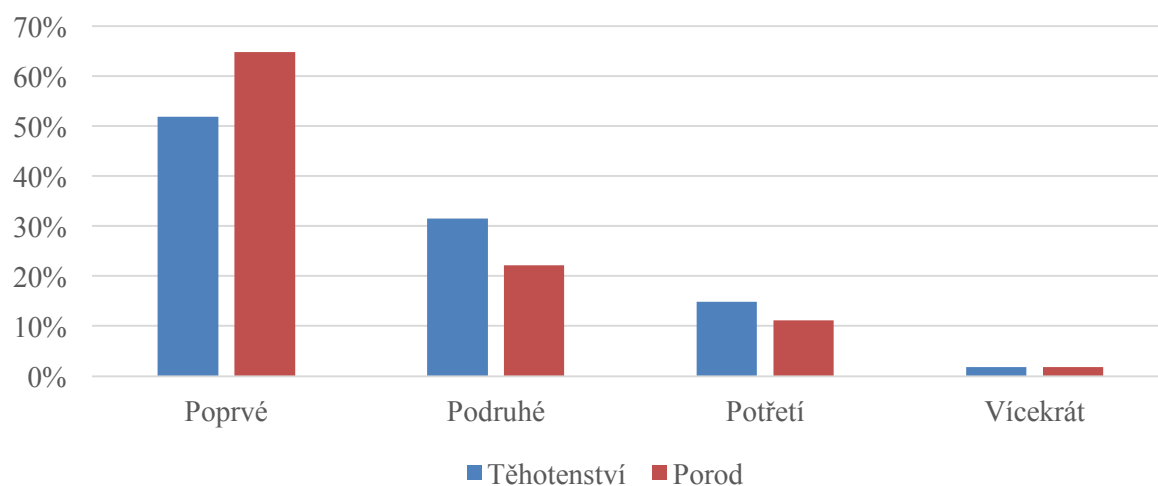
Graf 6: Rodinný stav respondentek

Plánované x neplánované těhotenství



Graf 7: Zastoupení plánovaného a neplánovaného těhotenství u zkoumaného souboru

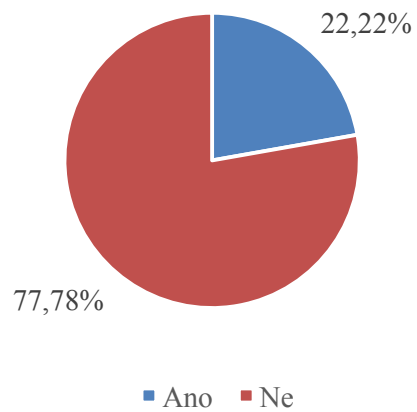
Gravidita a parita



Graf 8: Rozložení gravidity a parity ve zkoumaném souboru

Žen jsme se také ptali po kolikáté jsou těhotné – gravidita a kolikátý to bude porod – parita, neboť tyto čísla se mohou lišit. V předešlém grafu je možné vidět přehledné srovnání.

Předporodní kurz



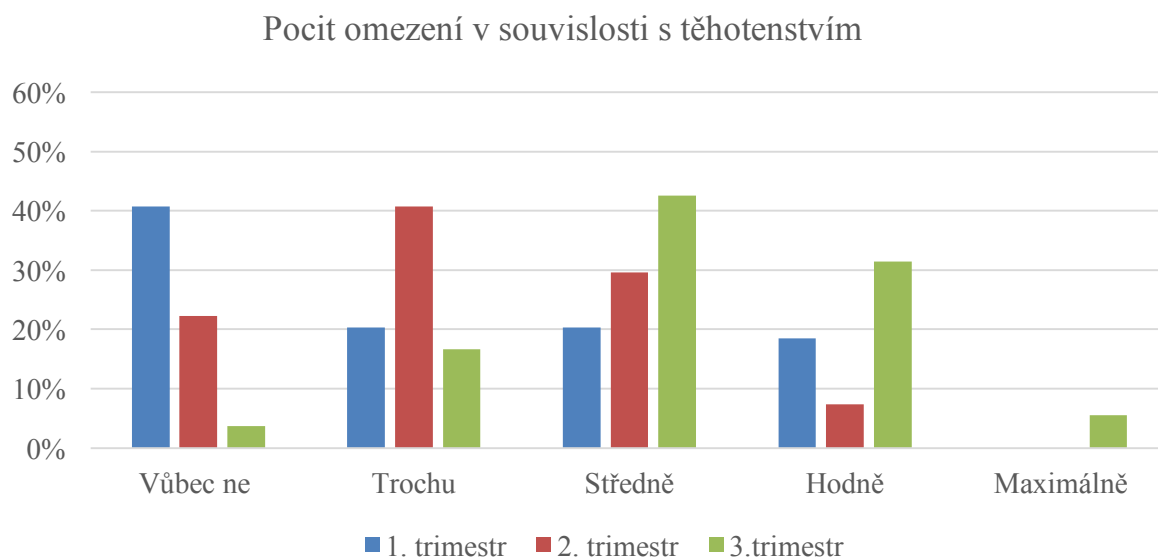
Graf 9: Zastoupení žen, které se účastnily předporodního kurzu

8.2. Položky QOL - GRAV

1. Do jaké míry máte pocit, že vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?

Tab. 5: Shrnutí četnosti odpovědí u 1. otázky během jednotlivých trimestrů

| Hodnocení | | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně | Celková četnost |
|-------------|-----------------------|----------|--------|---------|-------|-----------|-----------------|
| 1. trimestr | Absolutní četnost (n) | 22 | 11 | 11 | 10 | 0 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 40,74 | 20,37 | 20,37 | 18,52 | 0 | 100 |
| 2. trimestr | Absolutní četnost (n) | 12 | 22 | 16 | 4 | 0 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 22,22 | 40,74 | 29,63 | 7,41 | 0 | 100 |
| 3. trimestr | Absolutní četnost (n) | 2 | 9 | 23 | 17 | 3 | 45 |
| | Relativní četnost (%) | 3,70 | 16,67 | 42,59 | 31,48 | 5,56 | 100 |



Graf 10: Odpověď na otázku č. 1 během jednotlivých trimestrů

Předchozí tabulka a graf znázorňují vnímání rozsahu omezení, které bylo způsobené fyzickými změnami v jednotlivých trimestrech. Respondentky dále měly možnost

konkretizovat tyto obtíže (viz tab. 6) i uvést postupy, které jim osobně pomáhali tyto nesnáze zvládnout (tab. 7).

Tab. 6: Omezující somatické obtíže respondentek během jednotlivých trimestrů

| Uvedené obtíže | 1. trimestr | 2. trimestr | 3. trimestr |
|----------------------|-------------------|-------------|-------------|
| | Absolutní četnost | | |
| Nauzea | 23 | 7 | - |
| Zvracení | 12 | 2 | - |
| Pálení žáhy | 4 | 9 | 11 |
| Nechutenství | - | 1 | - |
| Nadýmání | 1 | - | - |
| Obstipace | - | 3 | 1 |
| Úbytek hmotnosti | 2 | 1 | - |
| Přírůstek hmotnosti | 2 | 6 | 15 |
| Omezení pohyblivosti | - | 5 | 22 |
| Bolesti zad | 5 | 11 | 24 |
| Bolesti podbříšku | - | 1 | - |
| Tvrdnutí břicha | - | 1 | 2 |
| Velké břicho | - | - | 2 |
| Bolesti kyčlí | - | 1 | 1 |
| Bolest prsou | - | 1 | - |
| Otoky | - | 1 | 8 |
| Varixy | - | 1 | - |
| Dušnost | - | 4 | 4 |
| Únava | 1 | - | - |
| Spavost | 1 | - | - |
| Malátnost | 1 | - | - |
| Nízký tlak | 1 | - | - |
| Výtok | 1 | 1 | 1 |

Tab. 6: Seznam tělesných změn způsobující potíže během jednotlivých trimestrů
 V prvním trimestru dominovaly obtíže – nauzea, zvracení a kombinace obou, kterými trpěla více než polovina respondentek (n = 28). Druhý trimestr tvořil přechod mezi prvním a posledním trimestrem. Ženy udávaly nejméně potíží. Ve třetím trimestru ženy nejčastěji omezovaly bolesti zad (n = 24), omezení pohyblivosti (n = 22) a přírůstek hmotnosti (n = 15).

Tab. 7: Uvedené postupy respondentek pro zvládnání fyzických změn během jednotlivých trimestrů

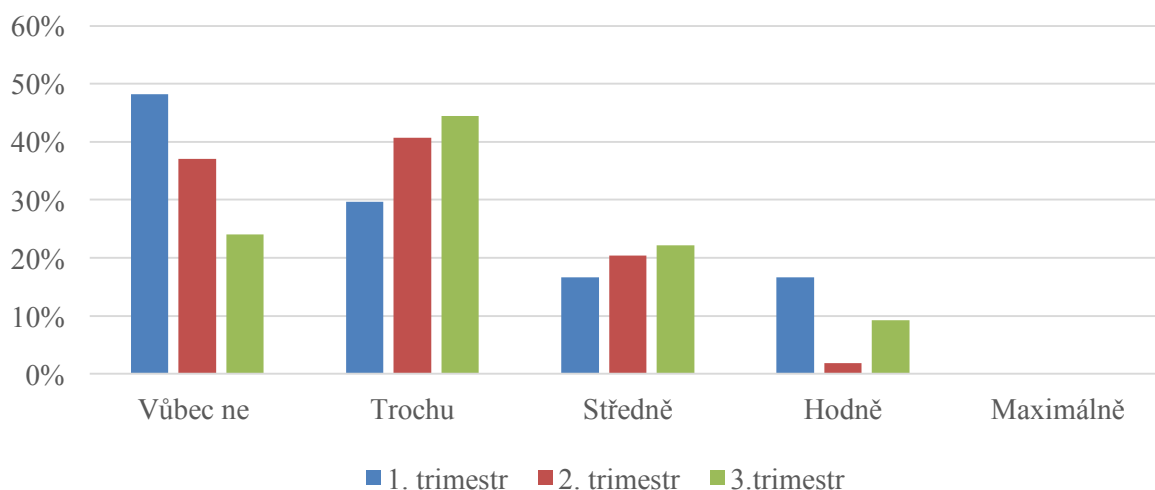
| Uvedené postupy | 1. trimestr | 2. trimestr | 3. trimestr |
|-------------------------------------|-------------------|-------------|-------------|
| | Absolutní četnost | | |
| Úprava stravování | 17 | 15 | 11 |
| Odpočinek/relaxace | 11 | 9 | 13 |
| Vycházky | 2 | - | 4 |
| Cvičení/pohyb | 3 | 5 | 12 |
| Rehabilitace | - | - | 1 |
| Polohování | - | - | 1 |
| Masáže | 1 | 1 | 1 |
| Omezení/přizpůsobení fyzické námahy | - | 1 | 4 |
| Spánek | 1 | - | - |
| Pomoc rodiny | - | - | 2 |
| Farmaka | - | 1 | 2 |
| Pomůcky | 1 | 1 | 1 |

2. Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto konkrétním těhotenstvím neumožní dělat, co potřebujete?

Tab. 8: Shrnutí četnosti odpovědí u 2. otázky během jednotlivých trimestrů

| Hodnocení | | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně | Celková četnost |
|-------------|-----------------------|----------|--------|---------|-------|-----------|-----------------|
| 1. trimestr | Absolutní četnost (n) | 26 | 16 | 9 | 9 | 0 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 48,15 | 29,63 | 16,67 | 16,67 | 0 | 100 |
| 2. trimestr | Absolutní četnost (n) | 20 | 22 | 11 | 1 | 0 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 37,04 | 40,74 | 20,37 | 1,85 | 0 | 100 |
| 3. trimestr | Absolutní četnost (n) | 13 | 24 | 12 | 5 | 0 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 24,07 | 44,44 | 22,22 | 9,26 | 0 | 100 |

Omezení kvůli psychickým změnám



Graf 11: Odpovědi na otázku č. 2 během jednotlivých trimestrů

Méně často ve srovnání s tělesnými změnami se naše respondentky setkávaly s psychickými změnami (viz tab. 9), které by narušovaly jejich běžnou činnost. K vypořádání s využívaly různých metod (tab. 10).

