

**Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové**

**Doktorský studijní program
Hygiena, preventivní lékařství**

**Kvalita života žen v období těhotenství
Quality of Life of Women during Pregnancy**

Mgr. Eva Vachková

Školitel: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Hradec Králové, 2014

Obhajoba dne:

Prohlášení:

Prohlašuji tímto, že jsem doktorskou disertační práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Zároveň dávám souhlas k tomu, aby tato práce byla uložena v Lékařské knihovně Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a zde užívána ke studijním účelům za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou publikační nebo přednáškovou činnost, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v informačním systému Univerzity Karlovy v Praze.

Hradec Králové, 14. 3. 2014

Poděkování:

Děkuji Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za metodické vedení, laskavý přístup a trpělivost, cenné rady a podnětné připomínky při zpracování mé doktorské disertační práce. Děkuji Mgr. Stanislavu Ježkovi, Ph.D a RNDr. Evě Čermákové za jejich pomoc se statistickými výpočty. Dále děkuji všem porodním asistentkám a budoucím maminkám, bez jejichž ochoty dlouhodobě spolupracovat by tato práce nevznikla. Zvláštní poděkování náleží MUDr. Iloně Zimmerové za její podporu a odbornou pomoc a mé rodině, manželovi a dětem, kteří mi věřili více než já sama sobě.

Obsah

1	Úvod do problematiky	8
2	Filozofické a spirituální kořeny pojmu kvalita života	9
3	Historie vědeckého pojmu kvalita života	11
4	Problémy s pojetím a definováním pojmu kvalita života	13
4.1	Problémy s pojetím pojmu kvalita života	13
4.2	Problémy s definováním pojmu kvality života	15
4.3	Modely kvality života	20
5	Metody zjišťování kvality života	31
5.1	Obecné poznámky k metodologii kvality života	31
5.2	Metodologické přístupy hodnocení kvality života v období těhotenství	35
5.2.1	Vybrané kvantitativní generické nástroje	39
5.2.2	Vybrané kvantitativní specifické nástroje	41
5.2.3	Vybrané kvalitativní techniky měření kvality života	44
5.2.4	Smišené metody měření kvality života	46
5.2.5	Vybrané individualizované nástroje měření kvality života	47
6	Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života	51
6.1	Socioekonomické faktory	52
6.2	Sociální opora	53
6.3	Osobnostní faktory	53
6.3.1	Temperament	53
6.3.1.1	Štěstí	54
6.3.2	Zaměřenost osobnosti	55
6.3.3	Osobnost a duševní pohoda	58
7	Proměna kvality života v čase	60
7.1	Změny ve vnímané kvalitě života u téhož jedince	63
8	Kvalita života související se zdravím a nemocí (HRQoL)	64
9	Gender a kvalita života	67
10	Fyziologické těhotenství	70
10.1	Těhotenské změny	70
10.2	Adaptace na těhotenství	72
10.3	Prenatální péče u fyziologického těhotenství	73
10.3.1	První trimestr	75
10.3.2	Druhý trimestr	78
10.3.3	Třetí trimestr	78
10.4	Metody určující zralost plodu	79

10.5	Životní styl těhotné ženy	83
10.5.1	Životospráva	83
10.5.2	Hygiena	84
10.5.3	Předporodní příprava	84
11	Základní epidemiologické ukazatele v perinatologii	85
12	Rodičovství	89
12.1	Partner a těhotenství	89
12.2	Mateřství	90
13	Shrnutí dosavadních výzkumů o kvalitě života v těhotenství	94
13.1	Somatické faktory ovlivňující kvalitu života těhotných žen	97
13.2	Psychosociální faktory ovlivňující kvalitu života těhotných žen	101
13.3	Socioekonomické faktory ovlivňující kvalitu života těhotných žen	106
14	Cíle empirické části práce	108
14.1	Desing výzkumu	108
14.2	Prospektivní studie - kvalitativní fáze výzkumu	109
14.2.1	Metodika kvalitativní fáze (ohniskové skupiny)	110
14.2.2	Výsledky kvalitativní fáze	110
14.2.3	Diskuze ke kvalitativní fázi (ohniskové skupiny)	115
14.2.4	Závěr kvalitativní fáze (ohniskové skupiny)	117
14.3	Kvantitativní fáze výzkumu (WHOQOL-BREF)	118
14.3.1	Metodika WHOQOL-BREF a charakteristika zkoumaných souborů	119
14.3.2	Výsledky WHOQOL - BREF	122
14.4	Kvantitativní fáze výzkumu (QOL-GRAV)	153
14.4.1	Metodika QOL-GRAV	153
14.4.2	Výsledky QOL-GRAV	154
14.4.3	Těhotenská škála kvality života	159
14.4.4	Diskuze ke kvantitativní fázi výzkumu	163
14.4.4.1	Specifikace položek q27 a q28	165
14.4.5	Závěr kvantitativní fáze výzkumu	171
14.5	Retrospektivní fáze výzkumu	172
14.5.1	Metoda SEIQOL	174
14.5.1.1	Výsledky metody SEIQOL	175
14.5.1.2	Diskuze k výsledkům SEIQOL	178
14.5.1.3	Závěr retrospektivní fáze metody SEIQOL	179
15	Závěry	180
16	Použitá literatura	184
17	Přílohy	197

Použité zkratky

AFP – alfafetoprotein
CCEI - The Crown-Crisp Experiential Index
CS – cervix skóre
CTG – kardiokograf
ČSÚ - Český statistický úřad
DRI - Disability Rating Index
EAMP- Evropská asociace perinatální medicíny
EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale
HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale
HCG – humánní choriový gonadotropin
HDI - index lidského rozvoje
HRQoL - Health Related Quality of Life
ICIQ-SF - International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form
IIQ - Incontinence Impact Questionnaire
IVF - in vitro fertilizace
LASA - Linear Analogue Self-Assessment
LSS - Life Satisfaction Scale
MAACL-R - Multiple Affect Adjective Check List – Revised
MANSA - Manchester Short Assessment of Quality of Life
MAPP-QOL- Maternal Postpartum Period - Quality of Life
MOP – mikrobiální obraz poševní
NHP - Nottingham Health Profile
NZIS - Národní zdravotnický informační systém
OGTT - orální glukózotoleranční test
OP – ozvy plodu
PAPP-A - Pregnancy-associated plasma protein A
PGI – Patient Generated Index
PKU - fenylketonurie
PMI - Pregnancy Mobility Index
PROQOLID - Patient Reported Outcome Quality of Life Instrumentes Database
PSI - Performance Status Index
PWB - Psychological Well-Being

QALY – Quality-Adjusted Life Years
QoL - Quality of Life
RI - Rhodes' scores
SEIQoL - The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SES - socioekonomický status
SF- spona fundus
SF-36 - Short- Form Item36
SIP - Sickenss Impact Profile
SOC - Sense of Coherence
SWB – Subjective Well-Being
TP – termín porodu
TSS - Tranformed Scales Score
UDI - Urogenital Distress Inventory
ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky
UZV - ultrazvuk
VAS - Vizuální analogová škála
VVV – vrožené vývojové vady
WHO - World Health Organization

1 Úvod do problematiky

Výzkum kvality života se ubíral jednak cestou zkoumání obecných otázek, ale hlavně cestou bádání kvality života převážně u dospělých. V zahraničí má výzkum kvality života dlouholetou tradici a k nejznámějším odborníkům patří např. Veenhoven, Spilker, Tailleferová, Lindström, Brown, Ferrell. U nás, zásluhou Křivohlavého, se téma kvality života začalo prosazovat koncem 80. let a postupně se stalo odborným tématem podpořeným solidním výzkumem. V průběhu dalších let se i u nás objevují experti na kvalitu života jako např. Báčová, Balcar, Bartoňová, Dragomirecká, Džuka, Hnilica, Hnilicová, Kováč, Mareš, Payne. Další čeští autoři Šolcová a Kebza (2003, 2004) hledali souvislosti mezi osobní pohodou (well-being) a jejími determinantami určujícími kvalitu života.

Výzkumu kvality života u dětí a dospívajících, do té doby takřka opomíjené skupiny, se u nás v posledních letech věnoval Mareš (2006, 2007, 2008) spolu Koukolou a dalšími. Dokladem je řada výzkumných článků a přehledových statí publikovaná v několika monotematických sbornících.

K problematice kvality života, které doposud nebylo věnováno příliš pozornosti jak u nás, tak i v zahraničí, patří kvalita života zdravých **žen v období fyziologického těhotenství**. Uznávaný francouzský porodník Frederick Leboyer (1995) prohlásil: „*Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem více rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života.*“. Není sporu o tom, že těhotenství změní dosavadní život ženy. Právě tento Leboyerův postřeh mne přivedl k myšlence zabývat se ve své disertační práci problematikou kvality života těhotných žen.

Těhotenství je významným životním obdobím ženy, životní událostí, která klade na její organismus velké nároky, které představují psychickou, somatickou a často i sociální zátěž. Jedná se o specifické období, ve kterém dochází k funkčním i anatomickým změnám prakticky všech orgánů. Ve většině případů se jedná o normální stav popisovaný jako fyziologické těhotenství, které ale s sebou přináší řadu změn i potíží, na které se těhotná žena adaptuje a se kterými se vyrovnává. Tyto změny mohou být fyzického rázu (ranní nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, otoky, časté močení, zácpa), psychického rázu (únava, snížená koncentrace, náladovost, emoční rozladěnost, anxiozita, deprese), sociálního rázu (partnerské soužití, budoucí nová role matky) a mohou navozovat pocit, že těhotenství je vlastně nemoc. Tento pocit může být u těhotných žen vyvolán a umocněn nejen mylnou interpretací doporučení zdravotníků týkající se prenatální péče a prenatálního screeningu, ale také postojem okruhu rodiny, přátel i společnosti. Již tradičně se k těhotné ženě nejbližší příbuzní i přátelé chovají tak, jako

by byla nemocná. Lidová moudrost těhotenství výstižně označuje jako „jiný stav“, nikoli jako nemoc, další starodávný obrat „choditi s outěžkem“ doslova vyjadřuje těhotenskou zátěž.

Disertační práce se zabývá kvalitou života v období těhotenství, tedy v období, které je pro každou ženu zcela jedinečným a zásadním. Práce se snaží nalézt odpovědi na otázky typu: Jak bude definovat a hodnotit kvalitu života těhotná žena? Které proměnné budou kvalitu jejího života výrazně ovlivňovat? Budou stejné jako u nemocného jedince, nebo bude kvalita života těhotných žen srovnatelná s kvalitou života zdravých netěhotných žen? Je prokázáno, že se kvalita života v čase mění. Bude se tedy měnit kvalita života těhotné ženy v průběhu těhotenství?

2 Filozofické a spirituální kořeny pojmu kvalita života

Nejdříve se podíváme, které filozofické a duchovní aspekty ovlivnily obecný pojem kvality života. Kvalita života je novodobé slovní spojení, ale obsah toho pojmu provází lidskou společností od samého počátku. Vývoj lidské společnosti utvářela a vždy ovlivňovala touha „mít se dobře“, kvalitně a spokojeně žít. Lidé se snažili uspokojovat veškeré své potřeby tak, aby se cítili šťastně. Uvědomovali si a naplňovali smysl své existence ve významu kvality, ačkoli explicitně tento pojem neužívali.

Filozofický základ tohoto pojmu můžeme nalézt v prvních úvahách starověkých řeckých filozofů nad představou šťastného života, nad jeho smyslem nad významem udržení i navrácení zdraví. Ideálem athénské svobodného občana bylo dosažení psychické i fyzické rovnováhy, dokonalosti a krásy tzv. *kalokagathie* (Niklíček, Štein, 1985). Přestože termín kvalita života ve starověkém Řecku jako takový neexistoval, Fayers (2007) odkazuje na Aristotelovo dílo *Etika Nikomachova*, ve kterém Aristoteles tvrdí: „*Jak společnost, tak i jednotlivci za zdokonalování... považují „dobrý život“ nebo „dělání dobra“ to samé jako „být šťastný“.* Ale co tvoří štěstí je sporná otázka... pro každého je něčím jiným, vlastně velmi často i stejní lidé mluví jinak v různé době: když onemocní, domnívají se, že zdraví je štěstí, když jsou chudí, pak je štěstí bohatstvím.“ Řecké slovo *eudaimonia* bývá obvykle překládáno jako blaženost. Haris Rackham, kterého Fayers cituje, prohlásil v roce 1926, že přesněji *eudaimonii* vystihuje pojem „*well-being*“. Kebza (2005, s. 64) zmiňuje autora překladu Aristotelovy *Etiky* W. D. Rosse, který v roce 1947 přeložil pojem *eudaimonia* jako „*happiness*“ (štěstí), ale v další své práci o dva roky později již zvolil termín „*well-being*“. Podle Kebzy se Aristotelovo antické pojetí blaženosti nejvíce blíží právě současnému konceptu osobní pohody (*well-being*).

Aristoteles v souladu s řeckou tradicí pojetí lidství poznamenává, že: „*blažený život jest život ctnostný; tento však jest životem vážné práce a nikoli hry.*“ Vážná práce podle Aristotela zahrnuje „*ctnostné činnosti*“, ty jsou dále Aristotelem popsány jako: „*každému jest nejmilejší ta činnost, která se shoduje s jeho vlastním stavem, tedy dobrému člověku jest to jen skutečná činnost podle ctnosti.*“ (Bednář, 2005, s. 151)

S tímto tvrzením koresponduje definice ctnosti: „*Ctnost je získaná volní dispozice, jež ve vztahu k nám spočívá v míře, již definuje rozum v souladu s jednáním myslícího člověka.*“ (Durozoi, Roussel, 1990, s. 19)

Aristoteles byl první, kdo pochopil, že smysluplný život je naplněn činností a aktivitou. Aristotelovo pojetí eudaimonie obsahuje i mravní rozměr, když v jejím dosažení usiluje o mravní dokonalost. Nabádá radovati se z radosti druhého a pociťovat zármutek z bolesti druhého, ne kvůli sobě samým, ale kvůli němu. Právě tento Aristotelův postoj ke štěstí se v literatuře uvádí jako eudaimonistická teorie kvality života, která je postavena proti hédonistickým ideám pocitu subjektivní pohody. Aristoteles hédonismus odsuzuje a prohlašuje jej nemravným ideálem (Jandásková, 2009).

Současné filozofické úvahy nad souslovím kvalita života se zabývají jak jeho laickým, tak i vědeckým pojetím. Např. Křížová (2005) se pozastavuje nad faktem, že je sice velké množství kvantitativních i kvalitativních studií na téma kvalita života, ale že existuje velmi omezený počet odborné literatury, která je zaměřena pouze na celostní pojetí kvality života. Přitom je tento pojem běžně užíván, ale má pro každého trochu jiný a vždy specifický význam. Křížová (2005) dodává, že existují názorové rozdíly ve vztahu k chápání pojmu kvality života uvnitř vědy i v rámci multikulturních rozdílů, které vyplývají z obecného vztahu ke světu, nebo z metodologie a podle ní není jisté, zda různí aktéři rozumějí pojmu stejně a jaký je případný rozpor mezi laickým a vědeckým pojetím a jaký je mezi pojetími uvnitř vědy. Pojem kvalita života se v průběhu historického vývoje měnil podobně, jako se měnila a vyvíjela lidská společnost. Jeho současné moderní pojetí bylo společensky a kulturně podmíněno.

Kdybychom se zamýšleli nad podobou lidského života, jeho vnitřních rozměrů, mohli bychom zvolit obraz člověka s jeho třemi vnitřními kvalitami podle Balcara (2005), které jsou navenek spjaty s prostředím, ve kterém žije a které ovlivňuje jeho chování i ony tři dimenze – somatickou, psychickou a duchovní. Tělesná stránka je představena tělesným zdravím, rovnáhou mezi nároky a výkony tělesných funkcí z důvodu přežití a dosažení zdatnosti. Duševní oblast představuje prožitek blaha, štěstí, radosti z úspěšného života. Třetí rozměr je nejvyšší kvalita spojená s existenciálním smyslem života, s jeho vůlí a svědomím.

Podle Šimka a Špalka (2003) se nelze v současné moderní době otázkám smyslu lidské existence vyhnout, i když by se zdálo jednodušší zavřít před nimi oči, nebo je dokonce popřít. Byla vypracována řada koncepcí, které se na ně snažily nalézt odpověď. Mohlo by tedy být snadné zvolit si to, co nás zaujalo, s čím vnitřně souhlasíme. Ale každý si vybíráme něco jiného, napanuje všeobecná zásadní shoda o tom, co je a co není plnohodnotným životem a jaký má smysl.

Společně s Křivohlavým (2004) se vrátíme na začátek této kapitoly. Ten na prostou otázku: „Kdy je člověku dobře?“ cituje jako nejstarší dochovanou odpověď Aristotelův výrok: „Jediným rozumným cílem v životě člověka, je být šťastný“. Odpovědi na tuto otázku obsahovala různá doporučení, zdánlivě jednoduchá a většinou se týkala pozitivního přístupu k životu, obsahovala pojmy jako štěstí, klid, láska, moudrost, být bez bolesti a utrpení.

3 Historie vědeckého pojmu kvalita života

Jak se konceptualizoval vědecký pojem kvality života (quality of life)?

Historický vývoj vědeckého pojmu je relativně krátký na rozdíl od výše zmíněných spirituálních kořenů a filozofického základu pojmu kvality života. Jeho jedinečnost je dána jeho širokou platformou pro užití v mnoha vědních oborech. Přičemž až do 20. století byla kvalita života zmiňována jen velmi vzácně, i když Fayers (2007) představuje citaci z díla G. B. Shaw, který píše: *„Život ve své ušlechtilosti zanechává pouhé štěstí daleko za sebou; a vskutku ho nemůže přetrpět... Štěstí není cílem života; život nemá cíl; je samoučelný; a odvaha spočívá v ochotě obětovat štěstí pro intenzivnější kvalitu života.“*

Hnilicová uvádí, že poprvé byl tento pojem použit ve 20. letech, v kontextu ekonomického vývoje a významu státní podpory pro chudší lidi a následného vlivu finančních dotací na jejich kvalitu života (Hnilicová, 2005).

Mareš (2006) uvádí, že američtí autoři (konkrétně Snock, 2000) přisuzují prvenství užití pojmu kvalita života v odborném významu dvěma americkým ekonomům S. Ordwayeovi a F. Osbornovi. Oba ve svých vědeckých pracích z let 1953 a 1954 varovali před nebezpečím neomezeného ekonomického růstu a jeho dopadem na společnost a prostředí. Což se v mnohém v současnosti potvrzuje, včetně negativních důsledků na životní prostředí i společnost. Ekonom J. Galbraitha v roce 1958 ve své knize Společnost hojnosti (Affluent society) říká: „To, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě, ale v kvalitě života,“ a odhaluje rizika honby za rostoucí ekonomikou, průmyslovou výrobou, která vedou ke zvyšování požadavků, jichž pak není možné dosáhnout (Mareš, 2006; Hnilicová, 2005).

Křížová (2005, s. 218) uvádí, že podle Dufkové a Linharta kvalitu života do politiky zavedli v 60. letech ve svých programech prezidenti Kennedy a Johnson.

V r. 1964 tehdejší prezident Johnson jej použil jako metaforický výraz, když prohlásil, že snahou jeho domácí politiky bude zlepšovat kvalitu života Američanů. Hodnotícím aspektem nebylo množství spotřebovaného zboží (*how much*), ale dobrý život za určitých podmínek (*how good*). Jeho slova byla: „*Cíle nemůžeme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši občané prožívají.*“ (Mareš, 2006, s. 11) Stále častěji se ukazovalo a potvrzovalo, že soustavný ekonomický růst není přímo úměrný růstu spokojenosti lidí se životem, ale požadavkům, které nebylo možné vždy uspokojit. V 70. letech se tento relativně nový pojem dostal do Evropy, když německý politik Willy Brandt vyhlásil svůj sociálně demokratický program rovněž v duchu zlepšování kvality života svých spoluobčanů (Hnilicová, 2005).

Vzhledem ke svému stručnému a srozumitelnému vyjádření se termín kvalita života stal jak v politice, tak v celém mediálním světě populárním slovním spojením, které vzbudilo zájem vědy. Jakmile se stal vědeckým pojmem, nejprve se rozvíjel dvěma základními směry. Objektivním směrem vypovídajícím na základě objektivních ukazatelů o kvalitě životních podmínek a subjektivním směrem, který se týkal subjektivních indikátorů charakterizujících jedincovu subjektivní kvalitu života (Mareš, 2006, viz tab. 1).

Džuka (2004) rozděluje vývoj kvality života podle tří základních sfér využití: nejprve byl tento pojem zkoumán v kontextu sociálně ekonomických věd, pak se začal používat a zkoumat v kontextu medicínském (resp. zdravotnickém) a v kontextu psychologie.

Land (1983) nověji představuje tři vývojové směry sociálních indikátorů: 1. kriteriální (např. příjem, očekávaná délka života), 2. deskriptivní (např. očekávaná délka u mužů v konkrétní věkové skupině), 3. životní spokojenost a pocity štěstí.

Gurková (2011) podobně cituje Cumminse et al, podle něhož se v 70. letech v rámci ekonomických, medicínských a sociálních věd zformovaly tři rozdílné koncepce individuální kvality života se třemi specifickými formami měření:

1. Roky života v návaznosti na jeho kvalitu - *Quality-Adjusted Life Years* (dále jen QALY) – „*Dotazované osoby se snaží vyčíslit subjektivně pociťovanou míru zdravotního postižení a případný zisk dalších let života v důsledku terapie.*“ (Holčík, 2010, s. 44)
2. Osobní pohody – *Subjective Well-Being* (dále jen SWB) – viz dále v textu
3. Kvalita života související se zdravím (dále jen HRQoL) – viz dále v textu

Tab. 1 Vztah objektivních podmínek a subjektivního prožívání kvality života (podle Mareše, 2006; mod. Zapf, 1984, Rapley, 2003)

Objektivní životní podmínky	Subjektivní kvalita života	
	dobrá	špatná
Dobré	pohoda	disonance
Špatné	adaptace	deprivace

4 Problémy s pojetím a definováním pojmu kvalita života

4.1 Problémy s pojetím pojmu kvalita života

Na kvalitu života je nahlíženo z mnoha úhlů pohledů a přístupů. Jde o pojem, který jak konstatuje Mareš (2006), se usídlil v mnoha oblastech lidské činnosti i bádání. Nejprve se tento pojem ustálil v ekonomii, politologii a sociálních vědách, poté se rozšířil do medicínských oborů, ošetrovatelství, přírodních věd a ekologie. S tímto pojmem se pracuje nejen ve vědách, které se zabývají živými organismy, ale uplatňuje se i v technických oblastech, např. v průmyslu a zemědělství, které souvisí s životním prostředím. Hnilicová (2005) potvrzuje, že nejvýznamněji je problematika kvality života zastoupena v oblastech psychologie, sociologie a medicíny. Kvalitou života se stále intenzivněji zabývají i další humanitní obory.

V psychologii je pojetí kvality života konceptualizováno proměnnými, které determinují a zvyšují např. životní spokojenost, životní pohodu, osobní pohodu a duševní pohodu (vzájemné zastupování a prolínání těchto pojmů je vysvětleno dále v textu).

Křivohlavý (2002) probírá kvalitu života s ohledem na spokojenost daného člověka v dosahování cílů určujících směřování jeho života. Je třeba nejprve zjišťovat, jak moc jsou jednotlivé oblasti pro daného jedince důležité, a teprve poté, jak je daný jedinec v této oblasti spokojený.

V medicíně se termín kvalita života začal užívat od 70. let minulého století, přičemž v posledních letech je kvalita života v tomto oboru velmi zdůrazňována. Např. Mogos a kol. (2013) konstatují, že kvalita života je užívána zejména pro oblast zdravotní péče. Badatelé sledují kvalitu života pacientů s určitým onemocněním a také hodnotí efektivitu konkrétní léčby a její vliv na kvalitu jejich života. V této souvislosti se používá pojem „kvalita života související se zdravím“, zkratka HRQL (*Health Related Quality of Life*).

V sociologii termín kvalita života slouží k odlišení společenských podmínek života. Začal být používán v souvislosti se sociálními indikátory (*social indicators*) – v důsledku společenských změn na život lidí. Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kogni-

tivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života (Hnilicová 2005). Podle Gurkové (2011) je kvalita života v sociologickém pojetí „znakem sociální úspěšnosti“ a jeho subjektivním prožíváním. Je úzce vztažena k pojmu životní úroveň a je posuzována stran sociálně zdravotních programů.

Z pohledu sociální dimenze kvality života jsou důležité sociální vztahy, kontakty a to nejen jejich množství (jejich nárůst díky sociálním sítím na webu), ale hlavně jejich kvalita, která souvisí s vnímanou sociální oporou, skupinovou integrací a soudržností, akceptací a přínosem jedince. Blízký sociální kontakt jako součást sociální opory zvyšuje kvalitu života a naopak izolace, nedostatek sociálních vazeb kvalitu života snižuje a zvyšuje vulnerabilitu jedince (Hodačová a kol., 2011).

Z ekologicko-environmentálního hlediska je termín kvalita života chápán v kontextu zdraví, které je podmínkou kvalitního života jedince i celé společnosti obecně a které je výrazně ovlivněno kvalitou zevního prostředí. Kvalita života je subjektivně posuzována úměrně s úrovní a dostupností energií, bydlení, dopravy, práce, volnočasových aktivit a znečištění prostředí. Objektivně je hodnocena stupněm zainteresovanosti ostatních resortů na ochraně a podpoře zdraví obyvatelstva, jakými je např. odvětví zemědělství a průmyslu.

Poznatků, které systematicky budovaly pojetí kvality života, začalo přibývat v posledních 20 letech minulého století. Kebza (2005) připomíná práci z roku 1988 holandských psychologů Bergsmý a Engela, ve které oba autoři upozorňují na dávnou historii vymezování obsahu i významu pojmu, který v současné době představuje pojem kvalita života a kteří v souvislosti s výzkumem v oblasti kvality života ji strukturovali hierarchicky do třech hlavních rovin: makrorovina, mikrorovina a personální rovina.

V rovině tzv. makroúrovně jde o zkoumání kvality života velkých sociálních skupin, společenských útvarů (států, kontinentů). Život je chápán jako absolutní morální hodnota, uvažování nad smyslem života. Otázka kvality života v pojetí makroroviny se stává součástí politického spektra.

Druhá rovina je nazývána mezoúroveň (mikroúroveň) a týká se malých sociálních skupin. V tomto pojetí jsou v kontextu kvality života probírány morální hodnoty lidského života, sociální klima v komunitách, vzájemné interpersonální vztahy, možnosti saturace lidských potřeb, existence sociální opory a sdílení hodnot ve skupině.

V rovině osobní (personální) úrovně se zabývají kvalitou života individua, tato rovina se týká každého z nás. Pojetí kvality života se vztahuje na subjektivní hodnocení zdravotního stavu a spokojenosti. Každý jedinec si sám definuje oblasti vlastního života, které jsou pro

něho významné. Patří sem jeho osobnostní charakteristiky, jako jsou jeho představy, očekávání, přání, naděje a přesvědčení (Kebza, 2005; Krivohlavý, 2002; Bergsma a Engel, 1988).

Podíváme-li se na všeobecně známou definici zdraví Světové zdravotnické organizace, která zdraví charakterizuje jako: „*stav kompletní tělesné, duševní a sociální pohody a ne pohlé nepřítomnosti nemoci či nemohoucnosti*“, je zřejmé, že ovlivnila definování pojetí kvality života. Tyto tři zásadní stránky jedincova stavu se staly základem pro definování kvality života, která je navíc hodnocena stran objektivitu a subjektivitu (Drotar, 1998; Hodačová, 2011).

4.2 Problémy s definováním pojmu kvality života

Kvalita života je jedním z obecně rozšířených slovních spojení, které je vidět i slyšet se vzrůstající četností. Diskutuje-li se o něm na odborných setkáních na individuální úrovni, bývá spojen s konkrétním postižením či vážnou nemocí, na společenské úrovni bývá součástí sociálně politických debat politiků a europoslanců. Protože je používáno tak často, v tolika různých souvislostech, pro tolik různých cílů, je těžké jednoznačně definovat jeho obsah a rozsah.

V běžném hovoru se pojem kvalita života převážně pojí s pozitivním významem pojmu kvalita. V odborné komunikaci vyjadřuje pozitivní, ale i negativní aspekty života. Podle Kováče je kvalita života chápána jako výpověď o životě jednotlivce v porovnání se životy ostatních lidí. „*Její měření je vlastně porovnávání jednotlivých životů různých lidí s důrazem na to, co je pro každého důležité (čím se jeho život vyznačuje). Z toho vyplývá, že se kvalita života nedá definovat jako něco všeobecně závazné, je to pojem formální, hypotetický konstrukt, latentní (skrytá) proměnná, kterou je možné naplnit pouze individuálním obsahem.*“ (Gurková, 2011, s. 22).

Pro Davidovou (2010, s. 18) znamená subjektivní rozměr kvality života subjektivní prožívání a vlastní hodnocení, pocit spokojenosti se svým životem.

Většina z nás má jasnou představu, co by zlepšilo naši individuální kvalitu života, například pro někoho by to byl vyšší výdělek, delší dovolená, více spokojenosti v pracovním životě, více času věnovat se svým koníčkům, mít dlouhý, šťastný a zdravý život. Jaké faktory představují kvalitu života celé společnosti, komunity? Pravděpodobně by většina z nás uváděla celosvětový mír, optimální sociální prostředí, sociální normy, demokratické systémy, interpersonální úctu, kvalitní a čisté fyzikální prostředí, dostupnou zdravotní péči, přiměřené vzdělání a výchovu, dostatek ekonomických prostředků pro všechny (Phillips, 2006).

Znovu se tedy vraťme k již zmíněnému termínu „*well-being*“, který se obecně překládá jako „životní pohoda“. Krivohlavý (2004, s. 181) cituje subjektivní životní pohodu podle

Dienera, Lucase a Oishiho z roku 2002, kteří ji definovali: „... jako kognitivní a emocionální vyhodnocení vlastního života. Životní pohoda v podstatě koresponduje s konceptem kvality života.“

Definování i měření kvality života bylo obecně ovlivněno tímto psychologickým přístupem. A i zde je možné tak jako v rámci přístupů ke kvalitě života setkat se se stejným problémem nejednoznačnosti, rozdílnosti až protichůdnosti. Problémem je přesné vymezení termínu jak v anglosaské, tak i v naší literatuře. K jednoznačnějšímu pochopení významu termínu well-being nám může posloužit upřesnění dané termíny SWB (subjective well-being) a PWB (psychological well-being), které představují osobní pohodu a psychologickou pohodu. Gurková (2011) upozorňuje na skutečnost, která je patrná v anglosaské, ale i české a slovenské terminologii a to, že se termín SWB využívá v užším významu jako synonymum duševního zdraví, duševní pohody často zaměňované za pojmy fitness, wellness. Blatný, Jelínek a Hřebíčková (2009) oba pojmy vymezují tak, že SWB vypovídá o prožitkovém a aktuálním aspektu pohody a PWB reprezentuje hodnotovou a osobnostní stránku pohody. To potvrzují i statisticky významné vztahy mezi pohodou a osobnostními charakteristikami.

V české terminologii, jak uvádí Kebza (2005), je pojem well-being často označován jako duševní pohoda, ta však neobsáhne jeho celostní pojetí, tzn. jeho tělesnou, duševní, sociální i spirituální stránku. Z tohoto důvodu Kebza (2005) spolu se Šolcovou (2004) navrhují užívat výstižnější ekvivalent osobní pohoda.

Pro představu „well-being“ předkládáme její základní oblasti psychické a sociální (Křivohlavý, 2004, tab. 10,11, s. 182-183), které porovnáváme s oblastmi kvality života (viz tab. 2).

Tab. 2 Srovnání základních dimenzí well-being a dimenzí a indikátorů kvality života (modifikované podle Snyder, Lopez, 2002; Křivohlavého, 2004 a WHO)

Dimenze psychické a sociální WB	Dimenze a indikátory QoL podle WHO
<i>Sebepřijetí</i>	<i>Fyzická stránka (energie a únava, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek)</i>
<i>Osobní růst</i>	<i>Psychická stránka (představa tělesného schématu a vhléd, negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost)</i>
<i>Účel života</i>	<i>Spiritualita (religiozita, osobní přesvědčení)</i>
<i>Začlenění do života</i>	<i>Sociální vztahy (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita)</i>
<i>Samostatnost (autonomie)</i>	<i>Stupeň samostatnosti (mobilita, každodenní činnosti závislost na lékařské péči, práce schopnost)</i>
<i>Vztah k druhým lidem (sociální dimenze života)</i>	<i>Pocit fyzického bezpečí</i>

<i>Sociální přijetí (akceptance)</i>	<i>Zdraví a sociální podpora</i>
<i>Sociální aktualizace</i>	<i>Finanční zdroje</i>
<i>Spoluúčast na společenském dění</i>	<i>Svoboda</i>
<i>Sociální soudržnost</i>	<i>Možnost získání informací a kompetencí</i>
<i>Sociální integrace</i>	<i>Prostředí</i>

Kvalitu života nelze jednoduše definovat. Mareš (2006) uvádí tři zásadní problémy s jejím definováním. První problém je, že se s pojmem „kvalita života“ operuje v mnoha různých vědeckých oborech. Kromě medicíny a ošetrovatelství jej můžeme nalézt nejen ve všech vědních oborech zabývajících se živými organismy, ale i v technických oborech, které mají přímý vliv na životní prostředí. Druhým problémem je, že ač samotný pojem navozuje dojem komplexnosti, souhrnu a integrace, ve skutečnosti vždy volíme, vybíráme a zachycujeme jen některé oblasti. Třetí problém je ten, že není možná shoda, které oblasti kvality života se považují za podstatné a kolik těch oblastí existuje (Mareš, 2006).

Křivohlavý (2003) definoval zdraví ve spojitosti s kvalitou života jako: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. Kvalita života je definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života.*“ (Křivohlavý, 2003, s. 40)

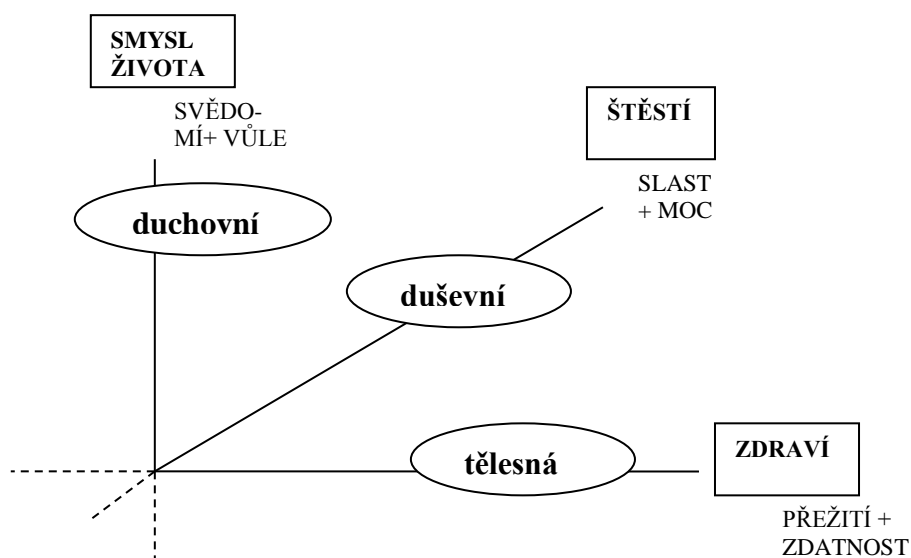
Podstatou „fenoménu“ kvalita života (*Quality of Life*) je to, že vystihuje určité oblasti lidského bytí související s dosažením maximální spokojenosti s psychickým, tělesným, sociálním i spirituálním stavem jedince. Kvalita života, tak jak již vyplývá z předchozích kapitol, má rozsáhlou, ale nejednoznačnou základnu teoretických poznatků, dotýká se jak obecně pojatého smyslu života, tak subjektivního porozumění životu a jeho existenci. Zmínili jsme, že už na obecně teoretické úrovni nepanuje shoda v tom, které oblasti jsou pro kvalitu života těmi klíčovými, určujícími a kolik jich je. Např. kanadští autoři jich definovali osm: pohoda (*well-being*), spokojenost (se sebou samým, nebo s životem), dosahování cílů (včetně překonávání obtíží), zdraví, uspokojování potřeb, fungování (včetně problémů), výkonnost, štěstí (Tailleferová, 2003).

Podle Dragomirecké a Škody (1977) pojem kvalita života leží na průsečíku soudobých snah a směrů vědních oborů, což má za následek roztržičnost v jeho teoretickém vymezení. Můžeme bez nadsázky konstatovat, že hledání klíčových prvků, vlivů, podmínek bytí, které byly a jsou zásadní pro zdravý, šťastný a produktivní život, provází jedince od počátku uvědomění si své vlastní existence. Komplexní pohled na život obsahuje vnější adaptaci na prostředí i vnitřní dimenze lidské bytosti.