Tab. 9: Uvedené psychické změny, se kterými se potýkaly respondentky během jednotlivých trimestrů

| Uvedené obtíže | 1. trimestr | 2. trimestr | 3. trimestr |
|--------------------|-------------------|-------------|-------------|
| | Absolutní četnost | | |
| Poruchy spánku | 9 | 11 | 15 |
| Přecitlivělost | 4 | 6 | 6 |
| Nervozita | 8 | 4 | 12 |
| Plačtivost | 1 | 1 | 3 |
| Roztěkanost | 1 | - | 1 |
| Strach | 5 | 4 | 4 |
| Obavy | - | 1 | - |
| Úzkost | 6 | 5 | 2 |
| Deprese | 1 | 1 | - |
| Změny nálad | 1 | 1 | 1 |
| Zvýšená agresivita | 1 | 1 | 2 |
| Podrážděnost | 1 | - | - |
| Flegmaticnost | - | - | 1 |

Tab. 10: Uvedené postupy respondentek pro zvládání fyzických změn během jednotlivých trimestrů

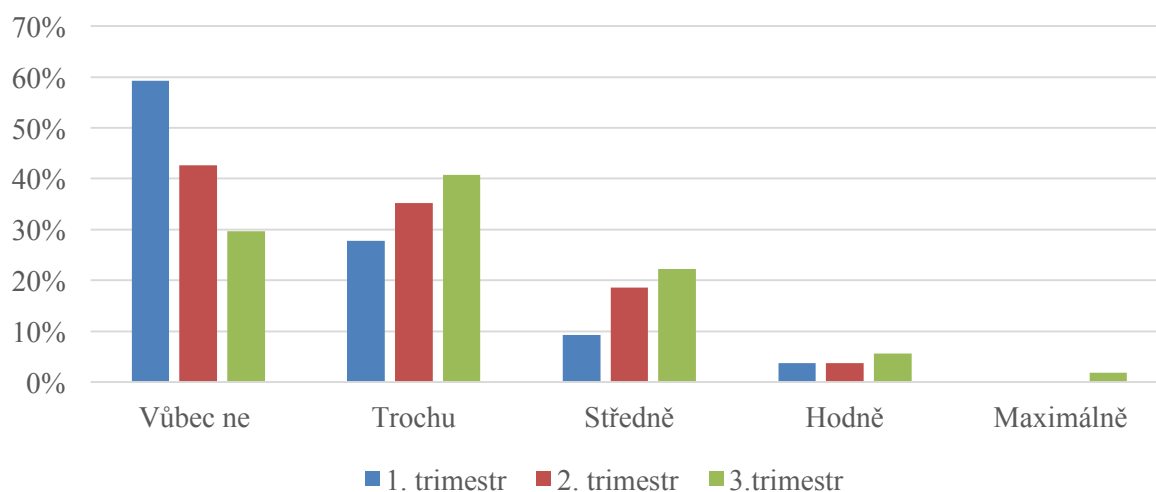
| Uvedené postupy | 1. trimestr | 2. trimestr | 3. trimestr |
|--------------------------------|-------------------|-------------|-------------|
| | Absolutní četnost | | |
| Dostatek spánku | 6 | 8 | 7 |
| Odpočinek | 5 | 2 | - |
| Relaxace | 1 | - | 2 |
| Pozitivní myšlení | 2 | 2 | 2 |
| Podpora přátel/partnera/rodiny | 2 | 1 | 2 |
| Společnost | 1 | 1 | - |
| Komunikace | 1 | 4 | 6 |
| Konzultace s lékařem | - | 1 | - |
| Informace | - | - | 1 |
| Diskuze na internetu | 1 | - | - |
| „Babské rady“ | 1 | - | - |
| Dostatek kapesníků po ruce | 1 | 1 | 1 |
| Rozptýlení | 2 | - | - |
| Cvičení | - | 2 | - |
| Dechová cvičení | - | - | 1 |
| Procházky v přírodě | 1 | 2 | 3 |
| Pravidelný režim | 1 | 1 | - |
| Neskrývání pocitů | - | - | 1 |
| Čtení | - | 1 | - |
| Hudba | - | - | 1 |
| Káva | - | 1 | 1 |
| Vynechání kávy | - | - | 1 |
| Cigarety | 1 | 1 | 2 |
| Léky | 1 | 1 | - |

3. Jak moc se obáváte, že nezvládnete péči o domácnost?

Tab. 11: Shrnutí četnosti odpovědí u 3. otázky během jednotlivých trimestrů

| Hodnocení | | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně | Celková četnost |
|-------------|-----------------------|----------|--------|---------|-------|-----------|-----------------|
| 1. trimestr | Absolutní četnost (n) | 32 | 15 | 5 | 2 | 0 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 59,26 | 27,78 | 9,26 | 3,70 | 0 | 100 |
| 2. trimestr | Absolutní četnost (n) | 23 | 19 | 10 | 2 | 0 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 42,59 | 35,19 | 18,52 | 3,70 | 0 | 100 |
| 3. trimestr | Absolutní četnost (n) | 16 | 22 | 12 | 3 | 1 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 29,63 | 40,74 | 22,22 | 5,56 | 1,85 | 100 |

Obavy o zvládnutí péče o domácnost

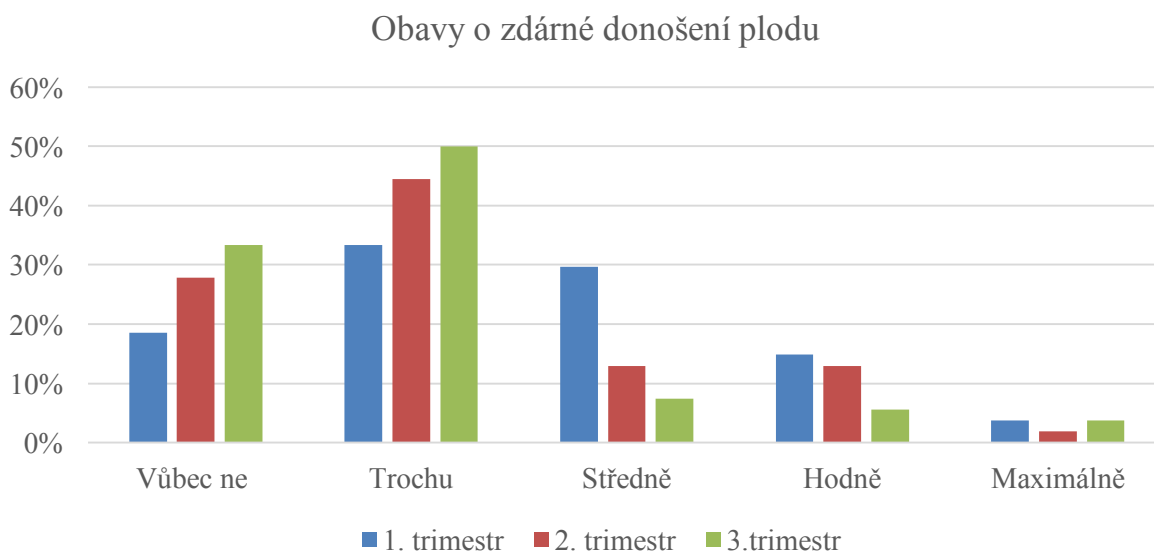


Graf 12: Odpověď na otázku č. 3 během jednotlivých trimestrů

4. Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?

Tab. 12: Shrnutí četnosti odpovědí u 4. otázky během jednotlivých trimestrů

| Hodnocení | | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně | Celková četnost |
|-------------|-----------------------|----------|--------|---------|-------|-----------|-----------------|
| 1. trimestr | Absolutní četnost (n) | 10 | 18 | 16 | 8 | 2 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 18,52 | 33,33 | 29,63 | 14,81 | 3,70 | 100 |
| 2. trimestr | Absolutní četnost (n) | 15 | 24 | 7 | 7 | 1 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 27,78 | 44,44 | 12,96 | 12,96 | 1,85 | 100 |
| 3. trimestr | Absolutní četnost (n) | 18 | 27 | 4 | 3 | 2 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 33,33 | 50 | 7,41 | 5,56 | 3,70 | 100 |



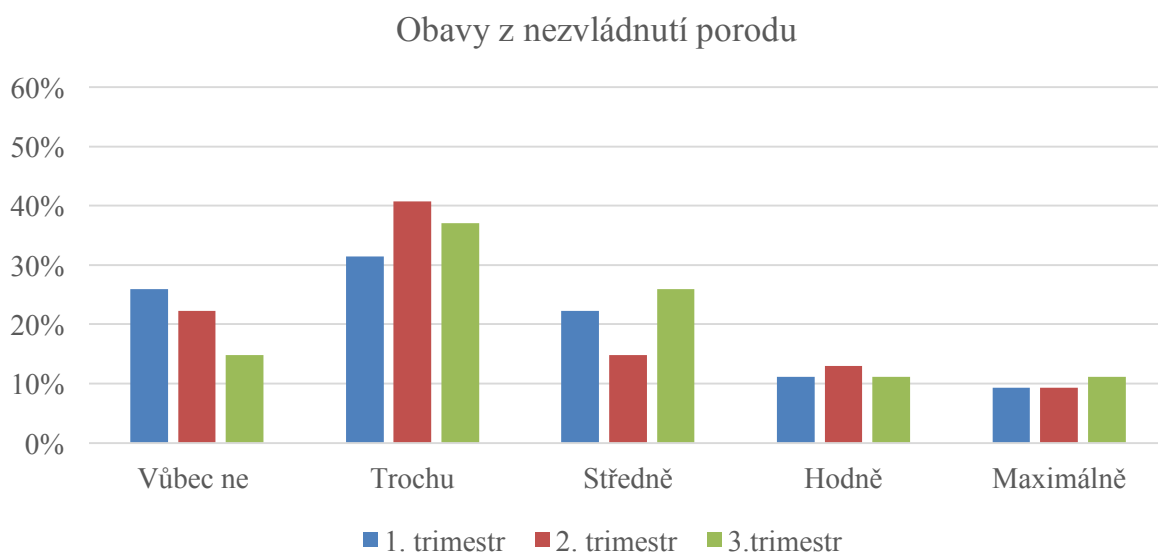
Graf 13: Odpověď na otázku č. 4 během jednotlivých trimestrů

Ze získaných dat vyplývá, že se naše respondentky s rostoucím stářím těhotenstvím méně bály o zdárné donošení plodu.

5. Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?

Tab. 13: Shrnutí četnosti odpovědí u 5. otázky během jednotlivých trimestrů

| Hodnocení | | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně | Celková četnost |
|-------------|-----------------------|----------|--------|---------|-------|-----------|-----------------|
| 1. trimestr | Absolutní četnost (n) | 14 | 17 | 12 | 6 | 5 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 25,93 | 31,48 | 22,22 | 11,11 | 9,26 | 100 |
| 2. trimestr | Absolutní četnost (n) | 12 | 22 | 8 | 7 | 5 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 22,22 | 40,74 | 14,81 | 12,96 | 9,26 | 100 |
| 3. trimestr | Absolutní četnost (n) | 8 | 20 | 14 | 6 | 6 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 14,81 | 37,04 | 25,93 | 11,11 | 11,11 | 100 |



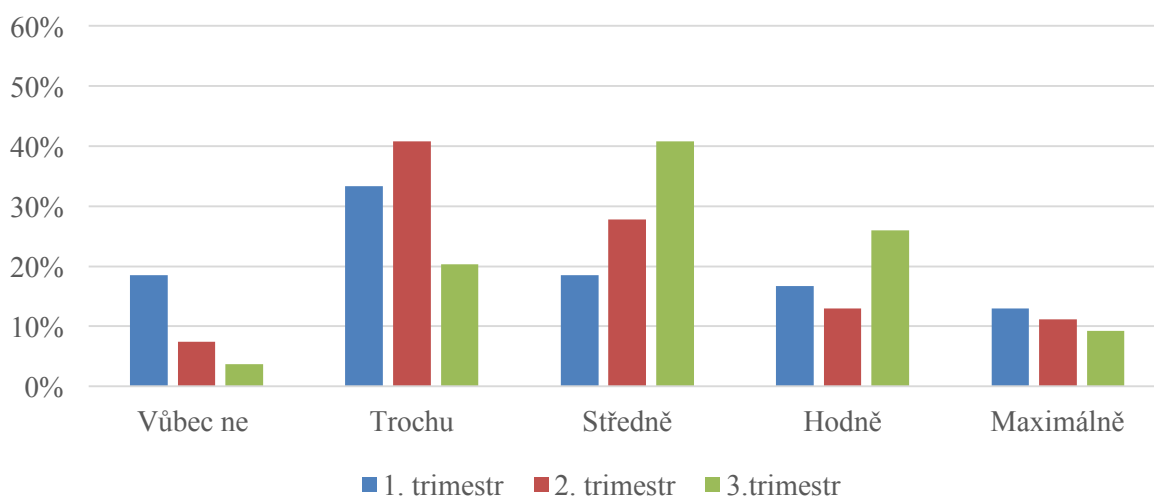
Graf 14: Odpověď na otázku č. 5 během jednotlivých trimestrů

6. Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?