Balcar (2005, s. 70) v tomto kontextu uvažuje: „*Obráz člověka jako vícerozměrné bytosti, vnějšně spjaté s jejím okolím vzájemným vlivem, jehož prostředím z hlediska člověka je jeho vlastní chování, a vnitřně nabývající tři základních kvalit - hmotné v tělesném rozměru, prožitkové v duševním a volní v duchovním čili v existencionálním. Tyto různé kvality lidského života lze rozlišit vedle jiných hledisek i jejich rozdílným „zakotvením“ pomocí vůdčích pohybů a nástrojů, které se v jejich rozměru uplatňují - tedy tím, oč člověku po této stránce jde.*“ (obr. 1) Řečeno slovy Kubátové (2010, s. 126-127) kvalita života v pojetí Karla Balcara obsahuje tři dimenze. První je tělesná dimenze, která je charakterizována fyzickou zdatností a vyrovnaností jedince. Druhá dimenze je duševní (prožitková), kterou symbolizuje štěstí, které je definováno jako prožívaná slast a uplatňovaná moc. Třetí dimenze duchovní (existenciální) je dána vnímáním smysluplnosti vlastního života, kde prožití smysluplnosti je charakterizováno zaměřeností (podle hodnotových podnětů životních situací), motivovaností (což je odezva svědomí na tyto podněty) a činností (volní jednání k dosažení hodnotového potenciálu dané situace).

Slováček a kol. (2004) se přiklání k názoru, že definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb a souvisí s mírou jejich uspokojování. Hierarchické uspořádání Maslowovy pyramidy potřeb dokazuje, že nižší potřeby musí být v dostatečné míře uspokojeny dříve, než se uplatní potřeby vyšší. Slováček a kol. (2004) dále pokračuje konstatováním, že existuje velké množství definic kvality života, ale žádná z nich není univerzálně akceptována, ale že jim je jedno společné - a sice to, že se informují o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. Celková kvalita života se týká subjektivního posouzení vlastní životní situace - tzn. nejen pocitu somatického zdraví a absence příznaků nemoci, psychického stavu, společenského postavení, respektu, ekonomické situace a dalších sociálních aspektů, včetně faktorů ovlivňujících kvalitu života (věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, vzdělání, kulturní zázemí).

Obr. 1 Vnitřní rozměry člověka (podle Balcara, 2005)



Zdroj: Payne a kol., 2005, s. 71

Polemiku o tom, zda je či není možné kvalitu života definovat, Barofsky (2012, s. 630) vysvětluje tím, že chybí jedna metoda, která by se v současné době používala k definování kvality života a která by neměla nějaké omezení. Musí se respektovat, že se jakákoli definice komplexního konceptu kvality života kontinuálně mění. Podle Barofského je problém s definováním kvality života v tom, že nechápeme, jak ke kvalitativnímu hodnocení dochází. Badatelé se zajímají v poslední době hlavně o četnost konkrétních hodnocení a o to, zda odpovědi zapadají do konkrétního vzoru. Vynakládáme spoustu času na konstruování vhodných položek, na zlepšení reliability odpovědím, ale neznáme téměř nic o tom, jak tyto odpovědi vznikají (Barofsky, 2012, s. 625).

Pravděpodobně nejvýstižněji byla kvalita života definována pracovní skupinou, kterou ustanovila WHO (1993). Ta dospěla k určitému konsensu a navrhla univerzálně použitelnou a přitom individuálně zaměřenou definici kvality života: „*Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům... zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru, a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a enviromentálním kontextu... Kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíš o multidimenzionální pojem.*“ (WHOQOL Group, 1993, s. 1)

Mogos a kol. (2013) uvádí také tuto definici v systematickém přehledu metod zjišťování kvality života v těhotenství a po porodu a komentuje její volbu s tím, že vystihuje kvalitu života jako hodnotový systém bytí, kde zdraví je nejcennější hodnotou existence spolu s životní spokojeností a pohodou. Lze se domnívat, že tato definice je použitelná i v případě hodnocení kvality života u fyziologického těhotenství, které představuje změny v hodnotovém systému, v životní roli, životních cílech, dotýká se přímo zdravotního stavu, psychiky, mění se sociální vztahy a úroveň nezávislosti i odpovědnosti.

Podle Mareše (2006, s. 12) není možné usilovat o vytvoření univerzální definice, jež by se dala používat v různých oborech. Ukazuje se, že bude třeba koncipovat definice zakotvené v daném oboru, rozdílné podle úrovně obecnosti a vázané na určitý aplikační kontext. Navíc by měly být citlivé na sociální, kulturní a biologické determinanty i na změny kvality života v čase. V další kapitole si představíme možná řešení definování kvality života, složitosti konceptualizace tohoto pojmu pomocí vybraných modelů kvality života.

4.3 Modely kvality života

V odborné literatuře se můžeme setkat s různými kategorizacemi modelů kvality života. Základním kamenem každého modelu kvality života je právě definice kvality, kterou se model snaží popsat a vysvětlit. Např. Mareš (2006) kategorizuje modely podle obsahu, plasticity a dynamičnosti vymezení kvality života do pěti základních skupin:

- a) Obecné modely kvality života
- b) Obecné hierarchické modely kvality života
- c) Strukturně-dynamické modely kvality života
- d) Speciálně-teoretické modely kvality života
- e) Konkrétní a konsensuální modely kvality života

Ad a) Zajímavý a poměrně jednoduchý model kvality života předkládá holandský badatel Veenhoven (2000), který operuje ve svém návrhu obecného modelu kvality života se čtyřmi klíčovými kritérii: za prvé příležitost vést kvalitní život, za druhé jeho samotné prožití, dále rozlišuje objektivní životní podmínky jako vnější kvalitu života a subjektivní pohodu, tzn. vnitřní kvalitu života samotného jedince. Propojením těchto kritérií vznikla čtyřpolní matice (viz tab. 3), která vymezuje čtyři typy kvality života. Každý typ kvality života je v centru pozornosti jiného vědeckého týmu podle hledisek, která akcentují různé oblasti. První termín *příhodnost prostředí pro život* charakterizuje zejména životní podmínky a je tedy v zájmu ekologů, sociologů a ekonomů. Druhý pojem *života schopnost jednice*, který označuje subjek-

tivní stránku osobnosti, jeho schopnost zvládat životní nároky a osobní vybavenost pro život, studují především psychologové a zdravotníci.

Druhý řádek matice se týká výsledné podoby života. Objektívni hledisko zde představuje *užitečnost života*. Jinými slovy řečeno, ukazuje, co dobrého v životě jedinec vykonal pro společnost, pro druhé. Je to doména, která láká zejména filozofy, ale i pedagogy, duchovní a sociální pracovníky. Poslední termín *porozumění vlastnímu životu* je kvalitou života velmi osobní, která operuje s pojmy štěstí, životní spokojenost a pohoda. Této oblasti se opět nejvíce věnují psychologové a zdravotníci.

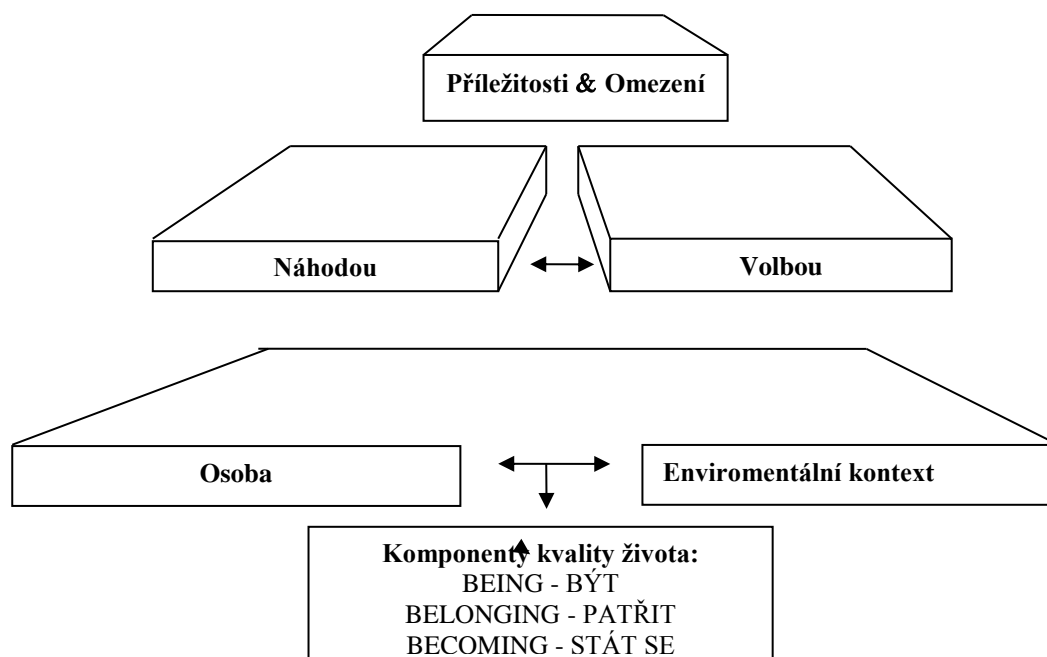
Tab. 3 Čtyři typy kvality života (podle Veenhoven, 2000)

	Vnější kvality života (prostředí)	Vnitřní kvality života (jedince)
Životní šance, životní příležitosti	<i>Příhodnost prostředí pro život</i>	<i>Životaschopnost jedince, viabilita</i>
Výsledek života, podoba života	<i>Užitečnost pro život</i>	<i>Porozumění vlastnímu životu</i>

Další z obecných modelů, je model zpracovaný kanadskými badateli. Kvalita života je členěná do třech domén, které se dají zjednodušeně nazvat „3B“ (viz tab. 4). První oblast vystihuje pouhou existenci - bytí somatické, psychické a duchovní (**BEING**). Druhá doména se týká oblasti někam patřit, do konkrétního typu prostředí - sounáležitost fyzická, sociální a komunitní (**BELONGING**). Ve třetí oblasti jde o osobní snahy, cíle, aspirace, tzn. o něco usilovat, něčím se stát - usilování praktické, volnočasové, osobní růst a rozvoj (**BECOMING**). Obrázek č. 2 ukazuje na vztah mezi definováním kvality života podle CHP (Centre for Health Promotion) a koncepčním rámcem a představuje tři široké oblasti života, ve kterých se objevují tyto životní příležitosti (Renwick, Brown, 1996, s. 81).

Kvalita každé z devíti oblastí je dána relativní důležitostí nebo významem, který se pojí k rozsahu i rozměru individuálního užívání v každé oblasti. Základní kvalita života je výsledkem vnímané důležitosti a požitku, ale kvalita života je moderována (její zvýšení či snížení) dvěma dalšími faktory - kontrolou a potencionálními možnostmi. První faktor odkazuje na individuální vnímání kontroly s ohledem na významné možnosti jednotlivých devíti oblastí zahrnutých ve „3B“. Druhý faktor odkazuje na vnímání rozsahu potencionálních příležitostí v každé z devíti oblastí, které jsou v podstatě šanci ke změně či zlepšení každé z oblastí života. Potencionální příležitosti jsou chápány jako dispozice působící v současnosti, ale patří sem i ty, které se jeví jako pravděpodobné i v budoucnosti, příkladem může být nová pozice v zaměstnání, zlepšení životní úrovně novým bydlením, nová známost ze společenského setkání apod. (Renwick, Brown, 1996, s. 84).

Obr. 2 Vztah k vymezení koncepčního rámce kvality života (modifikovaně podle Renwick, Brown, Nagler, 1996)



Tab. 4 Model kvality života Centra pro podporu zdraví

BÝT (BEING) - osobní charakteristiky člověka	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Duševní zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
PATŘIT NĚKAM (BELONGING) - spojení s konkrétním prostředím	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, susedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, susedé (užší napojení)
Komunitní spojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací a rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
REALIZOVAT SE (BECOMING) - dosahování osobních cílů; naděje a aspirace	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny
Růstové realizace	Zlepšování fyzického zdraví a schopnosti zvládat životní situace

Zdroj: The Quality of Life model, University Toronto, Canada: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>

Mareš (2006, s. 17) převedl model „3B“ do analogické podoby s modelem Veenohovena z roku 2000 (viz tab. 5). Na první pohled jsou patrná společná východiska modelů kvali-

ty života, která jsou obecné povahy, ale zároveň musíme souhlasit s vyjádřením Veenhove-
na, že za prvé nelze numericky vyjádřit společnou kvalitu života pro všechny čtyři oblasti
vzhledem k tomu, že oblasti - příhodnost prostředí pro život, viabilita jedince, užitečnost pro
život – nelze jednoduše a dostatečným způsobem změřit. Druhá věcná připomínka se týká
životní šance a výsledné podoby života. Provázání těchto dvou oblastí není jednoznačné, pro-
tože i špatné životní podmínky, nebo osobní nedostatky mohou ve výsledku znamenat prožití
plnohodnotného a spokojeného života. Poslední výtky se opět týká skóru kvality života, který
nám nepřiblíží souvislosti mezi jednotlivými oblastmi, výsledná podoba života závisí nejen na
jedinci samotném, ale i na prostředí a na možnostech, které se mu nabízí. Jednoduchost těchto
modelů láká k jejich snadnému využití v praxi (např. i v případě kvality života fyziologicky
těhotných žen prenatální péče pro potřeby prenatální péče – viz empirická část). Vědecké
kruhy pokračovaly v bádání a v následujícím textu předkládáme další modely kvality života.

Tab. 5 Analogický model Veenhovea k modelu „3B“

	Vnější kvality života (prostředí)	Vnitřní kvality života (jedince)
Životní šance, životní příležitosti	<i>Přináležitost fyzická, sociální a komunitní</i>	<i>Bytí somatické, psychické a duchovní</i>
Výsledek života, podoba života	<i>Spirituální bytí: chování vůči okolí, spirituální potřeby, víra Praktické usilování: dobrovolnické práce</i>	<i>Usilování praktické, volnočasové a o osobní růst a rozvoj</i>

Ad b) Obecné modely tedy nepředkládají ve své struktuře rozdílnou závažnost jednotlivých oblastí, a proto byly navrženy modely kvality života, ve kterých je ustavena určitá hierarchie - obecné hierarchické modely. Ty již sice zachycují multidimenzionální podstatu kvality života, ale platí zde, že nespecifikují vztahy mezi horizontálními ani vertikálními elementy kvality života.

Příkladem je model, který navrhl Spilker (1996), ve kterém je kvalita života představená tříúrovňovou pyramidou. Základnu pyramidy tvoří dílčí složky vymezující jednotlivé oblasti kvality života. Střední úroveň obsahuje všechny jednotlivé oblasti kvality života znázorňující její holistický charakter (psychologickou, somatickou, sociální, spirituální a ekonomickou). Vrchol pyramidy představuje celkové hodnocení pohody. Otázkou je, zda může tento model ve své jednoduchosti skutečně zachytit jak kognitivní, tak i emoční hodnocení vlastního života i života druhých a zároveň i odraz kvality života v čase.

Kováčův hierarchický model (2001) zobrazuje tři úrovně. První základní znázorňuje všelidskou úroveň kvality života:

- I. dobrý somatický stav
- II. vývoj ve funkční rodině
- III. materiálně - sociální zabezpečení
- IV. životadárné okolí
- V. návyky a způsobilosti přežití
- VI. psychické fungování v normě

Každá z těchto šesti uvedených dimenzí má odpovídající stejně řazené oblasti v dalších dvou úrovních.

Druhá střední úroveň znázorňuje individuálně specifickou kvalitu/nekvalitu života, jde o tzv. mezoúroveň:

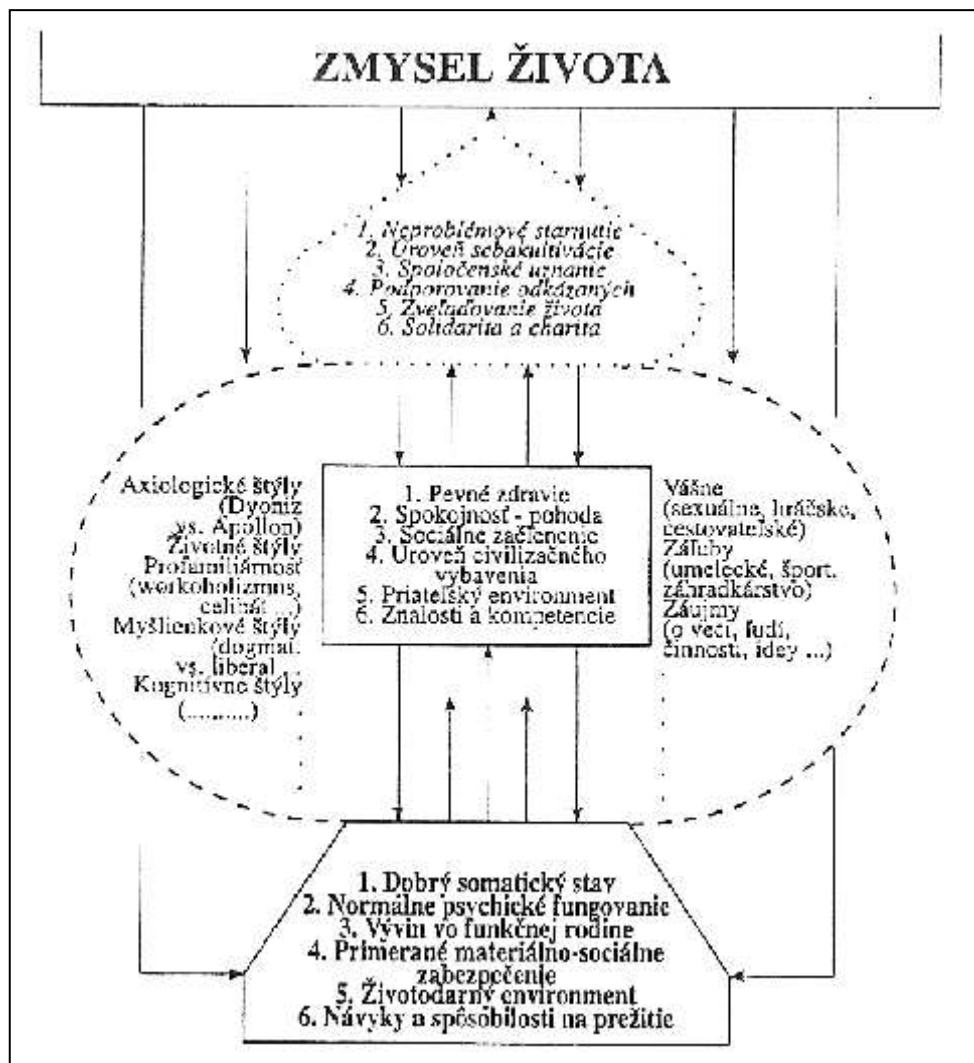
1. pevné zdraví
2. příznivé sociální začlenění
3. úroveň civilizačního rozvoje
4. přátelské prostředí
5. získané znalosti - kompetence
6. zážitky spokojenosti - pohody

Třetí podle Kováče (2001) je kulturně spirituální úroveň kvality života, nejvyšší metaúroveň, nad kterou se nachází smysl života:

- a) neproblémové stárnutí
- b) prožívání zaslouženého uznání
- c) diapazon projevů dobra
- d) přispívání k rozvoji života
- e) prosociální chování
- f) intenzita sebezuschleťování

Obr. 3, který je převzat z Kováčovy publikace z roku 2004, dokresluje jeho multidimenzionální model s naznačenými vztahy uvnitř vertikální úrovně ovlivňující výsledný smysl života.

Obr. 3 Tříúrovňový a multidimenzionální model kvality života



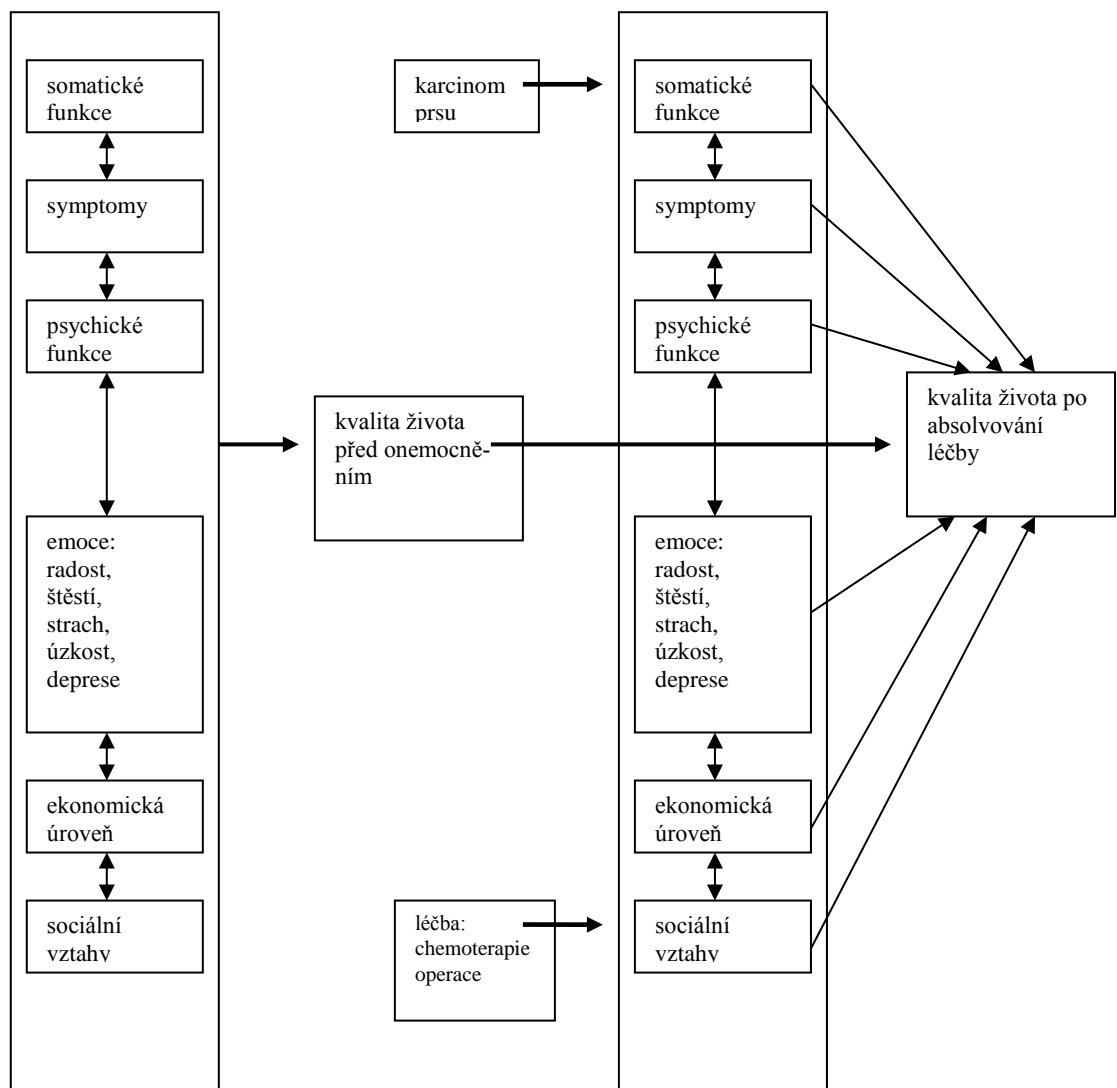
Zdroj: Kováč, 2004, s. 461-464

Ad c) I přes poměrně podrobné členění pojmu kvality života, je struktura předchozích modelů statická, nezaznamenává skutečnost, že se kvalita života během lidského života následkem různých okolností, životních zvratů a událostí mění. Změny jsou patrné nejen na kvalitě života jedince, ale i na jeho osobnosti (viz 7.1 Změny ve vnímané kvalitě života u téhož jedince, s. 63). Následkem onemocnění a jeho léčby, rehabilitace a rekonvalescence dochází ke změnám v hodnotovém systému a to má vliv na změnu hodnocení kvality života. Předpokládáme, že podobně se tomu děje i v průběhu fyziologického těhotenství. Zjistit zda se kvalita života bude měnit spolu se změnou osobnosti těhotné ženy je jedním z cílů této práce.

Tyto změny jsou zachyceny strukturálně dynamickými modely. V těchto specifických procesuálních modelech se objevuje tzv. hlavní linie časové posloupnosti (vypuknutí choroby, její závažnost, způsob léčby a socioekonomická úroveň pacienta), která se manifestuje při-

znaky a poruchou funkce → snahou a schopností vyrovnat se s onemocněním → aktuálně prožívanou kvalitou života. Strukturně-dynamické modely jsou vhodné a také se nejvíce používají v klinické praxi. Složitější procesuální model navrhl Leventhal a Coleman v roce 1997. Tento model je konstruovaný k hodnocení změn ve kvalitě života žen po diagnostice a následně po léčbě karcinomu prsu. Model zachycuje výchozí úroveň kvality života, kterou je možné porovnat s kvalitou života ovlivněnou v důsledku závažné diagnózy a absolvované léčby a zhodnotit změnu jak ve smyslu pozitivním, tak i v negativním. Kvalita života je vystižena jednotlivými složkami domén: somatické, psychické, ekonomické a sociální (viz obr. 4).

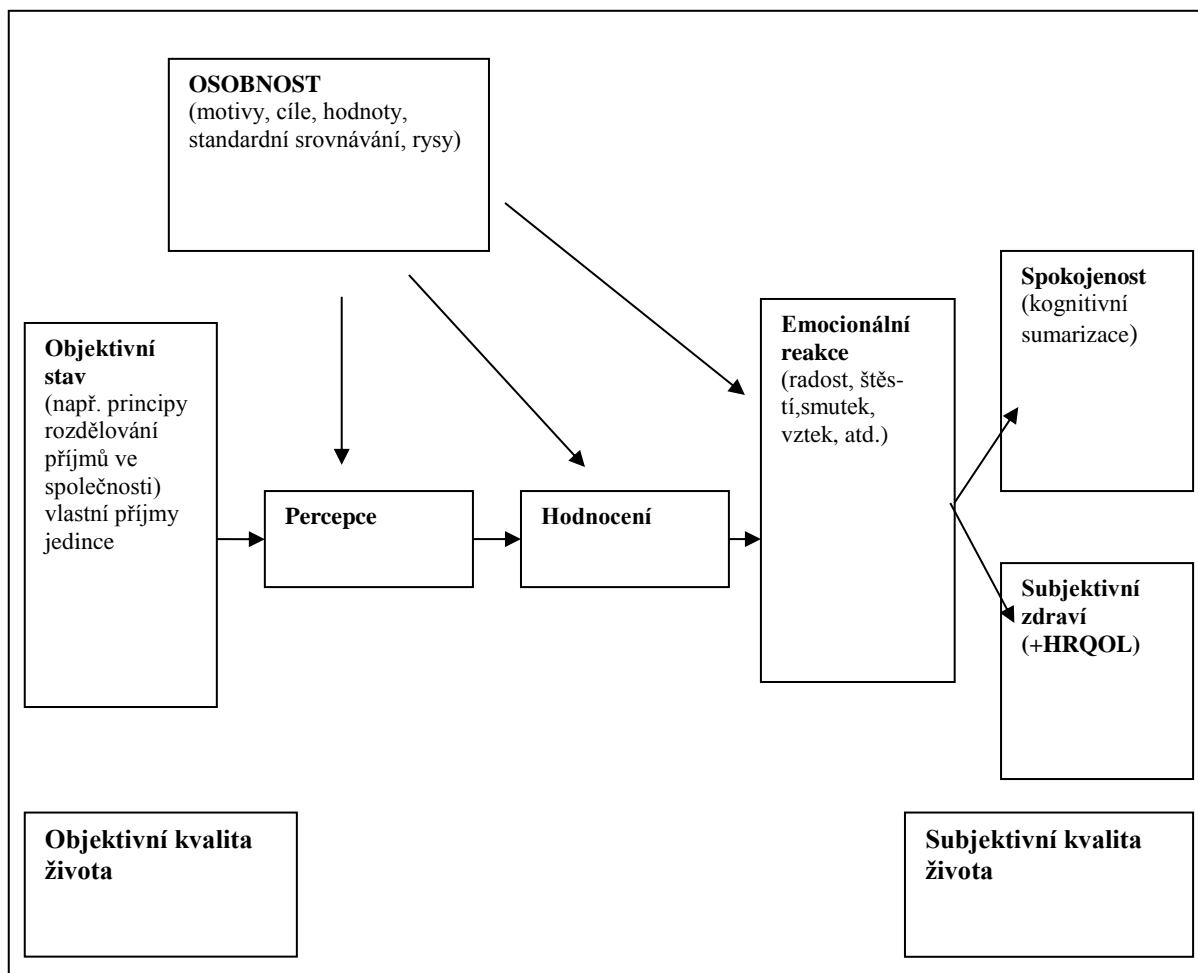
Obr. 4 Procesuální model změn v kvalitě života (podle Leventhal, Coleman, 1997)



V české literatuře procesuální model kvality života navrhl např. Hnilica (2006). Model ilustruje celkové reagování člověka na aktuálně působící událost, která se na základě konkrétního emocionálního prožitku odrazí na celkové spokojenosti/ev. nespokojenosti, tu je možné

objektivně změřit, a dále na subjektivním vnímání zdraví. Jde tedy o propojení a porovnání objektivní kvality života a subjektivně vnímané kvality života (viz obr. 5).

Obr. 5 Procesuální model kvality života (podle Hnilica, 2006)



Ad d) Speciální teoretické modely vychází z konkrétní definice kvality života, jedná se např. o teorii užitku, teorii diskrepance a o Lindströmovu teorii, ve které je kvalita života základní charakteristikou společnosti a je vyjádřena čtyřmi životními sférami, které se dále dělí do třech dimenzí, které mají objektivní nebo subjektivní stránku (viz tab. 6). Tato teorie byla v praxi ověřena švédskými autory, kteří její pomocí porovnali kvalitu života dětí z pěti skandinávských zemí. Soubor tvořilo celkem 15000 dětí ve věku 2-17 let, výzkum byl proveden ve dvou časových liniích (poprvé v roce 1984 a podruhé v roce 1996).

Zajímavé je i definování a zkoumání kvality života pomocí teorie uspokojování potřeb člověka. Vzhledem k tomu, že se jako první využila v případě onkologicky nemocných, přiklání se k této teorii i čeští onkologové (např. Slováček, viz 4.2 Problémy s definováním pojmu kvality života, s. 18). Potřeby a jejich naléhavost uspokojování se v případě onemoc-

nění mění, jsou ovlivněny nejen zdravotním stavem, ale i poskytovanou péčí a preferencí jednotlivých oblastí vnímané kvality života. V případě fyziologického těhotenství by bylo zajímavé porovnat kvalitu života definovanou uspokojováním potřeb u žen fyziologicky těhotných a netěhotných zdravých žen. Tato poznámka může sloužit jako námět pro směřování dalšího zkoumání v oblasti kvality života v těhotenství.

Tab. 6 Teoretický model kvality života, životních sfér a jejich dimenzí (podle Lindström, 1993, s. 24)

Životní sféry	Dimenze objektivní/subjektivní	Konkrétní příklady
1. globální sféra	1.1 makroprostředí	čisté životní prostředí
	1.2 lidská práva	demokratická práva
	1.3 sociální politika	kultura
2. vnější sféra	2.1 práce	zaměstnání
	2.2 ekonomika	příjmy
	2.3 bydlení	způsob bydlení
3. interpersonální sféra	3.1 rodina	struktura a fungování sociálních vztahů
	3.2 nejbližší přátelé	
	3.3 širší sociální síť	
4. osobní sféra	4.1 somatická	vývoj zrání, aktivita, sebepojetí, sebeúcta, smysl bytí
	4.2 psychologická	
	4.3 spirituální	

ad e) Konceptuální modely vychází z analýzy modelů, které jsou využívány ve výzkumu HRQL. Kanadský výzkumný tým pod vedením M. Tailleferové (2003), který analýzu provedl, předpokládal, že autoři vycházeli ze vztahů mezi jednotlivými proměnnými, které vedly k danému výzkumnému nástroji. Rovněž se na základě jejich analýzy potvrdilo, že čím složitěji a promyšleněji je model sestaven, tím lépe autor chápe pojem kvality života. Jsou to tedy především modely, které umožní autorovi kvalitu života mnohem důkladněji definovat. Kanadský tým rozdělil zkoumané modely od různých autorů do tří skupin:

1. konceptuální model - nejjednodušší model uvádějící pouze popis jednotlivých dimenzí a vlastností bez vzájemného kontextu
2. konceptuální vztahový rámec - model, který uvádí jednotlivé vztahy mezi dimenzemi, jejich prvky i jejich směřování
3. teoretický vztahový rámec - model se strukturou prvků ve vzájemných vztazích a s teorií, která vztahy vysvětluje

Kromě tohoto originálního členění Tailleferová a kol. zjistila:

- že jsou značné rozdíly v počtu a v pojmenování oblastí, jež představují pojem kvalita života, zaznamenali celkem 8 nejčastěji frekventovaných oblastí (1. pohoda *well-being*, 2. spokojenost, 3. dosahování cílů, 4. zdraví, 5. uspokojování potřeb, 6. fungování, 7. výkonnost, 8. štěstí)
- skoro polovina analyzovaných prací neoddělovala proměnné, které vystihují kvalitu života a proměnné, které ji ovlivňují
- že se nástroje, které posuzují kvalitu života pomocí diagnostikování psychického, somatického zdraví a s tím souvisejících pojmů, nevyslovují ke specifičnosti kvality života (Mareš, 2006)

Jiné dělení modelů kvality života nabízí Brown, Bowling, Flynn (2004). V jejich literárním přehledu sumarizují hlavní modely kvality života do taxonomie, která vychází z obsahového zaměření jednotlivých proměnných:

1. Modely objektivních indikátorů - zahrnují životní úroveň, zdraví a dlouhověkost, bydlení a charakteristiky blízkého okolí. Obvykle jsou měřeny pomocí ukazatelů životních nákladů, mortality, zdravotní péče, úrovně vzdělání, struktury sousedství a hustoty obyvatelstva, socioekonomickou strukturou a ukazateli nerovnosti a kriminality v okolí nebo v jiné oblasti studie.
2. Modely subjektivních indikátorů- zahrnují životní spokojenost a duševní pohodu, morální, individuální naplnění, štěstí, indikátory používané k měření životní spokojenosti, dopadu na životní rovnováhu, morálky, sebehodnocení, sebevědomí.
3. Modely uspokojování lidských potřeb - zahrnují objektivní okolnosti (jako je bydlení, zabezpečení, jídlo, příležitosti pro seberealizaci připomínající Maslowovu teorii lidských potřeb (potřeby fyziologické, bezpečí, jistota, sociální potřeby potřeba sounáležitosti, sebevědomí, seberealizace) měřené ukazateli individuální subjektivní spokojenosti s mírou jejich naplnění. Tento model a měřící přístup je běžný ve výzkumech duševního zdraví.
4. Psychologické modely - zahrnují ovlivňující a zprostředkující proměnné. Ty zdůrazňují osobní růst, kognitivní schopnosti, výkonnost a přizpůsobivost, úroveň důstojnosti, vnímanou nezávislost, sociální kompetenci, řízení, autonomii, sebehodnocení, sebeuvědomění, stejně tak jako optimismus a pesimismus. Ještě dále zahrnuje srovnávání se zkušenostmi, současné okolnosti a budoucí aspirace, osobní dosažení očekávání, potřeb a cílů, zvláště ve vztahu k sociálnímu porovnání s druhými.

5. Modely funkčního zdraví - jsou založeny na měření šíře zdravotního stavu (často mylně nazývány jako HRQL) - škála deprese, škála fyzické aktivity (běžné denní aktivity - Barthelův test), nazývány negativně jako škály disability, založeny na indikátorech výsledků a intervencích zdravotní a sociální péče.
6. Sociální modely zdraví - měří indikátory sociálních sítí, podpory a aktivit, integrace mezi místní komunitu
7. Modely sociální soudržnosti a sociálního kapitálu - zahrnuje společenské, environmentální a okolní zdroje. Měří se objektivními ukazateli - indexy kriminality, znečištění, životních nákladů, nakupování, náklady na vlastní bydlení, vzdělání, zaměstnání, nezaměstnanosti, klimatu, přístupu ke sportovním aktivitám, cestování, volnočasových aktivit.
8. Environmentální modely- se soustředí na studium vlivu vnitřního a vnějšího prostředí, na stárnutí, umožňují podporu nezávislosti a sociálních aktivit seniorů.
9. Modely idiografických nebo individualizovaných přístupů - jsou založené na individuálních hodnotách, interpretacích a přesvědčeních, spokojenosti s jejich postavením, situací a prioritách v životě. Jsou zjišťovány použitím polostrukturovanými, individuálními rozhovory a dalšími kvalitativními metodami.

Další kategorizaci modelů kvality života předkládá již citovaná autorka (Gurková, 2011, s. 104), která dělí modely do čtyř hlavních skupin podle struktury, vztahového a sociokulturního zaměření a významu:

1. Hierarchické - řadí sem modely strukturující kvalitu života jako Spilkerův model HRQoL (Spilker, 1990), model WHOQOL, výše zmíněný model 3B, konceptuální model HRQoL (Ferrans et al., 2005), model Ferrelové (Ferrel et al., 1991).
2. Interakční - podle autorky tyto modely zachycují vztahy mezi kvalitou života a jejími ukazateli, mohou objasňovat a interpretovat kauzální vztahy, indikátorové a kauzální proměnné, mediátory a moderátory vztahů kvality života s jinými závislými proměnnými. Řadí sem např. Spilkerův model klinického hodnocení pacientova odhadu a kvality života (1996), model autorů Wilson a Clearly (1995), model proměnných kvality života od autorů Padilla a Grant (1985).
3. Prediktivní - slouží k porovnání kvality života pacientů s různým sociokulturním zázemím s cílem predikovat kvalitu života.
4. Modely založené na významu - autorka je přirovnává k individuálním koncepcím kvality života v psychologii.