Tab. 14: Shrnutí četnosti odpovědí u 6. otázky během jednotlivých trimestrů

| Hodnocení | | vůbec ne | trochu | středně | hodně | zcela | Celková četnost |
|-------------|-----------------------|----------|--------|---------|-------|-------|-----------------|
| 1. trimestr | Absolutní četnost (n) | 10 | 18 | 10 | 9 | 7 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 18,52 | 33,33 | 18,52 | 16,67 | 12,96 | 100 |
| 2. trimestr | Absolutní četnost (n) | 4 | 22 | 15 | 7 | 6 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 7,41 | 40,74 | 27,78 | 12,96 | 11,11 | 100 |
| 3. trimestr | Absolutní četnost (n) | 2 | 11 | 22 | 14 | 5 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 3,70 | 20,37 | 40,74 | 25,93 | 9,26 | 100 |

Omezení fyzické aktivity



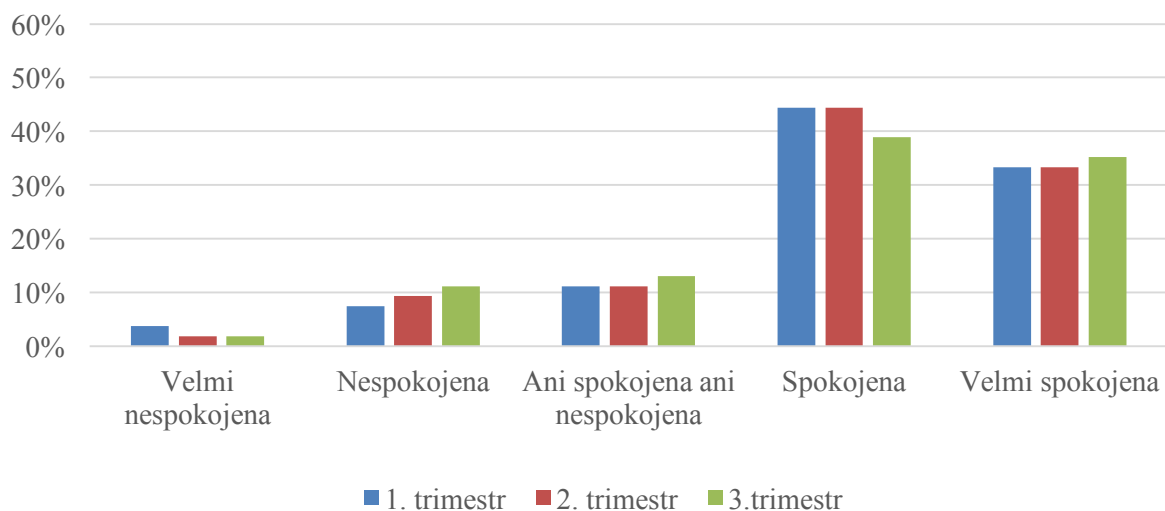
Graf 15: Odpověď na otázku č. 6 během jednotlivých trimestrů

7. Jak jste spokojena s partnerským životem?

Tab. 15: Shrnutí četnosti odpovědí u 7. otázky během jednotlivých trimestrů

| Hodnocení | | velmi nespokojena | Nespokojena | ani spokojena ani nespokojena | spokojena | velmi spokojena | Celková četnost |
|-------------|-----------------------|-------------------|-------------|-------------------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| 1. trimestr | Absolutní četnost (n) | 2 | 4 | 6 | 24 | 18 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 3,70 | 7,41 | 11,11 | 44,44 | 33,33 | 100 |
| 2. trimestr | Absolutní četnost (n) | 1 | 5 | 6 | 24 | 18 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 1,85 | 9,26 | 11,11 | 44,44 | 33,33 | 100 |
| 3. trimestr | Absolutní četnost (n) | 1 | 6 | 7 | 21 | 19 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 1,85 | 11,11 | 12,96 | 38,89 | 35,19 | 100 |

Spokojenost s partnerským životem



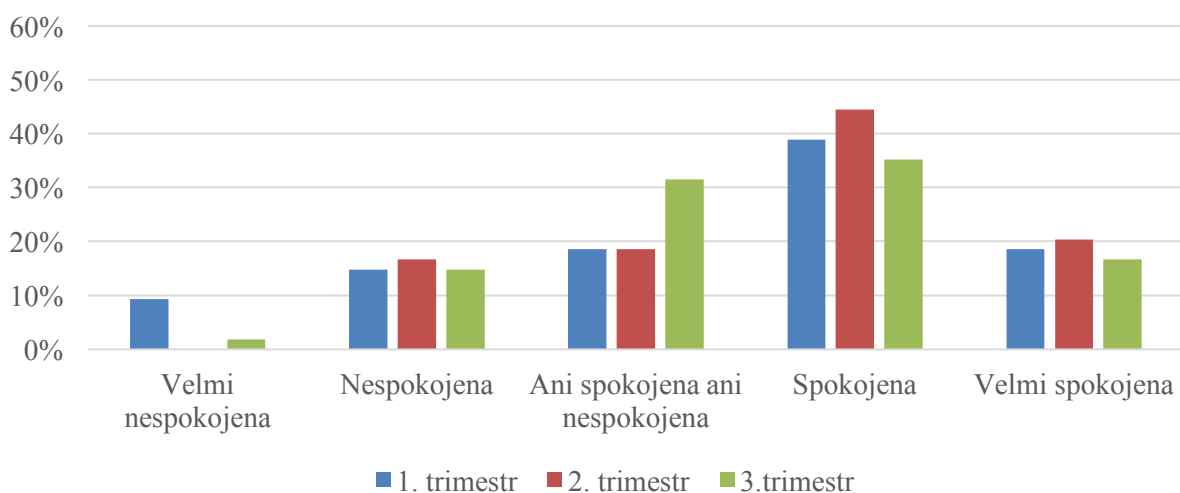
Graf 16: Odpověď na otázku č. 7 během jednotlivých trimestrů

8. Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?

Tab. 16: Shrnutí četnosti odpovědí u 8. otázky během jednotlivých trimestrů

| Hodnocení | | velmi nespokojena | nespokojena | ani spokojena ani nespokojena | spokojena | velmi spokojena | Celková četnost |
|-------------|-----------------------|-------------------|-------------|-------------------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| 1. trimestr | Absolutní četnost (n) | 5 | 8 | 10 | 21 | 10 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 9,26 | 14,81 | 18,52 | 38,89 | 18,52 | 100 |
| 2. trimestr | Absolutní četnost (n) | 0 | 9 | 10 | 24 | 11 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 0 | 16,67 | 18,52 | 44,44 | 20,37 | 100 |
| 3. trimestr | Absolutní četnost (n) | 1 | 8 | 17 | 19 | 9 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 1,85 | 14,81 | 31,48 | 35,19 | 16,67 | 100 |

Spokojenost se společenským životem



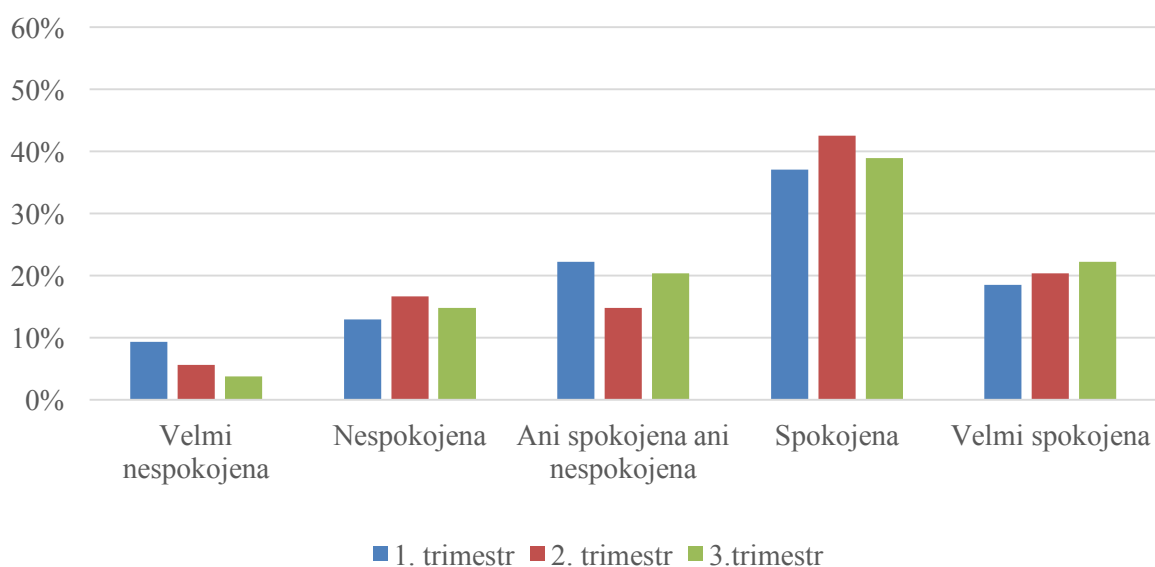
Graf 17: Odpověď na otázku č. 8 během jednotlivých trimestrů

9. Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?

Tab. 17: Shrnutí četnosti odpovědí u 9. otázky během jednotlivých trimestrů

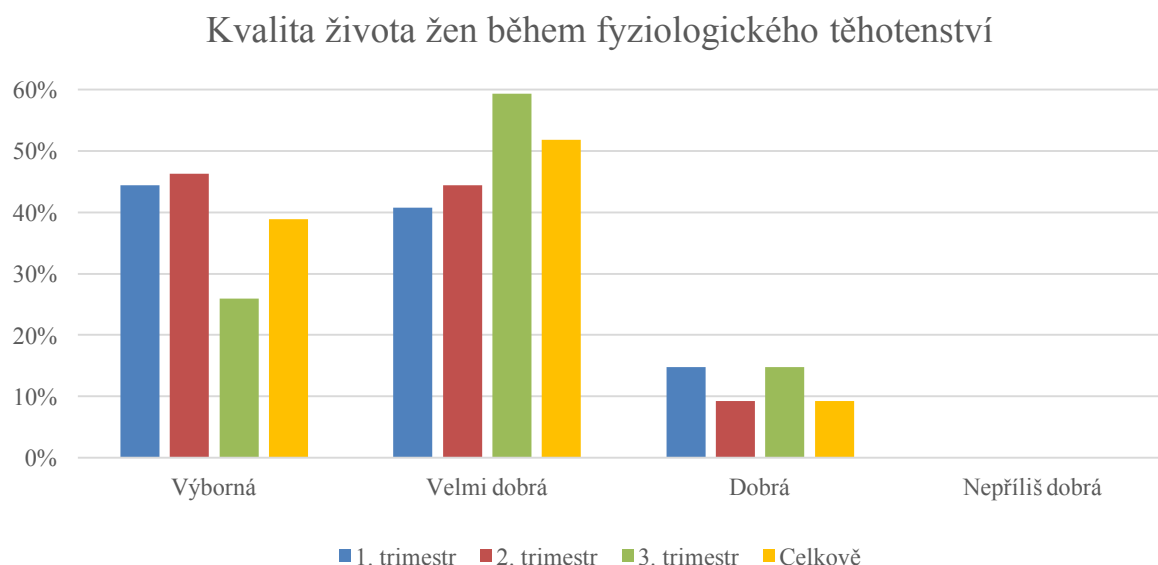
| Hodnocení | | velmi nespokojena | nespokojena | ani spokojena ani nespokojena | spokojena | velmi spokojena | Celková četnost |
|-------------|-----------------------|-------------------|-------------|-------------------------------|-----------|-----------------|-----------------|
| 1. trimestr | Absolutní četnost (n) | 5 | 7 | 12 | 20 | 10 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 9,26 | 12,96 | 22,22 | 37,04 | 18,52 | 100 |
| 2. trimestr | Absolutní četnost (n) | 3 | 9 | 8 | 23 | 11 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 5,56 | 16,67 | 14,81 | 42,59 | 20,37 | 100 |
| 3. trimestr | Absolutní četnost (n) | 2 | 8 | 11 | 21 | 12 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 3,70 | 14,81 | 20,37 | 38,89 | 22,22 | 100 |

Spokojenost s přizpůsobením se tomuto těhotenství



Graf 18: Odpověď na otázku č. 9 během jednotlivých trimestrů

8.3. Vyhodnocení kvalita života žen v průběhu fyziologického těhotenství



Graf 19: Vyhodnocení kvality života respondentek během jednotlivých trimestrů

Na základě získaných dat jsme vyhodnotili kvalitu života našich těhotných respondentek (příloha 11). Kvalita života se hodnotila dle počtu získaných bodů (odpovědí) do čtyř kategorií - výborná (9–18 bodů), velmi dobrá (19–27 bodů), dobrá (28–36 bodů), nepříliš dobrá (37–45 bodů) během jednotlivých trimestrů. Celkovou kvalitu jsme pak vypočítali jako průměrnou hodnotu bodů na jeden trimestr u jednotlivých respondentek a následně jsme využily stejného bodového vyhodnocení.

Vybrané statistické parametry pro jednotlivé položky dotazníku QOL – GRAV prezentuje příloha 12.

8.4. Porovnávání vlivu vybraných demografických faktorů na QOL

Vliv parity na QOL v našem souboru

Při porovnávání celkového průměru kvality života žen v průběhu fyziologického těhotenství jsme nezaznamenaly statisticky významný rozdíl mezi primiparami ($M = 35$; $SD = 2,29$) a multiparami ($M = 19$; $SD = 2,38$), $t(50) = 0,534$; $p = 0,596$.

Tab. 18 - 19: Statistické testování vlivu parity na kvalitu života žen v našem souboru

| Group Statistics | | | | | |
|------------------------|-----------|----|--------|----------------|-----------------|
| | Parita | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| Celková kvalita života | Primipara | 35 | 2,2942 | ,53956 | ,09120 |
| | Multipara | 19 | 2,3821 | ,55060 | ,12632 |

| Independent Samples Test | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|
| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Celková kvalita života | Equal variances assumed | ,910 | ,345 | ,534 | 50 | ,596 | ,08227 | ,15403 | -,22712 | ,39166 |
| | Equal variances not assumed | | | ,554 | 49,719 | ,582 | ,08227 | ,14842 | -,21589 | ,38043 |

Vliv rodinného stavu na QOL v našem souboru

Pomocí t – testu jsme ověřovali, zda u našich respondentek byla souvislost mezi výslednou kvalitou života a rodinným stavem – svobodná (M = 22; SD = 0,47) a vdaná (M = 30; SD = 0,60). Avšak statisticky významný rozdíl jsme nepotvrdily, $t(52) = -0,568$, $p = 0,573$.

Tab. 20 - 21: Statistické testování vlivu rodinného stavu na kvalitu života žen v našem souboru

| Group Statistics | | | | | |
|------------------------|-----------|----|--------|----------------|-----------------|
| | Rod. stav | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| Celková kvalita života | Svobodná | 22 | 2,3872 | ,47067 | ,10035 |
| | Vdaná | 30 | 2,3049 | ,59900 | ,10936 |

| Independent Samples Test | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|
| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Celková kvalita života | Equal variances assumed | ,035 | ,853 | -,568 | 52 | ,573 | -,08789 | ,15485 | -,39862 | ,22284 |
| | Equal variances not assumed | | | -,564 | 36,419 | ,576 | -,08789 | ,15580 | -,40374 | ,22797 |

9. Ověření platnosti hypotéz

H1₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen s fyziologickým těhotenstvím v 1., 2. a 3. trimestru.

H1_A: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen s fyziologickým těhotenstvím v 1., 2. a 3. trimestru.

H2₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen při porovnání 2. a 3. trimestru fyziologického těhotenství.

H2_A: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen při porovnání 2. a 3. trimestru fyziologického těhotenství.

H3₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života v 1. trimestru mezi ženami trpícími obtížemi NVP (nausea and vomiting of pregnancy) a ženami, které těmito obtížemi netrpí.

H3_A: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života v 1. trimestru mezi ženami trpícími obtížemi NVP a ženami, které těmito obtížemi netrpí

H4₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen, které těhotenství plánovaly oproti ženám s neplánovaným těhotenstvím.

H4_A: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen, které těhotenství plánovaly oproti ženám s neplánovaným těhotenstvím.

Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1

H1₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen s fyziologickým těhotenstvím v 1., 2. a 3. trimestru.

H1_A: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen s fyziologickým těhotenstvím v 1., 2. a 3. trimestru.

Pro srovnání kvality života v jednotlivých trimestrech podle dotazníku QOL-GRAV byla použita ANOVA pro opakovaná měření (viz příloha 13). Mauchlyho test naznačuje, že podmínka sphericity byla porušena, $\chi^2(2) = 27,52$, $p < 0,001$ a z tohoto důvodu byly stupně volnosti korigovány pomocí odhadu sphericity podle Greenhouse-Geisserova odhadu. Provedený test naznačuje, že jednotlivé trimestry jsou signifikantně odlišné. ($F(1.417) = 5.298$, $p = 0.014$). Post-hoc test používá Sidakovu korekci na porovnání každého trimestru s každým. Statisticky významné rozdíly byly shledány v trimestrech 2. a 3. ($p < 0,001$). Srovnáním průměrných hodnocení v jednotlivých trimestrech u těhotenské škály bylo zjištěno, že trimestry jsou srovnatelné. Zatímco v 1. ($M = 2,27$, $SD = 0,65$) a 2. ($M = 2,29$, $SD = 0,63$) trimestru hodnota kvality života se signifikantně neodlišovala, ve 3. ($M = 2,47$, $SD = 0,58$) trimestru se mírně snížila.

Hypotéza 2

H2₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen při porovnání 2. a 3. trimestru fyziologického těhotenství.

H2_A: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen při porovnání 2. a 3. trimestru fyziologického těhotenství.

Tab. 22 - 23: Statistické testování hypotézy 2

| Paired Samples Statistics | | | | | |
|---------------------------|------------|--------|----|----------------|-----------------|
| | | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| Pair 1 | II_Průměr | 2,2407 | 54 | ,62506 | ,08506 |
| | III_Průměr | 2,4650 | 54 | ,57516 | ,07827 |

| | | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|--------|------------------------|--------------------|----------------|-----------------|---|---------|--------|----|-----------------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 | II_Průměr - III_Průměr | -,17798 | ,30164 | ,04105 | -,26031 | -,09565 | -4,336 | 53 | ,000 |

K ověření této hypotézy byl použit párový t-test (tab. 23), který srovnával průměrné hodnoty kvality života ve 2. a 3. trimestru. Test zaznamenal signifikantní rozdíl v kvalitě života žen mezi 2. trimestrem ($M = 2,3$, $SD = 0,63$) a 3. trimestrem ($M = 2,5$, $SD = 0,58$), $t(53) = -4,34$, $p < 0,001$. Na základě výsledků tedy může být hypotéza H_{2A} označena jako platná. Dále jsme také porovnali párovým t – testem (příloha 14) i jednotlivé otázky mezi 2. trimestrem a 3. trimestrem (tab. 24), abychom zjistily, zda se signifikantní rozdíly týkají všech nebo jen části oblastí. Výsledky shrnuje následující tabulka, kde je možné pozorovat signifikantní rozdíly ve většině oblastí, jako nejkonzistentnější se u našich respondentek ukázali oblasti sociální.

Tab. 24: Porovnávání výsledků jednotlivých otázek mezi 2. a 3. trimestrem

| QOL-GRAV | 2. trimestr [M] | 3. trimestr [M] | T- test |
|-----------|--------------------|--------------------|---------------------|
| 1. Otázka | 2,22 | 3,19 | p < 0,001 |
| 2. Otázka | 1,87 | 2,17 | p = 0,004 |
| 3. Otázka | 1,83 | 2,09 | p = 0,005 |
| 4. Otázka | 2,17 | 1,96 | p = 0,070 |
| 5. Otázka | 2,46 | 2,67 | p = 0,040 |
| 6. Otázka | 2,80 | 3,17 | p < 0,001 |
| 7. Otázka | 2,02 | 2,06 | p = 0,569 |

| | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|---------------------|
| 8. Otázka | 2,35 | 2,50 | p = 0,289 |
| 9. Otázka | 2,44 | 2,39 | p = 0,659 |
| Celkový průměr | 2,24 | 2,47 | p < 0,001 |

Hypotéza 3

H₃₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života v 1. trimestru mezi ženami trpícími NVP (nausea and vomiting of pregnancy) a ženami, které těmito obtížemi netrpí.

H_{3A}: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života v 1. trimestru mezi ženami trpícími vybranými obtížemi NVP a ženami, které těmito obtížemi netrpí.

Tab. 25 - 26: Statistické testování hypotézy 3

| | Nevolnost, zvracecí v 1 trimestru | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|------------------------|-----------------------------------|----|--------|----------------|-----------------|
| Celkova_kvalita_zivota | Ne | 26 | 2,2496 | ,52051 | ,10208 |
| | Ano | 28 | 2,4249 | ,57089 | ,10789 |

| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| Equal variances assumed | ,067 | ,797 | -1,176 | 52 | ,245 | -,17529 | ,14904 | -,47437 | ,12379 |
| Equal variances not assumed | | | -1,180 | 51,985 | ,243 | -,17529 | ,14853 | -,47333 | ,12275 |

Tab. 27: Porovnávání výsledků jednotlivých otázek mezi skupinou žen s NVP a ženami, které tyto obtíže neuvedly

| QOL-GRAV | Ženy, které uvedly NVP | Ženy, které tyto problémy neuvedly | T- test |
|-----------------------|------------------------|------------------------------------|---------------------|
| 1. Otázka | 2,93 | 1,35 | p < 0,001 |
| 2. Otázka | 1,93 | 1,65 | p = 0,2765 |
| 3. Otázka | 2,64 | 1,42 | p = 0,1922 |
| 4. Otázka | 2,65 | 2,38 | p = 0,3837 |
| 5. Otázka | 2,54 | 2,38 | p = 0,6626 |
| 6. Otázka | 3,14 | 2,27 | p = 0,0128 |
| 7. Otázka | 2,25 | 1,81 | p = 0,1213 |
| 8. Otázka | 2,61 | 2,54 | p = 0,8388 |
| 9. Otázka | 2,71 | 2,42 | p = 0,3807 |
| Celkový průměr | 2,5 | 2,03 | p = 0,245 |

K ověření hypotézy byl použit t - test pro dva nezávislé výběry. Na základě výsledku testu lze přijmout H_3_0 , tedy neexistuje signifikantní rozdíl v kvalitě života v 1. trimestru mezi ženami trpícími nevolnostmi a ženami, které nevolnostmi netrpí (příloha 15). V celkovém hodnocení sice nemá NVP signifikantní vliv, avšak při porovnávání jednotlivých otázek (tab. 27) jsme zaznamenali statisticky významný rozdíl u první a šesté otázky, které se týkají fyzických změn a omezení fyzické aktivity.

Hypotéza 4

H4₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen, které těhotenství plánovaly oproti ženám s neplánovaným těhotenstvím.

H4_A: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen, které těhotenství plánovaly oproti ženám s neplánovaným těhotenstvím.

Tab. 28 -29: Statistické testování hypotézy 4

| Group Statistics | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--------------|----|--------|----------------|-----------------|--|--|--|--|
| | | Plánované t. | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | | | | |
| Celkova_kvalita_zivota | | Neplánované | 13 | 2,6051 | ,46690 | ,12950 | | | | |
| | | Plánované | 41 | 2,2567 | ,55166 | ,08615 | | | | |

| Independent Samples Test | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|
| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
| | | F | Sig. | t | Df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Celkova_kvalita_zivota | Equal variances assumed | ,748 | ,391 | 2,052 | 52 | ,045 | ,34839 | ,16975 | ,00777 | ,68902 |
| | Equal variances not assumed | | | 2,240 | 23,588 | ,035 | ,34839 | ,15554 | ,02709 | ,66970 |

Pro posouzení této hypotézy byl použit t-test (tab.29). Porovnávala se kvalita života u 41 respondentek, které těhotenství plánovaly ($M = 2,26$, $SD = 0,55$) ve srovnání se 13ti respondentkami neplánujícími těhotenství ($M = 2,61$, $SD = 0,47$). Mezi těmito skupinami žen se ukázal statisticky významný rozdíl v kvalitě života během těhotenství, a to ve prospěch žen plánujících těhotenství, $t(52) = 2,05$, $p = 0,045$. Na základě tohoto zjištění zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

Diskuze

V předkládané práci jsme srovnávali kvalitu života žen v průběhu jednotlivých trimestrů pomocí specifického dotazníku QOL - GRAV, jehož škála má uspokojivou vnitřní konzistenci (Cronbachovo $\alpha_k = 0,75$ v 1. trimestru; $0,75$ v 2. trimestru; $0,73$ ve 3. trimestru). Pro tento dotazník obecně platí, že čím nižších hodnot dosáhneme, tím vyšší je kvalita života a vyskytuje se méně problémů či se nevyskytují vůbec. Na základě našeho výzkumu můžeme konstatovat, že kvalita života v našem souboru byla ve většině případů výborná nebo velmi dobrá, ojediněle - dobrá. Žádná z respondentek nespadala do poslední kategorie hodnocení kvality života – nepříliš dobrá, celkově ani v průběhu žádného trimestru (graf 19). Obdobné výsledky prezentovaly Mazúchová, Kelčíková, Dubovická (2018), které s využitím QOL – GRAV ověřovaly kvalitu života u slovenské populace těhotných žen.