Výše uvedená kategorizace, na rozdíl od předchozích, zejména Marešova přehledu modelů kvality života, nerespektuje problematiku konceptualizace pojmu kvality života a nenalézá řešení směrem k optimalizaci definování kvality života. Model je většinou i předobrazem konkrétní metody, která umožní posouzení, hodnocení kvality života v něm definované. Následující text se snaží vybrat nejužívanější metody zjišťování kvality života, shrnout a utřídit nejprve z obecného pohledu a následně v kontextu s obdobím fyziologického těhotenství.

5 Metody zjišťování kvality života

5.1 Obecné poznámky k metodologii kvality života

Pro výzkum kvality života je charakteristická rozmanitost přístupů vědeckého bádání, přičemž nejčastěji používaným je kvantitativní přístup, který je reprezentován buď použitím standardizovaných generických nástrojů, nebo nově konstruovaných či modifikovaných nástrojů, u kterých je nutné ověřit jejich reliabilitu a validitu. Výzkumy kvality života se v posledním desetiletí rozběhly do značné šíře a nejvíce to platí o výzkumech, které se označují souhrnným názvem *Health-Related Quality of Life (HRQL)*.

Jinými slovy otázkám metodologie kvality života je věnována význačná pozornost. Diagnostika kvality života se v současném pojetí stává relativně samostatnou mezioborovou oblastí (Vachková, Mareš, 2012). 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.

Např. Křivohlavý (2002, s. 165) člení metody měření kvality života podle osoby hodnotitele do tří skupin. Do první skupiny řadí metody měření kvality života, kde je hodnotitelem druhá osoba (např. rodinný příslušník, zdravotník). Do druhé skupiny patří metody měření kvality života, kde měření provádí sama hodnocená osoba, což se považuje za „zlatý standard“; jde o metody subjektivní. Třetí skupinou jsou metody smíšené, které spojují oba přístupy.

Obdobné je to i u dalšího možného třídění na metody prezentující kvantitativní, kvalitativní a smíšený přístup. Ten poslední rovněž kombinuje oba předchozí, aby využil a posílil jejich přednosti a zeslabil jejich nedostatky (viz tab. 7).

V rámci kvantitativního přístupu se využívá různých nástrojů (dotazníků, posuzovacích škál) k měření kvality života. Existuje jich celá řada, jsou ověřovány a validizovány pro

standardní použití. Dotazníky, podle více či méně obecného záměru výzkumu, jsou buď generické, nebo specificky zaměřené na určitá onemocnění, či oblast kvality života.

Stále častěji však badatelé k výzkumu kvality života volí a využívají kvalitativní metody. „*Nezastupitelnost kvalitativní metodologie se týká problémů, které souvisí s vnitřním světem osobnosti. Jsou to otázky hodnotových orientací, smyslu života, svědomí, morálního rozhodování – tedy témata, která přicházejí takřkajíc na pořad dne paralelně s probouzením zájmu o spiritualitu a její úlohu v lidském životě a která se v psychoterapii a výchově manažerů týkají nejen behaviorálních změn, ale změn smýšlení a srdce.*“ (Smékal, 2001, s. 10)

Tab. 7 Rozdíly mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem (podle Štěpaníkové, Čermáka, 2001, s. 16)

	Kvantitativní	Kvalitativní
Úloha kvalitativního výzkumu	<i>přípravná</i>	<i>explorace různých interpretací</i>
Vztah mezi výzkumníkem a zkoumaným	<i>odtažitý</i>	<i>blízký</i>
Pozice výzkumníka ve vztahu ke zkoumanému	<i>vně</i>	<i>uvnitř</i>
Vztah mezi teorií výzkumu a vlastním výzkumem	<i>potvrzování</i>	<i>emergence</i>
Strategie výzkumu	<i>strukturovaná</i>	<i>nestrukturovaná</i>
Pole zjištění	<i>nomotetické</i>	<i>idiografické</i>
Zobrazení sociální reality	<i>statické a mimo zkoumanou osobu</i>	<i>procesuální a sociálně konstruované zkoumanou osobou</i>
Povaha dat	<i>tvrdá, reliabilní</i>	<i>bohatá a hluboká</i>

Křivohlavý se přiklání k metodám, u kterých je možné zvolit individuální specifické a odlišující hodnoty jedinců. Příkladem je metoda *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life* (dále jen SEIQoL), kterou do České republiky v roce 2001 uvedl – jedná se o diagnostikování vlastního systému hodnot, který je plně respektován a který vypovídá o pojetí kvality života dané osoby. Jedinec sám individuálně volí ty oblasti života, které v dané chvíli a situaci považuje za významné. Tato metoda je tedy metodou kvalitativní, kdy formou do určité míry strukturovaného rozhovoru se zjišťují pro konkrétního jedince kriticky závažné aspekty života. Protože nejde o rozhovor zcela volný, jak podotýká Křivohlavý (2003), omezuje se jen na „nejdůležitější aspekty kvality života“, tzn., nemusí vždy vystihnout ty, které by sám dotazovaný v daný okamžik preferoval.

Chceme-li hlouběji poznat kvalitu života, musíme nalézt a volit takové postupy, které nám pomohou rozkrýt celý komplex variability a multidimenzionality tohoto pojmu včetně

jeho dynamiky a změn v čase. Nejde však o jednoduchá metodologická zadání. Vystává totiž řada otázek, na které zatím nebyly nalezeny jednoznačné odpovědi (viz tab. 8).

Tab. 8 Metodologické problémy zjišťování kvality života (modifikovaně podle Jandáskové, 2009)

Volba metodického přístupu	Nedostatečný počet studií	Specifické problémy kvantitativních m.	Specifické problémy kvalitativních m.	Zaměření výzkumu
kvalitativní	longitudinálních	- nelze sčítat různé aspekty života - chybí kauzální relace (jen statistická korelace)	korelace mezi subjektivitou a objektivitou životní spokojenosti	- globální úroveň x profil - volba typu veličiny
kvantitativní	etnografických	hodnocení kvality kvantitativními metodami	emocionalita jako veličina	variabilita faktorů kvality života (vliv pohlaví, věku, socioekonom. statusu)
smíšené	přirozených	validita dotazníků a testů	- změny v očekávání a prožívání (resp. vnímání nemoci) - dynamický konstrukt	negativní x pozitivní
subjektivní x objektivním	zjišťujících souvislosti mezi sociodemograf. a klinickými proměnnými a životní spokojeností	demograficky podmíněné rozdíly	individuální trajektorie a body měření	kulturní kompetence

Podle Kirbyho z roku 1994 (In Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 10) se kvalita života měří ze třech perspektiv. První hledisko je objektivní měření sociálních determinant v pojetí možností, bariér a zdrojů, druhý pohled je subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem a poslední je subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými oblastmi života

Fayers, Machin (2007) k přehledu metod měření kvality života rekapituluji, že jeden z prvních nástrojů, který rozšířil hodnocení pacientových fyziologických a klinických vyšetření byla v roce 1947 Karnofského a Burchenala výkonová škála navržená pro klinické účely a pojmenovaná Karnofského index (*Performance Status Index PSI*) (Fayers, Machin, 2007, Křivohlavý, 2002).

Postupem času byly vyvinuty další hodnotící škály, které se specifikovaly na hodnocení funkční schopnosti, tělesných funkcí a aktivit denního života (jako je např. Barthelův test). Ačkoli jsou tyto testovací škály zahrnovány do nástrojů měřících kvalitu života (QOL), zabývají se jen jedním aspektem kvality života a nepředkládají pacientovu pohodu (well-being) kompletně (Fayers, 2007).

Lantos (in Drotar, 1998) k měření kvality života dodává, že je možné ji použít k mnoha účelům. Například může posloužit k porovnání dvou léčebných přístupů u stejného

onemocnění, poskytnout cenné informace o výsledcích léčby, které doplňují a rozšiřují informace týkající se přežití pacienta a jeho kvality života. Přesto autor namítá, že se představa měření kvality života přesně definovaným způsobem zdá absurdní. Ale mohou se tak zjistit některé aspekty, které se tak stanou nezávislými výstupy.

Dotazníky z konce 70. let a počátku 80. let zjišťovaly úroveň zdravotního stavu, a tak byly užívány k hodnocení zdraví, byly zaměřeny na tělesné a duševní funkce a symptomy, na dopady onemocnění, prožívání úzkosti, stresu a životní spokojenosti. Charakteristickými příklady těchto dotazníků jsou *Sickness Impact Profile* (SIP) a *Nottingham Health Profile* (NHP). Ačkoli jsou popisovány a uváděny jako nástroje QOL, tak sami autoři je za nástroje QOL neprohlašovali. K nim se řadí i tzv. LASA (lineární analogické sebehodnocení od autorů Priestmana a Bauma, 1976), která se podobá tomu, co nazýváme vizuální analogickou škálou (VAS). Priestman a Baum měřili proměnné subjektivní efektivity včetně pohody, nálady, úzkosti, aktivity, bolesti, sociální aktivity a pacientova názoru na účinnost léčby.

Novější typy QOL dotazníků stále více zdůrazňují subjektivní aspekty jako emoce, sociální role, sociální a kognitivní funkce. Navzdory těmto změnám je kvalita života spojována s funkčním stavem a předpokládá se tedy, že není-li jedinec schopen dosáhnout plně fyzického, psychického a sociálního fungování, je jeho kvalita života horší. Tato domněnka, přestože se zdá být racionální z obecného pohledu, přináší teoretické problémy. Např. existují různé formy tělesných funkcí, které jako příčinné proměnné mohou měnit kvalitu života, ale neukáží její skutečnou úroveň a nakonec nemusí prokázat souvislost s celkovou úrovní kvality života. Škály, které měří funkční stav, fungují jen tehdy, jde-li prokázat nějaký problém.

V roce 1984 byl navržen tzv. „model očekávání“. Model vychází z teorie, že jedinci mají konkrétní životní cíle a že kvalita života je dána rozdílem mezi nadějí a očekáváním, tzn. předpokládanými cíli a aktuálními zkušenostmi a prožitky, tzn. aktuálními cíli. Rozdíl je ovlivněn zlepšením funkce pacienta nebo je modifikován jeho zážitky. Na základě tohoto modelu byly vyvinuty dotazníky jako SEIQoL a *Patient Generated Index* (dále jen PGI).

V 90. letech ovlivnil vznik dalších dotazníků Model potřeb Hunt a Mc Kenna z roku 1992 a další model, který ovlivnil vznik nových dotazníků ke zjišťování a měření kvality života byl model reintegrace. Dalšími ukazateli, které ovlivnily měření kvality života, byly osobní pohoda, životní spokojenost, dopad nemoci na sociální, emoční, pracovní a rodinnou oblast. V současné době existující modely a měřicí nástroje obsahují položky, jako je radost, pozitivní pohled na život, odráží význam připojit pacientovy specifické individuální oblasti. Rozdílnost jednotlivých dimenzí u jednotlivých pacientů je dána jejich založením, řazením v čase, hodnotami a jejich prioritou. Jak a co by mělo být měřeno v obsahovém kontextu kva-

lity života, zdá se být spíše filozofickou debatou. Shrneme-li a zjednodušíme-li pohled na nástroje měření kvality života, zjistíme, že základním stavebním kamenem většiny dotazníků QOL je pacientova pohoda (Fayers, Machin, 2007).

Při volbě výzkumného nástroje bychom podle Gurkové (2011) měli upřednostňovat ty, které byly vytvořeny na základě určitého teoretického rámce nebo konceptuálního modelu.

Zdrojem údajů o nástrojích k měření kvality života a jejich kompletní seznam poskytuje databáze PROQOLID (**P**atient **R**eported **O**utcome **Q**uality of **L**ife **I**nstrumentes **D**atabase). Jsou zde uvedeny dotazníky jak posuzovací, tak i objektivní, generické i specifické, dále strukturované rozhovory. Databáze obsahuje okolo tisíce nástrojů, které jsou dále kategorizovány. Například sekce generických dotazníků obsahuje téměř 100 nástrojů, z nichž nejznámější jsou *Short- Form Item36* (dále jen SF-36), *World Health Organization's Quality of Life Scale* (dále jen WHOQOL) a SEIQOL. U každého dotazníku je uvedeno: zkratka s plným názvem, autoři, účel měření a cílová populace, způsob administrace, počet položek, původní jazyk, ověřené další jazykové verze a další údaje. V sekci speciálních nástrojů se hledá podle diagnózy event. symptomů. Nástroje se dělí do dalších sekcí např. podle osoby určení - pro dospělé, děti, pečovatele apod., nebo podle administrace - telefonní rozhovory, posuzovací škály apod. Volba nástroje je důležitá nejen z formálního hlediska, ale i po obsahové stránce, kde je rozhodující, jaké oblasti života chceme zjišťovat. Jednotliví autoři standardizovaných nástrojů uvádí svůj výčet dimenzí kvality života, které považují za zásadní, buď obecně zaměřených na kvalitu života, či v souvislosti s konkrétním onemocněním (Jandásková, 2009; Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Poté, co jsme se seznámili s obecnou problematikou metodologie diagnostikování kvality života a stručně nastínili vývoj diagnostických nástrojů kvality života, můžeme přejít ke specifické problematice metodologie kvality života žen v období těhotenství.

5.2 Metodologické přístupy hodnocení kvality života v období těhotenství

V zahraničních studiích převažuje přístup, který se opírá spíše o obecně použitelné, tedy generické dotazníky typu SF-36. Specifické dotazníky (s výjimkou nauzei a zvracení v těhotenství) nejsou zatím pro výzkum kvality života těhotných žen vytvořeny. Méně se používají specifické dotazníky pro ženy, jež hodnotí kvalitu svého života nedlouho po porodu (*Maternal Postpartum Period - Quality of Life*, dále jen MAPP-QOL) a jen vzácně se setkáme se smíšeným přístupem reprezentovaným individualizovanými metodami (*Mother Generated Index*, dále jen MGI, SEIQoL). Vachková a Mareš (2012) uvádějí, že studium zahraničních pramenů potvrdilo, že zájem badatelů se spíše soustředí na obtíže, problémy, na patologické

aspekty těhotenství, které negativně ovlivňují kvalitu života, jedná se např. o různou míru závažnosti nauzei a zvracení (viz tab. 9). Zabývali se tím, jak kvalitu života ovlivní konkrétní onemocnění těhotné ženy, např. gestační diabetes, epilepsie, vrozené srdeční vady, transplantace ledvin (Symon, 2003). Přičemž vztahu mezi normálním, fyziologickým průběhem těhotenství a kvalitou života žen v tomto období bylo zatím věnováno daleko méně pozornosti. Symon (2003) analyzoval 32 studií z databáze MEDLINE, CINAHL a BIDS, které zkoumaly kvalitu života v těhotenství a po porodu a dospěl k jednoznačnému závěru, že není k dispozici dost specifických nástrojů pro použití v prenatální péči. Tato skutečnost pak byla jedním z „hnacích motorů“ vývoje nástroje MGI.

Ve výzkumech zabývajících se těhotenstvím bývají velmi často využívány generické dotazníky kvality života. Generické nástroje ale nemusí být dostatečně citlivé ke specifickým změnám v oblastech kvality a zdraví. Je tedy potřeba vytvářet a standardizovat **specifické nástroje**, které mají vztah k těhotenství (Lacasse, Bérard, 2008)

Kvantitativní metody jsou reprezentovány buď použitím standardizovaných obecných nástrojů, nebo nově modifikovaných s ověřováním validity a reliability porovnáním se zlatým standardem HRQL SF – 36. Velkým problémem je, jak již bylo výše uvedeno, absence specifického nástroje, který by měřil kvalitu života ve fyziologickém těhotenství.

Dosavadní specifické dotazníky (např. *Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea*, dále jen PUQE, *Nausea and Vomiting of Pregnancy Quality of Life*, dále jen NVP QOL) jsou zaměřeny spíše na konkrétní potíže v těhotenství (např. nauzeu a zvracení) než na celkovou pohodu ženy a její kvalitu života.

Další přehledová studie autorů Mogos a kol. (2013) poukazuje na potřebu rozvoje HRQoL škál, které mohou přesněji zachytit aktuální a naléhavé problémy týkající se mateřské kvality života obecně. Většina studií kvality života v těhotenství a po porodu je zaměřena na ověřování psychometrických vlastností jednotlivých nástrojů. Žádná ze studií nezkoumala, zda u použitých nástrojů měření kvality života chybí podstatné položky, nebo zda položky zjišťující kvalitu života chápou stejně těhotné ženy jako kontrolní vzorek netěhotných žen. Proto dobře navržená kvalitativní studie by měla být brána jako metoda identifikující významné otázky, které ve stávajících škálách chybí.

Mogose a kol. (2013) konstatuje, že se obvykle používají pouze generické nástroje a to v 57% z celkového počtu 64 analyzovaných studií (nejčastěji SF-36 a SF-12, WHOQOL-BREF), zatímco specifické nástroje jen v 20% (nejčastěji MGI, MAPP-QOL, NVPQoL). Kombinace generického nástroje se specifickým byla použita v 23% zkoumaných studií.

Kvalitativní metody se používají ještě méně často, přestože už sám termín kvalita života naznačuje, že jej lze jen omezeně postihnout dotazníkovými metodami v celé jeho bohatosti. V dostupné literatuře jsme našli jen dva kvalitativní výzkumy věnované kvalitě života během těhotenství (Luke et al, 1999; Sherman et al., 2002) – viz tab. 9.

Nemusí však jít jen o *individuální* rozhovory s jednotlivci. Stále více zájemců se obrací se ke *skupinovému* rozhovoru (např. formou ohniskových skupin), který vnáší do celého dění skupinovou dynamiku. Účastníci už nereagují jen na dotazy badatele, ale také na názory dalších účastníků, uvádějí příklady, zdůvodňují své názory, a tím se rozkrývá zkoumané téma do větší hloubky. Jednou z variant skupinové rozhovoru (diskuse) jako výzkumné metody je použití tzv. ohniskových skupin (*focus groups*).

Stále více je přihlíženo k subjektivnímu hodnocení a osobním prioritám hodnot než k objektivně zjištěným okolnostem jedincova života. Z novějších výzkumů je patrný příklon ke kvalitativním metodám. Někteří autoři (např. Mogos, 2013; Symon, 2003) doporučují kombinovat obě metody, výsledky porovnat a vyvodit závěry z obou metod. Nebo na základě kvalitativní metody a pomocí jí vytipované šíře oblastí vypracovat specifickou kvantitativní metodu, která zaručí požadované množství získaných dat a jejich snadné statistické zpracování, ověření hypotéz a vyvození obecných závěrů.

Přesto je stále nejpoužívanější přístup kvantitativní, jehož nespornou výhodou je možnost získání velkého množství dat pomocí standardizovaných generických nebo specifických dotazníků. Tab. 9 shrnuje údaje o nejpoužívanějších nástrojích.

Jaká je situace v České republice? V domácí literatuře nalezneme studie, které se zabývají dopadem určitého onemocnění na těhotenství – jde o zkoumání rizikového či patologického těhotenství, ale bez konfrontace s kvalitou života (např. Andělová, 2004). Setkáme se také se studii, které spíše souvisí s kvalitou zdravotní péče během prenatálního vyšetřování (např. Smetanová, 1999) a s psychosociální problematikou v těhotenství (např. Baďurová, 2005), ale opět bez přihlídnutí ke kvalitě života ženy. Jedním z důvodů, proč tomu tak je, může být právě absence rutinního specifického nástroje, který by snadno měřil kvalitu života u fyziologického těhotenství.

Tab. 9 Dotazníkové metody, které se používají v zahraničí pro 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

Nyní můžeme přejít k podrobnějším charakteristikám vybraných a některých již zmínovaných metod, které jsou pro přehlednost rozděleny do pěti základních skupin.

Vzhledem k současnému již značně velkému množství jak generických, tak i specifických metod (databáze PROQOLID) byla zvolena tato kritéria výběru:

- využití konkrétní metody ve vlastním výzkumu (ověřenost metody v reálné praxi)
- vztah metody ke zkoumané problematice (použití u těhotných žen)
- četnost použití dané metody v přehledových studiích (preferovanost metody odbornou komunitou).

5.2.1 Vybrané kvantitativní generické nástroje

Generické dotazníky jsou vhodné pro jakýkoli soubor zdravé populace i nemocných. Velkou výhodou těchto dotazníků je, že je možné jednotlivé soubory a zvolené kategorie či podmínky porovnávat. Nevýhodou je ale jejich nedostatečná citlivost na příznaky a prožívání různých specifických nemocí. Na základě výše uváděných hledisek a pro ilustraci jsme tedy z generických dotazníků vybrali tyto: WHOQOL-100, WHOQOL-BREF, SF-36, EQ-5D. Jsou strukturovány podle jednotných kritérií: zkratka (*originální název*); autor a rok vzniku; počet diagnostikovaných oblastí kvality života; pojmové označení oblastí života; počet položek; způsob odpovídání; psychometrické charakteristiky; komentář.

WHOQOL-100 (*World Health Organization's Quality of Life Scale*)

Autor a rok vzniku: Pracovní skupina odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace, 1991; autorky české verze: Dragomirecká, Bartoňová, 2006

Počet diagnostikovaných oblastí kvality života: 6

Pojmové označení oblastí života: fyzické zdraví (1), psychologická oblast (2), úroveň nezávislosti (3), sociální vztahy (4), prostředí (5) a spiritualita (6)

Počet položek: 100

Způsob odpovídání: položky likertovského typu s pětistupňovou škálou.

Psychometrické charakteristiky:

Validita byla ověřena na dvou rozsáhlých mezinárodních souborech. Faktorová analýza prokázala velmi dobrou vnitřní konzistenci jednotlivých facet¹ (0,65-0,93).

Komentář: Nástroj se vyvíjel po etapách, které byly sestaveny z vymezení pojmu a určení definice kvality života, pokračovaly definováním oblastí a podoblastí kvality života, na což pak navazovala formulace jednotlivých položek, pilotní verze a pilotní šetření vedlo k ověření psychometrických vlastností dotazníku (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Pro klinické účely se využívá zkrácená verze WHOQOL, která byla vytvořena poté, co se 100 položková verze pro praktické využití ukázala příliš dlouhá.

WHOQOL-BREF (*World Health Organization's Quality of Life Scale - BREF*)

Autor a rok vzniku: pracovní skupina WHOQOL, 1998; autor české verze: Dragomirecká, Bartoňová, 2006

Počet diagnostikovaných oblastí kvality života: 4

¹ Facety jsou autorkami nazývané podoblasti dotazníku WHOQOL-100, je jich celkem 24 (obsahují 100 položek) a samy jsou seskupeny do šesti domén (oblastí).

Pojmové označení oblastí života: fyzické (1), psychologické (2), sociální (3) a prostředí (4) a dvě samostatné položky (celkové hodnocení zdraví a celková kvalita života)

Počet položek: 26 (24 +2)

Způsob odpovídání: Respondent zaznamenává svou odpověď na pětistupňové škále likertovského typu.

Psychometrické charakteristiky:

Faktorová analýza potvrdila obdobnou faktorovou strukturu, velmi dobrou vnitřní konzistenci, až na oblast sociální (0,66), ostatní se pohybovaly od 0,75-0,83. Opakované měření prokázalo dobrou test/retest reliabilitu.

Komentář: WHOQOL-BREF byl testován ve 23 zemích. Vzhledem k tomu, že jsme tento dotazník použili i pro výzkumné účely této disertační práce, budeme se jím zabývat i v empirické části. Za prvé jsme jej použili pro kontrolní soubor netěhotných zdravých žen a vycházeli jsme z něho při konstrukci specifického dotazníku pro těhotné ženy.

Ukázka metody: viz příloha 1.

SF-36 (Short Form 36 Health Subject Questionnaire)

Autor, rok vzniku: Ware et al., 1992

Počet diagnostikovaných oblastí kvality života: 8

Pojmové označení oblastí života: omezení fyzické aktivity v důsledku somatických obtíží (1), omezení společenských aktivit v důsledku somatických problémů (2), omezení vykonávání obvyklých denních činností v důsledku tělesných zdravotních potíží (3), vnímání bolesti (4) a celkového zdraví (5), mentální zdraví představují subškály: omezení výkonu sociálních aktivit v důsledku emočních problémů (6), omezení vykonávání běžných denních činností v důsledku emočních potíží (7) a vnímání celkového duševního zdraví (8).

Počet položek: 36

Způsob odpovídání: Respondent zaznamenává svou odpověď na šestistupňové škále likertovského typu.

Psychometrické charakteristiky:

Reliabilita test/retest $r=0,70$, pro fyzické a duševní celkové skóry byl vyšší než 0,90 (Ware et al., 1994). Přezkoumáním prvních 15 publikovaných studií bylo zjištěno, že koeficient vnitřní konzistence Cronbachovo α pro každou z osmi oblastí byl uspokojivý $r=0,80$, koeficient vnitřní konzistence napříč studiemi se rovnal $r=0,76$ (Ware et al., 1993).

Validita: Údaje nejsou dostupné.

Komentář: Původní verze byla ověřena ve více jak 15 zemích. (Gurková, 2011; Fayers, Machin, 2007).

Ukázka metody: viz příloha 1.

EQ-5D (*European Quality of Life Questionnaire - Version EQ-5D*)

Autor, rok vzniku: Brooks et al., 2003

Počet diagnostikovaných oblastí kvality života: 5

Pojmové označení oblastí života: pohyblivost (1), sebeděče (2), obvyklé činnosti (3), bolest/potíže (4), úzkost/deprese (5).

Počet položek: 243 kombinací

Způsob odpovídání: Respondent hodnotí položky na třístupňové škále. Výsledkem je index dimenze kvality života o hodnotách 1-2-3. Subjektivní faktor reprezentuje vizuální analogová škála (VAS) - 100 je ukazatel nejlepšího zdravotního stavu; 0 ukazuje na nejhorší zdravotní stav. Dotazovaný označí současný subjektivně vnímaný stav jako na teploměru. Výsledkem je EQ-5D VAS o hodnotě 0 - 100.

Psychometrické charakteristiky: Údaje nejsou dostupné.

Komentář: Jde o nástroj, který hodnotí zdravotní stav ze dvou ukazatelů – objektivního a subjektivního. Nástroj byl ověřen mnoha mezinárodními studii a existují jazykové verze v 59 zemích. (Fayers, Machin, 2007, Gurková, 2011).

Ukázka metody: viz příloha 1.

5.2.2 Vybrané kvantitativní specifické nástroje

Specifické dotazníky jsou určeny pacientům s konkrétními chorobami a symptomy, které zjišťují dopad nemoci a potíží na kvalitu života pacienta. Výhodou je, že jsou schopny zachytit klinicky významné změny, nevýhodou je, že tyto výsledky se dají obtížněji porovnávat a zobecňovat. Tyto dotazníky tedy nehodnotí všeobecné oblasti představující kvalitu života, ale obsahují specifické proměnné související s konkrétními chorobami, dosahují vyšší citlivosti a mají větší diskriminační validitu oproti generickým nástrojům. Je doporučováno jejich použití právě v rámci specifických nemocí. Na ukázkou představujeme jen ty specifické dotazníky, které se vztahují k problematice těhotenství a mateřství.

PUQE (*Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea*)

Autor, rok vzniku: Koren et al., 2002

Počet diagnostikovaných oblastí kvality života: nelze uvést

Pojmové označení oblastí života: Obsahuje 3 položky, které zahrnují počet epizodických zvracení během dne, pocitů na zvracení v počtu hodin za den a počet dávení/říhání během dne. Celkový výsledek se pohybuje od 3 bodů do 15 bodů

Počet položek: 3

Způsob odpovídání: Respondentka zaznamenává svou odpověď na pětistupňové škále liker-tovského typu. Vyplnění dotazníku během 24 hod.

Psychometrické charakteristiky: Tento původní nástroj byl validizován a modifikován autory Lacasse, Rey, Ferreira, Morin a Bérard v roce 2008. Byl porovnán s SF- 36.

Komentář: Specifický dotazník zjišťující míru závažnosti těhotenské nauzei a zvracení. PUQE je unikátní dotazník, který porovnává kvalitu života těhotné ženy v souvislosti s poměrně častými a typickými potížemi souvisejícími s těhotenstvím - pocitem na zvracení a samotným zvracením (50%-80% těhotných žen udává tuto zkušenost). Nástroj byl vyvinut na podkladě Rhodes' score (Rhodes et al. 1984) sestávajícího z 8 položek, které zjišťují závažnost nauzei a zvracení u pacientů léčených chemoterapií.

NVP QOL (Nauzea and Vomiting of Pregnancy Quality of Life)

Autor, rok vzniku: Magee, Chandra, Mazotta, Stewart, Koren, Guyatt, 2002

Počet diagnostikovaných oblastí kvality života: 4

Pojmové označení oblastí života: tělesné symptomy/přítěžující faktory (1), únava (2), emoce (3), omezení (4).

Počet položek: 30

Způsob odpovídání: Respondentka zaznamenává svou odpověď na sedmistupňové škále liker-tovského typu.

Psychometrické charakteristiky:

Realiabilita: Cronbachovo α bylo větší než 0,8 pro celý dotazník (Lacasse, Bérarde 2007).

Validita: NVPQOL bylo porovnáno se SF-36, lineární regrese byla postavena na měření shody mezi skóry NVPQOL a SF-36 a na měření shody skór NVPQOL a vážnosti nauzei a zvracení v těhotenství porovnáním se skóry modifikovaného dotazníku PUQE (viz výše), které byly potvrzeny.

Komentář: Jedná se o validní a reliabilní index k posouzení kvality života související s těhotenskou nauzeou a zvracením pro použití v prvním trimestru.

Podobně jako předchozí dotazník i tento hodnotí nauzeu a zvracení, ale v tomto případě i jejich dopad na kvalitu života těhotné ženy. Vypovídá o oblastech kvality života, které jsou pro ženu důležité a negativně nauzeou a zvracením ovlivněné.

PQOL (*Questionnaire for evaluating the quality of life of postpartum women*)

Autor, rok vzniku: Zhou, Wang, Wang, 2009

Počet diagnostikovaných oblastí kvality života: 21

Pojmové označení oblastí života: péče o dítě - tělesné zdraví (1), nehoda (2), vývoj (3), charakter dítěte (4), výživa (5); tělesné funkce - antikoncepce (6), spánek a odpočinek (7), energie (8), bolest (9), pracovní schopnost (10), tělesný vzhled/vnímání těla (11); psychické funkce - důvěra k dětské péči (12), adaptace na roli matky (13), negativní pocity (14), pozitivní pocity (15); sociální opora - sociální aktivity (16), rodinné vztahy (17), domácí práce/pomoc s péčí o dítě (18), domácí prostředí (19), rodinné zázemí (20), vnější prostředí (21)

Počet položek: 40

Způsob odpovídání: Respondentka zaznamenává svou odpověď na pětistupňové škále likertovského typu.

Psychometrické charakteristiky: Reliabilita a validita tohoto nástroje není zatím stanovena.

MAPP-QOL (*Maternal Postpartum Period - Quality of Life*)

Autor, rok vzniku: Hill et al., 2006

Počet diagnostikovaných oblastí kvality života: 5

Pojmové označení oblastí života: psychologické/dítě (1), socioekonomické (2), vztahy/manžel-partner (3), vztahy/rodina-přátelé (4), zdraví a funkce (5)

Počet položek:

Způsob odpovídání:

Psychometrické charakteristiky: Respondentka zaznamenává svou odpověď na pětistupňové škále likertovského typu.

Reliabilita: Vnitřní konzistence koeficient Cronbachovo α pro 5 oblastí se pohyboval od 0,82-0,96.

Validita: diskriminační validita byla podpořena negativní korelací s *Multiple Affect Adjective Check List - Revised* (MAACL-R).

Komentář: Podkladem pro vytvoření dotazníku byl koncepční model autorů Ferranse a Powerse (QLI).

5.2.3 Vybrané kvalitativní techniky měření kvality života

Kvalitativní metody nejsou zatím ve výzkumu kvality života používány tak často jako kvantitativní metody, u kterých je jasná kvantifikace získaných dat a tím pádem snazší statistické ověřování. Mareš (2007, s. 109) ale připomíná, že i dotazníkové metody mají určitá omezení, která naopak mohou kvalitativní techniky eliminovat:

- jsou vytvořeny pro průměrnou osobu z populace (přitom každý člověk je individualitou)
- otázky jsou zaměřeny na standardní situace lidského života
- nestandardní odpovědi se nezachytí
- nebývají citlivé ke kulturním, náboženským i sociálním zvláštnostem jedinců
- nepostihnou individuální případy, specifické strategie zvládnání zátěže
- předpokládá se dobrá znalost jazyka konkrétního dotazníku, správné porozumění otázce, zamýšlení se nad sebou, dobré sebehodnocení, sebereflexe
- nepředpokládá se vliv tzv. efektu sociální žádoucnosti

Z toho vyplývá, že se v současné době začínají kvalitativní přístupy zkoušet, dokonce o ně vzrůstá zájem, badatelé se k nim začínají více přiklánět. Někdy jsou využívány jen pro první fázi výzkumu, ve které se výzkumníci snaží získat co nejširší spektrum názorů na danou problematiku z pohledu samotných respondentů, tzv. „zmapovat terén“. Takto získané údaje slouží ke kategorizaci proměnných pro přípravu a zkonstruování položek nového dotazníku, nebo modifikované verze původního dotazníku. Příkladem může být polostrukturovaný individuální rozhovor, debata ve skupině, nebo ohniskové skupiny, kdy se zjišťuje, co sami respondenti chápou pod jednotlivými oblastmi kvality života, jak oni sami vidí a vnímají kvalitní život. Tento postup představuje tzv. smíšený přístup, ve kterém se obě metody kvalitativní a kvantitativní zkombinují. Kvalitativní výzkum je běžnější v tzv. sociálních vědách, jakými jsou např. psychologie, sociologie či pedagogika. Ve výzkumu kvality života se v rámci kvalitativního přístupu používají metody rozhovoru - interview, narativní metody a analýza produktů člověka.

Kvalitativní metody můžeme také rozdělit podle převažujícího způsobu komunikace:

1. metody verbální: individuální rozhovor, skupinový rozhovor, ohniskové skupiny, vyprávění, volně psané odpovědi a časový deník
2. metody neverbální: různé výtvarné techniky (kresba, modelování)

Rozhovor/Interview - je definován jako „systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které tazatel klade“ (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008, s. 88). Je rovněž nejčastějším a přirozeným nástrojem lidské komu-

nikace a zároveň jedním z nejdéle používaných způsobů shromáždění dat. Přitom jako metoda patří mezi nejobtížnější techniky, jejichž zvládnutí předpokládá nejen dovednost komunikace, ale další sociální dovednosti, jakými jsou etický a kulturně citlivý přístup a pozorovací schopnost (Kutnohorská, 2009).

Kvale v roce 1996 definoval hloubkový rozhovor (*in-depth interview*) jako „metodu, jejímž účelem je získat vylíčení žitého světa dotazovaného s respektem k interpretaci významu popsanych jevů“. Rozhovor slouží ke zkoumání jedinců z určitého prostředí, konkrétní sociální skupiny s cílem získat vhled do jednání, chování, kterým se jedinci prokazují. Rozhovor zachycuje jednotlivé výpovědi v nezkrácené a přirozené podobě, což je právě princip kvalitativního výzkumu (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 159-160).

Typy rozhovorů/interview:

– individuální:

- strukturovaný (standardizovaný)
- polostrukturovaný
- nestrukturovaný (volný)
- narativní (biografický) rozhovor/interview
- fenomenologický

– skupinový:

- skupinové interview
- skupinová diskuze
- vyprávění
- ohnisková skupina (*focus group*)

Strukturovaný rozhovor připomíná svou formou dotazník. Tazatel při vedení rozhovoru postupuje jednak tak, že dodržuje jejich pořadí, a jednak otázky formuluje přesně podle předem připraveného souboru otázek (Kutnohorská, 2009).

Polostrukturovaný rozhovor obsahuje také předem připravené rámcové otázky, ale ne drží se přesné formulace ani pořadí a citlivě reaguje a přizpůsobuje obsah rozhovoru jeho vývoji. Tato forma rozhovoru se používá v rámci případové studie, či zakotvené teorie. (Gavora, 2010; Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Nestrukturovaný rozhovor se vede na základě připravené jediné výzkumné otázky. Další dotazy jsou pak volně kladeny podle údajů, které poskytuje respondent, a podle toho, jak se odvíjí základní téma rozhovoru. Tato forma se používá v biografickém designu (např. tzv. kreativní rozhovor). Rozhovor má neformální charakter, probíhá v uvolněné a přátelské

atmosféře. Výzkumník musí být připravený reagovat podle skrytých významů v řeči, musí umět číst i neverbální projevy. Fenomenologický rozhovor je druhem rozhovoru rovněž zaměřeného na historii života dotazovaného. Je specifický tím, že se skládá ze tří fází - rozhovorů, které jsou sestaveny tak, aby postupně na základě uvědomování si zkušeností respondenta navedly k pojmenování pohnutek a významu jeho jednání v sociálních situacích. (Hendl, 2005; Gavora, 2010; Švaříček, Šedřová a kol., 2007).

Jednou z variant skupinového rozhovoru jako výzkumné metody je použití tzv. ohniskové skupiny (*focus group*). Morgan v roce 1997 definoval ohniskovou skupinu jako výzkumnou metodu, pomocí které získáváme data za využití skupinových interakcí. Ty samovolně vznikají a probíhají v debatě na předem určené téma. Skupina mívá 5-7 účastníků a moderátora. Základním principem této metody je téma, tj. ohnisko, které reprezentuje výzkumný záměr a shrnuje výzkumné otázky. Téma volí výzkumník, který jej skupině představí. Platí obdobná zásada jako při individuálních rozhovorech, a sice že téma je dostatečně srozumitelné všem účastníkům. Stejně jako skupinový rozhovor je i diskuze probíhající v ohniskových skupinách strukturovanou konverzací. Klíčovou roli hraje moderátor využívající další hlavní účastníky v rolích pomocného moderátora a tichého pozorovatele. Moderátor celou diskuzi zaznamenává a usměrňuje její průběh (Morgan, 2001).