U prvních dvou hypotéz jsme se zabývali, zda existují statisticky významné rozdíly v kvalitě života během fyziologického těhotenství u skupiny 54 žen. V první hypotéze jsme porovnávali všechny trimestry (příloha 13), zatímco u druhé jsme se soustředily na rozdíly mezi 2. a 3. trimestrem (tab. 22 - 23).

Při porovnání průměrných hodnot všech položek dotazníku a statistického vyhodnocení (ANOVA), jsme došli k závěru, že u našeho souboru žen se vyskytoval signifikantní rozdíl v kvalitě života mezi 1. trimestrem a 3. trimestrem ($p < 0,001$) i mezi 2. a 3. trimestrem ($p < 0,001$). Statisticky významný rozdíl jsme nezaznamenali mezi prvními dvěma trimestry ($p = 0,993$) (příloha 13).

Tyto poznatky se shodují s výsledky výzkumu Vachkové (2014), kdy ženy dosahovaly nejvyšší kvality života ve 2. trimestru a nejnižší ve 3. trimestru.

Že se kvalita života snižuje nejvýrazněji ve 3. trimestru zjistil i Lagadec a kol (2018), kdy se jako nejrizikovější oblasti kvality života ukázaly somatické změny a omezení fyzické aktivity. Mezi hlavní somatické změny ve 3. trimestru ženy nejčastěji uváděli bolesti zad, omezení hybnosti, přírůstek hmotnosti a pálení žáhy (tab. 6). Jako nejstabilnější oblastí dotazníku během našeho výzkumu jsme zaznamenali oblast sociálních vztahů, kde se nevyskytovaly významné rozdíly.

U třetí hypotézy jsme se zaměřily na nejčastější těhotenské komplikace v 1. trimestru, což je nauzea a zvracení (NVP). Více než polovina (N 28) našich respondentek, uvedla tyto komplikace (tab. 6). Při porovnání kvality života těchto žen s ženami, které tyto příznaky nezaznamenaly, jsme statisticky významný rozdíl v celkové kvalitě života nepotvrdily

($p = 0,245$) (příloha 15). Avšak při testování jednotlivých otázek, jsme zaznamenali signifikantní rozdíl v otázce 1. a 6. (tab. 27), které spadají do domény fyzické zdraví, konkrétně se jedná o somatické obtíže a omezením fyzické aktivity.

Jak psychosociální faktory ovlivňují NVP zkoumal Chou a kol. (2003). Došli k závěru, že NVP je ovlivněna únavou a stresem, zatímco sociální podpora působí jako protektivní faktor. Dále uvádí, že mnoho žen, které sice těmito symptomy trpěly, ale porozuměly jejich příčině, se se situací lépe vyrovnávaly. Magee a kol. (2002) poukazovala na i na lepší snášení, pokud se NVP vyskytuje v dopoledních hodinách („ranní nevolnost“) oproti večerním.

Výsledky průzkumu Balíková, Bužgová (2014) potvrdily potřebu individualizovaného přístupu k ženám trpícím NVP. Nevolnost způsobuje fyzické i psychické obtíže a omezuje jejich společenský i rodinný život. Proto autorky kladou důraz na citlivý přístup a přátelské zacházení s úctou, tak aby jejich QOL nebyla negativně ovlivněna.

Kvalita života u žen s výskytem NVP během 1. trimestru je do velké míry také ovlivněna faktory jako je intenzita NVP problémů, informovanosti a sociální podpoře blízkých. Ženy se lépe vyrovnávají s NVP, pokud mají dostatek informací o příčinách, možných intervenčních metodách a zároveň mají sociální podporu.

U čtvrté hypotézy jsme zjišťovali, zda existuje statisticky významný rozdíl ($p = 0,045$) v kvalitě života mezi skupinou žen, které těhotenství plánovaly v porovnání se skupinou žen neplánujících těhotenství (tab. 28 – 29).

Vachková uvádí vyšší výskyt intenzivnějších negativních somatických změn u žen s neplánovaným těhotenstvím (2014). Signifikantní rozdíl v této oblasti mezi plánovaným a neplánovaným těhotenstvím zaznamenal pomocí měření nástrojem SF - 36 Ali A. (2016) i Khajehpour a kol. (2013).

Naopak Gariepy a kol. (2017) ve výzkumu, ve kterém 161 respondentek hodnotilo „kontexty“ těhotenství včetně (ne)plánování těhotenství, nedošel k jednoznačnému rozdílu. Měření bylo hodnoceno na podle - London Measure of Unplanned Pregnancy a HRQoL.

Ani autoři Ghadeer Alzboon a Gülşen Vural (2019) během výzkumu zabývající se faktory ovlivňující kvalitu života zdravých těhotných žen v severním Jordánsku, nepotvrdili spojitost mezi neplánovaným těhotenstvím a nižší kvalitou života.

Neplánované těhotenství může být spojeno s nižší kvalitou života žen, obzvláště pokud žena není připravena na roli matky, nebo shledává těhotenství jako komplikaci ať už z ekonomických či sociálních důvodů. Podstatný je i postoj partnera a rodiny k těhotenství,

jejich případná podpora může představovat klíčový faktor QOL, i proto ne vždy musí být neplánované těhotenství spojováno s negativní pocity vůči těhotenství a nižší kvalitou života.

Závěr

Tato diplomová práce se věnuje kvalitě života žen v průběhu fyziologického těhotenství. Teoretická část práce přináší stručný přehled problematiky skryté pod těžko definovatelným označením kvalita života. Dále také popisuje časté somatické i psychické změny, se kterými se těhotné ženy potýkají, a jež se mohou odrážet v jejich hodnocení kvality života. Praktická část pak seznamuje s naším kvantitativním výzkumem, který byl uskutečněn na základě opakovaného dotazníkového šetření pomocí specifického dotazníku QOL-GRAV. Popisuje se zde, jak výzkum probíhal: způsob výběru respondentek, použité metody a v neposlední řadě i předkládá výsledky celého šetření.

Cílem této práce bylo přiblížit problematiku QOL a sumarizovat aktuální informace zabývající se problematikou kvality života žen v průběhu fyziologického těhotenství. Stanovili jsme si tři dílčí cíle a čtyři hypotézy.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit kvalitu života našich respondentek během fyziologického těhotenství. Tohoto cíle jsme dosáhli pomocí specifického dotazníku QOL – GRAV, na základě kterého jsme zjistili, že naše respondentky měly uspokojivou kvalitu života.

Druhým dílčím cílem bylo porovnat kvalitu života žen během jednotlivých trimestrů. Z našeho výzkumu vyplývá, že kvalita života je u žen během těhotenství relativně stabilní a uspokojivá. Obzvláště pak během prvních dvou trimestrů. Nejvyšší kvalitu života v průběhu těhotenství, dosahovali naše respondentky ve 2. trimestru, naopak nejnižší ve třetím trimestru. První dva trimestry se od sebe výrazně nelišily ani co se týče hodnocení jednotlivých bodů dotazníku.

Posledním cílem bylo vyhodnotit vliv vybraných demografických údajů na kvalitu života žen s fyziologickým těhotenstvím. Zkoumali jsme vliv parity na kvalitu života, ale signifikantní rozdíl mezi primiparami a multiparami jsme v našem souboru nezaznamenali, stejně tak vliv rodinného stavu u vdaných a svobodných respondentek. Statisticky významný rozdíl jsme zaznamenali mezi ženami plánující těhotenství oproti ženám s neplánovaným těhotenstvím, u kterých jsme zaznamenaly nižší kvalitu života v průběhu těhotenství.

K limitujícím faktorům této práce řadíme velikost zkoumaného souboru, jež tvořilo 54 respondentek, které byly ochotné se zúčastnit tohoto výzkumu a zároveň opakovaně

vyplnit dotazník QOL- GRAV. Je tedy možné, že pokud by se výzkumu účastnilo více žen, výsledky byly statisticky významnější. Závěry této studie je z tohoto důvodu třeba interpretovat s opatrností a s ohledem na tato omezení. Navzdory uvedeným limitacím si myslíme, že tato práce přinesla podnětné výsledky. Jako velmi pozitivní hodnotíme, že výzkum probíhal u stejné skupiny žen, což svědčí pro vzájemné porovnávání trimestrů.

Ačkoliv je těhotenství fyziologické a nejedná se o nemoc, jak někteří poukazují, nelze podceňovat náročnost, zátěž ani značné změny, kterými ženy během tohoto období prochází. Pozornost je třeba zaměřit, na sociální podporu těhotných a poskytování důležitých informací, což se ukázalo jako stěžejní faktory, které mohou ovlivnit kvalitu života žen. Tyto získané poznatky by mohli být přínosné i pro porodní asistentky, jelikož právě ony poskytují těhotným ženám péči a jak zmiňovaly zahraniční studie, jejich podpora a poskytování informací jsou pro ženy velmi důležité.

Slibný potenciál vidíme i v chystané elektronické verzi QOL – GRAV a jako zajímavé využití by se nám zdálo, kdyby současně na základě vyhodnocení, ženy získávaly i případné doporučení. Jako další možné řešení se jeví i edukační materiál, který by ženy mohli obdržet v prenatální poradně.

Referenční seznam zdrojů

Afzal, S., Bashir, M., Khan, M.S., Tehzeeb, J., Manzoor, A., Dar, A.S., Umair, M., Butt, A.I., Iqbal, A., Anwar, A., Junaid, M., & Ashraf, M.S. (2015). RELATIONSHIP OF PARENTAL HEALTH AND SOCIAL SUPPORT DURING PREGNANCY WITH THE RISK OF NON-SYNDROMIC ORAL CLEFTS: A CASE - CONTROL STUDY. *Annals of King Edward Medical University*, 21, 262-268.

Ali A. Relationship between Unwanted Pregnancy and Health-Related Quality of Life in Pregnant Women. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2016;**26**(6):507-512

ALZBOON, Ghadeer a Gülşen VURAL. Factors Influencing the Quality of Life of Healthy Pregnant Women in North Jordan. *Medicina* [online]. 2019, **55**(6) [cit. 2020-03-02]. DOI: 10.3390/medicina55060278. ISSN 1010-660X. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1010-660X/55/6/278>

Balíková M, Bužgová R. Quality of women's life with nausea and vomiting during pregnancy. *Ošetrovatelství a porodní asistence* 2014;**5**(1):29–35

BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.

Bushra Gul, Muhammad Akram Riaz, Naila Batool, Humaira Yasmin, Muhammad Naveed Riaz. *J Pak Med Assoc*. 2018 Jun; **68**(6): 872–875.

CALOU, Cinthia Gondim Pereira, Ana Karina Bezerra PINHEIRO, Régia Christina Moura Barbosa CASTRO, Mirna Fontenele DE OLIVEIRA, Priscila DE SOUZA AQUINO a Franz Janco ANTEZANA. Health Related Quality of Life of Pregnant Women and Associated Factors: An Integrative Review. *Health* [online]. 2014, **06**(18), 2375-2387 [cit. 2020-03-03]. DOI: 10.4236/health.2014.618273. ISSN 1949-4998. Dostupné z: <http://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/health.2014.618273>

Coban A, Arslan GG, Colakfakioglu A, Sirlan A. Impact on quality of life and physical ability of pregnancy-related back pain in the third trimester of pregnancy. *J Pak Med Assoc.* 2011;61(11):1122-1124.

Da Costa, D., Dritsa, M., Verreault, N. *et al.* Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Arch Womens Ment Health* **13**, 249–257 (2010). <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0104-3>.

Dall'alba V, Callegari-Jacques SM, Krahe C, Bruch JP, Alves BC, Barros SG. Health-related quality of life of pregnant women with heartburn and regurgitation. *Arq Gastroenterol.* 2015;52(2):100-104. doi:10.1590/S0004-28032015000200005.

Dotazník SF 36: Informace pro uživatele. In: *Klinika adiktologie* [online]. 2019. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-sf-36>

EFFATI- DARYANI, Fatemeh, Mojgan MIRGHAFOURVAND, Sakineh MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI, Fatemeh SHIRI-SARAND a Somayeh ZAREI. Sleep quality and its relationship with quality of life in Iranian pregnant women. *International Journal of Nursing Practice*[online]. 2017, **23**(2). DOI: 10.1111/ijn.12518. ISSN 13227114. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/ijn.12518>

GARIEPY, Aileen, Lisbet S. LUNDSBERG, Nicole VILARDO, Nancy STANWOOD, Kimberly YONKERS a Eleanor B. SCHWARZ. Pregnancy context and women's health-related quality of life. *Contraception* [online]. 2017, **95**(5), 491-499 [cit. 2020-02-23]. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.02.001. ISSN 00107824. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782417300392>

Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, Escobar GJ. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med.* 2005 Jan;20(1):45-51. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.40097.x.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745299.

HNILICOVÁ, Helena a Vladimír BENCKO. Kvalita života - vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*. 2005, **85**(11), 656-660. ISSN 0032-6739.

Chou FH, Lin LL, Cooney AT, Walker LO, Riggs MW. Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *J Nurs Scholarsh*. 2003;**35**(2):119-125. doi:10.1111/j.1547-5069.2003.00119.x

ICM International Definition Of The Midwife. [online] Internationalmidwives.org. Adopted at Brisbane Council meeting, 2005. Revised and adopted at Durban Council meeting, 2011 Revised and adopted at Toronto Council meeting, 2017 Dostupné z: <<http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>>

Khajehpour M, Simbar M, Jannesari S, Ramezani-Tehrani F, Majd HA. Health status of women with intended and unintended pregnancies. *Public Health*. 2013;**127**(1):58-64. doi:10.1016/j.puhe.2012.08.011

Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;**18**(1):455. Published 2018 Nov 23. doi:10.1186/s12884-018-2087-4

LI, Jie, Jing MAO, Yukai DU, Jessica L. MORRIS, Guilan GONG a Xiaojun XIONG. Health-Related Quality of Life Among Pregnant Women With and Without Depression in Hubei, China. *Maternal and Child Health Journal* [online]. 2012, **16**(7), 1355-1363. DOI: 10.1007/s10995-011-0900-z. ISSN 1092-7875. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-011-0900-z>

López-López D, Rodríguez-Vila I, Losa-Iglesias ME, et al. Impact of the quality of life related to foot health in a sample of pregnant women: A case control study. *Medicine (Baltimore)*. 2017;**96**(12):e6433. doi:10.1097/MD.00000000000006433

MA, Jian, Yong-Qing HUANG, Caroline YAO, et al. Parental Health and Social Support in the First Trimester of Pregnancy and the Risk of Oral Clefts. *Plastic and Reconstructive Surgery* [online]. 2015, **135**(1), 212-218. DOI: 10.1097/PRS.0000000000000778. ISSN 0032-

<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006534-201501000-00039>

Magee LA, Chandra K, Mazzotta P, Stewart D, Koren G, Guyatt GH. Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5 Suppl Understanding):S232-S238. doi:10.1067/mob.2002.122604

MAHARLOUEI, Najmeh. The Importance of Social Support During Pregnancy. *Women's Health Bulletin* [online]. 2016, 3(1). DOI: 10.17795/whb-34991. ISSN 2345-5136. Dostupné z: <http://womenshealthbulletin.neoscriber.org/en/articles/21300.html>

Mazúchová L, Kelčíková S, Dubovická Z. Measuring women's quality of life during pregnancy. *Kontakt* 2018; 20(1): e31–e36; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.11.004>

Mirabzadeh, A., Dolatian, M., Forouzan, A. S., Sajjadi, H., Majd, H. A., & Mahmoodi, Z. (2013). Path analysis associations between perceived social support, stressful life events and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. *Iranian Red Crescent medical journal*, 15(6), 507–514. <https://doi.org/10.5812/ircmj.11271>

Mogos, M.F., August, E.M., Salinas-Miranda, A.A. *et al.* A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Applied Research Quality Life* 8, 219–250 (2013). <https://doi.org/10.1007/s11482-012-9188-4>

Olsson C, Nilsson-Wikmar L. Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(4):351-357.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PENNACCHINI, M., M. BERTOLASO, M.M. ELVIRA a M.G. DE MARINIS. A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy. *Clin Ter.* 2011, 162(3), e99 - e103.

Programme on Mental Health, World Health Organization. WHOQOL Measuring Quality of Life. 1997

PROCHÁZKA, Martin, Radovan PILKA, Štěpánka BUBENÍKOVÁ, et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

Rogalewicz, Vladimír & Barták, Miroslav & Sihelnikova, Milena. Poznámka k použití dotazníku kvality života WHOQOL-BREF v českém prostředí [A note on application of the WHOQOL-BREF questionnaire on quality of life in the Czech environment]. *Časopis lékařů českých*. 2017, 156. 88-92.

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

ŘEHULKOVÁ, Oliva. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemocí*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.

SETSE, Rosanna, Ruby GROGAN, Luu PHAM, Lisa A. COOPER, Donna STROBINO, Neil R. POWE a Wanda NICHOLSON. Longitudinal Study of Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life During Pregnancy and After Delivery: The Health Status in Pregnancy (HIP) Study. *Maternal and Child Health Journal* [online]. 2009, 13(5), 577-587. DOI: 10.1007/s10995-008-0392-7. ISSN 1092-7875. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-008-0392-7>

SMITH, Megan V. Yonkers, Wendy Lee BRUNETTO, Kimberly A. YONKERS a komentář: A. ROZTOČIL. Perinatální deprese – čím dříve ji poznáme, tím lépe. *Gynekologie po promoci*. 2004, 4(6), 31 - 39.

Social support and health related quality of life among pregnant women.

VADUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VACHKOVÁ, Eva a Jiří MAREŠ. Kvalita života žen v období těhotenství: studie pomocí ohniskových skupin. *Kontakt*. 2012, **14**(3), 286-297. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2012>

VACHKOVÁ, Eva, Jiří MAREŠ a Stanislav JEŽEK. Kvalita života těhotných žen: psychometrické vlastnosti nového specifického dotazníku. *Ošetrovatel'stvo* [online]. 2014, **4**(2), 71-77. ISSN 1338-6263. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2014/02/2014-rocnik-4-cislo-2.pdf

VACHKOVÁ, Eva. *Kvalita života žen v období těhotenství* [online]. Hradec Králové, 2014. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové.

ZAYAS, Luis H, Maddy CUNNINGHAM, M.Diane MCKEE a Katherine R.B JANKOWSKI. Depression and negative life events among pregnant african-american and hispanic women. *Women's Health Issues* [online]. 2002, **12**(1), 16-22. DOI: 10.1016/S1049-3867(01)00138-4. ISSN 10493867. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1049386701001384>

Zásady dispenzární péče v těhotenství [online]. 2019. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz>

Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Seznam zkratek

ANOVA- Analysis of variance

ČGPS ČLS JEP - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

FIGO - Mezinárodní federací gynekologů a porodníků

HBsAg – Hepatitis B surface Antigen

hCG - lidský choriogonadotropin

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HRQoL - Health-related quality of life

ICM - Mezinárodní konfederací porodních asistentek

KO – krevní obraz

NVP - nausea and vomiting of pregnancy

OGTT - Orální glukózový toleranční test

PA – porodní asistentka

PUQE - Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and nausea

QOL - Quality of life

SF 36 - The Short Form (36)

SWB - subjective well being

tt – týden těhotenství

WHO - World Health Organization

WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life

Seznam tabulek

Tab. 1: Kombinace životních podmínek a jejich subjektivního ohodnocení

Tab. 2: Model dle Flanagana

Tab. 3: Domény a indikátory HRQoL dle WHO

Tab. 4: Dotazníkové metody používané v zahraničí u zjišťování kvality života těhotných žen

Tab. 5: Shrnutí četnosti odpovědí u 1. otázky během jednotlivých trimestrů

Tab. 6: Omezující somatické obtíže respondentek během jednotlivých trimestrů

Tab. 7: Uvedené postupy respondentek pro zvládnání fyzických změn během jednotlivých trimestrů

Tab. 8: Shrnutí četnosti odpovědí u 2. otázky během jednotlivých trimestrů

Tab. 9: Uvedené psychické změny, se kterými se potýkaly respondentky během jednotlivých trimestrů

Tab. 10: Uvedené postupy respondentek pro zvládnání fyzických změn během jednotlivých trimestrů

Tab. 11: Shrnutí četnosti odpovědí u 3. otázky během jednotlivých trimestrů

Tab. 12: Shrnutí četnosti odpovědí u 4. otázky během jednotlivých trimestrů

Tab. 13: Shrnutí četnosti odpovědí u 5. otázky během jednotlivých trimestrů

Tab. 14: Shrnutí četnosti odpovědí u 6. otázky během jednotlivých trimestrů

Tab. 15: Shrnutí četnosti odpovědí u 7. otázky během jednotlivých trimestrů

Tab. 16: Shrnutí četnosti odpovědí u 8. otázky během jednotlivých trimestrů

Tab. 17: Shrnutí četnosti odpovědí u 9. otázky během jednotlivých trimestrů

Tab. 18 - 19: Statistické testování vlivu parity na kvalitu života žen v našem souboru

Tab. 20 - 21: Statistické testování vlivu rodinného stavu na kvalitu života žen v našem souboru

Tab. 22 - 23: Statistické testování hypotézy 2

Tab. 24: Porovnávání výsledků jednotlivých otázek mezi 2. a 3. trimestrem

Tab. 25 - 26: Statistické testování hypotézy 3

Tab. 27: Porovnávání výsledků jednotlivých otázek mezi skupinou žen s NVP a ženami, které tyto obtíže neuvedly

Tab. 28 - 29: Statistické testování hypotézy 4

Seznam grafů

- Graf 1: Věková struktura žen ve výzkumném souboru
- Graf 2: Kraj trvalého pobytu žen ve výzkumném souboru
- Graf 3: Počet obyvatel v místě trvalého pobytu
- Graf 4: Nejvyšší dosažené vzdělání u žen ve výzkumném souboru
- Graf 5: Zaměstnání u žen ve zkoumaném souboru
- Graf 6: Rodinný stav respondentek
- Graf 7: Zastoupení plánovaného a neplánovaného těhotenství u zkoumaného souboru
- Graf 8: Rozložení gravidity a parity ve zkoumaném souboru
- Graf 9: Zastoupení žen, které se účastnily předporodního kurzu
- Graf 10: Odpověď na otázku č. 1 během jednotlivých trimestrů
- Graf 11: Odpovědi na otázku č. 2 během jednotlivých trimestrů
- Graf 12: Odpověď na otázku č. 3 během jednotlivých trimestrů
- Graf 13: Odpověď na otázku č. 4 během jednotlivých trimestrů
- Graf 14: Odpověď na otázku č. 5 během jednotlivých trimestrů
- Graf 15: Odpověď na otázku č. 6 během jednotlivých trimestrů
- Graf 16: Odpověď na otázku č. 7 během jednotlivých trimestrů
- Graf 17: Odpověď na otázku č. 8 během jednotlivých trimestrů
- Graf 18: Odpověď na otázku č. 9 během jednotlivých trimestrů
- Graf 19: Vyhodnocení kvality života respondentek během jednotlivých trimestrů

Seznam příloh

Příloha 1: Stanovisko etické komise

Příloha 2: Informovaný souhlas

Příloha 3: Dotazník

Příloha 4: Souhlas s výzkumným šetření 1

Příloha 5: Souhlas s výzkumným šetření 2

Příloha 6: Souhlas s výzkumným šetření 3

Příloha 7: Souhlas s výzkumným šetření 4

Příloha 8: Souhlas s výzkumným šetření 5

Příloha 9: Souhlas s výzkumným šetření 6

Příloha 10: Tabulka zobrazující absolutní četnost x procentuální četnost

Příloha 11: Kvalita života respondentek během jednotlivých trimestrů

Příloha 12: Porovnávání jednotlivých položek QOL – GRAV (min, max, M, SD)

Příloha 13: Výsledky ověření H_1 pomocí ANOVA pro opakovaná měření

Příloha 14: Výsledky párového t – testu u otázek QOL-GRAV během 2. a 3. trimestru

Příloha 15: Porovnání jednotlivých položek QOL – GRAV u/bez NVP v 1. trimestru

Příloha 1: Stanovisko etické komise



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-150883/1030-2019

**Vážená paní
Bc. Gabriela Hadravová**

2019-11-11

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem **„Kvalita života žen v průběhu fyziologického těhotenství“**, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc



Fakulta
zdravotnických věd

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Kvalita života žen v průběhu fyziologického těhotenství

Období realizace: 1.11.2019 – 30. 8. 2020

Řešitelé projektu: Bc. Gabriela Hadrabová pod vedením Mgr. Jiřího Vévody, Ph.D.