5.2.4 Smíšené metody měření kvality života

Hendl (2005) seznamuje s dvěma typy smíšeného výzkumu. První typ, který se nazývá výzkum pomocí míchání metod, se vyznačuje v první fázi použitím kvalitativních metod sběru informací, po získání dostatečného objemu dat a následné analýze pokračuje druhou fází, ve které se využije strukturovaný dotazník a výsledky šetření se statisticky ověří, a v závěrečné fázi výzkumu se provede hloubkové dotazníkové šetření u vybraných členů výzkumného souboru. Pro druhý typ smíšeného přístupu je typické kombinování metod uvnitř jednotlivých fází výzkumu, proto je označován jako výzkum na základě smíšeného modelu. Nejprve se určí výzkumné otázky - cíle pomocí explorační, popisové (kvalitativní metody); statistický popis, predikce a verifikace kauzálních hypotéz (kvantitativní metody). Za druhé ve fázi shromažďování dat se využívá standardizovaných kvantifikovaných dat (kvantitativní metodika), shromažďování textu, slov a obrazů (kvalitativní metodika). Ve třetí fázi v rámci analýzy a interpretace se pracuje se statistickou analýzou (kvantitativní metoda), interpretativními metodami (kvalitativní metody).

Po stručném vysvětlení obecné podstaty smíšených metod představujeme celosvětově uznávanou smíšenou metodu:

MANSA (*Manchester Short Assessment of Quality of Life*)

Autor, rok vzniku: Priebe et al, 1999

Je příkladem smíšené metody, která zjišťuje nejen celkovou spokojenost se životem, ale i jeho spokojenost s řadou předem definovaných oblastí života:

1. s vlastním zdravotním stavem
2. sebezpojetím (self-concept)
3. sociálními vztahy
4. rodinnými vztahy
5. bezpečnostní situací
6. právním stavem
7. životním prostředím
8. finanční situací
9. náboženstvím
10. účastí na aktivitách volného času
11. zaměstnáním, školou

Autoři MANSA usilovali o vystižení celkového obrazu kvality života konkrétního člověka. MANSA sestává ze tří částí, třetí sekce obsahuje 16 otázek, které se týkají předdefinovaných oblastí (viz výše). Každá dimenze se měří pomocí tzv. LSS (Life Satisfaction Scale) jde o VAS, která má 7 stupňů, variací této metodiky může být Cantrillův žebřík (s 12 příčkami) - získá se tak údaj označený jako Cantrill's Ladder Score (Křivohlavý, 2002, Priebe, 1999).

Podle názoru Mareše (2007) mohou být právě smíšené metody optimální volbou metodického postupu pro zjišťování kvality života a postihnout tak jeho multidimenzionalitu a individualitu.

5.2.5 Vybrané individualizované nástroje měření kvality života

Souvisí s pojmem „individualizovaná kvalita života“, který se v diagnostice začal nově prosazovat jako protipól dotazníkovým metodám, jejichž nedostatky byly vyjmenovány výše a souvisí tak s problematikou pojetí i definování kvality života. V České republice existuje zatím jediný a nejkvalitnější přehled individualizovaných metod, stejně tak i kvantitativních a kvalitativních metod, který zpracoval a vydal ve třech monografických sbornících Mareš (2006, 2007, 2008) v rámci výzkumného projektu: Kvalita života dětí a dospívajících

Vybrali jsme některé významnější individualizované metody, včetně těch, které byly cíleně vytvořeny pro hodnocení kvality života v poporodním období. Podrobněji ve výzkumné části se zabýváme metodou SEIQoL, která byla v disertační práci použita u souboru žen, které již porodily, tzn. v rámci retrospektivní studie. Poslední individualizovanou metodu *Quality of Life Appraisal Profil* (dále jen QOLAP) uvádíme z toho důvodu, že hodnotí změny kvality života v čase.

PGI (*Patient Generated Index*)

Autor, rok vzniku: Ruta, Garratt, Leng, Russel, MacDonald, 1994

Princip metody: Metoda umožňuje zjistit pacientův individuální pohled na důsledky onemocnění, vliv specifických zdravotních okolností na jeho kvalitu života (viz tab. 10)

Psychometrické charakteristiky: velmi dobrá reliabilita a validita.

Tab. 10 Princip metody PGI (modifikovaně podle Mareše, 2008, s. 91)

Etapy posuzování	Úkol pro respondenta	Zkoumaný aspekt individuální kvality života
1. krok	uvést pět oblastí vlastního života, které jsou nejvíce ovlivněny specifickými zdravotními okolnostmi, nemocí	jedincovy vnímané vlastní oblasti života, které jsou nejcitlivější na zdravotní okolnosti a které tak pro něho konstruuji kvalitu života
2. krok	přidělit každé z oblastí váhu, podle vlivu specifických životních podmínek (0-10, 0 =nejhorší, 10= výborné)	míra vlivu zdravotních podmínek na zlepšování či zhoršování kvality života
	uvést dalších šest oblastí, které nebyly výše uvedeny, ale jsou také nemocí ovlivněny	další oblasti kvality život, které už jedinec nepovažuje za klíčové
	uvést dalších sedm oblastí, které nebyly uvedeny výše a nesouvisí s nemocí, nejsou jí ovlivněny	další oblasti kvality život, které už jedinec nepovažuje za klíčové
3. krok	přidělit každé uváděné oblasti určitou míru závažnosti pro život pomocí škály (1-12 bodů), přičemž oblasti se stejnou závažností mohou mít stejný počet bodů	míra důležitosti, závažnosti každé z uváděných oblastí kvality života pro daného jedince

MGI (*Mother Generated Index*)

Autor, rok vzniku: Symon et al., 2003

Princip metody: Nástroj je modifikací PGI a hodnotí subjektivní postnatální kvalitu života. MGI je jednostránkový tříetapový dotazník (viz tab. 11). Rozdělení jednotlivých bodů informuje zdravotní péči o pohledu matek na tyto problémy.

Psychometrické charakteristiky: Nástroj byl validizován souběžným použitím EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, Glazener et al 1995), PNMI (*Postnatal Morbidity Index*) a postnatální verzi MAMA scale (*Maternal Adjustment and Maternal Attitudes*, Kumar et al, 1984). MGI skóry signifikatně korelovaly s výše uvedenými nástroji a jejich skóry i při opakovaném použití. Rozmanitost mateřských zkušeností byla východiskem k individualizaci postnatálního hodnocení (Symon, Mc Greavey, Picken, 2003; Symon, Glazener, MacDonald, Ruta, 2003).

Tab. 11 Princip metody MGI (modifikovaně podle Mareše, 2008)

Etapy posuzování	Úkol pro respondentky/matky po porodu	Zkoumaný aspekt kvality života
1. krok	Uveďte 8 oblastí, které považujete za nejdůležitější a které byly ovlivněny/zasaženy porodem. Označte je buď jako pozitivní, negativní, či nijak.	Subjektivně nejvýznamnější oblasti kvality života ovlivněné porodem
2. krok	Přidělte každé oblasti váhu (0-10, 0 =nejhorší, 10= výborné)	Míra vlivu porodu na subjektivní vnímání kvality života
3. krok	Přidělte každé oblasti určitou míru relativní významnosti (1-20 bodů). Čím více bodů, tím je pro vás oblast důležitější	Míra závažnosti každé z uváděných oblastí kvality života pro matku

SEIQOL (*The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*)

Autor, rok vzniku: O'Boyle, McGee, a Joyce, 1993

Princip metody: Křivohlavý (2003), který metodu SEIQOL uvedl do České republiky, ji charakterizuje slovy, že se jedná o subjektivní přístup k chápání pojmu kvality života, jehož pojetí konkrétním jedincem je dáno jeho vlastním systémem hodnot. Jsou respektovány ty aspekty života, které jsou pro něho významné. Základem je rozhovor, který není volný, ale je omezen na nejdůležitější témata pro dotazovaného. Jedinec je vyzván ke stanovení 5 pro sebe důležitých životních cílů (cues - podnětů k životu):

Oč mu v životě nejvíce jde!

Jako příklady jsou uváděny: Rodina - zdraví - duševní pohoda - duchovní život - vztahy mezi lidmi - práce na sobě - kultura - sport - ruční práce - koníčky - jiné.

Při záznamu jsou cíle uváděny nejen heslovitě, ale v podrobnější, rozvinutější formě.

U každého z pěti cílů se uvádí míra uspokojení s dosahováním tohoto cíle v procentech (dolní hranice 0% znamená - vůbec nejsem spokojena a horní hranice 100% - jsem zcela spokojena).

Dalším je vyjádření důležitosti cíle, kdy se mezi těchto pět cílů rozdělí celkem 100%. Posled-

ním úkolem je označení křížkem na „teploměru životní spokojenosti“, což je stupnice od 0 - 100%.

QOLAP (*Quality of Life Appraisal Profil*)

Autor, rok vzniku: Rapkin, Schwartzová, 2004

Princip metody: Jedná se o strukturovaný rozhovor, který probíhá v 7 fázích (viz tab. 12) Účelem rozhovoru je posouzení nejen aktuální kvality života, ale i její dlouhodobé změny, posuny v čase opakovaným měřením. Je možné zachytit změny, které se udály nejen v jedincově pojetí kvality života, ale i v jeho osobnosti.

Tab. 12 Princip metody QOLAP (modifikovaně podle Mareše, 2008, s. 94-95)

Etapy	Úkol pro respondenta	Zkoumaný aspekt individuální kvality života
1. fáze	Uveďte, co pro vás znamená výraz „kvalita života“. Charakterizujte jej ze svého pohledu a podle aktuálního stavu.	Osobní smysl a význam pojmu kvalita života.
2. fáze	Uveďte až tři možnosti u každé z těchto šesti položek: <ol style="list-style-type: none"> 1. hlavní cíle, kterých chcete dosáhnout, 2. hlavní problémy, které chcete momentálně řešit, 3. situace, kterým chcete předejít a nebo se jim vyhnout, 4. věci, které chcete udržet tak, jak jsou, 5. věci, které chcete přijmout, tak jak jsou, 6. požadavky, povinnosti, závazky, kterých se chcete zbavit nebo je alespoň zredukovat. 	Klíčové životní cíle a zájmy.
3. fáze	Přidělte každé z vybraných 18 oblastí (6 položek x 3 možnosti) míru osobní spokojenosti s tím, zda se vám záměr daří.	Míra spokojenosti s tím, jak daná oblast uspokojuje a naplňuje jeho představy o kvalitním životě.
4. fáze	U každé z nabídnutých strategií, s jejichž pomocí lze vybírat z osobních zkušeností, uveďte, jak často danou strategii používáte. K dispozici máte pětistupňovou škálu od 1 (vždy) -5 (nikdy).	Subjektivní strategie, s jejíž pomocí vybírá ze svých osobních zkušeností ty, které určují jeho chápání kvality života.
5. fáze	U každé z 9 nabídnutých standardních hodnocení aktuálního stavu uveďte, jak často je používáte. K dispozici máte pětistupňovou škálu od 1 (vždy) - 5 (nikdy).	Standardy, které používá pro srovnání svého aktuálního stavu.
6. fáze	U jednotlivých 9 nabídnutých možností uveďte, zda jde o: <ol style="list-style-type: none"> 1. velké změny, nebo obvyklý průběh, 2. jak dobře věci jdou, nebo jak obtížně jdou, 	

	<ul style="list-style-type: none"> 3. jak jste spokojený a hrdý sám na sebe, nebo jak jste zklamaný z toho, že se nic nedaří, 4. co z toho je důležité pro druhé a co je důležité pro vás, 5. co z toho ve vás vyvolává strach a obavy a co naopak uklidňuje, 6. co z toho je předmětem dlouhodobého zájmu, a co je naopak předmětem momentálního zaujetí, 7. v čem si pomůžete sám a v čem potřebujete pomoc od druhých, 8. věci, které zůstávají nedořešené a věci, které jsou už uspokojivě řešeny. 	
7. fáze	Nejprve uveďte své hodnocení aktuálního zdravotního stavu; pak uveďte, jak si myslíte, že jste tuto položku vyplnil v předchozím hodnocení; další položka usnadňuje vybavování; poslední položka vám otevírá možnost, abyste okomentoval rozdíly ve svých odpovědích a tím i to, jak vnímáte a komentujete změny v hodnotících kritériích, k nimž během času došlo.	

Všechny individualizované nástroje jsou výhodné v tom, že se podobají dotazníkové formě a přitom se jimi získává zcela individuální, subjektivní pohled na kvalitu života. Ukazují specifické významné oblasti pro konkrétního jedince, oblasti se mohou individuálně strukturovat i hierarchicky seřadit. Vznikají tak zcela originální modely a koncepty kvality života. Zajišťují jedinci i zpětnou vazbu, sebereflexi a vhled na individuální smysl života - uvědomění si - „jak a proč žiji“. Při opakovaném použití jsou nástroji, které zachytí dynamiku kvality života v čase a proměny jedincovy osobnosti.

Tyto nástroje mají ale i své nedostatky, kterými je přílišná časová náročnost, vyšší nároky na kognitivní schopnosti i komunikační dovednosti. Analýza získaných dat a výstupy jsou také velmi pracné a časově náročné. Nelze s nimi rutinně pracovat v každodenní praxi, byly použity a ověřovány většinou jen autory. Neexistuje tzv. zlatý standard, který by umožnil porovnání a ověření validity jednotlivých individualizovaných nástrojů (Mareš, 2008).

Náročnost individualizovaných metod se potvrdila i v našem výzkumu, a sice velmi malou ochotou účastnit se pokračování výzkumu po porodu, což obnášelo vyplnění dotazníku SEIQoL. Jednalo se o necelou čtvrtinu žen z původního výzkumného souboru.

6 Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života

Na otázku, jaké faktory ovlivňují kvalitu života, se pokoušeli vědci nalézt odpověď ruku v ruce se snahou kvalitu života vymezit a definovat. Zpočátku byla pozornost věnována

hlavně vnějším a situačním faktorům, mezi ně patří např. demografické faktory, společenské události, rodinný stav a situace. Protože nebylo možné jen pomocí externích vlivů vysvětlit složitost a hloubku kvality života, tak se později zájem obrátil k vlivu vnitřních faktorů, který je v současné době upřednostňován a vyzdvihován. Z těchto důvodů jsme zúžili výčet faktorů na ty, které mají zásadní vliv na kvalitu života a souvisí s pojmy štěstí a duševní pohoda.

6.1 Socioekonomické faktory

K socioekonomickým faktorům, které ovlivňují život každého z nás, patří životní úroveň. Životní úroveň je vymezena kvantitativně (ekonomicky), přestože se v ní odráží i kvalitativní hledisko související s kvalitou života.

Podle Kubátové (2010, s. 20) je životní úroveň společnosti chápána jako její materiální blahobyt. Je měřena na základě tzv. hrubého domácího produktu na hlavu. „ HDP je součet hodnoty všeho zboží a služeb, které občané země za rok vyprodukují, děleno počtem občanů.“

V rámci subjektivního pojetí kvality života je důležitá životní úroveň jednotlivce nebo rodiny, která znamená materiální blahobyt, který představuje spotřební úroveň, materiální vybavení domácnosti a další spotřební věci, které si může koupit a které mu slouží. Životní úroveň je daná výší příjmů osob a domácnosti, odvozuje se od vybavení domácností a bytů. Český statistický úřad vytváří statistiky rodinných účtů na základě rozlišení různých výdajů, které získá měřením životní úrovně domácností porovnáním jejich příjmů a výdajů (viz <http://www.czso.cz>). V tomto kontextu vypovídá o úrovni kvality života vybavenost domácnosti kulturními předměty, které tvoří kulturnost životního stylu a vykazuje kulturnost trávení volného času. Kubátová (2010) uvádí, že kvalita života na úrovni společnosti nahrazuje pojem životní úroveň společnosti. Souvisí to s tím, že samotný pojem kvalita života je mnohem širší a obecnější než obsah pojmu životní úroveň. Kvalita života se ze socioekonomického pohledu měří za pomoci indikátorů materiální úrovně společnosti, kvalitativní úrovně společnosti. Tento indikátor se nazývá index lidského rozvoje (HDI) a je známkou míry úrovně modernizace jednotlivých států. Index lidského rozvoje je tvořen třemi ukazateli: hrubým domácím produktem na hlavu, indexem očekávané délky života (střední délka života) a indexem vzdělanosti (míra všeobecné gramotnosti a poměr primárního, sekundárního a terciárního vzdělání ve společnosti).

Pojem, který úzce souvisí s níže uvedenou sociální oporou, je tzv. socioekonomický status (SES). Ukazuje na pozici jedince ve skupině. Každá skupina má své specifické rozvrstvení - sociální stratifikaci, která se skládá ze dvou komponent třídy a statusu. Třídní komponentou jsou materiální prostředky (úroveň příjmů) a statusem je potvrzena vnitřní hodnota

jedince, rozdíly v životním stylu, postojích, názorech, kognitivních potřebách a schopnostech (úroveň vzdělání a profese). Ukazuje se, že tento dříve opomíjený pojem, má velký význam v psychologii zdraví, tím hraje i velkou roli z hlediska kvality života. Kebza (2005, s. 172) cituje práce Thoitsové (1995), která ve své přehledové studii upozorňuje, že lidé s nižším sociálním statutem mají nižší pocit kontroly nad událostmi, nižší pocit zvládnutí, nižší sebevědomí a více tíhnou k vnější lokalizaci kontroly v porovnání s lidmi s vyšším SES. Autorka předpokládá, že SES umožňuje větší přístup k finančním prostředkům, které patří mezi osobní zdroje při zvládnutí stresu.

6.2 Sociální opora

Kebza (2005) vyzdvihuje protektivní vliv sociální opory na psychický stav člověka, který je vlivem zátěžových životních událostí negativně poznamenán. Byla detekována dokonce jako jeden z prvních faktorů. Psychická pohoda a s ní spojená kvalita života souvisí se začleněním jedince do sociálních vazeb a vztahů ve společnosti, které reprezentují sociální oporu.

V psychologii někteří autoři rozlišují čtyři druhy sociální opory:

1. Instrumentální sociální oporu - konkrétní forma pomoci spočívající v poskytnutí prostředků finančních, věcných, materiální podpory. Bývá častá v souvislosti s přírodními katastrofami v časně fázi pomoci - poskytnutí střechy nad hlavou, stravy apod. Jde o dobrovolnou pomoc druhému konkrétní věcnou cestou.
2. Informační opora - potřebná informace, rada, která může být podána na základě osobní zkušenosti laikem, ale i profesionální. Jde o tzv. naslouchání, na které navazuje pomoc.
3. Emocionální opora - empatie, blízkost a souznění. Je důležitá v souvislosti vyrovnávání se se zátěží (onemocnění vážnějšího charakteru). Opora souvisí s poskytnutím naděje, uklidnění, nebýt sám.
4. Hodnotící opora - jedinci je sdělována úcta, uznání, pochvala, povzbuzení. Může být projevována vzájemně mezi stejně postiženými lidmi ve smyslu sdílení stejných těžkostí a společného zvládnutí těžkého úkolu (Křivohlavý, 2003).

6.3 Osobnostní faktory

6.3.1 Temperament

Obecná definice říká, že temperament je konstituující charakteristika osobnosti, individuálně specifický soubor reakcí, který zahrnuje takové charakteristiky, jako je obecná úroveň energičnosti člověka, emoční ladění, intenzita, s níž člověk reaguje na podněty a rychlosti

takové odezvy. Temperament má svůj fyziologický konstituční základ, který lze identifikovat v celkovém naladění člověka. Temperament jedince se projevuje už od raného dětství, ale může být do určité míry modifikován jeho životními zkušenostmi: klidný, rozvážený jedinec se může naučit určité ráznosti, energičnosti a naopak náladový až prchlivý člověk se může naučit sebeovládání (Corsini, 1999, s. 986).

Smékal (2002) uvádí čtyři základní dimenze temperamentu podle Busse a Plomina: aktivitu, emocionalitu, sociabilitu a impulsivitu. Aktivní jedinec je vitální, energický, plný elánu. Emocionalita se pojí s nadměrnými afektivními reakcemi, takže emocionálně orientovaná osobnost se může projevit jako silná nebo bázlivá povaha, záleží na rovnováze vegetativní nervové soustavy. Sociabilní jedinec preferuje být pospolu s druhými lidmi. Impulsivita souvisí se schopností rychle a snadno reagovat, oproti rozváženému, pomalejšímu reagování.

Podle Dienera et al (1999) je osobnost jeden z nejsilnějších a nejkonzistentnějších predikátorů subjektivní pohody a dodává, že se v ní uplatňují temperamentové charakteristiky osobnosti. Ve studii vztahu temperamentu ke kvalitě života je temperament predispozicí člověka k jeho štěstí.

Temperament může působit i opačně. Např. výzkum Roose a spolupracovníků (2013) prokázal, že temperamentové ladění je významným prediktorem projevů distresu u těhotných žen ve 2. a 3. trimestru. Konkrétně pro distres svědčí nízká úroveň sebeovládání a vysoká úroveň sebepřesahování ženy. Další zjištění říká, že velká snaha vyhnout se určité újmě, poškození, zranění spolu s nízkou snahou spolupracovat obvykle vede ke vzrůstajícím pocitům úzkosti během těhotenství a k malé odolnosti takových žen.

6.3.1.1 Štěstí

Štěstí je výrazem kladné emoce radosti, kterou rádi prožíváme a ke které se řadí další pozitivní city jako láska, spokojenost, zájem. Štěstí je obsaženo v definici tohoto pojmu: „*Radost je popisována jako emoce velkého potěšení a štěstí, případně jako stav štěstí a blaženosti, způsobený tím, že se stalo něco dobrého a uspokojivého.*“ (Křivohlavý, 2004, s. 67).

Prožívání pozitivních emocí vyjadřuje zároveň v danou chvíli i prožitek šťastného kvalitního života. Payne (2005) konstatuje, že každý toužíme po blaženosti nebo po štěstí a tato pohnutka nás ovlivňuje, usměrňuje naše jednání, a pokračuje, že snaha dobrat se štěstí se traduje již od antické řecké filozofie. Dosažení štěstí je podle Payne (2005) zosobňováno třemi pojmy *hedoné* (rozkoš), *galené* (klid) a *agapé* (láska). Každý z těchto atribut představuje specifické pojetí štěstí a způsob uspokojení.

Pokud by byla kvalita života spojována s dosažením pouhé slasti, život sám o sobě by spočíval v honbě za tělesnými požitky, které by narůstaly úměrně s tím, jak by pocit uspokojení klesal. Dosažení klidu (radosti, pohody) nabízí východisko z předchozích tužeb. Vědomí porozumění životu, nalezení pokory a odříkání symbolizuje dozrání k uspokojení pocitu štěstí. Láska jako trvalejší cit poskytuje naplnění potřeby být šťastný, symbolizuje nejen tělesnou libost, ale i duševní prožitky jako radost, spokojenost, potěšení, oddanost a pokoru. Pokud štěstí není společností uznávanou kulturní hodnotou, není možné úplné uspokojení lidských potřeb, takto soudí štěstí Freud (Durozoi, Roussel, 1994).

Štěstí jako součást kvalitního života je vždy chápáno v pozitivním smyslu jako uspokojení všech náklonností, které je možné na základě kompletního rozvoje lidského snažení. Je cílem lidského konání dobra v souladu pravidly morálky. V negativním smyslu, tj. neštěstí, představuje nespokojenost, osamění, strádání, pocity zmaru a můžeme tak mluvit o velmi nízké kvalitě života, o tzv. „živoření“.

Blatný (2010, s. 199) připomíná, že jednu z prvních psychologických studií štěstí a šťastných lidí uvedl již v roce 1967 Wilson, který sepsal s oporou o tehdejší odborné publikace seznam charakteristik typických pro osoby pociťující štěstí. V současné době byly jeho výsledky korigovány, přestože si v podstatě ponechaly svou platnost. Jeho charakteristiky jsou nejen psychologického rázu, ale i demografického charakteru. Podle jeho průzkumu jsou šťastní lidé: mladí, zdraví, vzdělání, dobře placení, extroverti, optimisté, bezstarostní, nábožensky zaměření, ve fungujícím manželském vztahu, sebevědomí, s vysokou pracovní morálkou, realisticky cílevědomí, obojího pohlaví, s širokým rozpětím inteligence. Každý člověk je osobností, která si vytváří osobní a jedinečný vztah ke všemu, co představuje život a je schopna řešit problémy, které s sebou život přináší. Být svobodnou a nezávislou osobností znamená být odpovědný za své činy. Tomuto tvrzení odpovídá Smékalova definice (2002), ve které je osobnost popisována jako: „*individualizovaný systém (integrace) psychických procesů, stavů, vlastností, které jednak vznikají socializací (působením výchovy a prostředí, jednak přetvářením vrozených vnitřních podmínek organismu, a determinují a řídí předmětné činnosti jedince i jeho sociální styky.*“ (Smékal, 2002. s. 27)

6.3.2 Zaměřenost osobnosti

Smékal (2002) v úvodu kapitoly zabývající se problematikou zaměřenosti osobnosti konstatuje, že tato kapitola dá nahlédnout do jádra osobnosti. Nejlépe osobnost člověka poznáme tehdy, poznáme-li její „hnací síly“, její motivaci, potřeby. Motivace je klíčem

k poznání osobnosti. Někteří badatelé (např. Slováček, 2004, Wenn, Gustafson, 2004) jsou zastánci názoru, že definici kvality života je možné odvodit z teorie potřeb člověka.

Lidské chování není náhodné, ale vychází z konkrétních aktualizovaných potřeb. Jinými slovy, proces motivace, ať již vědomý či nevědomý, vyústí do motivačního stavu, který je označován jako potřeba. Tento proces se spouští na základě aktualizace potřeb, které v organismu vytváří pocit napětí (Tomagová, Bóriková a kol., 2008). Podobně charakterizuje potřeby i Trachtová (1999): „*Potřeba jako projev nedostatku vyjadřuje stav organismu, který startuje proces motivace – mluvíme o motivačním napětí.*“ (Trachtová a kol., 1999, s. 11)

Motivy jsou vnitřními determinanty směru a síly chování. Za základní formu motivů jsou pokládány potřeby, ostatní formy motivů se z potřeb vyvíjejí.

Potřeby se mění v průběhu života, a přestože mají mnozí lidé potřeby společné, mohou je uspokojovat nejrůznějšími způsoby. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují. Můžeme na ně nahlížet ze třech aspektů: první je, že potřeba má energetickou složku - určité puzení k aktivitě, druhý vyjadřuje složku zaměření - snahu o dosažení konkrétního cíle a třetí složka potřeby je dynamická - udržuje v jednání. Všechna uvedená hlediska se odráží ve Smékalově definici potřeby: „*Potřeba je stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné (nebo se jeví osobnosti jako nutné) pro přežití a rozvoj, stav podněcující osobnost k činnostem zaměřeným na odstranění tohoto rozporu.*“ (Smékal, 2002, s. 239)

Farkašová (2006) uvádí, že charakteristickými znaky potřeb je předmětná, dynamická a cyklická povaha. Jsou tedy neustále se měnícím a obnovujícím předmětem motivace jednotlivých lidí.

Jejich hierarchické uspořádání vysvětluje Drapela (1997) tak, že nižší potřeby musí být dostatečnou měrou uspokojeny dříve, než se uplatní potřeby vyšší. Podle něho jde o stejný proces svou povahou epigenetický jako Ericksonova vývojová teorie, ve které musí být jedno vývojové stadium dokončeno, teprve pak je možné postoupit do dalšího vývojového stadia. Z praxe je známo, že většinou nebývají potřeby na každé úrovni zcela naplněny. A tak nevole, kterou člověk vyjadřuje při pocitu nedostatečného uspokojení potřeb, může ve skutečnosti být vyjádřením touhy postoupit dále do vyšší úrovně hierarchického uspořádání potřeb (Drapela, 1997, s. 133-141).

Bártlová (1996) z hlediska současného vývoje společnosti definuje vývoj potřeb u nemocných takto: „*Jsou stále složitější a komplexnější ve všech svých složkách, pramení jak z biologických, tak psychických a společenských determinant, jsou vnitřně heterogenní. Proces uspokojování potřeb je dynamickým procesem, jehož součástí je i vytváření a utváření potřeb. Specifická podoba potřeb u pacientů je závislá především na charakteru nemoci, zá-*

roveň však na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije... Biologické potřeby nelze izolovat od potřeb společenských - jsou vždy v určité návaznosti, hranice mezi nimi jsou plynulé a záleží na subjektu, jaký stupeň naléhavosti té které potřebě přikládá.“ (Bártlová, 1996, s. 63, 64, 69)

Člověk, který se stane pacientem, nebývá schopen plnit své společenské role, strhává pozornost svého okolí na sebe, zaměřuje se na svou novou základní potřebu - uzdravit se.

Co se tedy děje s potřebami nemocného člověka? Nelze jednoduše odpovědět, že vzniknou potřeby nové. Bártlová (1996) doporučuje potřeby v době nemoci rozdělit do tří základních skupin:

1. potřeby, které i v době nemoci zůstávají stejné
2. potřeby, které se v době nemoci mění
3. potřeby, které v době nemoci nově vznikly

Druhou skupinu bychom mohli jemněji rozčlenit:

- 2.1 potřeby, které se v době nemoci snižují
- 2.2 potřeby, které se v době nemoci zvyšují.

U nemocného člověka dochází k několika specifickým změnám v souvislosti s potřebami. Nemocný většinou ztrácí schopnost si potřeby sám uspokojovat, některé potřeby si uvědomuje mnohem intenzivněji, než když byl zdrav (viz tab. 13). Další odlišností je, že se mění priorita jejich uspokojování a může být odložen vznik potřeby. Změny potřeb jsou velmi různorodé a u každého nemocného jsou individuální, ovlivněné nemocí, jejím druhem, fází a závažností stavu. Ve skupině modifikovaných potřeb může dojít ke snížení potřeb, ale potřeby mohou být i deformovány, protože se nenavrátní po nemoci do původního obsahu (Bártlová, 1996).

Tab. 13 Přehled potřeb a jejich uspokojování u zdravého a nemocného člověka (podle Vachkové, 2010, s. 34)

Potřeby- zdravý člověk	Uspokojování potřeb	Potřeby- nemocný člověk	Uspokojování potřeb
<p>Biologické potřeby - výživy, kyslíku, spánku, odpočinku, aktivity, hygieny, vyprazdňování, sexuální</p> <p>Potřeby bezpečí a jistoty - být zajištěn, v pohodlí, vyvarovat se nebezpečí, ohrožení, nemít strach, mít důvěru, spolehlivost a stabilitu</p> <p>Potřeba lásky a sounáležitosti - někam patřit, zapojit se, být milován a milovat</p> <p>Potřeby uznání, sebeúcty a respektu - sebedůvěry, sebekoncepce, pocitu vlastní hodnoty a zdatnosti</p> <p>Potřeby poznání - znát, rozumět, vědět, dozvídat se nové</p> <p>Potřeby estetické - krásy, harmonie a symetrie</p> <p>Potřeba seberealizace - naplnění svého potenciálu, mít své cíle</p> <p>Potřeby transcendence - spirituální potřeby</p>	<p>Zajišťuje sám, ev. za spoluúčasti rodiny, blízkých, přátel - sociálního prostředí</p>	<p>Nezměněné potřeby biologické potřeby potřeby bezpečí a jistoty</p>	<p>Zajišťuje většinou sestra, ev. další členové multidisciplinárního týmu</p>
		<p>Modifikované potřeby biologické potřeby potřeby bezpečí a jistoty potřeba lásky a sounáležitosti potřeby uznání, sebeúcty a respektu potřeby poznání potřeby estetické potřeba seberealizace potřeby transcendence</p>	<p>Zajišťuje většinou sestra, ev. další členové multidisciplinárního týmu</p>
		<p>Nové potřeby potřeba navrácení zdraví potřeba zbavit se, zmenšit bolest potřeba obnovit dřívější sociální funkce, nebo se připravit na nové</p>	<p>Zajišťuje většinou sestra, ev. další členové multidisciplinárního týmu</p>

6.3.3 Osobnost a duševní pohoda

Nakonečný (1993) tvrdí, že osobnost je v mnohém produkt učení, tj. vlivu zkušeností získaných v rámci konkrétních životních podmínek. A dále vysvětluje, že tyto podmínky učení tvoří sociální mikrostruktury. Na začátku je primární mikrostrukturou, v níž jedinec žije a působí, rodina, pak přibývají další - škola, zájmové skupiny, pracovní kolektiv. V tomto významu je osobnost produktem sociálního učení, a sice imitačního a instrumentálního učení.

Osobnost je ale také formována z vnitřku, uplatněním morálního citění a pocitu hrdosti na sebe sama, či pocitu hanby a opovržení. Tím se stává morálně vyspělou a méně závislou na vnějším hodnocení. Osobnost je systém naučených apetencí a averzí, který je propojený se systémem tomu odpovídajících postojů a způsobů chování (Nakonečný, 1993, s. 38).

Osobnost ovlivňuje postoj k životu, ke zdraví a k nemoci, k tomu, jak člověk dokáže vzdorovat nepřízni osudu. Křivohlavý (2002) o psychologických faktorech např. nemoci, a v této souvislosti s chápáním změny zdravotního stavu, uvádí dva hlavní úkoly:

1. vnímání příznaků a jejich určení jako příznaků choroby - závisí na rozdílech mezi lidmi (individualita - např. práh bolesti), na rozdílech v typu osobnosti, na osobním zaměření („typ chování A, B“), neuroticismu, emocionálním stavu (negativním - např. v depresi), obranných mechanismech, náladě, osobnostním zaměření, vlivu situačních faktorů, zintenzivnění příznaků při projevech zvýšeného zájmu z okolí, vlivu informací (internet).

2. porozumění, pochopení a výklad toho, co znamenají - závisí na předcházející zkušenosti s daným příznakem, emocionálním zážitku s daným příznakem, očekávání, ohrožené hodnotě, ohrožení pohyblivosti.

Onemocnění, ale i těhotenství přináší s sebou řadu nejen fyzických, psychických, ale i sociálních změn, což ovlivňuje osobnost člověka i jeho kvalitu života.

S kvalitou života a zároveň s teorií uspokojování souvisí již zmiňovaný pojem „duševní pohoda“. Křivohlavý (2004) vysvětluje otázku: „Jak chápat subjektivní pohodu?“ třemi teoriemi:

1. Teorie životních cílů, která je založena v podstatě na smyslu života. Člověk je v pohodě má-li pro co žít, jde-li si za svým cílem. Čím lépe se mu daří svůj cíl naplnit, tím větší subjektivní pohodu pocítuje. Aktuální vnější (např. onemocnění, ztráta zaměstnání) i vnitřní (uvědomění si nereálnosti cíle) změny snižují stupeň pohody, vyvolávají negativní pocity. Ale subjektivní pohoda vykazuje podle Křivohlavého určitou relativně stabilní hladinu subjektivní pohody, která je ovlivňována teprve až hodně razantními změnami.
2. Teorie uspokojování životních potřeb, význam saturace potřeb pro subjektivní pohodu. Maslowova teorie tvrdí, že lidé jsou motivováni určitými potřebami a že tyto potřeby tvoří hierarchickou strukturu, která je tvořena dvěma hlavními skupinami: potřebami „D“ jsou potřebami odstranění nějakého nedostatku (tzv. D-potřeby, jako Deficiency Needs) a potřebami „B“ dosažení něčeho (tzv. B-potřeby, jako Being Values). Nejsou-li uspokojeny D-potřeby, je pocíťována úzkost a snaha odstranit nedostatek, snaha zaplnit chybějící potřebu. Je-li však potřeba uspokojena, nedostaví se žádný další pocit. Na rozdíl od potřeb B-skupiny, ve které nejen, že existuje dobrý pocit z naplnění těchto potřeb, ale naplněním této potřeby jsme dokonce dále motivováni. Uspokojení „B“ potřeb vede k většímu pocitu subjektivní pohody.
3. Teorie biologických základů pocitů pohody, která vypovídá o genetické predispozici charakteristik osobnosti a dalších osobnostních charakteristikách.

Blatný (2010) cituje DeNeveovou a Coopera z roku 1998, kteří na základě metaanalýzy téměř 150 studií zaměřených na vztahy osobní pohody a osobnostních charakteristik, vybrali a uspo-

řádali charakteristiky do pěti typů, které se podobají nejuznávanějšímu rysovému modelu pětifaktorové teorie osobnosti McGrae a Costy z roku 1999: 1. extroverze, 2. emoční stabilita (neuroticismus), 3. otevřenost, 4. svědomitost, 5. přátelskost (přívětivost). Pětifaktorový model osobnosti podrobně zpracovala Hřebíčková (2011).

Nejen genetická výbava moderuje pocit pohody, ale jedná se i o celkové vidění světa a života, o subjektivní pojetí a postoj k životu.

Osobní pohoda je tedy charakterizována citovými a kognitivními oblastmi a jako příklad Kebza (2005) uvádí pozitivní a negativní efektivitu, štěstí, životní spokojenost, shodu mezi anticipovanými a dosaženými cíli, psychosomatickými symptomy a náladou. Subjektivní pocit osobní pohody je dán čtyřmi složkami - výše uvedenou psychickou osobní pohodou, sebeúctou (self-esteem), sebeuplatněním (self-efficacy), osobním zvládnutím (personál mastery, kontrol).