Vážená paní,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zaznamenat kvalitu života žen během těhotenství a případné změny během jednotlivých trimestrů. Výzkum je prováděn pomocí dotazníkového šetření, které spočívá v opakovaném vyplnění stejného dotazníku v průběhu Vaše těhotenství. Dotazník je stručný a jeho vyplnění Vám zabere maximálně 10 minut. Doporučené načasování vyplnění dotazníků v jednotlivých trimestrech:

- I. trimestr do 13. týdne těhotenství
- II. trimestr 20. – 22. týden těhotenství
- III. trimestr 30. – 32. týden těhotenství

Vaše účast je zcela dobrovolná.

Získané výsledky budou použity v diplomové práci, při zachování Vaší anonymity. S veškerými získanými informacemi bude nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000., o ochraně osobních údajů. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika. Vyplněný dotazník, prosím vložte do připraveného boxu, který se nachází ve zdravotnickém zařízení, kde jste dotazník obdržela. V případě jakýkoliv dotazů, mě neváhejte kontaktovat – gabriela.hadrabova@gmail.com.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Dotazník

1. Část - demografické údaje

Datum:

Ve kterém trimestru jste nyní (zakroužkujte): I. trimestr II. trimestr III. trimestr

Po kolikáté vyplňujete tento dotazník (dotazník se vyplňuje jedenkrát v každém trimestru):

1. poprvé 2. podruhé 3. potřetí

Věk:

Kraj trvalého bydliště:

Počet obyvatel města, ve které žijete:

1. do 5 000 obyvatel 2. 5 001 - 30 000 ob. 3. 30 001 - 100 000 ob.
4. 100 001 - 500 000 5. 500 001 a více obyvatel

Nejvyšší dosažené vzdělání(zakroužkujte):

1. základní 2. střední bez maturity 3. střední s maturitou
4. vyšší odborné 5. vysokoškolské

Zaměstnání (zakroužkujte):

1. zaměstnaná - profese.....
2. nezaměstnaná 3. studentka 4. mateřská dovolená 5. jiné.....

Rodinný stav (zakroužkujte):

1. svobodná 2. vdaná 3. rozvedená 4. vdova

Plánované těhotenství (zakroužkujte): ano - ne

Těhotná jste (zakroužkujte): 1. poprvé 2. podruhé 3. potřetí 4. vícekrát

Rodit budete (zakroužkujte): 1. poprvé 2. podruhé 3. potřetí 4. vícekrát

Navštěvujete/navštěvovala jste předporodní kurz: ano - ne

2. Část - Dotazník QOL-GRAV (Vachková, E., Mareš, J., Ježek, S., 2013)

Tato část dotazníku obsahuje soubor specifických otázek, které zjišťují kvalitu života těhotné ženy a doplňují tak soubor otázek generického dotazníku WHOQOL - BREF. Opět si přečtěte laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď. U některých otázek máte prostor pro slovní vyjádření konkrétní odpovědi.

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožívala určité změny související s těhotenstvím.

| | | | | | |
|---|------------|--------|---------|-------|---------------|
| 1. Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. nauzea (nevolnost), zvracení, pálení žáhy, otoky, varixy (křečové žíly), bolesti zad, dušnost, zácpa, hmotnostní přírůstek, omezená pohyblivost, výtok) | vůbe ne | trochu | středně | hodně | maxim álně |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Které z tělesných změn Vám působí největší potíže?

1..... 2.....

3.....

Jakými postupy se je snažíte zvládnout?

ad1.....

ad2.....

ad3.....

| | | | | | |
|---|------------|--------|---------|-------|---------------|
| 2. Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. poruchy spánku, plačtivost, přecitlivělost, strach, nervozita, úzkost, deprese, zvýšená agresivita) | vůbe ne | trochu | středně | hodně | maxim álně |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Které z psychických změn Vám působí největší problémy?

1..... 2.....

3.....

Jakými postupy se je snažíte zvládnout?

ad1.....

ad2.....

ad3.....

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste prováděla určité aktivity.

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byla spokojená s některými oblastmi života v posledních dvou týdnech.

| | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
|--|-------------|--------|---------|-------|-----------|
| 3. Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | vůbec ne | spíše ne | středně | většino u ano | zcela |
|--|-------------|-------------|---------|------------------|-------|
| 6. Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 7. Jak jste teď spokojena s partnerským životem? | velmi nespokojena | nespokojena | ani spokojena ani nespokojena | spokojena | velmi spokojena |
|---|-------------------|-------------|-------------------------------|-----------|-----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Jak jste teď spokojena se svým společenským životem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Chcete ještě k hodnocení něco dodat/máte nějaké připomínky?.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám za pečlivé a pravdivé vyplnění dotazníků!

Příloha 4 - 9 : Souhlas s výzkumným šetřením



Fakulta
zdravotnických věd

V Kroměříži dne 17.11.2019

G-CENTRUM Olomouc s.r.o.

Horní nám. 285/8

772 00 Olomouc

Česká Republika

Souhlas s výzkumným šetřením

Vážený pane MUDr. Aleši Skřivánku, Ph.D.,

obracím se na Vás jako na vedoucího lékaře s žádostí o umožnění dotazníkového šetření v G-CENTRUM Olomouc s.r.o. Jmenuji se Gabriela Hadrabová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru intenzivní péče v porodní asistenci Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci diplomové práce se zabývám zjišťování kvality života žen během fyziologického těhotenství a jejich změn během jednotlivých trimestrů.

K dotazníkovému šetření by byl použit standardizovaný dotazník QOL – GRAV.

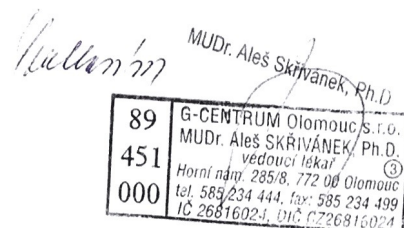
Etická komise FZV UPOL udělila souhlas s výzkumným šetřením.

Děkuji za ochotu a případnou spolupráci.

Gabriela Hadrabová

767 01, Kroměříž

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz





Fakulta
zdravotnických věd

V Kroměříži dne 20.11.2019

Doc. MUDr. Vít Weinberger, Ph.D.
Primář Gynekologicko-porodnické kliniky FN Brno
Pracoviště Obilní trh 11
602 00, Brno

Souhlas s výzkumným šetřením

Vážený pane primáři

obracím se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření ve Vaší gynekologické ordinaci. Jmenuji se Gabriela Hadravová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru intenzivní péče v porodní asistenci Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci diplomové práce se zabývám zjišťování kvality života žen během fyziologického těhotenství a jejich změn během jednotlivých trimestrů. K dotazníkovému šetření by byl použit standardizovaný dotazník QOL – GRAV. Etická komise FZV UPOL udělila souhlas s výzkumným šetřením.

Děkuji za ochotu a případnou spolupráci.

doc. MUDr. Vít Weinberger, Ph.D.

Gabriela Hadravová

767 01, Kroměříž

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz



Fakulta
zdravotnických věd

V Kroměříži dne 17.11.2019

Vážený pan
MUDr. Kamil Slovák
Vejvanovského 374/2
767 01, Kroměříž

Souhlas s výzkumným šetřením

Vážený pane doktore,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření ve Vaší gynekologické ordinaci. Jmenuji se Gabriela Hadrabová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru intenzivní péče v porodní asistenci Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci diplomové práce se zabývám zjišťování kvality života žen během fyziologického těhotenství a jejich změn během jednotlivých trimestrů.

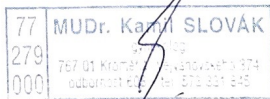
K dotazníkovému šetření by byl použit doplněný standardizovaný dotazník QOL – GRAV.

Etická komise FZV UPOL udělila souhlas s výzkumným šetřením.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

Gabriela Hadrabová

767 01, Kroměříž





Fakulta
zdravotnických věd

V Kroměříži dne 17.11.2019

Vážený pan
MUDr. Jaromír Konečný
Veľvanovského 374/2
767 01, Kroměříž

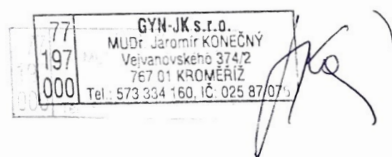
Souhlas s výzkumným šetřením

Vážený pane doktore,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření ve Vaší gynekologické ordinaci. Jmenuji se Gabriela Hadrabová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru intenzivní péče v porodní asistenci Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci diplomové práce se zabývám zjišťování kvality života žen během fyziologického těhotenství a jejich změn během jednotlivých trimestrů. K dotazníkovému šetření by byl použit doplněný standardizovaný dotazník QOL – GRAV.

Etická komise FZV UPOL udělila souhlas s výzkumným šetřením.

Děkuji za ochotu a spolupráci.




Gabriela Hadrabová

767 01, Kroměříž

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotinská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz



Fakulta
zdravotnických věd

V Kroměříži dne 17.11.2019

Hlavní sestra
Paní Marie Christovová
Kroměřížská nemocnice a.s.
Havlíčková 660/69
767 01 Kroměříž

Souhlas s výzkumným šetřením

Vážená paní Marie Christovová,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření v Kroměřížské nemocnici a.s. konkrétně v gynekologické ambulanci. Jmenuji se Gabriela Hadrabová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru intenzivní péče v porodní asistenci Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci diplomové práce se zabývám zjišťování kvality života žen během fyziologického těhotenství a jejich změn během jednotlivých trimestrů.

K dotazníkovému šetření by byl použit standardizovaný dotazník QOL – GRAV.

Etická komise FZV UPOL udělila souhlas s výzkumným šetřením.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

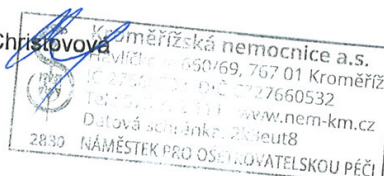
Gabriela Hadrabová

767 01, Kroměříž

Souhlasím s výzk. šetřením

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz

Marie Christovová





Fakulta
zdravotnických věd

V Kroměříži dne 17.11.2019

Vážená paní
MUDr. Marcela Švecová
Náměstí Míru 350/2a
767 01, Kroměříž

Souhlas s výzkumným šetřením

Vážená paní doktorko Švecová,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření ve Vaší gynekologické ordinaci. Jmenuji se Gabriela Hadrabová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru intenzivní péče v porodní asistenci Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci diplomové práce se zabývám zjišťování kvality života žen během fyziologického těhotenství a jejich změn během jednotlivých trimestrů.

K dotazníkovému šetření by byl použit doplněný standardizovaný dotazník QOL – GRAV.