Podle Ryffové (in Blatný, 2010, s. 208) dosahuje člověk osobní pohody tehdy, pokud se mu daří optimálně naplňovat celkem šest oblastí duševního života (mluví o pozitivním psychologickém fungování). Dimenzemi duševní pohody jsou:

- sebepřijetí - pozitivní hodnocení sebe sama i svého života;
- osobní růst - pocit nepřetržitého vývoje jako jedince;
- smysl života - přesvědčení o tom, že život má cíl a význam;
- pozitivní vztahy s druhými;
- kontrola prostředí - schopnost efektivně si organizovat život, zvládat vnější prostředí;
- autonomie - být nezávislý, vědomí sebeurčení, mít kam patřit.

7 Proměna kvality života v čase

Podle Malého (2001, s. 177) se kvalita života jedince mění v čase, a to v závislosti na změnách samotného jedince (pacienta) i jeho okolí. A dodává, že podle Schumachera a Olszewskiho je kvalita života mnohorozměrný, subjektivní a dynamický ukazatel, v psychometrii často označovaný jako specifický konstrukt, který je možné měřit pouze nepřímou a jen v určitém omezeném počtu časových intervalů.

Jaké tedy mohou nastat rozdíly v pacientově hodnocení kvality života na základě prožitých životních událostí a různých intervenčních přístupů nacházíme podle Normana (2003) ve dvou teoriích: 1. Implicitní teorie stability a změny (*Implicit theory of stability and change* - Ross, 1989) 2. Teorie posunu v odezvě (*Respons shift theory* - Schwartzová, Sprangersová, 1999, 2000).

Ad 1. V této první teorii vysvětlující změny v jedincově hodnocení kvality života byly použity jednak teorie paměti (zejména specifické epizodické paměti) a jednak oblast sociální psychologie spolu s porozuměním sobě samému, sebezprezentací. Ross se zaměřil na opakované dotazování na jednu a tutéž proměnnou s konkrétním časovým odstupem, přičemž respondenti nebyli dopředu na opakování upozorněni. Jsme-li dotazováni na jednu a tu samou věc po určité době, nevybaví se nám přesně, co jsme poprvé odpověděli, a je prokázáno, že volíme jeden ze dvou následujících způsobů:

1. Snažíme se, co nejpřesněji si rozpomenout, pátráme v paměti, snažíme si vše co nejpřesněji vybavit;
2. Využijeme subjektivní implicitní teorii o tom, zda se zjišťovaná proměnná může v čase změnit. Na základě této teorie se respondenti člení do dvou typů. Jedni předpokládají, že se nová odpověď nebude lišit od současného stavu a dají se tak podle něho identifikovat, věří, že se jejich charakteristiky v čase příliš nemění - jde o zastánce teorie stability. Druzí předpokládají, že rozdíl bude výrazný a že se původní stav a odpověď budou lišit od aktuálního stavu.

Ross dále upozorňuje, že může docházet při opakovaném dotazování vlivem implicitní teorie ke třem zkreslením:

1. Jedincův stav se změnil - změnu nevnímá.
2. Jedincův stav se změnil - změnu vnímá, ale chybně.
3. Jedincův stav se nezměnil - změnu uvádí, protože je přesvědčený, že ke změně muselo dojít.

Ad 2. V teorii posunu v jedincově odezvě obě autorky předpokládaly, že dochází ke třem procesuálním změnám. Vytvořily teoretický model (viz obr. 6), který vysvětluje vznik posunu v odezvě na prodělané změny zdravotního stavu (resp. kvality života s ním související). Model se skládá z pěti základních prvků.

Prvním je katalyzátor změny, který má analogickou funkci s urychlovačem chemických reakcí a jedná se o změny ve zdravotním stavu, které mohou souviset např. s vývojem nemoci, efektivitou léčby.

Druhým prvkem jsou různé demografické údaje (pohlaví, věk, vzdělání apod.), stabilnější osobnostní rysy (optimismus, sebehodnocení, autoregulační mechanismy, očekávání apod.).

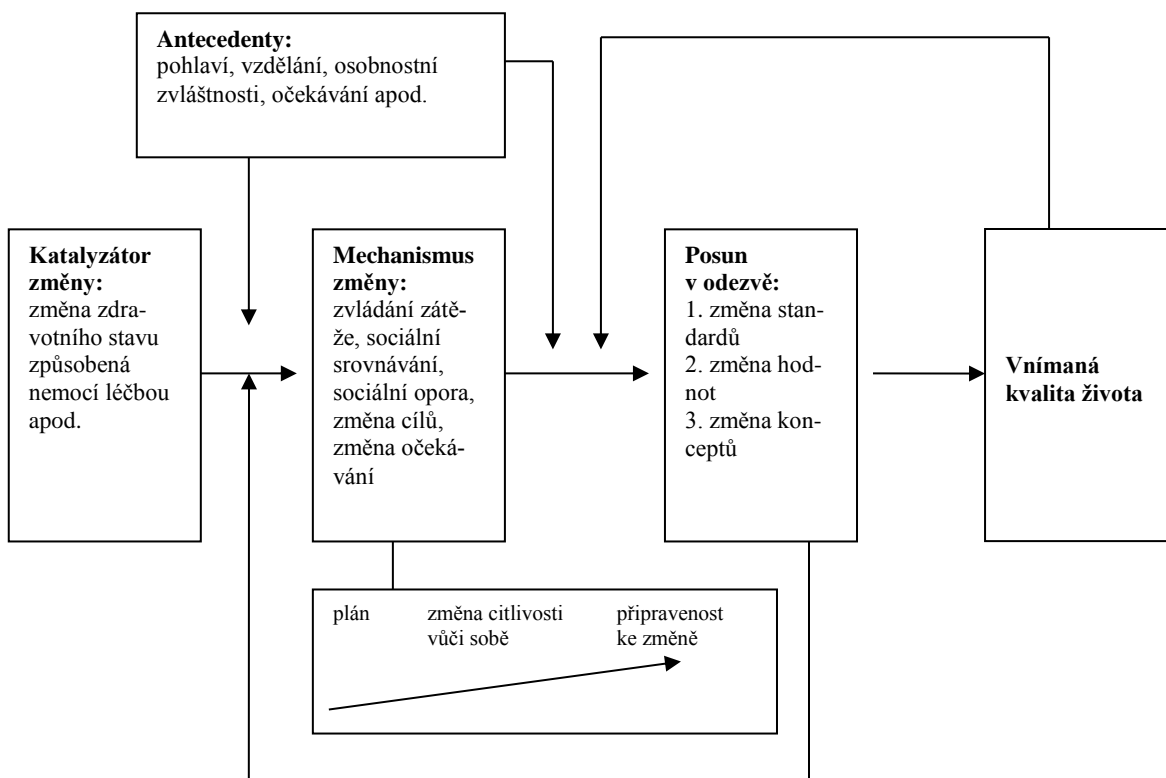
Třetí složku představuje mechanismus změny. Ten vychází z kognitivních, emočních a behaviorálních procesů osobnosti, pomocí nichž dochází k adaptaci na daný stav, k reagování

na katalyzátor změny. Jedná se o mechanismy zvládací strategie, hledání sociální opory a srovnávání, dochází ke změnám v hodnotovém systému, v pořadí, preferenci cílů.

Čtvrtým a zároveň zásadním prvkem je posun v jedincově odezvě, je popisován jako změna smyslu a významu života, promítá se do třech oblastí: do jedincových vnitřních hodnot (rekalibrace), do jejich hierarchie (reevaluace) a do pojmů definujících kvalitu života (rekonceptualizace).

Pátou složkou je výsledná vnímaná kvalita života, tak jak ji známe z předchozích kapitol jako multidimenzionální konstrukt se třemi základními dimenzemi: somatickou, psychologickou a sociální. Z hlediska holistického pojetí do výčtu patří i další oblasti podle významu a důsledku změn zdravotního stavu - spirituální, estetická, kognitivní, behaviorální (Mareš, 2005).

Obr. 6 Teoretický model posunu v jedincově odezvě a vnímané kvalitě života (modifikovaně podle Spranger, Schwartz, 2000:13; Mareše, 2005, s. 24)



Mareš, Urbánek (2006) ve své přehledové studii poukázali na další možnosti, jak se dobrat tzv. klinicky významné změny, kdy pacient sám hodnotí svůj stav jako zlepšení, nebo zhoršení. Nejčastěji se v tomto kontextu v literatuře užívá pojem minimální klinicky významný rozdíl a minimální klinicky smysluplný rozdíl, oba termíny jsou chápány jako synonyma.

Oba autoři však doporučují používat termín minimální detekovatelná změna a dále uvádí čtyři úhly pohledu této problematiky:

- změna je posuzována z pohledu pacienta
- jedná se o nejmenší změnu, kterou je schopen postihnout a identifikovat
- jde o nejmenší změnu zachycenou ve skóru dotazníku posuzujícího kvalitu života
- změna je klinicky významná, důležitá podle pacienta a /nebo podle zdravotníků podílejících se na léčbě a ošetřování.

Minimální klinicky významný rozdíl je definován jako: „*Nejmenší (absolutní rozdíl) ve skóru určitého ukazatele vnímaný pacientem jako zlepšení: rozdíl, který - pokud nejsou přítomny nějaké nepříznivé vedlejší účinky nebo pokud změn nebylo dosaženo za cenu nepřiměřeně vysokých nákladů - nás opravňuje ke změně pacientovy léčby.*“ V současné době se studují rozdíly i v negativním významu, a sice jako zhoršení stavu jedince (Mareš, Urbánek, 2006, s. 559).

7.1 Změny ve vnímané kvalitě života u téhož jedince

Při longitudinálních výzkumech se sleduje, jak se u respondentů mění v čase zkoumaná proměnná. Obvykle se opakovaně použijí stejné metody (tzv. pretest a posttest), abychom mohli změny objektivně porovnat. Při výzkumech kvality života se předpokládalo, že jde hlavně o změny související s pacientovým zdravotním stavem, tedy o změny, jež jsou závislé na efektivitě léčby a na pacientově odpovědi na léčbu. Tento jednoduchý předpoklad nemusí být úplně správný, jak konstatují Schwartzová a Sprangerová (1999, 2000) i Mareš (2005). Mareš (2005) vysvětluje nejednoznačnost a komplikovanost průběhu změn a upozorňuje, že si psychologové v posledních letech začali klást otázku: Mění se jen námi sledované dílčí charakteristiky osob, anebo se mění i osobnost člověka, který hodnocení provádí? Hodnotí změny stále stejný člověk, anebo „nový člověk“, jehož osobnost je proměněna prožitými událostmi?

Lidé většinou srovnávají svůj aktuální zdravotní stav za prvé k tzv. „ideálnímu zdraví“ (resp. kvalitě života související se zdravím - HRQL), tedy k tomu, v co věří, že se stejně cítí v konkrétním věku či onemocnění všichni ostatní. Jak bychom se asi cítili, kdybychom měli všechny své současné problémy vyřešené, byli bychom tedy v tu chvíli přesvědčeni o „perfektním zdraví“ (HRQL). Za druhé, což částečně odpovídá úsudku o změně, je srovnání současného zdravotního stavu představujícího určitou úroveň kvality života s tou, jaká bývala buď před propuknutím nemoci, nebo před zahájením terapie, nebo jaká bývala jednoduše před rokem (Norman, 2003).

Zkoumaný subjekt je ovlivňován řadou nově nabytých zkušeností souvisejících s prožitím závažné životní události doprovázenou úspěšným či neúspěšným léčebným procesem, změnou sociálních rolí. V průběhu léčby je pacient zdravotníky edukován a při správně vedené edukaci by mělo dojít ke změnám v jeho postojích ke zdraví, k nemoci, mění se jeho názory, což se odráží ve změně jeho chování. Většinou u něho dochází i ke změně hodnotového systému. Domníváme se, že obdobná změna nastává, pokud je zkoumaným subjektem, jak je tomu v našem případě, **těhotná žena**. Z praktického i somatického hlediska se těhotenství dělí na tři trimestry. Jednotlivé trimestry se liší charakterem psychických a tělesných změn provázených typickými těhotenskými potížemi. V průběhu těhotenství je každá těhotná žena konfrontována s řadou situací, které pro ni byly dosud nezvyklé. Mohou vzbuzovat negativní, ale i pozitivní emoce, jež souvisejí nejen s adaptací jejího organismu na vývoj a růst těhotenství a blížící se termín porodu, ale i s prenatální péčí (viz povinná a doporučená vyšetření, podvolení se životnímu stylu těhotné ženy). Těhotná žena je ovlivněna nově nabytými zkušenostmi, prožila závažné životní události, které vyústily v úspěšný či méně úspěšný výsledek; změnila se také její sociální role. Pravděpodobně se tedy bude měnit i prožívaná kvalita života spolu s osobností samotné ženy. Zda tomu tak skutečně je, pokusili jsme se pomocí retrospektivního dotazování na kvalitu života potvrdit teorii posunu v odezvě (*Respons shift theory*) – viz dále.

8 Kvalita života související se zdravím a nemocí (HRQoL)

Do jaké míry dochází ke změně v kvalitě života, je většinou posuzováno i s ohledem na změnu zdravotního stavu. Míra kvality života bývá velmi často zkoumána právě v souvislosti s konkrétním onemocněním. Je pravdivé tvrzení, že pouze cítím-li se zdrav, pak mohu prožívat v dané chvíli kvalitní život? Vzhledem k tomu, co již bylo řečeno, kvalitu života a ani zdraví není možné jednoduše vyjádřit a popsat, nejde ani toto tvrzení jednoznačně přijmout. S odkazem na nejakceptovanější definici kvality života (WHOQOL Group, 1993) být zdrav, by mělo mít tu nejvyšší hodnotu pro každého z nás. Z hlediska těhotenství by tedy mohla být kvalita života hodnocena na základě jeho fyziologického průběhu a fyziologického vývoje plodu, který souvisí s optimálním zdravotním stavem těhotné ženy.

Zdraví ženské populace by mělo být hodnoceno také z hlediska zlepšování kvality života. V posledních desetiletích se v klinických studiích hodnocením kvality života zkoumá relativní účinnost preventivních a léčebných programů v těhotenství a po porodu, která se stává důležitější než klesající mateřská nemocnost a úmrtnost (Mogos et al, 2013).

HRQL je specifickým označením kvality života aplikované ve zdravotnictví, v medicínských klinických oborech. Anglický termín není jednoduché přeložit do češtiny nebo slovenštiny, podotýká Mareš (2006) a předkládá 8 v odborné literatuře uváděných překladů termínu HRQL, který je v současnosti mezinárodně používanou zkratkou. Jde o kvalitu života: vztaženou ke zdraví, ve vztahu ke zdraví, vztahující se ke zdravotnímu stavu, související se zdravím, se zdravím související kvalita života, z hlediska zdraví, ovlivněná zdravím, podmíněná zdravím. Mareš dále vysvětluje, že toto tradované označení nevystihuje předmět výzkumu, protože v angličtině má termín health neutrální význam, kdežto v českém jazyce v překladu zdraví je spojováno s pozitivním zdravotním stavem. Přesto je ale většina výzkumů zaměřena na hodnocení důsledků a dopadu nemoci, léčby apod.

Se zjišťováním kvality života v této oblasti se začalo v poválečných letech pomocí specifických nástrojů, měřících škál tzv. indexů kvality života, např. Karnofskyho index se používá doposud. Vrátime-li se k definici zdraví WHO z roku 1948, uvědomíme si, že tři dimenze, které zahrnují pojetí kvality života, se s postupem času rozšířily na čtyři hlavní oblasti: stav choroby a tělesné příznaky, funkční stav, psychické funkce, sociální funkce. Gurková (2011) konstatuje, že v rámci systému zdravotní péče se započalo s výzkumem kvality života v 70. letech minulého století. Výzkum byl ovlivněn dvěma aspekty. První aspekt souvisel s potřebou finančních výdajů (jejich snižování) a efektivitou léčebné péče a s potřebou určit priority v případě alokace zdrojů. Jednalo se tedy o farmakoekonomický aspekt. Druhý se týkal snahy o komplexní doložení klinické úspěšnosti léčby, čili dopad léčebných zákroků na pacientův zdravotní stav, ovšem hodnocený pacientem samotným, nikoli profesionály (*patient-reported outcomes measures*).

Jinými slovy šlo o výzkum, který byl zpočátku zaměřen výhradně na dospělou populaci a týkal se specifického dopadu ošetření a léčení nemoci či zranění, zdravotní politiky. Rozkvět výzkumu v této oblasti byl důsledkem rychlého vzestupu lékařské vědy a technologií ve snaze minimalizovat léčebné výlohy a zhodnotit nemocnost v populaci dožívající se stále vyššího věku (Drotar, 1998).

V kontextu medicíny byla kvalita života chápána jako objektivní ukazatel nezávislosti a fungování v běžném životě. Přesné vymezení tohoto pojmu není jednoduché a nepanuje na tomto poli souladné stanovisko mezi autory, kteří se tímto pojmem zabývají. Jak uvádí Mareš (2006), dokladem jsou např. studie prováděné Gillem a Feinsteinem, kteří zjistili, že jen 15 % publikací zkoumajících HRQL jej nějak definovalo. Další autorka Tailleferová (2003) při analýze modelů HRQL objevila, že v 25% zkoumaných studií tento pojem nebyl přesně definován.

O'Connor (2004) pro výstižné charakterizování pojmu HRQL použil Bottomleyho několik následujících vyjádření:

- stav pohody (well-being) jako spojení schopnosti vykonávat běžné denní aktivity, které jsou odrazem psychické, tělesné a sociální pohody a pacientovy spokojenosti s funkční úrovní a kontroly nemoci.
- subjektivní hodnocení dobrých a uspokojivých znaků života jako celku
- rozdíl mezi pacientovým očekáváním a dosaženými výsledky: menší rozdíl znamená vyšší kvalitu života
- pacientovo vnímání účinku nemoci a její následné léčby
- individuální celková spokojenost se životem všeobecný pocit osobní pohody
- pacientovo pojetí svého postavení v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, zásadám a obavám.

HRQL nejčastěji odkazuje na subjektivní prožívání celkového zdravotního stavu pacientů hodnoceného pacienty a formulovaného jejich vlastními slovy (O'Connor, 2004).

Podle Salajky (2006) se jedná o posouzení reálného prožívání jedince, zastáváním sociálních rolí se stavem, který on sám hodnotí jako ideální. Účelem HRQL není určit závažnost onemocnění, ale jak je onemocnění pacientem spolu s léčebnými opatřeními prožíváno. Jde tedy o určitou hodnotu života, která je poznamenána změnou zdravotního stavu, mající vliv na fungování organismu v jeho psychické, tělesné a sociální oblasti. Takže ke klinickému sledování úspěšnosti nasazené terapie se přidává i sledování subjektivních i objektivních informací o biopsychosociálním stavu nemocného, jeho míra sebeobslužnosti, stupeň prožívání stresu, obav a anxiозity, depresí. Například protinádorová léčba sice na jedné straně umožňuje prodloužit významně život nemocného, ale na druhé straně její nutná agresivita s výraznými vedlejšími účinky je mnohdy velmi devastující a kvalitu života značně snižuje. V medicíně se začalo se sledováním kvality života související se zdravím právě a z těchto důvodů u onkologických pacientů.

Mareš (2006) oceňuje soudobé úvahy a snahy zdravotníků v souvislosti s rostoucí délkou lidského života, jak zabezpečit a zvyšovat kvalitu života přidaných měsíců či let. Mění se i pohled na zdravotní problémy pacientů, přestává být tím hlavním pohled profesionála zdravotníka, nyní je doplněn i upravován pohledem samotného nemocného, jeho rodinných příslušníků. Dále odkazuje na materiály oficiálního dokumentu Amerického zdravotnictví z roku 2006, ve kterých jsou předneseny tři hlavní argumenty, proč bychom se měli ptát spíše pacientů, chceme-li znát důsledky léčby. První je, že některé dopady zkoušení nových léčiv může znát právě jenom pacient, druhý argument hovoří o potřebě a významu znát pacientův pohled

na celkový účinek léčby a třetím argumentem je, že systematické vyhodnocování pacientova pojetí může přinášet celý soubor cenných informací, které pokud by byly založeny jen na klinickém vyšetření a rozhovoru s lékařem, by se mohly ztratit.

Přestože rozdíl mezi uznávaným ideálem a reálným stavem může být v některých případech markantní, nemusí to ještě znamenat, že se nejedná o kvalitní prožívání života. Jako příklad takto vnímané kvality života můžeme citovat Normana (2003), jehož 87 letý tchán v terminálním stadiu rakoviny plic s výraznými dýchacími obtížemi na otázku „*Jak se máte?*“, odpověděl „*Docela dobře.*“ Většina z nás by tento stav, který byl zhodnocen v zásadě optimisticky, považovala za beznadějný a kvalitu života za neutěšenou.

„Šťastný a produktivní život není lepší v případě, když ho člověk prožívá v komfortním prostředí, obklopen milujícími lidmi, než když ho musí prožít za velmi obtížných okolností a ještě třeba s určitým handicapem.“ (Mareš, 2006, s. 17)

Bártlová (2005, s. 89-90) se ztotožňuje s tvrzením většiny autorů, že kvalita života související se zdravím je definována jako pacientův subjektivní názor na zdraví a tělesné, psychické a sociální funkce. Podle Bártlové má HRQL tři dimenze:

1. subjektivní pocit pohody - spokojenosti (nemocný musí počítat a smířit se s možností ztrát souvisejících přímo či nepřímo s jeho existencí)
2. objektivní schopnost fungovat v každodenním životě, pečovat o sebe a zastávat sociální role (dlouhodobé onemocnění většinou vede k omezení aktivit, invaliditě)
3. dostupnost zevních zdrojů materiální povahy a sociální podpory (kompenzace je dána pobíráním částečného či plného invalidního důchodu, dávek sociální pomoci a podpory)

„Celkové zhodnocení kvality života z hlediska společnosti je zaměřené na to, zda poskytnutá péče je v souladu s nezákladnějšími hodnotovými principy lidského života, jeho smyslem a cíli.“ Bártlová (2005, s. 90) zdůrazňuje subjektivní přístup k tomuto hodnocení.

9 Gender a kvalita života

Souvisí kvalita života s gender? Gender je sociálním fenoménem, je spojen se socializací jedince, determinuje jeho sociální chování, postoje, očekávání, společenské role. Vnímají kvalitu života muži a ženy rozdílně? Jsou výrazné genderové diference v kontextu s vnímáním kvality života?

Škoda a kol. (in Mareš, 2008) se tímto problémem zabývali u adolescentů a ve vybraných oblastech kvality života. Nedali se odradit výsledky rozsáhlých empirických studií, které

identifikovaly obecně málo rozdílů mezi muži a ženami v psychologických oblastech, prostorové schopnosti, matematických dovednostech, verbální schopnosti, agresivitě často podmíněné a vázané na biologickou odlišnost pohlaví. Genderové studie jsou zaměřeny na rozdíl v osobnostních charakteristikách, které jsou společností mužům a ženám dány, jsou společensky žádoucí, obecně přijímané, spojené se společenskou rolí a pozicí. Genderová odlišnost prostupuje všemi sociálními kategoriemi – sociální třídou, etnikem, věkem, náboženstvím a prostupuje dalšími oblastmi, jako jsou zdraví, zaměstnání, vzdělání, profese.

Všechny tyto aspekty ovlivňují i kvalitu života, z toho je možné usoudit, že kvalitu života hodnotí muži a ženy rozdílně v jejich jednotlivých dimenzích. Ale pokud bychom brali v úvahu kvalitu života komplexně jako ryze subjektivní koncept, pak se bude lišit interindividuálně.

Podle Vágnerové (2000) rozdíl mužské a ženské role můžeme pozorovat zevně na oblečení, způsobu trávení volného času, ale i vnitřně na vlastní identitě, sociálním očekávání. Ženy změny v pojetí své role chápou spíše pozitivně, cítí se zrovnoprávněné, zvýšila se jejich prestiž a dosažení vyšší sociální pozice. Ženská role je v současnosti mnohem dominantnější, autonomnější. Emancipační proces, který je důsledkem těchto změn sebou přináší konflikt dvou základních rolí - mateřské a profesní. Muž ztratil svou dominanci, ale role muže ve společnosti zejména v profesní oblasti se příliš nezměnila a zůstalo mu tak většina privilegií s tímto souvisejících. Tyto role mu přináší větší uspokojení, rizikem je absence kompenzace, pokud zde neobstojí tak, jak se od něho očekávalo.

Kubátová (2010) cituje Pierra Bourdieu a Gillese Lipovetskyho, kteří v roce 2000 mluví o androcentrickém pojetí světa, o symbolické nadvládě mužů, která ukazuje, že zkušenost mladých dívek s maskulinním sociálním řádem sociálního prostoru a habitus vede k tomu, že si osvojují principy tohoto vidění společnosti. To znamená, že odlišnosti mezi muži a ženami jsou dány socializačním procesem, ve kterém se vytváří rysy osobnosti, typické chování a záliby, které jsou vhodné pro jedno či druhé pohlaví. Výchova chlapců směřuje k nezávislosti, kompetitivnosti, oproti tomu dívky jako zranitelnější jsou pod ochranou chlapců. Ženy jsou socializovány tak, že je zdůrazňována rodina, mateřství, vztahy a svádění. Ženství je spojováno se soukromou oblastí a mužství s veřejnou sférou, s profesním životem. V současné moderní společnosti dochází k rozvolnění společenských vzorců a norem mužského a ženského světa díky demokraticko-individuální dynamice.

Zajímavý pohled na rozdílnost v potřebě sociální opory, která je jedním z faktorů ovlivňujících kvalitu života, nabízí Křivohlavý (2003). Uvádí studie, které se zabývají rizikovostí vdovského stavu a ve kterých je prokázána nižší zátěž obecně pro ženy (vdovy) než pro

muže (vdovce). Výsledky byly dány vyšší úmrtností u mužů, kteří se již neoženili, vyšší mírou depresí a sklonem ke kardiovaskulárním onemocněním. Provozují více samotářský život, což vede ke zhoršení jejich životního stylu (zvýšená konzumace alkoholu, zdravotní zlovyky a absence sociálních kontaktů). Naproti tomu ženy, které obecně mívají širší a intenzivnější sociální styky, jsou na tom mnohem lépe. Prokazovaly nižší úmrtnost a životní spokojenost s vdovstvím. Ženy jsou mnohem aktivnější v sociálních vztazích nejen týkajících se rodiny, péče o vnoučata a styků se svými dětmi, tak vyhledávání dalších kontaktů. Budují další mezilidské vztahy, ve kterých více kooperují, jsou citlivější na neverbální signály, které přijímají i samy vysílají. Vyšší míra sociálních vztahů a sociální opory vede ke snížení deprese.

Dragomirecká a kol. (2006, s. 35, tab. 10) v rámci zjišťování psychometrických charakteristik při validizaci české verze dotazníku WHOQOL-100 použili několik výzkumných souborů jak nemocné, tak i zdravé populace. Významné rozdíly byly zjištěny v oblasti fyzického zdraví ve facetě: bolestí a nepohodlí (f1), energii a únavě (f2) a ve spánku a odpočinku (f3), v oblasti psychického zdraví ve facetě: představy o těle a vzhled (f7), negativní pocity (f8), v oblasti sociálních vztahů ve facetě: fyzické jistoty a bezpečí (f16), v oblasti prostředí ve facetě: přístupu a dostupnosti zdravotní a sociální péče (f19) a příležitosti a účasti na rekreaci (f21). Ženy ve všech těchto oblastech vykazovaly nižší skóre než muži. V ostatních oblastech rozdíly prokázány nebyly.

Disertační práce se zabývá kvalitou života žen v období fyziologického těhotenství. Pojem kvalita života byl již dostatečně probrán z různých úhlů pohledu v předchozích kapitolách, v dalších kapitolách jsme se zaměřili na problematiku fyziologického těhotenství.

10 Fyziologické těhotenství

Z biologického hlediska Roztočil (2008, s. 86) definuje těhotenství jako „...období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Období těhotenství se dělí na oplození, implantační a nidaci a vývoj plodového vejce. Přejdem z intrauterinního života do mimomateřského prostředí v době porodu se z plodu stává novorozenec.“

Těhotenství je vývojovou krizí v životě ženy, kdy se nachází mezi tím, co byla, a tím, čím se stane. Musí přijmout novou roli, k čemuž je zapotřebí modifikovat staré modely chování, od některých upustit, některé reorganizovat a jiné doplnit. Tato modifikace je charakterizována nevyrovnaností a může vést k pocitům ztracenosti, zmatku až nemocnosti (Roztočil, a kol., 2001).

Z psychologického hlediska je těhotenství označováno jako doba psychické, somatické někdy i sociální zátěže. Matka, na rozdíl od otce, je v těhotenství propojena s existencí dítěte již od jeho početí. Psychologové označují těhotnou ženu za trochu jinou osobnost, než jakou byla před těhotenstvím (Vágnerová, 2000).

10.1 Těhotenské změny

Těhotenství můžeme jednoduše, ale výstižně definovat jako „jiný stav“. Ten je charakterizován těhotenskými změnami, na které se žena adaptuje. Dochází k postupnému nárůstu hmotnosti, k přestavbě cirkulace, změnám v krevní distribuci, v termoregulaci a metabolismu.

U zdravé ženy je těhotenství považováno za fyziologický stav, který však tím, že klade na organismus zvýšené nároky, je zátěží; především pro kardiovaskulární systém, dýchací systém, dále pro ledviny a játra. V prvním trimestru se ženský organismus na těhotenství teprve adaptuje, ve druhém trimestru se s těhotenstvím vyrovnává - jde o období tolerance a ve třetím trimestru je těhotná žena v období zatížení (Kobilková et al., 2005).

Tělesné změny jsou charakterizovány růstem tkání. Hypertrofují rodidla, prsy, může se projevit i zvýšené ochlupení, hyperplastické procesy postihují akrální části. Dochází k retenci tekutiny ve tkáních, která je způsobena hormonálními vlivy, uvolňují se pánevní spoje prosáknutím chrupavek a vazů, mění se vzhled obličeje. Vlivem hormonu progesteronu relaxuje hladké svalstvo, především v děloze, ale snižuje se peristaltika střev, močových a žlučových cest. Změny postihují i kožní systém, kdy vznikají strie gravidarum (trhlínky), zvýšená pigmentace (chloasma gravidarum, linea nigra). Funkční přizpůsobení se zvýšením nároků během těhotenství je charakterizováno zvětšením objemu krve, zvýšením srdeční činnos-

ti, větším prokrvením ledvin a je celkově zvýšená hormonální a metabolická aktivita (Kudela, 1993; Čech et al, 2006). Naprostá většina těchto změn není trvalá. Po porodu, během šestinedělí se organismus ženy navrácí do původního stavu.

Leifer (2004, s. 77) podotýká, že těhotenství je pro ženu více než jen somatická záležitost. V průběhu těhotenství nejprve akceptuje dítě jako součást sebe sama a postupně si zvyká na představu dítěte jako samostatné bytosti. Mění se z těhotné ženy v matku. S postupujícím těhotenstvím se její reakce vůči sobě, svému partnerovi i okolí mění (podrobněji viz dále v textu).

Tošner (in Čech, 2006) uvádí, že jen málo žen k těhotenství přistupuje bez starostí. Pocity napětí i obavy může vyvolávat očekávání, jak těhotenství přijme partner. Je pravděpodobné, že tyto nepříjemné až negativní pocity jsou přímo úměrné plánovanosti těhotenství a pevnosti partnerského vztahu. Míra stresu může být ovlivněna duševní vyzrálostí osobnosti a charakteru.

Žena se začne jinak chovat, jinak se pohybovat, mění se motorická koordinace, mění se interakce s partnerem, rodinou a v práci. Přizpůsobení se těhotenství je různé od plného zdraví a fyziologického těhotenství přes rizikové faktory a rizikové těhotenství až k chorobným stavům a patologickému těhotenství. Záleží na její vybavenosti a připravenosti psychosociální, genetické, trofické, jaký je somatotyp, jakou má odolnost vůči infekci a jak je trénován její kardiovaskulární systém (Zwinger, A. et al, 2004).

Zahraniční studie uvádí, že tělesnými potížemi souvisejícími např. se zažívacím traktem jako je nauzea a zvracení trpí v prvním trimestru až 80% gravidních žen (viz dále v textu). Pro těhotenství jsou typické bouřlivé hormonální změny, které ovlivňují její prožívání i chování. Již zmiňovaná náročnost životní situace rovněž přispívá k emočnímu rozladění. Mění se i vztahové postoje k lidem z blízkého okolí, např. partnerovi, mění se její tělové schéma. Tím, že se stává jinou osobností, jinak reaguje než dříve, se těhotná připravuje na roli matky. Negativní pocity se dostávají i tehdy, když se žena na dítě těší, těhotenství bylo plánované a chtěné. Příčinou negativních pocitů bývá strach z nezvládnutí role matky a její neodvolatelnosti, strach z porodu, ze zodpovědnosti, z nutné změny dosavadního životního stylu, z nuceného vyrovnání se s těhotensky změněným vlastním tělem (Vágnerová, 2000).

Výrazně se mění psychika ženy. Čepický (1992) se zmiňuje o tzv. benigní těhotenské encephalopatii, která se projevuje souborem příznaků dezorientace, zmatenosti a zapomnětlivosti. Subjektivně negativně vnímanými fenomény mohou být bolesti hlavy, střídání nálad, přecitlivělost a podrážděnost. Běžná je rovněž zvýšená míra anxiózy a depresí. Dalším možným typickým projevem těhotné ženy bývá únavnost a snížení tělesné výkonnosti.

Psychické změny jsou reprezentovány labilitou, přecitlivělostí, lítostivostí, někdy vedou až k pocitům úzkosti, strachu o zdraví dítěte, strach z výsledků vyšetření, která mohou potvrdit či vyvrátit riziko vrozených vývojových vad. Jiné ženy se obávají ztráty erotické přitažlivosti, zdeformování postavy, snížení sexuální touhy, související se ztrátou partnera. Psychický stav těhotné ženy může negativně ovlivňovat prostředí, s tím často souvisí problematika těhotenského zvracení, dále to mohou být různé mýty či dramatizované události spojované s porodem některé ženy z okolí. Na druhou stranu může mít těhotenství i na psychiku ženy pozitivní vliv, některé těhotné své dřívější psychické problémy ztrácejí, cítí se v těhotenství mnohem lépe. Z psychologického hlediska psychické prožívání nejvíce komplikují minulé prožitá traumata spojená s těhotenstvím jako například opakované potraty, porod mrtvého plodu. Tento oprávněný strach může vést až k závažným komplikacím u dalšího těhotenství (Havlíková, in Roztočil a kol. 2008).

10.2 Adaptace na těhotenství

Těhotenství je určité časové období, není událostí, která se stane v daném okamžiku a ve které je žena nucena se pouze vyrovnat s důsledky. Těhotenství je dostatečně dlouhé období, které může být s dostatečným předstihem plánované, a pokud tomu tak není, tak je dostatečně dlouhé na jeho adaptaci. Žena, zvláště poprvé těhotná, se s celou situací sžívá a zároveň se jí přizpůsobuje a to nejen ona sama, ale adaptuje se i okolí, její blízcí, partner, rodina i přátelé.

Reva Rubin v roce 1984 definovala čtyři základní úkoly, které žena v průběhu těhotenství řeší:

- Snaha o bezpečný průběh těhotenství pro sebe i dítě – ví, že je k tomu nezbytná profesionální péče odborníků
- Smíření se s vlastní rolí matky – s tím související přijetí dítěte partnerem, preference určitého pohlaví, přijetí i ne zcela zdravého dítěte
- Učení se samostatnosti, ale i závislosti na ostatních jinak než dosud
- Rozvíjení vztahu k nenarozenému dítěti – v souvislosti s emocionálními změnami – ochrana a výživa plodu (Leifer, 2004)

Od roku 1990 v České republice nejen že přibylo svobodných těhotných žen, ale změnil se charakter této - dříve rizikové – skupiny. Přibylo těhotných v neformálních partnerských vztazích a stále jich dál přibývá. Vzorem jsou zřejmě některé západní země, kde jde o těhotenství chtěné a ve většině případů plánované. Změnil se i postoj žen k zaměstnání v souvislosti s jeho rizikovostí. Dříve bylo těhotenství prioritou a jeho ochrana včetně pracov-

ni neschopnosti, event. hospitalizace byla akceptována bez výhrad. Nyní většina žen z obavy ztráty zaměstnání, z obavy konkurence preventivní opatření odmítají. K tomu přispělo i současné organizačně-ekonomické hledisko a jeho směr příklánějící se spíše k ambulantní péči než k ústavní. Jsou uváděny poklesy hospitalizovaných těhotných žen hlavně u dlouhodobé hospitalizace (Štembera, 2004).

Pracovní kariéra žen bývá zpravidla přerušovaná. Problém spojení role manželky a matky s profesní rolí je řešen v době před narozením prvního dítěte – symbolický charakter – na úrovni představ, nebo je řešen v období, kdy už matkou je a pak závisí na konkrétní situaci vyplývající již ze zkušeností (Vágnerová, 2000).

V počátku těhotenství téměř všechny ženy charakterizují své pocity jako smíšené - ambivalentní. Událostí, která tyto pocity může převážít na kladnou stranu a která je důležitá pro rozvoj rodičovských postojů, je vjem z prvních pohybů plodu, kterými se plod jako již konkrétní bytost ohlašuje a kterou lze na základě konkrétního chování identifikovat. Tyto rodičovské postoje k nenarozenému dítěti bývají ještě umocňovány i vyšetřeními, která jsou součástí prenatalní péče a screeningu a jsou jimi hlavně ultrazvuková vyšetření zobrazující plod a vyšetření kardiokografem (CTG), kdy jsou slyšitelné ozvy plodu (Štembera, 2004).

Jednotlivé trimestry se navzájem liší charakterem psychických změn. V prvním trimestru se těhotná žena uzavírá a zaměřuje se sama na sebe; často bývá rozladěná, emočně labilní, její nálady se střídají. Nejdůležitější úlohou pro ženu během tohoto trimestru je přijetí těhotenství. Ve druhém trimestru žena poprvé pocítí pohyby plodu a začne si jej uvědomovat jako samostatnou lidskou bytost. Úlohou tohoto trimestru je právě přijetí plodu jako samostatného jedince. V poslední třetině těhotenství žena opět prožívá ambivalentní pocity: na jedné straně se obává předčasného porodu, má starosti o zdraví plodu, na druhé straně by již ráda porodila co nejdříve a soustřeďuje se na blížící se termín porodu. Úlohou této závěrečné fáze těhotenství je připravit se na porod a na budoucí mateřství (Roztočil, 2001).

10.3 Prenatální péče u fyziologického těhotenství

Péče o ženu v průběhu těhotenství je nezastupitelnou a velmi významnou součástí celého odvětví preventivní medicíny. Význam prenatalní péče je deklarován ve 3. cíli - Zdravý start do života uváděný v „Dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví pro všechny v 21. století“. Cílem je, aby do roku 2020 ve všech členských zemích evropského regionu měly všechny narozené děti a děti předškolního věku lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života. V případě prenatalní péče jde o to, aby členské státy zajistily lepší dostupnost péče o reprodukční zdraví, prenatalní a perinatální

péči a zdravotní péči o děti. Jinými slovy prenatální péče se podílí na zajištění zlepšení zdraví nové generace (Zwinger, 2004; Usnesení vlády, 2002).

System diferencované péče o těhotnou ženu podle stupně rizika:

- Fyziologická s normálním průběhem (bez předchozí zátěže) – Non risk
- Riziková těhotenství (zatím probíhá normálně, ale je zde primární zátěž anamnestická, vzniklá v průběhu gravidity) – Low risk
- Patologická (prokázaný chorobný průběh gestace až vitální ohrožení matky, poškození matky či plodu) – High risk

Včasná a pravidelná prenatální péče je nejvhodnější cestou, jak zabezpečit bezpečný průběh těhotenství a dovést jej k úspěšnému ukončení, zachovat zdraví matky i dítěte. V naší republice jsou hlavními poskytovateli prenatální péče specialisté gynekologové v primární zdravotní péči a na péči se rovněž podílí registrované porodní asistentky (Leifer, 2004).

Priority perinatální péče jsou podle Roztočila z roku 1994 stále aktuální:

- Důsledná realizace systému diferencované péče ve smyslu dodržení transportu in utero na pracoviště s adekvátní porodnickou péčí
- Včasná prenatální diagnostika vrozených vývojových vad neslučitelných se životem a jejich řešení
- Zkvalitnění péče v perinatálních centrech zlepšením technického vybavení a zvýšením kvalifikace zde pracujících týmů – specializační studium lékařů, porodních asistentek, neonatologických sester
- Snížení výskytu perinatální asfyxie, infekcí, závažných vrozených vývojových vad (dále jen VVV) a syndromu dechové tísně (*respiratory distress syndrome*, dále jen RDS)
- Zvyšující se četnost císařských řezů nad 10% nevede ke snižování perinatální mortality a morbiditu, ale naopak zvyšuje frekvenci operačních rizik u pacientek.

Cíle prenatální péče jsou:

- Ženě a plodu zajistit optimální péči v těhotenství a za porodu
- Snižovat perinatální mortalitu a morbiditu
- Prenatální poradna dle vlastního výběru
- Co nejméně změn v týmu vyšetřujícího ženu – zajištění intimity
- Zajištění informovanosti a přiměřené sdělení rizika

Význam prenatální péče:

- Všestranné zabezpečení těhotné ženy
- Důsledná prevence všech možných chorobných stavů

- Včasný záchyt odchylek od normálního průběhu gestace
- Zajištění všech dostupných diagnostických a terapeutických opatření

Lékař během pravidelných vyšetření nejprve diagnostikuje těhotenství, musí zjistit i postoj ženy k těhotenství, zda je plánované, neplánované, chtěné, nechtěné. Dále musí určit délku těhotenství a vypočítat termín porodu, musí určit míru rizika, jde-li o těhotenství bez rizika, rizikové, či patologické. Vyšetřuje stav organismu ženy a jeho odchylky, stav fetoplacentární jednotky a s ním související vývoj těhotenství (Roztočil, 1998).

Harmonogram prenatalní péče a evidence těhotných:

- Vstupní diagnostické vyšetření na začátku gravidity – 5. - 7. týden gravidity
- Do 22. týdne gravidity – interval 4 týdny
- 23. – 29. týden gravidity – interval 3 týdny
- 30. – 35. týden gravidity – interval 2 týdny
- 36. – 40. týden gravidity - po týdnu
- Po 40. týdnu gravidity – 2x týdně CTG, hospitalizace pokud neporodí do 10. dne po TP

10.3.1 První trimestr

Obecně je doporučováno, že by žena měla navštívit lékaře asi dva týdny po vynechání pravidelné menstruace. Při této první návštěvě se lékař zaměřuje na diagnostiku těhotenství. Cíleným rozhovorem, při kterém se podrobně zjišťuje anamnéza, se včas odhalí rizika pro ženu i dítě.

V rodinné anamnéze se dotazuje na výskyt vrozených vývojových vad, na choroby s hereditárním výskytem, na chronická infekční onemocnění, zejména tuberkulózu, na nádorová onemocnění, kardiovaskulární choroby, endokrinologická onemocnění, zvláště diabetes mellitus, na psychiatrická onemocnění, alergie a vícečetná těhotenství a to jak v rodině těhotné ženy, tak i v rodině jejího partnera.

Co se týká osobní anamnézy, pak jej zajímá onemocnění dětského věku a dospívání, běžné dětské choroby a vývojové vady. Dále zjišťuje veškerá závažná onemocnění, která žena prodělala, jako jsou diabetes mellitus, tuberkulóza, onemocnění srdce, jater, plic, ledvin, onemocnění močových cest, hypertenze, nádorová onemocnění, zoonózy, psychické nemoci, epilepsie, onemocnění pohybového aparátu - luxace kyčelních kloubů, hemoroidy, varixy, alergie, poruchy štítné žlázy, operace a úrazy (životně důležité orgány a pánev).

V rámci gynekologické anamnézy se lékař zaměřuje na údaje o prvních měsíčkách (menarché), o menstruačním cyklu, jeho délce, trvání, intenzitě krvácení a bolestivosti, gyne-

kologické choroby (výtoky, záněty, operace, léčba sterility). Podrobně se informuje o průběhu předchozích těhotenství ve smyslu potíží (krvácení, kontrakce, předčasný odtok plodové vody), výskyt preeklampsie, hypertenze, předčasné porody, spontánní potraty, miniinterrupce, porody spontánní a operační, pohlaví plodů, vrozené vady, průběh šestinedělí a kojení.

Ze sociální anamnézy a anamnézy životního prostředí jsou důležitými údaji vzdělání, včetně zaměstnání (vyhledání rizikového prostředí a práce), rodinný stav, sociální poměry (bytové, finanční zajištění), sportovní aktivity (rekreační, výkonnostní event. vrcholová forma).

U nynějšího těhotenství se zajímá o údaj, kdy byly poslední měsíčky, jaké žena popisuje příznaky související s počínajícím těhotenstvím a zda trpí nějakými potížemi (výtok, krvácení, bolesti, křeče, kolapsové stavy, únava, ranní nevolnost, zvracení, otoky, napětí v prsou, častější močení. Žena je upozorněna na přibližný termín, kdy by měla začít pociťovat pohyby plodu a aby si zaznamenala den prvních pohybů (Roztočil a kol., 2008; Zwinger et al, 2004).

Lékař postupně pečlivě vyplňuje a zaznamenává zjištěné informace a údaje do těhotenského průkazu, který je základním dokumentem těhotné ženy. Kromě identifikačních údajů jsou v něm vypsány i kontakty na lékaře a sanitní vůz, datum posledních měsíčku, vypočítaný termín porodu, datum dalšího plánovaného vyšetření, všeobecná anamnéza, předchozí těhotenství, pánevní rozměry, krevní skupina a Rh faktor těhotné i otce dítěte, záznam o HIV a další laboratorní vyšetření (viz dále), záznamy pravidelných i speciálních termínovaných vyšetření, včetně záznamů o hospitalizaci, vyšetření praktickým lékařem a zubní vyšetření. V těhotenském průkazu jsou předtištěny rizikové faktory, které se vyskytují u 30-40% těhotných. Lékař, pokud identifikuje některý z uvedených rizikových faktorů, zřetelně ho v těhotenské legitimaci označí. Jednotlivé rizikové faktory jsou podrobně vyjmenovány a rozděleny do několika skupin (Zwinger et al, 2004):

– Všeobecné rizikové faktory jsou: věk nižší než 17 let a vyšší než 35 let je spojený s vyšším výskytem předčasných porodů, preeklampsie a žen staršího věku s vrozenými vývojovými vadami; parita (multiparita>5 je spojená s vyšším výskytem poporodního krvácení, nepravidelné uložení plodu, diabetes, tromboembolie); u žen s výškou méně než 155 cm bývá kefalopelvický nepoměr, celkově zúžená pánev; váha před těhotenstvím - obezita (prodloužená gestace, diabetes, preeklampsie); sterilita - asistovaná reprodukce (předčasný porod, poruchy uložení placenty, zvýšená perinatální mortalit a morbidita); poruchy cyklu; vrozené vývojové vady dělohy; celková chronická onemocnění matky (diabetes, kardiopatie, neuropatie, pohlavní choroby, infekční choroby, endokrinopatie, epilepsie, astma bronchiale); sociální a

ekonomické faktory - pracovní zátěž, rodinné zázemí, dojíždění, úroveň vzdělání, nezaměstnanost, životospráva, kouření.

- Předcházející těhotenství: infertilita (spontánní potraty, interrupce); předčasný porod; vrozená vývojová vada plodu; operační porod; latentní diabetes mellitus; preeklamsie.
- Nynější těhotenství: nepravidelná poloha plodu; insuficience děložního hrdla; hrozící předčasný porod; diabetes mellitus, kardiopatie, nefropatie, hepatopatie; Rh, ABO - isoimunizace; preeklamsie (EPH gestóza); vícečetné těhotenství; krvácení ve II. a III. trimestru; infekční onemocnění; nádorová onemocnění; malnutrice; kouření.
- Porod: hypoxie plodu; protražovaný porod; poloha plodu; výhřez pupečníku a malých částí; sectio caesarea; gemini (vícečetná gravidita).

Následuje fyzikální vyšetření celkového stavu. Lékař sleduje somatotyp těhotné ženy, váhu a míru, chůzi, stav kyčlí, varikozitu dolních končetin, pigmentaci, změří pánevní rozměry a vyšetří prsní žlázy (Zwinger, et al, 2004).

Gynekologické vaginální vyšetření začíná nejprve prohlédnutím (aspekci) v gynekologických zrcadlech (per speculam), poté následuje palpační vyšetření (zjišťuje se tzv. cervix skóre dále jen CS²). Při první návštěvě těhotné ženy v prenatalní poradně je nutné provést kolposkopii, cytologii, MOP (mikrobní obraz poševní), výtěr pochvy K+C (8. týden gravidity), vyšetření močového sedimentu.

Pravidelná periodická vyšetření jsou ta, která se opakují během každé návštěvy prenatalní poradny a jsou jimi sběr anamnestických dat souvisejících s průběhem těhotenství, týden gravidity, hmotnostní přírůstek/úbytek, TK (tlak), P (puls), chemická analýza moče na přítomnost bílkoviny, glukózy a ketolátek, otoky, varixy, zevní vyšetření těhotné, vaginální vyš.
- CS, měření vzdálenosti horního okraje spony a děložního fundu (spona fundus, dále jen SF) (Roztočil a kol., 2008).

Mezi nepravidelná a termínována vyšetření v I. trimestru patří:

- v 8. týdnů gravidity se stanovuje KS Rh faktoru (screening nepravidelných erytrocytárních protilátek - u krevní skupiny s Rh faktorem pozitivním se vyšetřují 1x protilátky, u krevní skupiny Rh negativní se vyšetřují 3x protilátky - III. lunární měsíc gravidity, VI. lunární měsíc gravidity, IX. lunární měsíc gravidity, vyšetřuje se krevní skupina otce),

²Skóre podle Bishopa je hodnocení pěti kritérií týkajících se změn na čípku, kritéria se posuzují se 0, 1, 2 body, čím vyšší skóre CS, tím je vyšší riziko porodu: 1. výška naléhající části (0-nad vchodem, 1-naléhá, 2-vstoupá); 2. zkrácení čípku (0-ne, 1-o ½, 2- spotřebován); 3. prostupnost čípku (0-uzavřen, 1-1cm, 2-více jak 1cm); 4. konzistence čípku (0-tuhý, 1-polotuhý, 2-měkký); 5. směr čípku (0-sakrálně, 1-mediosakrálně, 2- středem) (Roztočil a kol., 2008).

- sérologické vyšetření na HIV a HBsAg
- serologické vyšetření na protilátky proti syfilis
- kombinovaný biochemický a ultrazvukový screening na nejčastější chromozomální vady (PAPP-A, NT plodu (viz dále v textu) + triple test) v 9. - 11. týden gravidity., 11. -13. týden gravidity, 16. týden gravidity.

10.3.2 Druhý trimestr

Ve II. trimestru se měří při zevním vyšetření vzdálenost SF, měření se zapisují do gravidogramu v těhotenské legitimaci. Začíná se sledovat srdeční frekvence plodu. Při vaginálním vyšetření se lékař zaměřuje na děložní čípek (CS) a včasné rozpoznání insuficience hrdla děložního. Stav děložního hrdla je možné objektivizovat i ultrazvukovým vyšetřením. Z laboratorních vyšetření se provádí mezi 16. a 18 týdnem gravidity screening vrozených vývojových vad (AFP, PKU, TRIPL test – AFP, HCG, E3 / nekonjugovaný estriol/), krevní obraz v 16. týdnu gravidity). Při ultrazvukovém vyšetření na začátku 13. týdne gravidity a v 18. - 22. týdnu gravidity se měří velikost plodu, délka těhotenství (antropometrie plodu). Je doporučena návštěva praktického lékaře a stomatologa.

10.3.3 Třetí trimestr

Ve III. trimestru se i nadále vyšetřují všechna pravidelná periodická vyšetření (hmotnost, TK, moč chemicky, edémy, krevní odběry, KO. Sleduje se srdeční frekvence plodu (ozvy plodu-OP), provádí se od 38. týdne gravidity kardiografický záznam. Těhotná žena hodnotí motilitu plodu (aktografie), je poučena o známkách počínajícího porodu, je upozorněna na riziko spojené s předčasným odtokem plodové vody, s krvácením z rodidel, s edémy, s bolestmi hlavy a v epigastriu. Pokračuje měření CS a vzdálenosti SF a údaje se zanáší do těhotenské křivky (gravidogram). Ve 24. - 28. týdnu gravidity se provádí orální glukózotoleranční test (OGTT)

Při ultrazvukovém vyšetření ve 30. - 32. týdnu gravidity se pátrá po známkách předčasného odlučování placenty, opět se provádí antropometrie plodu, určuje se uložení plodu v děloze (viz dále).

Okolo 37. týdne gravidity se odebere výtěr z pochvy a cervixu na mikrobiologické vyšetření (riziko positivity betahemlytického streptokoka - GBS) (Zwinger et al, 2004; Roztočil a kol., 2008; Slezáková a kol., 2011).

10.4 Metody určující zralost plodu

Základními vyšetřovacími metodami v porodnictví na konci těhotenství jsou zevní a vnitřní porodnické vyšetření, poslech ozev plodu a ultrazvukové vyšetření.

Zevní porodnické vyšetření se skládá z jednotlivých postupů, které následují obvykle v tomto pořadí: vyšetření prsů, zevní vyšetření břicha nejprve pohledem (aspekci), hmatem (palpací), poslechem srdeční akce plodu (auskultací) a na závěr je provedeno zevní vyšetření pánve, tzv. pelvimetrie³.

Aspekci sledujeme tvar a velikost břicha, všímáme si přítomnosti jizev, těhotenských strií, ochlupení, pigmentace v oblasti linea fusca a vtažení či vyhlazení pupeční jizvy⁴. Plynu- le přecházíme na vyšetření palpační, kdy se nejprve zaměříme na velikost dělohy. Oběma rukama si ohraničíme výšku děložního fundu, kterou posuzujeme k mečovitému výběžku a žebernímu oblouku. Velikost dělohy zjišťujeme změřením rozměru S-F, krejčovským metrem se změří vzdálenost od horního okraje spony ke středu děložního fundu. Pohmatem přecházi- me na děložní hrany a stanovujeme tvar dělohy. U žen, které rodily poprvé, má děloha hruš- kovitý tvar, u vícerodiček podélně ovoidní. Jedná-li se o polohu příčnou, pak je tvar dělohy příčně ovoidní a vícečetných těhotenství je děloha kulovitého tvaru. Většinou bývá děloha uložena v tzv. dexroverzi, což znamená, že vzdálenost pravé děložní hrany od střední čáry je větší než u levé. U sinistroverze je tomu u levé děložní hrany. Dále se určuje děložní torze⁵, mluvíme pak o děložní dextrotorzi a sinistrotorzi. Poté následuje Pawlíkův hmat, který sestá- vá z několika fází:

1. fáze - prohmatáváme obsah dolního děložního segmentu tak, že pravou rukou palcem a prsty obemkne dolní segment a šetrně jej stiskneme, snažíme se palec a prsty přiblížit k sobě, ul- nární stranu pravé ruky máme opřenou o horní okraj spony stydké. Je-li dolní segment plný jedná se o polohu podélnou buď hlavičkou, a nebo koncem pánevním. Je-li však dolní seg- ment děložní prázdný, pak nehmatáme žádnou rezistenci - velkou část plodu a s největší prav- děpodobností se jedná o polohu příčnou. Tvar naléhající části plodu bývá kulovitý, nadměrná velikost, která se projeví schodovitým vyklenutím dolního segmentu děložního nad úroveň horního okraje spony stydké, svědčí o tzv. zevním nepoměru (*kefalopelvicý nepoměr*), což je primární indikací k ukončení porodu císařským řezem.
2. fáze - slouží k vyhmatání krční rýhy a k potvrzení, že se jedná o polohu podélnou hlavičkou. Provádí se tak, že radiální hranu ukazováku zanoříme do krční rýhy. Nehmatáme-li krční rýhu

³ Pelvimetrie spočívá ve změření čtyř pánevních rozměrů Boudeloquea - Breiskyho pelvimetrem: *distantia bispinalis, distantia bicristalis, distantia bitrochanterica, conjugata externa*.

⁴ Vtažená pupeční jizva bývá u prvorodiček, vyhlazená u žen, které již dříve rodily.

⁵ Jedná se o šetrné vyhmatání provazců ueroinguinálních chord - jde o důkaz, že vyšetřovaný orgán je skutečně děloha; při dexroverzi vystupuje levá chorda více do popředí a je lépe hmatná, u sinistroverze je to chorda pra- vá.

a konzistence naléhající části je měkčí, jde o polohu podélnou koncem pánevním. Tento hmat je obtížně proveditelný u obézních žen, nebo pokud je děložní segment hypertonický.

3. fáze - podle toho, jak vysoko se nachází krční rýha nad sponou, určíme vztah hlavičky k rovině pánevního vchodu, vzdálenost měříme na počet prstů. Vodorovná krční rýha, kdy není hlavička flektovaná a je volně vysoko nad vchodem, je ve výši 5 prstů nad sponou stydkou. Když hlavička začne naléhat, dochází ke flexi, krční rýhu již hmatáme šikmo a nachází se 4 prsty nad sponou. Při vstupování hlavičky do pánve se zmenšuje vzdálenost mezi krční rýhou a sponou (3 prsty nad sponou - vstoupá malým oddílem, 2 prsty nad sponou - vstoupá velkým oddílem, a je-li hluboko do pánve vstoupá,⁶ je krční rýha zevně nehmatná). Je-li hlavička flektována, je možné určit i postavení plodu. Zešikmená krční rýha bývá výše tam, kde se nachází bradička plodu, a níže tam, kde je záhlaví, nebo-li hřbet plodu (Čech a kol., 2006).

K určení postavení plodu v porodnictví využíváme Budinův hmat, při kterém v libovolném pořadí zatlačíme na fundus děložní v místě děložního rohu a jemně prohmatáváme protilehlou hranu. Je-li ve hraně umístěn hřbet plodu, jeví se pohmatem jako tuhá pásovitá rezistence v místě děložního fundu ukončená měkkou velkou částí konce pánevního. Pokračujeme stejným způsobem na protilehlé straně a v děložní hraně vyhmatáme drobné útvary, malé části plodu, zejména pohyblivé nožky (Zwinger et al., 2004).

Poslech akce srdeční je rovněž průkazem vitality plodu. Ozvy plodu (dále jen OP) se ještě donedávna poslouchaly sluchem pomocí stetoskopu. V současné době se používá kapesní ultrazvukový detektor (dopton), nebo kardiokograf, který je považován za „zlatý standard“ periparatálního monitorování plodu a screeningu akutní intrapartální hypoxie plodu. Hodnotí se frekvence OP, pravidelnost a ohraničení. Fyziologická frekvence OP je 110-150 za minutu. Tachykardie plodu je definována jako bazální frekvence vyšší než 150 úderů za min. a bradykardie méně než 110 úderů /min. Další hodnocenou veličinou je variabilita, která souvisí se změnami frekvence. Je to tedy rozmezí změn frekvence srdeční akce plodu. Kvalita variability je zachycena na kardiokografické křivce. Normální variabilita se pohybuje od 5-25 úderů za minutu a je nazývána jako undulatoční záznam OP. Dojde-li ke ztrátě variability a ta je nižší než 5 úderů, křivka se nazývá silentní. Je známkou těžké hypoxie plodu, jeho velkého ohrožení, je tak projevem zvýšeného tonu sympatiku a posléze i neschopnosti myokardu odpovídat na hypoxii plodu. Variabilita vyšší než 25 úderů za minutu se nazývá saltatorní a je rovněž důkazem ohrožení plodu s dobrou kompenzací hypoxie, např. při krátkodobé kompresi pupečnicku. Akcelerace je zvýšení akce srdeční o více než 15 úderů za minutu, které trvá déle než 15 sekund. Plod fyziologicky reaguje na dobrou oxygenaci. Ztráta akcelerací může znamenat počínající a rozvíjející se hypoxii. Decelerace jsou popisovány jako snížená

⁶ Hlavička se nalézá v pánevní šíři.

srdeční akce plodu o více než 15 úderů, které trvají déle než 15 sekund. Decelace se hodnotí v závislosti na děložní kontrakci. Existují dva typy decelerací: časné, kdy vrchol decelerace je shodný s nástupem a vrcholem děložní kontrakce, nebývají spojovány s hypoxií. Pozdní, které vrcholí po odeznění děložní kontrakce, jsou projevem krátkodobé hypoxie plodu. Dále se posuzují tzv. variabilní decelerace (pokles je nezávislý na děložních kontrakcích) nekomplikované, pro něž je typický pokles OP do 60 /minutu trvajících do 60 vteřin a komplikované, které trvají déle než 60 vteřin. V těchto případech je zvýšené riziko vzniku hypoxie plodu. Podle výše uvedených parametrů jsou interpretovány čtyři druhy kardiokografických křivek:

- a. normální fyziologická křivka - bazální frekvence 110-150 úderů/minutu, variabilita 5-25 s akceleracemi, mohou se vyskytovat časné decelerace, nebo nekomplikované variabilní decelerace
- b. suspektní, intermediární křivka - bazální frekvence je 110-100 úderů /minutu, nebo 150-170 úderů /min., variabilita je vyšší než 25, bez akcelerací, nebo menší než 5/minutu trvajících déle než 40 min., mohou být přítomny nekomplikované variabilní decelerace
- c. patologická abnormální křivka - bazální frekvence je v rozmezí 150-170, nebo nad 170 úderů/minutu, nebo je přítomna přetrvávající bradykardie. variabilita je nižší než 5/minutu., která trvá déle než 60 min. Křivka má sinusoidní tvar, jsou přítomny komplikované variabilní decelerace, nebo se opakují pozdní decelerace
- d. preterminální křivka - ztráta variability, reaktivity, bez decelerací, bradykardie (Roztočil a kol., 2008; Čech a kol., 2006)

Vnitřní porodnické vyšetření je obdobou gynekologického vyšetření, kdy vyšetřujeme pomocí zrcadel a bimanuálně palpací. Prsty vnitřní ruky se zavádí do pochvy a hmatáme nejprve přední klenbu poševní, jestli je plná či prázdná. Je-li plná, na vchod poševní naléhá velká část plodu. Jak velká část vstupuje do pánve, klenba se vyvíjí. Dále se vyšetřující zaměřuje na děložní hrdlo, u kterého je rozhodující jeho tvar, délka a prostupnost

O zralosti plodu nás informuje také biochemický screening, vyšetření krve matky a je částečně popsán v kapitole Prenatální péče u fyziologického těhotenství. V případě tzv. přímých metod určení zralosti plodu jde o invazivní metody, kdy se odebírá plodová voda ke stanovení lecitinu, jehož koncentrace v plodové vodě ve třetím trimestru koreluje se stupněm zralosti plicní tkáně plodu, stanovuje se poměr lecitin: sfingomyelin (index L/S) opět koreluje se stupněm zralosti plic plodu.

Vzhledem k riziku spojenému s odběrem plodové vody (amniocentézou) se v současné době dává přednost ultrazvukovému vyšetření. Ultrazvuk⁷ (dále jen UZV) patří mezi nepřímé neinvazivní metody určující zralost plodu, spolu s výpočtem délky gestace podle poslední menstruace (PM), podle prvních pohybů (PP), měřením vzdálenosti SF (Zwinger et al., 2004).

Ultrazvukový screening je zahájen již v počátku gravidity v souvislosti s diagnostikou těhotenství, jeho lokalizaci a četnost. Vitalita plodu je potvrzena detekcí srdečních ozev, diagnostikuje se abnormální vývoj choria, subchoriální hematoma, abnormální nález na děloze a vaječnicích, vyloučí se hrubé morfologické poruchy plodu. Na počátku těhotenství se měří velikost plodového vejce, od 7. týdne gravidity se měří délka embrya, rozměr CRL (nejvzdálenější okraje embrya). Od 9. týdne gravidity je možné měřit tzv. biparietální a frontooccipitální průměr a obvod hlavičky. Další vyšetření následuje v 11. - 13. týdnu gravidity, při kterém je možné určit vrozené srdeční vývojové vady.

Ve druhém trimestru (18. - 20. týden gravidity) se provádí buď přímá detekce strukturálních defektů, nebo nepřímé ultrazvukové markry. Lze tak diagnostikovat např. rozštěpové vady a chromozomální anomálie. Při UZV vyšetření lékař prohlídí všechny orgány plodu. U hlavičky si všimá tvaru a struktur mozku a obličejové části. U některých chromosomálních aberací je patrný nález cysty choroideálního plexu a další markry typické pro např. Edwardův syndrom. Ztluštění na „regio nuchae“ je markrem u Downova syndromu. Součástí screeningu je posouzení srdce včetně srdeční frekvence. Normální nález trávicího traktu představuje nález žaludeční bubliny a střevních kliček s přiměřeným množstvím obsahu a jater, která zabírají většinu prostoru v dutině břišní. Při kontrole močového ústrojí a ledvin se hodnotí jejich velikost a struktura, náplň močového měchýře. U končetin se prohlídí dlouhé kosti, ručky a postavení chodidel. Nález pedes equinovares je rovněž markrem chromozomálních aberací plodu. Významné je posouzení množství plodové vody. Fetální biometrie ve druhém trimestru je komplexem měření biparietálního a frontooccipitálního průměru, circumference a area hlavičky plodu, měří se břicho plodu - jeho příčný, předozadní průměr a circumference. délka femuru. Z těchto rozměrů se vypočítá hmotnost plodu a délka gestace. Ve 22. týdnu gravidity je významné určení lokalizace placenty. Poloha plodu v tomto období má význam pouze v případech, že hrozí předčasný porod.

Ultrazvukový screening ve třetím trimestru (30. - 32. týden gravidity) je zacílen na fetální biometrii, polohu plodu, uložení a strukturu placenty, množství plodové vody, děložní hrdlo (Zwinger et al, 2004; Čech a kol., 2006; Roztočil a kol., 2008).

⁷ Výrazným přínosem ultrazvukové diagnostiky je v současné době využití trojrozměrného zobrazení 3D, live 3D (4D) (srov. Čech a kol., 2006).

10.5 Životní styl těhotné ženy

10.5.1 Životospráva

O správné životosprávě v těhotenství by měla být žena poučena při první návštěvě prenatální poradny, aby se tak předešlo vzniku patologických stavů, které by mohly negativně ovlivnit vývoj a stav plodu. Žena by měla být poučena o zdravé výživě v těhotenství, která by měla být sice vydatná o obsahu 2400-2800 kcal, ale lehce stravitelná a rozdělená do pěti dávek. Doporučení, která se týkají jednotlivých složek potravy, jsou taková, že podíl bílkovin by se měl pohybovat okolo 80-100g na den s důrazem na poloviční obsah živočišných bílkovin. Denní spotřeba tuků by měla být 60-80 g a potraviny bohaté na glycidy by měla těhotná žena omezit. Obecně je rovněž doporučován i zvýšený přísun ovoce a zeleniny obsahující přírodní vitamíny a vlákninu. Substituce polyvitaminózních přípravků je podle Roztočila (2008) diskutabilní, ale ve druhé polovině, kdy stoupá u plodu potřeba stopových prvků a minerálů, je suplementace zejména vápníku a železa doporučována. Těhotná žena by měla dostatečně pít, celkový denní příjem tekutin by měl být více jak dva litry. S otázkou hydratace souvisí i problematika vyprazdňování, které by mělo být pravidelné jak moče i stolice. Těhotenství působí v této oblasti problémy ve smyslu asymptomatické bakteriurie, polakisurie a fyziologické zácpy. Problémům souvisejícím s vyprazdňováním je možné předcházet dodržováním právě výše uvedených výživových opatření.

Co se týká tělesné aktivity v těhotenství, je důležité se jí pravidelně věnovat v doporučovaných sportovních činnostech. Prospěšné v těhotenství je zejména speciální těhotenské cvičení, plavání a pěší turistika. Nadměrná tělesná námaha, u které dochází k otřesům těla či pádům (míčové hry, jízda na koni, atletické disciplíny) je riziková. Těhotná žena by měla dostatečně odpočívat, relaxovat a spát minimálně 8 hodin denně s pravidelným režimem ulehání a vstávání ve stejnou dobu. Pokud žena nevykonává fyzicky namáhavou či jinak rizikovou práci (hlučné, prašné prostředí, silné vibrace, práce s chemickými látkami, třísměnné provozy a další) bývá většinou u fyziologického těhotenství zaměstnána až do nástupu na mateřskou dovolenou.

Otázka pracovní zátěže je samozřejmě individuální, a tak je posuzována ošetřujícím lékařem gynekologem. Určité riziko je v případě cestování u delších tras, kde je odloučena od zdravotnického zařízení. Cestování, které souvisí s trávením dovolené v prostředí s nadměrnou teplotou a vysokým UV zářením, je nebezpečné z důvodu rychlejšího přehřátí organismu, dehydratace i solární dermatitidy (Roztočil a kol. 2008; Kobilková et al. 2005).

10.5.2 Hygiena

Zvýšená tělesná hygiena platí nejen v období těhotenství, ale i po dobu šestinedělí. Vhodnější než koupele ve vaně je sprchování a omývání genitálu po každém močení a stolici, stejným způsobem je nutné pečovat i o chrup, a sice čistit jej po každém jídle. Pravidelné omývání a masáž bradavek ve druhé polovině těhotenství je výhodné z hlediska jejich otužování a přípravy na kojení. Pohlavní styk v těhotenství je možný a je dokonce doporučován, jsou-li zachovány hygienické požadavky, bezpečné chování a volba polohy, při které je volné těhotensky zvětšené břicho ženy. Prožití orgasmu nevede k vyvolání porodu, avšak masturbace a dráždění prsních bradavek u termínové gravidity může indukovat porod.

10.5.3 Předporodní příprava

Předporodní příprava je koncipována jak pro těhotné ženy, tak i pro jejich partnery. Je prováděna formou kurzů, které mohou mít různý počet výukových lekcí doplněných speciálním cvičením pro těhotné ženy. Těhotné ženy jsou edukovány o průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, o možnostech analgezie během první doby porodní, o způsobu dýchání a relaxace, o péči o novorozené dítě, dále jsou probírány i sociálně – právní otázky související s těhotenstvím, porodem a následnou péčí v mateřství. Cílem tzv. „psychoprofylaktické přípravy“⁸ k porodu není a nemůže být odstranění porodní bolesti, porodnických rizik a komplikací, ale jde v prvé řadě o eliminaci negativních emocí, jako je úzkost a strach z porodu, pomoci ženě získat reálný postoj k porodu, připravit na rodičovskou roli, na péči o novorozence a provést prostředím porodního sálu, včetně seznámení se se zainteresovaným personálem. Předporodní příprava není povinnou součástí prenatální péče, ale je doporučována z hlediska usnadnění spolupráce ženy i partnera během porodu.

Informace, které se týkají těhotenství, průběhu porodu, šestinedělí a péče o dítě do jednoho roku, jsou dostupné na internetu i ve formě populárně-vědeckých publikací. Velkým problémem hlavně internetových stránek je validita těchto informací, kterou není schopná laická veřejnost posoudit. Z tohoto pohledu je důležité usměrnit a upřesnit získané informace erudovaným zdravotnickým týmem, který představují nejčastěji porodní asistentka, fyzioterapeutka, porodník, psycholog, neonatolog. Klíčovou postavou kurzů předporodní přípravy bývá registrovaná porodní asistentka, do jejíž kompetence spadá péče o fyziologicky těhotnou ženu a rodičku a která je buď součástí týmu agentury domácí péče, nebo poskytuje vlastní privátní péči. Správně vedená psychoprofylaktická příprava snižuje úzkost, napětí u porodu a

⁸ Psychoprofylaktická příprava k porodu – pojem zavedl v 50. letech Lamaze a vysvětloval jej tak, že mysl (*psyché*) těhotné ženy může být cvičena k prevenci (*psychoprofylaxi*) porodní bolesti (Roztočil, 2008, s.150).

tím je snížena částečně i porodní bolest a potřeba farmakologických intervencí v průběhu porodu, zlepšuje sebekontrolu rodičky, umocňuje kladný prožitek z porodu nejen rodičce, ale i jejímu partnerovi, zkracuje první dobu porodní a optimalizuje spolupráci rodičky ve druhé době porodní, usnadňuje získání pozitivního vztahu matky k dítěti, vytváří podmínky pro nekomplikovaný průběh šestinedělí a kojení (Slezáková a kol., 2011; Roztočil, 2008).

Pro získání komplexní představy o problematice kvality života žen v období těhotenství je na místě zmínit i oblast perinatální epidemiologie. Úroveň perinatální péče ovlivňuje základní epidemiologické ukazatele (perinatální morbiditu a mortalitu) a zároveň s nimi i kvalitu života těhotných žen. V další kapitole jsou oba ukazatele stručně vysvětleny a doloženy některými aktuálními údaji.

11 Základní epidemiologické ukazatele v perinatologii

K základním epidemiologickým ukazatelům patří mateřská a perinatální mortalita, porodnost (natalita), potratovost, kojenecká a neonatální mortalita. Perinatální mortalita je definována jako počet úmrtí plodu v těhotenství, za porodu a do 7 dnů po porodu na 1000 živě narozených dětí. Mateřská mortalita je definována jako počet úmrtí ženy v souvislosti s těhotenstvím, s porodem a šestinedělím na 1000 živě narozených dětí. Počítá se do těchto skupin i úmrtí při potratu, mimoděložním těhotenství, smrt za šestinedělí, patří sem i smrt způsobená nejen těhotenskými komplikacemi, ale i úmrtí na přidruženou chorobu, jako může být např. srdeční selhání, tromboembolická příhoda, krvácení do mozku aj. (Kobilková et al, 2005).

Štembera (in Roztočil a kol., 2008, s. 365; 2004) podotýká, že „*studie v perinatální epidemiologii, která vychází ze zásad obecné epidemiologie,⁹ přispěly k výraznému poklesu perinatální úmrtnosti v České republice v posledních 50 letech a ČR se tak dostala k hodnotám, které vykazuje jen málo zemí na světě. Základními složkami perinatální epidemiologie jsou perinatální informační systém, perinatální audit a surveillance.*“

V České republice existují dva informační systémy, které evidují a sbírají data týkající se perinatální medicíny. První systém je zajišťovaný Českým statistickým úřadem (ČSÚ), který vydává demografické údaje související s perinatální a kojeneckou úmrtností ve vztahu k porodní hmotnosti a době úmrtí. Druhý zdravotnický systém Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR) shromažďuje a analyzuje data. Jeho činnost byla zahájena v 60. letech minulého století a týkala se pouze sledování údajů perinatálně zemřelých dětí. Od roku

⁹ Jsou definována dle WHO jako: „*Studium distribuce a determinant stavů a událostí souvisejících se zdravím a aplikace těchto poznatků při řešení zdravotních problémů*“ (tamtéž).