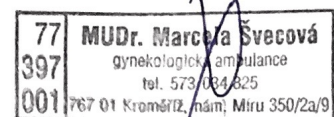
Etická komise FZV UPOl udělila souhlas s výzkumným šetřením.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

Gabriela Hadrabová

767 01, Kroměříž

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotinská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz



Příloha 10: Přehled absolutní x relativní četnost u zkoumaného souboru

| Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] | Absolutní četnost [n] | Relativní četnost [%] |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 1,85 % | 19 | 35,19 % | 37 | 68,52 % |
| 2 | 3,70 % | 20 | 37,04 % | 38 | 70,37 % |
| 3 | 5,56 % | 21 | 38,89 % | 39 | 72,22 % |
| 4 | 7,41 % | 22 | 40,74 % | 40 | 74,07 % |
| 5 | 9,26 % | 23 | 42,59 % | 41 | 75,93 % |
| 6 | 11,11 % | 24 | 44,44 % | 42 | 77,78 % |
| 7 | 12,96 % | 25 | 46,30 % | 43 | 79,63 % |
| 8 | 14,81 % | 26 | 48,15 % | 44 | 81,48 % |
| 9 | 16,67 % | 27 | 50 % | 45 | 83,33 % |
| 10 | 18,52 % | 28 | 51,85 % | 46 | 85,19 % |
| 11 | 20,37 % | 29 | 53,70 % | 47 | 87,03 % |
| 12 | 22,22 % | 30 | 55,56 % | 48 | 88,89 % |
| 13 | 24,07 % | 31 | 57,41 % | 49 | 90,74 % |
| 14 | 25,93 % | 32 | 59,26 % | 50 | 92,59 % |
| 15 | 27,78 % | 33 | 61,11 % | 51 | 94,44 % |
| 16 | 29,63 % | 34 | 62,96 % | 52 | 96,30 % |
| 17 | 31,48 % | 35 | 64,81 % | 53 | 98,15 % |
| 18 | 33,33 % | 36 | 66,67 % | 54 | 100 % |

Příloha 11: Kvalita života respondentek během jednotlivých trimestrů

| Hodnocení | | Výborná | Velmi dobrá | Dobrá | Nepříliš dobrá | Celková četnost |
|-------------|-----------------------|---------|-------------|---------|----------------|-----------------|
| 1. trimestr | Absolutní četnost (n) | 24 | 22 | 8 | 0 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 44,44 % | 40,74 % | 14,81 % | 0 % | 100 % |
| 2. trimestr | Absolutní četnost (n) | 25 | 24 | 5 | 0 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 46,30 % | 44,44 % | 9,26 % | 0 % | 100 % |
| 3. trimestr | Absolutní četnost (n) | 14 | 32 | 8 | 0 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 25,93 % | 59,26 % | 14,81 % | 0 % | 100 % |
| Celkově | Absolutní četnost (n) | 21 | 28 | 5 | 0 | 54 |
| | Relativní četnost (%) | 38,89 % | 51,85 % | 9,26 % | 0 % | 100 % |

Příloha 12: Porovnávání jednotlivých položek QOL – GRAV (min, max, M, SD)

| QOL- GRAV | 1. trimestr | | | | 1. trimestr | | | | 3. trimestr | | | |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|
| | min | max | M | SD | min | max | M | SD | min | max | M | SD |
| 1. Otázka | 1 | 4 | 2,17 | 1,16 1 | 1 | 4 | 2,22 | 0,88 3 | 1 | 5 | 3,19 | 0,91 3 |
| 2. Otázka | 1 | 4 | 1,80 | 0,91 9 | 1 | 4 | 1,87 | 0,80 2 | 1 | 4 | 2,17 | 0,90 6 |
| 3. Otázka | 1 | 4 | 1,57 | 0,81 5 | 1 | 4 | 1,83 | 0,86 3 | 1 | 5 | 2,09 | 0,95 7 |
| 4. Otázka | 1 | 5 | 2,52 | 1,07 7 | 1 | 5 | 2,17 | 1,04 2 | 1 | 5 | 1,96 | 0,99 0 |
| 5. Otázka | 1 | 5 | 2,46 | 1,25 4 | 1 | 5 | 2,46 | 1,24 0 | 1 | 5 | 2,67 | 1,19 7 |
| 6. Otázka | 1 | 5 | 2,72 | 1,30 9 | 1 | 5 | 2,80 | 1,12 3 | 1 | 5 | 3,17 | 0,98 6 |
| 7. Otázka | 1 | 5 | 2,04 | 1,04 5 | 1 | 5 | 2,02 | 1,00 | 1 | 5 | 2,06 | 1,08 9 |
| 8. Otázka | 1 | 5 | 2,57 | 1,22 2 | 1 | 4 | 2,35 | 1,01 2 | 1 | 5 | 2,5 | 1,00 5 |
| 9. Otázka | 1 | 5 | 2,57 | 1,20 7 | 1 | 5 | 2,44 | 1,16 0 | 1 | 5 | 2,39 | 1,10 6 |
| Celkový průměr | 1 | 4,67 | 2,27 | 1,11 2 | 1 | 4,56 | 2,24 | 1,01 4 | 1 | 4,89 | 2,47 | 1,01 6 |

Příloha 13: Ověření H1 pomocí ANOVA pro opakovaná měření

Within-Subjects Factors

Measure: MEASURE_1

| Trimester | Dependent Variable |
|-----------|--------------------|
| 1 | I_Průměr |
| 2 | II_Průměr |
| 3 | III_Průměr |

Descriptive Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|------------|--------|----------------|----|
| I_Průměr | 2,2695 | ,64954 | 54 |
| II_Průměr | 2,2407 | ,62506 | 54 |
| III_Průměr | 2,4650 | ,57516 | 54 |

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

| Within Subjects Effect | Mauchly's W | Approx. Chi-Square | df | Sig. | Epsilon ^b | | |
|------------------------|-------------|--------------------|----|------|----------------------|-------------|-------------|
| | | | | | Greenhouse-Geisser | Huynh-Feldt | Lower-bound |
| Trimester | ,589 | 27,520 | 2 | ,000 | ,709 | ,723 | ,500 |

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: Trimester

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. | Partial Eta Squared | |
|------------------|-------------------------|--------|-------------|-------|-------|---------------------|------|
| Trimester | Sphericity Assumed | 1,263 | 2 | ,632 | 5,298 | ,006 | ,091 |
| | Greenhouse-Geisser | 1,263 | 1,417 | ,891 | 5,298 | ,014 | ,091 |
| | Huynh-Feldt | 1,263 | 1,445 | ,874 | 5,298 | ,014 | ,091 |
| | Lower-bound | 1,263 | 1,000 | 1,263 | 5,298 | ,025 | ,091 |
| Error(Trimester) | Sphericity Assumed | 12,639 | 106 | ,119 | | | |
| | Greenhouse-Geisser | 12,639 | 75,127 | ,168 | | | |
| | Huynh-Feldt | 12,639 | 76,593 | ,165 | | | |
| | Lower-bound | 12,639 | 53,000 | ,238 | | | |

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. | Partial Eta Squared |
|-----------|-------------------------|----|-------------|---------|-------------|---------------------|
| Intercept | 887,453 | 1 | 887,453 | 980,685 | ,000 | ,949 |
| Error | 47,961 | 53 | ,905 | | | |

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

| (I) Trimester | (J) Trimester | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. ^b | 95% Confidence Interval for Difference ^b | |
|---------------|---------------|-----------------------|------------|-------------------|---|-------------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| 1 | 2 | -,017 | ,072 | ,993 | -,194 | ,159 |
| | 3 | -,195 | ,080 | ,053 | -,393 | ,002 |
| 2 | 1 | ,017 | ,072 | ,993 | -,159 | ,194 |
| | 3 | -,178* | ,041 | ,000 | -,279 | -,077 |
| 3 | 1 | ,195 | ,080 | ,053 | -,002 | ,393 |
| | 2 | ,178* | ,041 | ,000 | ,077 | ,279 |

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Sidak.

Příloha 14: Párový t – test pro porovnání jednotlivých položek dotazníku QOL - GRAV mezi 2. a 3. trimestrem

| | | Paired Differences | | | | | | | |
|--------|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------|---|---------------------------|--------|----|-----------------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | T | df | Sig. (2-tailed) |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 | 1. otázka2- 1. otázka3 | - ,962962962 962963 | ,9103796 21480045 | ,123886974 714122 | - 1,2114487 66367816 | - ,71447715 9558109 | -7,773 | 53 | ,000 |
| Pair 2 | 2. otázka2 - 2. otázka3 | - ,296296296 296296 | ,7171650 06397495 | ,097593795 947428 | - ,49204466 1685684 | - ,10054793 0906908 | -3,036 | 53 | ,004 |
| Pair 3 | 3. otázka2 - 3. otázka3 | - ,259259259 259259 | ,6496787 35852043 | ,088410077 754107 | - ,43658741 8660269 | - ,08193109 9858249 | -2,932 | 53 | ,005 |
| Pair 4 | 4.otázka2 - 4.otázka3 | - ,203703703 703704 | ,8098364 52849205 | ,110204782 477002 | - ,01733909 7414382 | - ,42474650 4821789 | 1,848 | 53 | ,070 |
| Pair 5 | 5. otázka2 - 5. otázka3 | - ,203703703 703704 | ,7105573 05315319 | ,096694601 723863 | - ,39764851 3880164 | - ,00975889 3527244 | -2,107 | 53 | ,040 |
| Pair 6 | 6. otázka2 - 6. otázka3 | - ,370370370 370370 | ,6811836 61718566 | ,092697355 129506 | - ,55629771 9197903 | - ,18444302 1542837 | -3,995 | 53 | ,000 |
| Pair 7 | 7. otázka r2 - 7. otázka r3 | - ,037037037 037037 | ,4743600 63981454 | ,064552228 394919 | - ,16651241 0628968 | - ,09243833 6554894 | -,574 | 53 | ,569 |
| Pair 8 | 8. otázka r2 - 8. otázka r3 | - ,148148148 148148 | 1,016976 78880039 8 | ,138393011 823064 | - ,42572937 7392189 | - ,12943308 1095892 | -1,070 | 53 | ,289 |
| Pair 9 | 9. otázka r2 - 9. otázka r3 | - ,055555555 555556 | ,9197347 17016562 | ,125160041 967425 | - ,19548369 7394380 | - ,30659480 8505492 | ,444 | 53 | ,659 |

Příloha 15: Porovnání jednotlivých položek QOL – GRAV u/bez NVP v 1. trimestru

| Group Statistics | | | | | |
|------------------|-----------------------|----|-------|----------------|-----------------|
| | NVP v 1. trimestru | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| 1.1. otázka | Ne | 26 | 1,346 | ,6288 | ,1233 |
| | Ano | 28 | 2,929 | 1,0157 | ,1920 |
| 2. otázka | Ne | 26 | 1,654 | ,6895 | ,1352 |
| | Ano | 28 | 1,929 | 1,0862 | ,2053 |
| 3. otázka | Ne | 26 | 1,423 | ,5778 | ,1133 |
| | Ano | 28 | 1,714 | ,9759 | ,1844 |
| 4. otázka | Ne | 26 | 2,385 | ,8979 | ,1761 |
| | Ano | 28 | 2,643 | 1,2237 | ,2313 |
| 5. otázka | Ne | 26 | 2,385 | 1,0983 | ,2154 |
| | Ano | 28 | 2,536 | 1,4006 | ,2647 |
| 6. otázka | Ne | 26 | 2,269 | 1,1156 | ,2188 |
| | Ano | 28 | 3,143 | 1,3530 | ,2557 |
| 7. otázka r | Ne | 26 | 1,808 | ,8010 | ,1571 |
| | Ano | 28 | 2,250 | 1,2057 | ,2279 |
| 8. otázka r | Ne | 26 | 2,538 | 1,3923 | ,2730 |
| | Ano | 28 | 2,607 | 1,0659 | ,2014 |
| 9. otázka r | Ne | 26 | 2,423 | 1,3015 | ,2552 |
| | Ano | 28 | 2,714 | 1,1174 | ,2112 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|----------|-----------------------------------|---|------|------------------------------|--------|---------------------|--------------------|--------------------------|---|---------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2- tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| 1. | Equal variances otázka assumed | 5,161 | ,027 | -6,820 | 52 | ,000 | -1,5824 | ,2320 | -2,0480 | -1,1168 |
| | Equal variances not assumed | | | -6,936 | 45,512 | ,000 | -1,5824 | ,2282 | -2,0418 | -1,1230 |
| 2. | Equal variances otázka assumed | 7,312 | ,009 | -1,100 | 52 | ,276 | -,2747 | ,2498 | -,7760 | ,2265 |
| | Equal variances not assumed | | | -1,118 | 46,133 | ,270 | -,2747 | ,2458 | -,7695 | ,2200 |
| 3. | Equal variances otázka assumed | 7,335 | ,009 | -1,321 | 52 | ,192 | -,2912 | ,2204 | -,7335 | ,1511 |
| | Equal variances not assumed | | | -1,345 | 44,399 | ,185 | -,2912 | ,2165 | -,7273 | ,1449 |
| 4.otázka | Equal variances assumed | 3,200 | ,079 | -,878 | 52 | ,384 | -,2582 | ,2940 | -,8481 | ,3317 |
| | Equal variances not assumed | | | -,888 | 49,437 | ,379 | -,2582 | ,2907 | -,8422 | ,3257 |
| 5. | Equal variances otázka assumed | 2,406 | ,127 | -,439 | 52 | ,663 | -,1511 | ,3443 | -,8421 | ,5399 |
| | Equal variances not assumed | | | -,443 | 50,623 | ,660 | -,1511 | ,3412 | -,8363 | ,5341 |
| 6. | Equal variances otázka assumed | 2,366 | ,130 | -2,577 | 52 | ,013 | -,8736 | ,3390 | -1,5538 | -,1935 |
| | Equal variances not assumed | | | -2,596 | 51,307 | ,012 | -,8736 | ,3365 | -1,5491 | -,1981 |