1983 jsou informace rozšířeny na evidenci těhotných s rizikovým a patologickým těhotenstvím a od roku 2000 podle doporučení WHO byla evidence dat dále doplněna o některé povinné vyplňování formulářů „Zpráva o rodičce“ a „Zpráva o novorozenci“. Povinně se hlásí i „Statistické hlášení – vrozená vada plodu nebo dítěte“. Tato hlášení jsou součástí *Národního zdravotnického informačního systému (NZIS)* (Štembera, in Roztočil a kol., 2008).

Perinatální audit je definován z roku 1994 expertní skupinou pověřenou Evropskou asociací perinatální medicíny (EAMP) jako: „*Systematická a kritická analýza kvality perinatální péče, do níž jsou zahrnuty procesy diagnostické, léčebné, využívání zdrojů a dosažené výsledky v životě ženy a jejího dítěte.*“ K pochopení auditu a při jeho uplatnění se používají mezinárodní termíny, které jsou následovně vymezeny:

Struktura představuje zdroje (veškeré prostředky), které jsou k dispozici k zajištění perinatální péče, a chybí-li, jsou požadovány. Patří sem nejen prostředky finanční, ale i podmínky pro zajištění péče (vyškolený specializovaný personál, přístroje, organizační systém péče). Proces je způsob využití těchto prostředků, jinými slovy je to činnost využívající tyto prostředky při vlastním provádění perinatální péče, včetně poskytování informací ženě jí srozumitelným způsobem. Výstup (outcome) je výsledkem procesu. Jedná se o výstupní údaje o matce a dítěti. Jde o výsledek péče jim poskytované, který je hodnocen mezinárodně platnými indikátory kvality péče. Nejčastěji jsou jimi perinatální, kojenecká a mateřská úmrtnost, včetně jejich dalších složek (Štembera, in Roztočil a kol., 2008; Zwinger et al., 2004)

„*Perinatální audit lze provádět nejen na úrovni národní a mezinárodní, ale uvnitř státu na úrovni regionální nebo na úrovni jednotlivých nemocnic nebo mezi druhy vybraných nemocnic, např. perinatologických center. Výsledky z takto získaných vzájemných srovnání dávají podklad k analýze příčin zjištěných rozdílů a k vyvození potřebných opatření.*“ (Zwinger et al., 2004, s. 473)

Hlavní ukazatele výstupu získaných při perinatálním auditu byly rozšířeny na doporučení EAPM v r. 1994 pro účely mezinárodního porovnání úrovně perinatální péče do několika skupin:

1. Mateřská mortalita (v roce 2012 byla mateřská mortalita 0,1 na 100 000 žen v České republice, www.uzis.cz)
2. Mateřská morbidita
 - a) Časná mateřská morbidita (dif. eklampsii, 5 druhů operativních porodů, hysterektomie do 48 hod. po porodu, a jiné neporodnické komplikace)
 - b) Pozdní mateřská morbidita (s hodnocením ve 3. měsících po porodu s dif. na inkontinenci moče, stolice, dyspareunii)

3. Perinatální mortalita (viz níže)

4. Perinatální morbidita

- a) Časná perinatální morbidita hodnocená jednak dle závažnosti (Apgar skóre, počet dnů na novo JIP, počet dnů podpůrné ventilace), jednak na 5 hlavních druhů vzniklých komplikací
- b) Dlouhodobá perinatální morbidita hodnocená ve 2 letech věku dítěte, jak podle závažnosti poruchy ve vývoji, tak podle 7 druhů poruch v oblasti senzorycké, motorické a mentální.

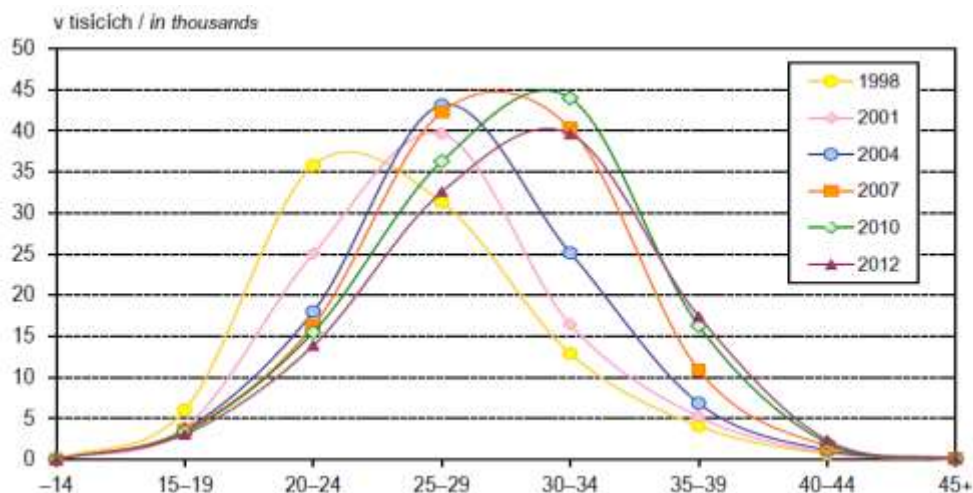
Podle Štembery (in Roztočil a kol., 2008, s 365-366): „*U každé z těchto skupin lze evidovat další proměnné, které se objeví v souvislosti se zjištěným nežádoucím výstupem (např. věk, parita matky, významné anamnestické údaje, komplikace v těhotenství a za porodu a dal.). Výsledky perinatálního auditu by se měly stát součástí databází pro možnost sledování trendů ve vývoji různých částí perinatální péče jako trvalý proces.*“

Výstupy z perinatálních auditů jsou evidovány v jednotlivých zdravotnických ročenkách a v samostatné publikaci Ústavu zdravotnických informací a statistiky nazvané „Rodička a novorozenec“. Z té poslední, vydané v roce 2012, jsme převzali jen některé údaje a grafy, které doplňují výše uváděné informace a jsou v kontextu s naším výzkumem. Jedná se například o pokračování přesunu rodiček do vyšších věkových skupin a s tím související pokles podílu na celkové porodnosti věkové skupiny rodiček mladších 29 let (viz graf 1).

V roce 2012 se sice snížil narůstající podíl 30-34 letých rodiček z let předchozích, ale oproti tomu se výrazně zvýšil podíl 35 letých a starších rodiček, což vedlo k tomu, že z celkového počtu rodiček 108 955 za rok 2012 bylo 54,6% 30 letých a starších žen. Co se týká rodinného stavu, narůstal podíl svobodných rodiček, klesal podíl rodiček se základním vzděláním (každá 10. rodička) a byl stabilní kontinuální nárůst podílu vysokoškolsky vzdělaných rodiček (každá 4. rodička). Narůstající úroveň vzdělání významně souvisí s klesající časnou novorozeneckou úmrtností a mrtvorozeností.

Vysoký a stálý je podíl rodiček, které prošly prenatalní péčí. K včasnému zachytu těhotenství do 12. týdne gravidity dohází téměř u všech těhotných. Z hlediska povinných ultrazvukových vyšetření se zvýšila účast na 2/3 těhotných žen. Bez prenatalní péče bývají většinou rodičky ze skupiny 18-19letých.

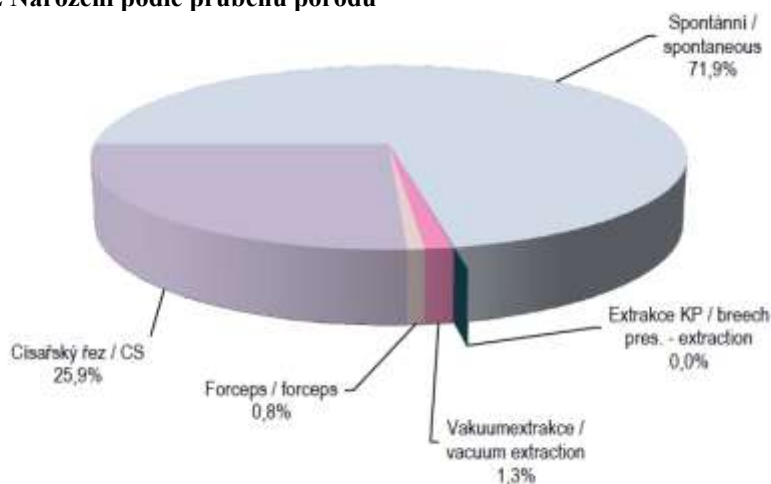
Graf 1 Narození podle věku matky



Zdroj: ÚZIS ČR, 2012. Rodička a novorozenec

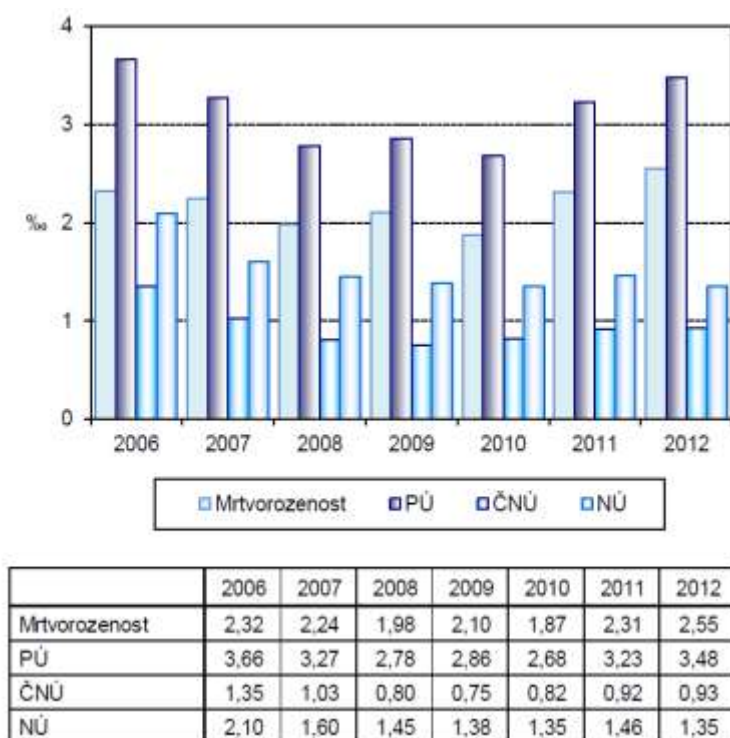
Nepříznivý vývoj je zaznamenán v souvislosti s kontinuálním a zrychleným nárůstem operačních porodů císařským řezem (viz graf 2). Je zde tzv. „spirálový efekt“ nárůstu frekvence císařských řezů, protože předcházející císařský řez je jednou z indikací k opětnému císařskému řezu. Dále v roce 2012 se z důvodu zvýšené mrtvorozenosti zvýšila perinatální úmrtnost (viz graf 3, tab. 14). Přesto je novorozenecká mortalita v ČR na nízké úrovni (1,35 promile) a je srovnatelná s nejmúspěšnějšími zeměmi světa, stejně tak jako kojenecká mortalita dosahující pouhých 2,6 promile v roce 2012.

Graf 2 Narození podle průběhu porodu



Zdroj: ÚZIS ČR, 2012. Rodička a novorozenec

Graf 3, tab. 14 Perinatální a novorozenecká mortalita v ČR, 2006–2012



Zdroj: ÚZIS ČR, 2012. Rodička a novorozenec

12 Rodičovství

12.1 Partner a těhotenství

Vágnerová již v roce 2000 upozornila na trend, který je pro dnešní mladou generaci typický, mít méně dětí a mít je později. Tento trend je ovlivněn sociální pozicí a úrovní vzdělání. Získání co nejvyššího vzdělání, vybudování si profesní pozice, dosáhnout ekonomického zázemí je pro tyto mladé lidi prioritou. Oba partneři jsou zralejšími a zodpovědnějšími ve vztahu k těhotenství a posléze k rodičovství.

Ať už je těhotenství plánované, dlouho očekávané, či ne, vždy se změní mezilidské vztahy nejen mezi budoucími rodiči, ale i uvnitř celé rodiny. I v případě dlouhodobě plánované gravidity při oznámení této skutečnosti může počáteční radost a vzrušení vystřídat pocit nejistoty, obav z toho, jak naruší přítomnost dítěte jejich vztah a navyklý režim. Jak se bude těhotenství vyvíjet, zda bude vše v pořádku. Rodiče, kteří očekávají narození druhého dítěte, přemýšlí o tom, jak bude přijat nový přírůstek do rodiny od sourozence, jak oni sami budou dělit svou lásku mezi své děti. Tyto okolnosti mají vliv na celkové prožívání osobní pohody a určují míru kvality života těhotné ženy. Reakce partnerů - otců - na těhotenství jsou samozře-

jmě individuální. Přesto skutečnost, že těhotenství bylo plánované a dlouhodobě chtěné a očekávané, hraje podstatnou roli. Partner nebývá tak zaskočen, jak tomu většinou je u neplánovaného a nechtěného těhotenství. Chce se nějak aktivně podílet a zapojit se do nové životní situace. V naší kultuře nenahlížíme na těhotenství a porod jako na výhradně ženskou záležitost. Naši muži jsou již od mala v rodinách i institucionálně vychováni a připravováni na roli otce, která v dospělosti vede k aktivní spoluúčasti a pomoci jak fyzické, tak i emocionální. Pomáhají s organizačními záležitostmi, doprovází svou těhotnou ženu na prenatální vyšetření a chtějí být přítomni např. u ultrazvukového vyšetření. Muž prochází podobným procesem jako jeho těhotná partnerka (Leifer, 2004). Až na to, že nikdy nezažije dítě jako součást vlastního organismu, je pro něho méně reálné, ale stejně jako jeho partnerka projikuje do svých vlastní představ a přání např. podobu či pohlaví dítěte.

V současné době není výjimkou svobodný otec a to i v případě plánovaného těhotenství. S tím opět souvisí jeho aktivní podíl, zájem na těhotenství partnerky a finanční odpovědnost. Často bývá těhotenství i důvodem pro legalizaci dlouholetého vztahu manželstvím. Tradiční pohled na roli budoucího otce je, že se nedoceňuje význam adaptace otce na těhotenství své partnerky a přeceňuje se význam sociální opory těhotné ženě. Podle Matějčka (1989) znamená početí dítěte pro muže potvrzení své mužské identity, zplození potomka. Stejně jako žena, i muž takto naplní obecně proklamované společenské očekávání.

U některých těhotných žen může převládnout obava, že vlivem tělesných těhotenských změn (hmotnostní přírůstek, zvětšující se objem břicha) přestanou být pro svého partnera sexuálně přitažlivé, nebo naopak z důvodu obav o těhotenství samy odmítají pohlavní styk. Obě tato jednání mohou vést k tomu, že se svému partnerovi začnou vzdalovat, izolují se a ne všichni muži dokáží tyto změny akceptovat a tolerovat. Takovýto dlouhodobý stav může vést až k rozpadu vztahu, nepřekonají-li to po narození dítěte. Ideální vztah ani ideální partner či partnerka neexistují. Podléhají-li partneři falešné představě a očekáváním, obyčejně si s sebou přináší do vztahu problémy, které těhotenství může zviditelnit, zhmotnit a znásobit. Těhotenství prověří pouto vzájemné odpovědnosti, důvěry a lásky mezi partnery (Havlíková, in Roztočil 2008).

12.2 Mateřství

Mateřství je pro ženu komplikovaným, časově náročným, ale emočně a seberealizačně plnohodnotným obdobím. Role matky je pro mladou ženu nejvýznamnější zejména v prvních letech dítěte a teprve později, v kontextu s postupnou emancipací dítěte, se mladá žena začíná

vyrovnávat i s dalšími psychickými potřebami týkajícími se jejího osobního soukromého a profesního rozvoje a plně je uspokojovat.

Mateřství je zahájeno po porodu obdobím šestinedělí (*puerperium*), které Roztočil (2008, s. 127) popisuje slovy, že „jde o takovou malou nomenklaturně - numerickou českou specialitu, jejíž počátek začíná porodem placenty“. Roztočil (2008) se přiklání k názoru, že tzv. 4. doba porodní je již součástí šestinedělí. Během tohoto období dochází k postupnému návratu těhotensky změněného organismu ženy (anatomických a funkčních změn) do fyziologického stavu jako před otěhotněním. Ukončení většiny změn proběhne do 6 týdnů po ukončení těhotenství či porodu. Změny v kardiovaskulárním systému a psychické změny mohou přetrvávat i několik měsíců. Těhotenství a porod poznamená ženu po její tělesné i psychické stránce velmi rozsáhlými změnami, a proto k úplnému návratu do jejího původního stavu jako před otěhotněním již nedochází. Na ženském těle je pak možné prokázat charakteristické změny, které dokládají skutečnost, že žena porodila. Trvalé změny jsou nejen tělesného, ale i psychosociálního rázu (Rokytová in Čech a kol., 2006; Roztočil, 2008; Zwinger a kol., 2004).

Někteří autoři (např. Čech a kol., 2006) dělí šestinedělí na časně šestinedělí, které trvá 7 dní a na pozdní šestinedělí, ve kterém dochází k ukončení involučních změn. Nejvýraznější změny se týkají reprodukčních orgánů, zvláště dělohy, komplexně se tyto změny nazývají involuce.

Děloha se zmenšuje, své původní velikosti nabyde přibližně do půl roku po porodu. Endometrium se po odloučení a porodu placenty do třech dnů rozvrství na povrchovou a bazální část. Povrchová vrstva nekrotizuje a dochází k jejímu odchodu spolu s krví a lymfatickou tkání ve formě tzv. očistků (lochií). Z děložní sliznice zůstává pouze bazální vrstva, ze které regeneruje nová sliznice (endometrium). Tzv. zavínování dělohy se sleduje měřením děložního dna (fundus), který bezprostředně po porodu sahá mezi pupek a horní okraj spony stydké. Do 24 hodin po porodu vystoupá k pupku a pak každý den poklesne přibližně o jeden prst. Do 10 dnů po porodu nebývá již děložní fundus hmatný. Děložní hrdlo, které je těsně po porodu oteklé, překrvené a průchodem plodu lacerované, již za 18 hodin po porodu nabývá předporodní cylindrický tvar, ale zevní branka získává trvale štěrbinovitou podobu¹⁰ (Zwinger, 2004, Roztočil 2001).

Pochva se během porodu extrémně rozšiřuje, k návratu dochází během 3 týdnů, ale již nezíská svou původní pružnost, reliéf hymenu se porušuje a z carunculae hymenales zůstávají po porodu vroubkovité zbytky hymenu tzv. caruncuale myrtiformes. Do původního stavu a

¹⁰ Kulovitý tvar zevní branky mají ženy, které nerodily (tzv. nulipary).

uložení se dostávají i děložní přívěsky, které klesají zpět do malé pánve. Po porodu se snižuje prokrvení zevních rodidel, mizí jejich zvýšená pigmentace, zmenšují se či se ztrácí případné varikózní pletence na vulvě. Svaly dna pánevního získávají opět tonus a diafragma urogenitale a diafragma pelvis, které se výrazným způsobem při porodu roztahují a ovlivňují prostoplodu, se vrací do původní polohy. Stejně působí i svalstvo hráze (*mm. perinei*), hráze v důsledku porodu bývá oteklá, může dojít k různému stupni spontánního poranění či provedení epiziotomie, obvykle po jejich ošetření velmi rychle dochází k obnovení svalového tonusu a k zahojení poranění, hojí-li se tzv. per primam¹¹. Někdy může dojít k oslabení svalového dna pánevního, což později vede k sestupu rodidel, k možné močové inkontinenci. Tomu je možné předcházet posilováním svalového dna pánevního již během těhotenství a následně v šestinedělí (Čech a kol., 2006; Zwinger a kol., 2004, Roztočil, 2001).

Další změny se týkají extragenitálních orgánů a celkového organismu ženy. Jedná se o změnu v kardiovaskulárním systému, v těhotenství byl zvýšený objem vaskulární tekutiny o 35 %. Po porodu dochází ke zvýšenému venóznímu návratu k srdci, díky němuž dochází k hemodiluci a zvýšené diuréze. Ta spolu s poporodní krevní ztrátou rychle vede k poklesu objemu cirkulující krve a ke snížení srdečního výdeje o 35 %, za přípustné hodnoty se považuje bradykardie do 50 úderů za minutu, přičemž hodnoty krevního tlaku by měly zůstat nezměněné. Změny, které se týkají krevního a hemokoagulačního systému jsou vyjádřeny leukocytózou, přičemž jsou obvykle sniženy počty lymfocytů. Po porodu je zvýšená aktivace hemokoagulačního systému, vyšší hodnoty fibrinogenu přetrvávají až týden po porodu a nedělkou tak bývají ohroženy tromboembolickými komplikacemi.

Uropoetický systém je často ohrožen infekcí z reziduální moči, která v důsledku překrvené a edematózní sliznice močového měchýře na jedné straně, zvýšenou diurézou doprovázenou útlumem nucení na moč na straně druhé.

Funkce gastrointestinálního traktu se po porodu normalizují, upravuje se střevní motilita, upravuje se acidita žaludeční šťávy. Pozitivní změnou, která je vítaná téměř každou ženou, je úbytek hmotnosti. Okamžitě vlivem porodu žena ztratí na váze kolem 6 kg, v průběhu zvýšené diurézy žena ztrácí další 3-4 kg. Na konci šestinedělí by měla žena dosáhnout stejné váhy jako před těhotenstvím, v odborné literatuře je uváděn, že k tomuto výsledku dospěje pouhých 28 % žen. Záleží na velikosti hmotnostního přírůstku, na tělesné aktivitě, na dietní úpravě stravy, která musí být doplňována dostatečným množstvím tekutiny, vzhledem ke ko-

¹¹ Předpokladem je dodržení aseptického přístupu sešití rány, s přesnou adaptací a přiložením okrajů, rovněž zvýšená hygienická péče v šestinedělí.

jení. Přiměřená tělesná aktivita nemá negativní vliv na kojení. Kojení relativně ovlivňuje snižování tělesné hmotnosti, ale velmi málo a je tedy nutné doplnit jej cvičením.

Nejvýraznější změny se dějí v oblasti endokrinního systému. S porodem placenty dojde k poklesu placentárních hormonů, rychle klesají i hodnoty estrogenů a progesteronu a narůstá hladina prolaktinu. U kojících žen jsou jejich hladiny závislé na frekvenci kojení; dochází-li k jejímu snížení, obnovuje se sekrece folikulotropního hormonu (FSH) a luteotropního hormonu (LH). Do konce šestinedělí se normalizují hodnoty hormonů štítné žlázy a nadledvin.

Ranné mateřství je spojováno s kojením, které je nejpřirozenější a nejdokonalejší stravou novorozence. Mateřské mléko má optimální teplotu, obsahuje všechny důležité složky pro růst a vývoj novorozence jakými jsou mléčné proteiny (kasein, laktalbumin, laktoglobulin), laktózu, mastné kyseliny, vitamíny (kromě vitaminu K), ionty (K, Na, Cl, Ca, Mg, P), protilátky. Mléko se tvoří v alveolách mléčné žlázy, na vývoji mlékovodného aparátu se podílí již v těhotenství laktogenní komplex hormonů - estrogenů, progesteronu a placentárního laktogenu, hypofyzárního prolaktinu, kortizolu a inzulínu.

Kojení má velký význam pro dítě nejen z důvodů nejvhodnějšího způsobu výživy, ochrany před infekčními nemocí, prevencí před neinfekčními chorobami, ale i z hlediska tělesného kontaktu s matkou, To vytváří a upevňuje citové pouto, působí kladně na psychický rozvoj, vývoj centrálního systému a jeho funkcí. S tím úzce souvisí i význam pro matku, kdy v počátku napomáhá zavinování dělohy, má protektivní účinek stran osteoporózy, rakoviny prsu a vaječníků. Samotný akt kojení přináší většině žen velmi příjemné pocity uspokojení a psychické pohody. Nezanedbatelnou výhodou je jeho snadná dostupnost (bez náročné přípravy a finančních výdajů - mléko je sterilní a přiměřeně teplé). Avšak názor, že plné kojení je přirozenou antikoncepční metodou, je v současné době překonaný (Valová in Roztočil a kol., 2008).

Vágnerová (2000) také podtrhuje důležitost období těsně po porodu pro rozvoj mateřského chování. Za následek mateřského chování jsou považovány hormonální změny, které vyvolávají charakteristické projevy. Toto chování je podporováno a dále stimulováno kontaktem s novorozencem. Matka dítě pozoruje, komunikuje s ním, opatruje jej, přebaluje a krmí ho. Dostatečně senzitivní matka brzy pochopí potřeby svého dítěte, dokáže je odlišit a rozpoznat. „*Raný kontakt s dítětem usnadňuje vytvoření citového vztahu a porozumění dětským projevům.*“ (Vágnerová, 2000, s. 352)

V současné době patří ke standardnímu postupu ošetření novorozence po porodu jeho přiložení k prsu matky okamžitě po porodu často ještě před přestřížením pupeční šňůry a následně do 30 minut po jeho ošetření na novorozeneckém či porodnickém boxu.

Vágnerová (2000) připomíná, že role matky je sice obecně společností vysoce ceněna, ale že právě proto bývá až nerealisticky pojímána: „*Standardní pojetí dobré matky zahrnuje představu, že matka má být ve své roli jednoznačně šťastná a její dítě, i péče o ně, ji má naplňovat pouze pozitivními city.*“ (Vágnerová, 2000, s. 352)

Mateřství s sebou přináší mnohé problémy a starosti. Není tedy správné, pokud je role matky idealizována společností a od ženy se očekávají jen pozitivní a radostné zkušenosti s péčí o novorozené dítě. Narození dítěte je přijímáno pozitivně i negativně. Záleží i na okolnostech souvisejících s těhotenstvím a jeho prožíváním, s porodem, s naplněním očekávání, se schopností adaptovat se na novou roli, s akceptací dítěte partnerem, s potvrzením a upevněním partnerského vztahu. Nejzásadnější změna životního stylu a vzájemného vztahu bývá přisuzována narození prvního dítěte. Spolu s mateřskou rolí musí být žena schopna jednotlivé role profesní, rodičovskou i roli manželky /partnerky harmonizovat a zvládnout jejich zátěž (Vágnerová, 2000).

13 Shrnutí dosavadních výzkumů o kvalitě života v těhotenství

Problematicke kvality života jsme se zatím věnovali spíše v obecné rovině, o specifické kvalitě života žen v období těhotenství jsme se zmínili v souvislosti s metodologií v oblasti kvality života s podrobnější charakteristikou vybraných výzkumných metod zjišťujících kvalitu života. Můžeme tedy po kapitole, která seznamuje s fyziologickým těhotenstvím, přejít na probíhající výzkum v oblasti kvality života související s tímto obdobím podrobněji a komplexněji.

Těhotenství, jak již bylo zmíněno, je zvláštní stav, který není ani nemocí, ani normálním zdravotním stavem ženy. Forger a kol. (2005, s. 1494) připomíná, že v průběhu těhotenství dochází k hormonálním a orgánovým změnám, které ovlivňují tělesné funkce a občas i celkovou pohodu těhotné ženy. Důsledkem bývá změna kvality života těhotné ženy. Tvrdí dokonce, že u zdravých těhotných žen mohou negativní aspekty tělesných obtíží vyvolaných těhotenstvím převažovat, kdežto těhotné ženy, které již před těhotenstvím trpěly chronickými tělesnými obtížemi (způsobenými např. rheumatoidním onemocněním), se soustředí spíše na pozitivní aspekty nastávajícího mateřství.

Výzkumy zabývající se kvalitou života zdravých žen v období těhotenství, mateřství jsou u nás spíše vzácností (Záhumenský, 2010). V domácí literatuře nalezneme studie, které

se týkají dopadu určitého onemocnění na těhotenství v rámci prenatalní péče a při hospitalizaci složitějších případů v souvislosti s rizikovým či patologickým těhotenstvím, ale bez konfrontace s kvalitou života. Setkáme se se studii, které jsou zaměřené na kvalitu zdravotní péče během prenatalního screeningu a na psychosociální problémy v těhotenství, ale rovněž bez odkazu na kvalitu života. Jinými slovy kvalita života - pokud vůbec byla zmíněna ve spojitosti s těhotenstvím - tak téměř vždy pouze okrajově a těžiště výzkumu spočívalo v konkrétním přidruženém onemocnění.

Nejblíže tématu byla Baďurová (2005), která zjišťovala vliv životních událostí, vnímané sociální opory, somatických obtíží a nemocí jako prediktorů prenatalní mateřské anxiety a deprese. Výzkumný soubor tvořilo 1426 žen evropské etnické příslušnosti a s předpokládanou dobou porodu od 1. 3. 1991- 30. 6. 1992 (jednalo se o evropskou studii ELSPAC). Výzkumnou metodou byly prenatalní dotazníky rozeslané těmto ženám ve 20. týdnu gravidity. Ženy vyplňovaly dotazník „Životní události“ se 41 položkami nepříjemných událostí speciálně navržený pro studii ELSPAC (Dragonas, Thorpe, Holding, 1989), dotazník „Vnímaná sociální opora“ s deseti položkami opět speciálně navržený stejnými autory pro studii ELSPAC. Dále byl použit dotazník „Zdravotní symptomy v těhotenství“ tvořený 18 položkami, „Škála deprese“ - *The Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), „Adaptovaná škála anxiety“ - ta vycházela z původní škály *The Crown-Crisp Experiential Index* (CCEI) autorů Crowna a Crispa (1979), posledním nástrojem byl dotazník „Finanční potíže“ s 5 položkami. Proměnnými charakteristikami byly např. věk, finanční potíže, zdravotní symptomy, životní události, vnímaná sociální opora, depresivní symptomy, anxiózní symptomy, provdaná, zaměstnání, deprese v historii, deprese u rodičů, plánované těhotenství. Studie prokázala vysoký výskyt anxiózních symptomů u 44,7% žen, s čímž souvisí velká pravděpodobnost diagnostikování anxiózní poruchy. Intenzitu anxiózních symptomů bylo možné předvídat u primigravidních žen z počtu životních událostí, z množství těhotenských symptomů a vyšetření, vnímané sociální opory a z finančních obtíží. Regresní analýza v této studii odhalila pouze 3 nejsilnější predikční faktory pro výskyt depresivních symptomů, a sice počet životních událostí, vnímanou sociální oporu a počet zdravotních symptomů během těhotenství (typických pro první trimestr). Korelační analýza potvrdila nejsilnější vliv počtu životních událostí a naopak málo významný vliv rodinného stavu a zaměstnání.

Ke zvýšení pocitu spokojenosti v období těhotenství vede v současné době již prokázaný pozitivní vliv psychoprophylaktické přípravy ženy k porodu. Spokojenost těhotných a rodiček v současnosti je dána možností svobodné volby lékaře během prenatalní péče, svobodné volby porodnického zařízení. Riziko konkurence odstranilo negativní zkušenosti žen s

necitlivým přístupem zdravotnického personálu, nedostatečnou informovaností stran zdravotnického personálu (Baďurová, 2005).

O něco příznivější situace je v zahraničí (Torkan et al, 2009; Hill et al, 2006; Symon et al, 2003). Zahraniční studie zabývající se kvalitou života v porodní péči např. Symon (2003) člení výzkumy do 5 skupin podle toho jakou úlohu kvalita života, jako proměnná v jednotlivých výzkumech hrála:

1. explicitně hodnotí kvalitu života v této oblasti;
2. používají širší odhady zdraví jako indikátoru kvality života;
3. porovnávají kvalitu života s konkrétním výsledkem těhotenství u konkrétních skupin pacientek;
4. identifikují možnosti těhotenství jako výsledek měření a z toho vyvozují zlepšení kvality života;
5. podávají přehled nebo komentují těhotenství a porod a identifikují kvalitu života jako hlavní znak.

V rešerši zahraniční literatury jsme našli 56 článků v SilverPlatter MEDLINE, které se týkaly těhotenství a faktorů, které ovlivňují jeho vývoj, prožívání a z obecného hlediska i kvalitu života, přestože ta nebyla vždy hlavním cílem výzkumu. Studium těchto zahraničních pramenů potvrdilo, že zájem badatelů se zatím soustřeďuje na obtíže, problémy, na patologické aspekty těhotenství, které negativně ovlivňují kvalitu života těhotných žen. Zahraniční badatelé zkoumali kvalitu života u těhotných žen ve spojitosti s negativními projevy těhotenství, např. s různou mírou závažnosti nauzei a zvracení (Lacroix, Eason, Melzack, 2000; Sherman, Flaxman, 2002; Attard, Kohli, Coleman, 2002; Koren, Boskovic, Hard et al 2002; Magee, Chandra, Mazzotta et al 2002; Koren, Maltepe, Navioz et al 2004; Lacasse, Rey, Ferreira, Morin et al 2008). Studovali, jak kvalitu života ovlivní konkrétní onemocnění matky, např. gestační diabetes (Rumbold, Crowther, 2002 in Symon, 2003), epilepsie (Kaneko, 1998 in Symon, 2003), vrozená srdeční vada (Simko, Mc Ginnis, 2003 in Symon, 2003), transplantace ledviny (Morita et al 1996; Miniero et al 2002 in Symon, 2003). Daleko méně pozornosti bylo zatím věnováno vztahu mezi normálním, fyziologickým průběhem těhotenství a kvalitou života žen v tomto období.

V následujícím textu jsou prezentovány vybrané původní a přehledové zahraniční studie, které jsou rozděleny do tří základních oblastí výzkumu kvality života těhotných žen podle zaměření na somatické, psychické (psychosociální) a sociální (socioekonomické) faktory. V tabulkách č. 14, 15 a 17 jsou jen některé z těchto vybraných studií podrobněji popsány jed-

notnými hledisky (autor, rok, stát; charakteristika zkoumaného vzorku, použitá metoda, proměnné, výsledek)

13.1 Somatické faktory ovlivňující kvalitu života těhotných žen

1. V roce 2000 Lacroix, Eason a Melzack zkoumali problematiku nauzei a zvracení během těhotenství pomocí prospektivní studie týkající se frekvence, intenzity a charakteru potíží. Výsledná data prokázala, že nauzea, kterou trpí těhotné ženy, se podobá svým charakterem a intenzitou nauzei, kterou trpí pacienti podstupující chemoterapii.
2. Sherman a Flaxman (2002) zase podpořili teorii, že normální míra nauzei a zvracení v těhotenství (vyjma hyperemesis) chrání těhotné ženy a jejich embrya před škodlivými látkami v jídle, zvláště před patogenními mikroorganismy a toxiny v silně aromatizovaných rostlinách. Názor, že nauzea a zvracení je dokladem spíše správné funkce mateřského imunitního systému než tělesné poruchy, může těhotné ženy uklidnit a apelovat tak na zdravotnické profesionály ve smyslu rozvoje prostředků minimalizujících tyto nepříjemné symptomy.
3. Zátěž vyvolanou silnou nauzeou a těhotenským zvracením v Kanadě měřili v roce 2002 Attard, Kohli, Coleman, S. et al Cílem šetření bylo určit rozsah vlivu nauzei a zvracení na kvalitu života žen, na jejich schopnost fungovat v běžném životě a potřebu služeb zdravotní péče. Výsledky potvrdily, že nauzea a zvracení v těhotenství významně redukuje kvalitu života.
4. Koren, Boskovic, Hard, M. (2002) srovnávali hodnocení stupně nauzei a zvracení v těhotenství mezi generickým nástrojem a nově vytvořeným specifickým nástrojem. Srovnání nakonec prokázalo, že použití nově vytvořeného specifického dotazníku je snazší a efektivnější.
5. Další kanadští vědci Magee, Chandra, Mazzotta et al (2002) se zaměřili na vývoj nástrojů k měření HRQL a nauzeou, zvracením v těhotenství. Vytvořili dotazník, který obsahuje specifické, významné a postižené oblasti kvality života u žen s nauzeou a zvracením, pro účely rutinního screeningu v klinické praxi.
6. Problematice nauzei a zvracení se věnovali také Koch a Frissora (2003), kteří došli k závěru, že téměř 80% těhotných žen trpí nauzeou v prvním trimestru těhotenství.
7. Cílem autorů Quinlan a Hill z Floridy (2003) bylo určit a popsat faktory, které působí u 80% těhotných žen v prvním trimestru těhotenství nauzeou a zvracením. Za možnou příčinu je považován i *Helicobacter pylori*. Autoři zároveň popisují etiologii a patofyziologii tě-

- hotenského zvracení, diferenciální diagnostiku a hodnocení, vliv na stav matky a plodu a dodávají kompletní přehled možné prevence, nefarmakologické léčby a farmakoterapie.
8. Koren, Maltepe, Navioz et al (2004) se zaměřili na nauzeu a zvracení jako na nejběžnější stav v těhotenství, účelem bylo posoudit přesnost výpovědí těhotných žen o jejich symptomech.
 9. Další autorkou zkoumající tuto problematiku je Laneová (2007) definovala nauzeu a zvracení jako multifaktoriální stav odrážející se nepříznivě na kvalitě života a zdraví matky i plodu. Ve své práci ověřovala možnosti bezpečné a zároveň dostupné léčby.
 10. Lacasse, Rey, Ferreira, Morin et al (2008) ověřovali validitu modifikovaného specifického nástroje PUQE vytvořeného k posouzení stupně závažnosti nauzei a zvracení v těhotenství v prvním trimestru ku 12 hod. PUQE indexu do té doby ověřeného a používaného, který zahrnuje příznaky nauzei a zvracení v těhotenství (NVP-Nausea Vomiting Pregnancy) předcházejících 12 hod. Autoři v prospektivní studii porovnávali výsledky dotazníků 12 hod. PUQE, SF-36 QOL a modifikovaného dotazníku PUQE.
 11. Kvalitu života u těhotných žen ovlivněnou zvýšenou aktivitou dráždivého měchýře zkoumali Van Brummen, Bruinse, Van De Pol et al (2006). Vycházeli z faktu, že příznaky zvýšené aktivity močového měchýře jsou v těhotenství běžné. Prokázali, že ženy, které netrpěly únikem moči, nevykazovaly sníženou kvalitu života. Zatímco ženy, u kterých docházelo k úniku moči, pociťovaly snížení mobility a stud, což mělo za následek stres a snížení kvality života.
 12. Olsson, a Nilsson-Wikmar (2004) studovali vliv bolesti zad a fyzické schopnosti na kvalitu života u těhotných žen. Vycházeli ze skutečnosti, že ačkoli je bolest zad v pozdním těhotenství velmi frekventovaný problém, je velmi málo známo o jejím dopadu na kvalitu života těhotných žen. U žen s bolestí zad vyšla nižší kvalita života v porovnání s publikovanými daty zdravých netěhotných žen. Během těhotenství má každá druhá žena zkušenosti s nějakým stupněm bolesti zad či pánve. Zatímco k hodnocení bolesti zad u běžné populace existuje několik validních nástrojů, ty ale nejsou vhodné pro použití u těhotných žen. Populace těhotných žen se liší od běžné populace s ohledem na typ bolesti zad, častěji pánevního pletence. Těhotné ženy mají i odlišné vzorce mobility a očekávání.
 13. Van De Pol, De Leeuw, Van Brumen et al (2006) získali na základě analýzy osobních výpovědí specifický obraz pro těhotnou populaci. Na jeho podkladu vytvořili index mobility v těhotenství (PMI), který se ukázal být spolehlivým a platným hodnotícím nástrojem.

Tab. 14 Přehled vybraných studií zaměřených na somatické faktory ovlivňující kvalitu života těhotných žen a těhotenství

Č.	Autoři	Zkoumaný vzorek	Metoda	Proměnné	Výsledek
1.	Lacroix, R., Eason, E., Melzack, R. (2002, Kanada)	160 těh. žen Věk 21-39 Parita – 0; 1; >1	McGill Nausea Questionnaire	Gestační stáří Věk Parita Stav Rodinný příjem Vzdělání Etnikum Zaměstnání Možnosti léčby Nauzea Zvracení	Prevalence nauzei – 74 %, trvání v průměru 34,6 dní; zvracení - 37,5 %, 1,8 % ranní zvracení, 80 % zvracelo celý den; nejvyšší prevalence – 11. t. t.; Vážnost vrcholí - od 11. -13. t. t.; ústup a úplné zbavení se potíží u 90 % žen ve 22. t. t. Významný vztah mezi třemi proměnnými: nízkým stupněm vzdělání, středním až nízkým příjmem a částečným pracovním úvazkem.
2.	Sherman, P., W, Flaxman S., M (2002, USA)	5432 těh. žen s těh. averzí 6239 těhotných žen s těhotenskými chutěmi (vyloučení hyperemesis)	Polostruktur. rozhovor	Maso Nealkoholické nápoje Zelenina Alkoholické nápoje Kořeněná jídla Mléčné výrobky a zmrzlina Sladkosti a čokoláda Vlákniny Ovoce Nauzea Zvracení	Neprokázal se vztah mezi nauzeou, zvracením a nepříznivým výsledkem těhotenství (potrat, předčasný porod, nízká porodní váha nebo VVV). Nekomplikovaná nauzea a zvracení není nemoc, ale přirozený fenomén, jenž je normální součástí fyziologického těhotenství.
3.	Attard, C. L., Kohli, M., A., Coleman, S. (2002, Kanada)	174 těh. žen Průměrný věk 29,8 89% vdaných, 49% nejméně jedno dítě, Průměrné gestační stáří 10,8 t. t.	Rhodes Index SF - 36	Nauzea Zvracení Zaměstnání Pracovní neschopnost Tělesné funkce Fyzické role Tělesná bolest Zdravotní stav Vitalita Sociální funkce Emoční role Mentální zdraví	80 % žen trpí nauzeou i zvracením, (13%střední potíže, 20% mírné potíže 55% vážné potíže) Všech 8 oblastí SF-36 bylo omezeno. NVP snižuje kvalitu života.
4.	Koren, G., Boskovic, R., Hard, M. et al (2002, Kanada)	195 těh.žen	Rhodes index Mothersrisk PUQE scoring system	Délka NVP Epizody NVP Počet NVP Stav Etnikum Vzdělání	Oba nástroje poskytují stejné výsledky, PUQE je jednodušší, klinicky relevantní a snadno vyplnitelný skórovací

					cí systém.
5.	Magee, L., Chandra, K., Mazzotta, P. et al (2002, Kanada)	500 těh.žen Průměrný věk 31±4,5 , Průměrné gestační stáří 9,4 ±2,6 t.t. 72 % multipary	NVPQOL Questionnaire	Etnikum Stav Vzdělání Kouření Alkohol Zaměstnání Tělesné příznaky (nauzea) Nepříznivé faktory (zvracení, snížená chuť k jídlu, sucho v ústech) Únava Emoce Omezení	Nově vytvořený dotazník obsahující 4 domény kvality života se 30 polož- kami souvisejícími s vážností nauzei a zvracení v těhotenství (jeho vyplnění zabere 10 min.)
8.	Koren, G., Mal- tepe, C., Navi- oz, Y. et al (2003, Kanada)	200 těh.žen	PUQE skóre	Nauzea posledních 12 hod. Zvracení posledních 12 hod. Well-being	Druhé dotazování s odstupem 6 týdnů vykazovalo význa- mně horší symptomy NVP než při prvním dotazování
10.	Lacasse, A., Rey, E., Ferrei- ra, E., Morin, C. et al (2008, Kanada)	287 těh. žen Věk ≥18 let Gestační stáří ≤16 t. t. Průměrný věk 32±4,6 let Průměrné gestační stáří 11 ±1,7	12 hod. PUQE SF-36 QOL Modifikovaný PUQE index	Věk Etnikum Zdravotní pojištění Zaměstnání Vzdělání Rodinný příjem Komorbidity Nefarmakolog. léčba Farmakoterapie Gravidita BMI Tělesná kvalita života Mentální kvalita života	Modifikovaný PUQE test se ukázal být v I. trimestru pro zachycení vážnosti nauzei a zvracení ještě před léčbou citlivější, přesnější než 12 hod. PUQE a byl signifikantně spojován s nižší tělesnou a mentální kvalitou života SF- 36
11.	Van Brummen, H. J., Bruinse, H. W., Van De Pol, G. et al (2006, Holand- sko)	474 těh.žen Primipary	Urogenital Distress Inven- tory (UDI) Incontinence Impact Questio- naire (IIQ)	Inkontinence Urgentní močový měchýř Tělesné funkce Emocionální funkce Sociální funkce	Ve 12. t. t., ženy s únikem moči měly vyšší skóre ve všech oblastech IIQ oproti těm, které neměly zvýšenou aktivitu m. m. Skóre QOL bylo nízké, naznačující omezení životního stylu.

12.	Olsson, C., Nilsson-Wikmar, L. (2004, Švédsko)	160 těh. žen Gestační stáří: 34. - 37. t. t.	Ratings of pain intensity Disability Rating Index (DRI) Nottingham Health Profile (NHP)	Věk Délka gestace Stav Zaměstnání Cvičení Předchozí bolesti zad Předchozí těhotenství Bolesti zad během předchozího těhotenství Bolesti zad vztahující se k těhotenství Emoční reakce Spánek Energie Bolest Tělesná mobilita Sociální izolace Domácí práce Rodinné vztahy Sexuální život Koníčky Dovolená Sociální život	69 žen s bolestí zad 67 žen bez bolesti zad 26% bolest začala před nebo během 24. t. t. 74% začátek později ve III. trimestru. Signifikantní rozdíl byl mezi skupinou s bolestí zad a bez bolesti zad. Významně více bylo žen s předchozími problémy se zády během těhotenství a více žen v pracovní neschopnosti. Nižší HRQL u žen s bolestí zad.
13	Van De Pol G., De Leeuw, J. R., Van Brumen, H. J. et al (2006, Holandsko)	672 nulipar 12 t. t. 36 t. t. 1 rok po porodu	Pregnancy Mobility Index (PMI) RAND-36	Reliabilita Kritéria validity Korelace PMI s RAND-36	Cronbachovo alfa 0,8 nebo vyšší potvrdilo, že PMI je reliabilní a validní nástroj pro měření mobility a bolesti zad během a po porodu.

Závěry studií se shodují na vlivu somatických faktorů na snížení kvality života těhotných žen, zejména jedná-li se o nauzeu a zvracení. Rozcházejí se v míře závažnosti nauzei a jejího vlivu na výsledek těhotenství, stejně tak prokázání vlivu demografických proměnných na intenzitu somatických potíží. Přestože někteří z autorů zvolili generické standardizované dotazníky, další autoři ve svých studiích prokázali efektivnější a snadnější využití specifického dotazníku. Všichni autoři kromě jediné studie použili kvantitativní výzkumnou metodu.

13.2 Psychosociální faktory ovlivňující kvalitu života těhotných žen

1. Luke, Avni, Min et al (1999) se zajímali o vztah zaměstnání a těhotenství, zvláště o roli únavy a domácích prací v prenatalní morbiditě. Zjistili, že mateřská únava významně přispívá k prenatalní morbiditě.
2. Kurki, Hiilesmaa, Raitsalo et al (2000) zkoumali vztah depresí a úzkosti v časně graviditě a vznik preeklampsie. Studie prokázala, že deprese a úzkost v časně graviditě jsou spo-

- jeny se zvýšeným rizikem pozdější preeklampsie a že riziko preeklampsie je navíc zvýšeno, pokud se současně vyskytují jak deprese, tak i bakteriální vaginóza.
3. V roce 2003 Hofberg a Ward se zaměřili na strach související s těhotenstvím a porodem. Teoretická studie zkoumala vztah těhotenství k depresi, k poruchám příjmu potravy, k patologickému strachu z porodu, či porodních bolestí.
 4. Švédové Sjöström, Languis-Eklof, Hjertberg (2004) se zajímali o vnímanou pohodu (well being) u žen během těhotenství a porodu a zkoumali její vztah k integrovanosti osobnosti. Vycházeli z konceptu Antonovského, který popisuje integrovanost osobnosti (*Sense of Coherence*, dále jen SOC) jako významný faktor pro lidské jednání ve stresových situacích (smysluplnost, porozumění situaci a ovladatelnost dění). Výsledky prokázaly, že SOC škála měří míru zvládnání nepředvídatelného procesu (jakým je např. porod). Porodní asistentka může použitím SOC škály, *Health index* (dále jen HI) doplnit subjektivní hodnocení těhotné ženy a identifikovat tak tu ženu, která potřebuje psychosociální oporu během těhotenství.
 5. Neggers, Goldenberg, Cliver et al (2006) se pokusili objasnit existenci vztahu mezi psychosociálním profilem, zdravotními doporučeními a výsledkem těhotenství. Zjistili, že u žen se špatným psychosociálním profilem a trpících depresí v těhotenství se vyskytlo zvýšené riziko porodů novorozenců s nízkou porodní hmotností nebo předčasných porodů.
 6. Depresivní symptomy a kvalitu života související se zdravím v časně graviditě studovali Nicholson, Setse, Hill-Brigset al (2006). Cílem studie bylo odhalit vliv symptomů deprese na kvalitu života mezi různými skupinami žen v časném těhotenství. Dokázali, že ženy s depresivním syndromem v časně graviditě mají nízké HRQL. Takže včasná identifikace a správný management depresivního syndromu by mohl zlepšit jejich pocit pohody, spokojenosti, štěstí a tím i kvalitu života.
 7. Bádání, která se týkala úzkosti (anxiety) a jejího vlivu na předčasný porod, prováděli také Orr, Reiter, Blazer et al (2007).
 8. Littleton, Breitkopf, Berenson (2007) na základě metaanalýzy 50 studií neprokázali vztah mezi příznaky úzkosti a nepříznivým perinatálním výsledkem. Nicméně připustili, že stále existují v literatuře velké mezery v této oblasti.
 9. Leeners, Neumaier -Wagner, Kuse et al (2007) zjišťovali vztah mezi stresem a rizikem vzniku hypertenzního onemocnění v těhotenství. Použili vlastnoručně vytvořený dotazník zahrnující porodnické a psychosociální otázky, na jehož základě byla potvrzena souvislost emočního stresu s rizikem hypertenzní nemoci. Potvrdili význam psychosociálních

intervencí snižujících emoční stres během těhotenství, které mohou pomoci snížit riziko vývoje hypertenzní nemoci.

Tab. 15 Přehled vybraných studií zaměřených na psychické (psychosociální) faktory ovlivňující kvalitu života těhotných žen a těhotenství

Č.	Autoři	Zkoumaný vzorek	Metoda	Proměnné	Výsledek
1.	Luke, B., Avni, M., Min, L. (1999, USA)	213 těh. žen	Rozhovor (16. t. t., 24. t. t., 36. t. t.)-pracovní skóre a domácí skóre	Zdravotní stav Životní styl Domácí příjem Domácí práce Pracovní podmínky Pohotovostní návštěvy Hospitalizace Únava Stres Typický pracovní den Těhotenský výsledek: <i>gestační diabetes, preeklampsie, předčasný porod, porodní váha, císařský řez</i>	Riziko prenatální morbidity, které bylo největší ve 2. trimestru bylo zvýšeno stresem, únavou.
2.	Kurki T., Hiilemaa, V., Raitalo R. et al (2000, Finsko)	623 nulipar s jednočetným těhotenstvím	Finská verze: The short form of the Beck Depression Inventory and anxiety	Věk Kouření Konzumace alkoholu Rodinný stav Socioekonomický stav Bakteriální vaginóza	4,5 % těhotných mělo preeklampsii, v 30 % depresi, v 16 % anxiety. Deprese byla spojována se zvýšeným rizikem pro preeklampsii.
4.	Sjöström, H., Languis-Eklof, A., Hjertberg, R. (2004, Švédsko)	177 těh žen 10. - 12. t. t. 34. - 38. t. t. 8 týdnů po porodu	SOC HI Hospital Anxiety and Depression scale (HADS)	Věk Stav Parita Finanční stav Stupeň komplikací	120 žen ukončilo studii ve 34. -38. t. t., u kterých byl signifikantně horší well-being než ve 12. t. t. a po porodu.

	sko)			Zvládání Psychosociální opora Deprese Anxieta Well-being	Škálu SOC lze využít jako ukazatele zvládání porodu. Mezi anxiétou a depresí se neprokázal významný rozdíl. Žádná demografická data neovlivnila výsledek
5.	Neggers Y., Goldenberg, R., Cliver, S. et al (2006, USA)	3149 těh. žen s nízkým příjmem (Afroameričanky)	28 položková škála negativních a pozitivních vlivů; 11 otázek k životnímu stylu a zdraví v Mateřství	Věk Etnikum Rodinný příjem Sebeúcta Zvládání Starosti Stres Dieta Cvičení Prenatální péče Zubní vyšetření	Nízké skóre v jedné či druhé škále: znamenalo špatný psychosociální či zdravotní stav. Nízký psychosociální stav ženy vykazoval vyšší riziko o 40% předčasného porodu i nízké porodní váhy. Deprese byla jediným významným faktorem s negativním vlivem na nezralost a nízkou porodní váhu novorozence.
6.	Nicholson W. K., Setse, R., Hill-Brigs, F. et al (2006, USA)	175 těh žen Průměrné gestační stáří 14 ±6 t. t.	Depression Scale SF-36 .	Věk Etnikum Gestační stáří Tělesné funkce Tělesné role Tělesná bolest Vitalita Zdravotní stav Sociální funkce Emoční funkce Duševní zdraví	Byla zjištěna 15% prevalence depresivních symptomů. Ženy s depresivními symptomy měly signifikantně nižší skóre HRQL ve všech oblastech, zvláště v tělesných funkcích.
7.	Orr, S. T., Reiter, J., P., Blazer, D., G. et al (2007, USA)	1820 těh žen I. a II. trimestr	Dotazník- Prenatal Social Environment Inventory	Krvácení Léky Zaměstnání Předchozí těhotenství - rizika	Ženy s vysokým stupněm těhotenské anxiety měly významně zvýšené riziko spont. předčasného porodu než ty, u

				Kouření Nízké BMI Psychoprofylaxe Věk Národnost	kteřích byla navržena možnost intervence snížující mateřské obavy a tím i riziko předčasného porodu.
9.	Leeners, B., Neumaier- Wagner, P., Kuse, S. et al (2007, Švýcarsko)	725 těh. žen	Vlastní dotazník - zjišťující porodnickou a psychosociální anamnézu	Věk Vzdělání Gestační stáří Národnost Stres	Emoční stres zvyšuje riziko pro hypertenzní nemoc. Psychosociální intervence redukuje emoční stres a tím i riziko hypertenzní nemoci.

Závěry studií se shodují na vlivu psychosociálních faktorů na kvalitu života. Potvrdily vliv únavy a deprese v těhotenství na prenatální morbiditu, zvýšené riziko vzniku preeklampsie, hypertenzní nemoci, patologického strachu z porodu. Rozcházejí se však v prokázání vlivu úzkosti (anxiety) na nepříznivý perinatální výsledek. I v těchto studiích dominují kvantitativní výzkumné metody - generické dotazníky.

Po roce 1990 v důsledku politických a společenských změn došlo i ke změnám v sociálních rizikových faktorech, které ztěžovaly adaptaci na těhotenství a měly negativní dopad na růst a vývoj plodu. Z pohledu věku a určitého společenského trendu v současné době výrazně klesl podíl extrémně mladých rodiček, na druhou stranu se podstatně navýšil počet starších těhotných a rodičích žen (o věkovém průměru 35 let). Stále narůstá počet těhotenství pomocí umělého oplodnění (IVF). Od roku 1990 došlo k nárůstu svobodných těhotných žen a rodiček; naprostá většina těchto žen není sama, ale žije v trvalém harmonickém partnerském vztahu. Kouření jako sociálně negativní jev narůstá u velmi mladých žen, které ani v těhotenství nepřestávají kouřit. Dalším ještě závažnějším problémem je nárůst podílu těhotných žen narkomanek. Novou rizikovou skupinou se stávají ženy imigrantky z východní Evropy a z Asie. Tyto ženy se vyznačují odlišným životním stylem, přístupem a postojem ke zdravotní péči. Ta se projeví, pokud otěhotní, např. negativním přístupem k prenatální péči. Je u nich prokázáno vyšší procento prematurit a mrtvorozenosti často z důvodu, že se neúčastní prenatální péče (Štembera, 2004).

Srovnáme-li, jak popisuje změnu psychického stavu u zdravého a nemocného jedince Křivohlavý (2002), mohli bychom se pokusit o jistou analogii - za zdravého jedince dosadit netěhotnou zdravou ženu a za nemocného jedince fyziologicky těhotnou ženu (viz tab. 16).

Zjišťujeme, že se pouze ve dvou aspektech srovnání oproti nemocnému liší, a sice v sebedůvěře a v emocích. Je patrné, že změna psychického stavu u zdravé těhotné ženy se do určité míry podobá změně v psychické situaci nemocného, což by mohlo odpovídat všeobecnému postoji hlavně nejbližšímu okolí k těhotné ženě jako k nemocné.

Tab. 16 Změny psychického stavu (modifikovaně podle Křivohlavého, 2002)

Zdravá žena	Zdravá těhotná žena	Nemocný jedinec
Aktivita	Pasivita slouží jako ochrana těhotenství ve smyslu adaptace organismu na tento stav.	Pasivita
Relativní nezávislost	Závislost na partnerovi, na své rodině.	Závislost na druhých lidech
Životní rytmus	Změna navyklého životního rytmu v závislosti na přizpůsobení se těhotenství.	Změna životního rytmu
Sebedůvěra	Zvýšení sebedůvěry v souvislosti s vývojem a prognózou těhotenství.	Snížení sebedůvěry
Sociální interakce	Snížení/změna sociálních kontaktů v souvislosti s pokročilejším těhotenstvím.	Snížení/změna sociálních kontaktů
Životní prostředí	Neznámé prostředí prenatální péče a metody prenatálního screeningu.	Neznámé prostředí
Zájmy	Mění se okruh zájmů, který se zužuje na těhotenství a mateřství	Mění se okruh zájmů
Zvládání problémů	Nemá vypracované strategie zvládání zejména v případě první gravidity.	Nemá vypracované strategie zvládání
Emoce	Pozitivní emoce	Negativní emoce
Časový prostor	Žije převážně přítomností, plánuje většinou až od druhé poloviny těhotenství s ohledem na vývoj a prognózu těhotenství.	Žije přítomností, neplánuje, v některých případech v souvislosti s minulostí bilancuje.

13.3 Socioekonomické faktory ovlivňující kvalitu života těhotných žen

1. Hickey (2000) identifikoval sociální a behaviorální faktory (např. etnicitu, socioekonomické postavení, věk, vzdělání, plánované a chtěné těhotenství, prenatální péči), které by

mohly mít vliv na váhový přírůstek, sociální oporu, depresi, stres, úzkost a vnímanou osobní zdatnost. Vytvořil model cílených intervencí závisející především na určení a charakteristikách sociokulturních, behaviorálních a rizikových faktorů, které by spolu s reprodukčními a výživovými charakteristikami mohly předem určit ženy s neadekvátním prenatálním váhovým přírůstkem.

2. Feldman, Dukel-Shetter, Sandman et al (2000) studovali vliv mateřské sociální opory na porodní váhu a růst plodu v těhotenství. Nízká porodní váha je primární příčinou novorozenecké úmrtnosti a nemocnosti. Vycházeli z předpokladu, že předporodní sociální opora ovlivňuje porodní hmotnost novorozence. Biologické a behaviorální faktory mohou přispět k propojení sociální opory a pozitivně ovlivnit růst plodu.
3. Weck, Paulose, Flaws (2008) stanovili, že různé společenské faktory (rizikové zaměstnání, socioekonomické postavení, nevhodný životní styl, rizikové chování, chronický stres, rasové rozdíly) ovlivňují těhotenství v jeho výsledku, tzn., že mohou vyvolat spontánní potrat, předčasný porod, alteraci vývoje plodu, a tím i dlouhodobě ovlivnit zdraví dětí. Vztah sociálních faktorů a spontánního potratu, předčasného porodu, alterace vývoje plodu je doposud málo znám.

Tab. 17 Sociální (socioekonomické) faktory ovlivňující kvalitu života těhotných žen a těhotenství

Č.	Autoři	Zkoumaný vzorek	Metoda	Proměnné	Výsledek
2.	Feldman P. J., Dukel-Shetter, C., Sandman, C. A. et al (2000, UK)	247 těh. žen Primipary	Strukturovaný rozhovor Analýza lékařské dokumentace po porodu	Rodinná opora Opора partnera Všeobecná opora Sociodemografické charakteristiky Porod Porodnické riziko	Strukturovaná rovnice modelové analýzy ukázala, že faktor latentní sociální opory významně predikuje růst plodu (porodní váhu, délku těhotenství)

Závěry studií se shodují na pozitivním vlivu sociální opory na růst a vývoj plodu a negativním vlivu některých rizikových společenských faktorů na nepříznivém výsledku těhotenství. Závěry se rozcházejí v doporučení obecných preventivních zásahů.

14 Cíle empirické části práce

Disertační práce si klade tyto cíle:

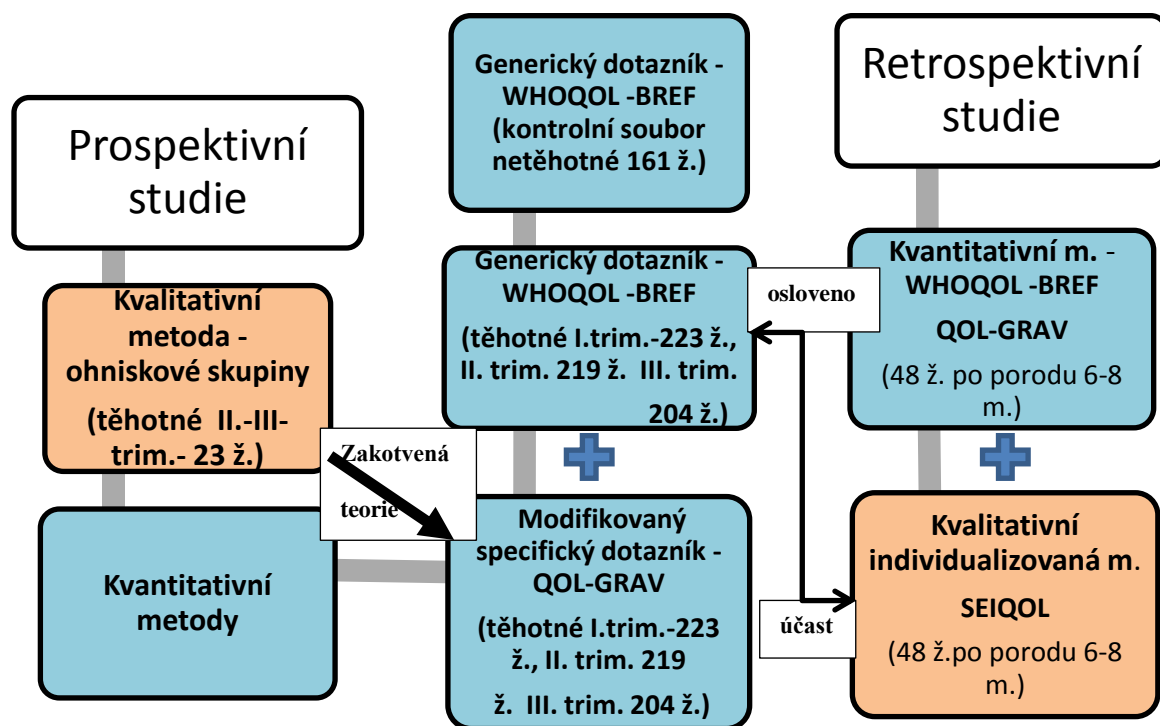
- Vybrat vhodný dotazník, který je používán v zahraničních studiích k diagnostikování kvality života žen v období fyziologického těhotenství, přeložit ho do češtiny a standardizovat jej pro českou populaci.
- Zjistit na základě:
 - prospektivní studie - do jaké míry se mění kvalita života v průběhu těhotenství, k čemu vývoj těhotenství směřuje, zda dochází ke snížení, či naopak ke zvýšení kvality života,
 - retrospektivní studie - proměnu vnímané kvality života v čase od porodu s ohledem na mateřství.
- Ověřit, zda je kvalita života v těhotenství podmíněna vybranými demografickými proměnnými, např. věkem, sociálním zázemím.

14.1 Desing výzkumu

Výzkum probíhal v několika fázích, jednalo se o smíšený výzkum, ve kterém se v kontextu s cíli studie kombinovaly kvalitativní a kvantitativní metody (viz obr. 7). Jednalo se o longitudinální prospektivní a retrospektivní výzkum, který byl zahájen v 12/2008 a poslední data byla sesbírána v 5/2012. Těhotné ženy před zahájením kvalitativní fáze výzkumu podepsaly informovaný souhlas s rozhovorem, stejně tak těhotné ženy, které se účastnily kvantitativní fáze, byly seznámeny s účelem tohoto výzkumu a podepsaly informovaný souhlas s dlouhodobější účastí a opakovaným vyplněním generického a modifikovaného specifického dotazníku v jednotlivých trimestrech a za 6-8 měsíců po porodu (viz přílohy 2, 3)

Kvalitativní i kvantitativní šetření probíhaly jednak v privátních agenturách zprostředkujících prenatalní předporodní kurzy a dále v privátních gynekologických ambulancích v Hradci Králové a v prenatalní poradně Porodnické a gynekologické kliniky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Většina těhotných žen ze zkoumaného souboru rodily na Porodnické a gynekologické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

Obr. 7 Desing výzkumu



14.2 Prospektivní studie - kvalitativní fáze výzkumu

Vzhledem k již uváděným skutečnostem, že jsme zjistili, že neexistuje specifický dotazník diagnostikující kvalitu života žen v období fyziologického těhotenství, zahájili jsme výzkum pilotní studií u vybraného vzorku těhotných žen (ve 2. až 3. trimestru těhotenství) s těmito cíli:

1. zmapovat jejich prožívání změn, které těhotenství přináší a vliv těchto změn na kvalitu života,
2. identifikovat proměnné, které z pohledu žen výrazně ovlivňují kvalitu života v tomto období,
3. získat podklady pro tvorbu dotazníkových položek nového, specifického dotazníku, který by dovolil citlivě zachytit kvalitu života těhotných žen.

Volba souboru těhotných žen závisela na dostupnosti a ochotě: dostupnosti a ochotě porodních asistentek z Hradce Králové zprostředkovat kontakt s těhotnými ženami a dále na ochotě těhotných žen se výzkumného šetření zúčastnit.

14.2.1 Metodika kvalitativní fáze (ohniskové skupiny)

Pro naši výzkumnou sondu jsme zvolili metodu ohniskových skupin. Celkem jsme zrealizovali 7 ohniskových skupin, ale s menším počtem osob, než bývá doporučováno. Maximální počet v jedné ohniskové skupině bylo 5 těhotných žen a minimální počet 3 těhotné ženy.

Ohniskové skupiny probíhaly podle jednotného scénáře a podle fází ohniskové skupiny.

Při zahájení setkání jim byl představen moderátor, roli pomocného moderátora a tichého pozorovatele sehrála jim známá porodní asistentka¹². Po vzájemném představení byly ženy podrobně seznámeny s cílem výzkumu, vyplnily potřebné identifikační údaje a podepsaly souhlas s výzkumným šetřením. Po přečtení základních pravidel společné komunikace byly požádány, aby mluvily každá za sebe s vědomím, že každá z nich může těhotenství prožívat jinak, že v průběhu těhotenství jsou některé potíže normální. Po těchto úvodních formalitách a seznámení s účelem výzkumu nebylo nutné prodlužovat motivační fázi. Každé sezení bylo nahráváno. S nahráváním ženy souhlasily. Diskuse probíhaly v prostředí, které ženy znaly, tzn. v místnosti, v níž se konají speciální kurzy zaměřené na přípravu k porodu.

Téma pro diskusi v ohniskových skupinách znělo: Vliv těhotenství na kvalitu života těhotné ženy. Výzkumná otázka zněla: Jak subjektivní prožívání těhotenství ovlivnilo kvalitu vašeho života?

Nahrávky skupinových diskusí byly přepsány do protokolů. Protokoly byly analyzovány pomocí metody zakotvené teorie (Straus, Corbinová, 1999). Kódy byly systematicky seřazeny a byla provedena jejich kategorizace (viz příloha 4). Mezi jednotlivými kategoriemi a subkategorie na základě axiálního kódování a za pomoci dynamického paradigmatického modelu byla vytvořena spojení, na která navazovalo selektivní kódování a konstrukce kauzálního modelu.

14.2.2 Výsledky kvalitativní fáze

Výzkumný soubor čítal 23 těhotných žen (N=23), jejichž věkový průměr byl 32 let (s=4,95). Nejvíce byly zastoupeny prvorodičky - 15 žen, 6 žen byly druhorodičky a 2 ženy měly rodit potřetí. Délka gestace se pohybovala od 16. týdne gravidity do 39. týdne gravidity; průměrné stáří těhotenství bylo 33. týdnů (s=4,27). Většina zúčastněných žen měla středo-

¹² Poděkování náleží Bc. Janě Bubeníkové a Agentuře domácí péče H. Pekárkové, Ing. Bc. Pavlině Chvátilové, RM a jejímu studiu CORA, PharmDr. Miloslavu Hronkovi, Ph.D a jeho agentuře Zdravis ve spolupráci s Pavlou Čejkovou porodní asistentkou Porodnické a gynekologické kliniky FN HK.

školské vzdělání (17 osob), vysokoškolsky vzdělaných žen bylo 5 a jen jedna žena měla základní vzdělání. Celkem 5 žen byly zdravotní sestry. Všechny ženy uvedly, že žijí ve spokojeném a harmonickém partnerském vztahu. Metodou zakotvené teorie jsme zjišťovali, které změny ženy v těhotenství subjektivně vnímají a jak tyto změny ovlivňují jejich kvalitu života. Z diskuse v ohniskových skupinách se vynořilo šest hlavních okruhů, v nichž dochází ke změnám: 1. tělesné změny, 2. psychické změny, 3. běžný život, 4. rodinný život, 5. role matky, 6. ekonomický status. Identifikovali jsme rovněž ty proměnné (související s kvalitou života), které těhotné ženy vnímaly jako nejvíce ovlivněné těhotenstvím.

Příčinné podmínky všech těchto změn, projevy změn, kontext, v němž se změny uskutečňují, intervenující proměnné, strategie jednání žen a vnímané důsledky změn přibližuje paradigmatický model (viz tab. 18).

Tab. 18 Paradigmatický dynamický model vlivu těhotenství na kvalitu života (Vachková, Mareš, 2012, s. 291)

Příčinné podmínky	Jev	Kontext	Intervenující podmínky	Strategie jednání a interakce	Následky
Tělesné změny	Nauzea, zvracení, bolesti (zad, kloubů, DK) poruchy spánku	Negativní pocity	Prenatální vyšetření - intervence lékaře	Akceptace tělesných změn	„... patří to k těhotenství“
Psychické změny	Únava	Náladovost - konfliktnost - plačtivost - přecitlivělost	Plánované těhotenství	Relaxační techniky	Uvědomění si změn - sebereflexe
	Strach, úzkost	Nepřipravenost - výbušnost - impulsivita - zvýšená agresivita	Neplánované těhotenství	Sociální opora (tolerance partnera)	
Běžný život	Zaměstnání	Význam profese	Udržení pracovní pozice, kontaktů	Dočasnost změn	Změna priorit v hodnotovém systému
	Společenský život	Vyhýbání se společenským prostráním	Zaměření se na domov (pohostinnost)		
	Volnočasové aktivity	Omezení sportovních aktivit	Kompenzační činnost (četba, jazyky, studium)		
Rodinný život	Partnerský vztah	Ovlivnění sexuálního života	Změna životního stylu – „rodinný krb“	Dělba domácích prací a povinností	Upevnění vztahu
	Rodiče	Příbuzenské vztahy		Poskytování rad - rodičovská opora	Vzor rodičovské role
	Kamarádi a přátelé	Jednostranné zaměření komunikace			

Role matky	Odpovědnost Potřebnost	Pozitivní pocity	Patřit někomu a někam (rodinné zázemí)	Vzájemné ob- darování láskou	Harmonické vztahy
				Pochopit rozdíl očekávání a reality	Vychovat dob- rého člověka
				Dát dobrý zá- klad do života	
Ekonomický status	Zvýšení výdajů	Snížení ekono- mického statusu	Preference těho- tenství	Prospěch a potřeby dítěte	Plánování ro- dinného roz- počtu

1. Pokud jde o tělesné změny a jejich negativní prožívání, pak se jednalo v prvním trimestru o potíže související se zažívacím traktem (nauzeou a zvracením, pálením žáhy, zácpou, nechutenstvím, poruchami trávení). Potíže spojené s nauzeou a zvracením udávalo 50 % našich těhotných žen. Další problémy, které ženy udávaly ve druhém a třetím trimestru se týkaly bolesti: bolesti kloubů, zad, ale i bolestivé vnímání pohybů plodu, křeče dolních končetin. V našem výzkumu si těhotné ženy stěžovaly také na poruchy spánku a na dechové potíže. Celkově lze říci, že u žen s neplánovaným těhotenstvím byly negativní somatické prožitky intenzivnější, než u žen s plánovaným těhotenstvím.

Je však třeba upozornit, že téměř polovina zkoumaných žen našeho souboru tělesné potíže negovala a somatické změny související s těhotenstvím dokonce hodnotila pozitivně, např. váhový přírůstek. Z rozhovorů vyplynulo, že těhotné ženy jsou schopné akceptovat tělesné změny a s nimi spojené problémy a potíže (např. změna tělesného schématu v našem výzkumném souboru nebyla problémem). Samy aktivně napomáhají adaptaci organismu změnou životosprávy.

2. Míru pocíťované únavy v našem souboru (především v prvním trimestru) ovlivňovala skutečnost, zda se jednalo o plánované či neplánované těhotenství. Ženy našeho souboru méně často zmiňovaly psychické potíže typu strach, úzkost, přecitlivělost, plačtivost, poruchy soustředění a výbušnost.

Třetina žen psychické změny popřela úplně a třetina žen zastřela mírné negativní pocity pozitivním laděním a pocity štěstí. Všechny těhotné ženy si byly vědomy změn v psychice, dokázaly tyto změny reflektovat a ocenily oporu v tolerantním přístupu partnera. Většina znala techniky relaxace a používala svůj osvědčený způsob zvládnání konfliktů.

3. Běžný život je v našem šetření charakterizován zaměstnáním, společenským životem a volnočasovými aktivitami. Vliv těhotenství na zaměstnání byl jak kladný, tak i záporný. Záleží na atraktivitě a typu pracovní činnosti, na postavení a finančním ohodnocení ženy.

Kladný vliv na pracovní život má těhotenství v tom smyslu, že odsune zaměstnání a s ním související kariéru na nižší hodnotový stupeň, přeorientuje ženu na rodinu. V několika případech těhotenství řešilo i problém nespokojenosti a odchodu ze zaměstnání. U téměř poloviny žen odchod na mateřskou dovolenou znamenal úlevu od fyzické námahy. Negativní vliv byl spojován se strachem z izolace, ztráty kontaktu, se zachováním odborné erudice, ze ztráty výhodné nebo funkční pracovní pozice. V našem souboru jsme zaznamenali změnu v postoji k zaměstnání před těhotenstvím a v těhotenství, ve kterém těhotná žena upřednostňuje budoucí mateřství před kariérou, dochází tak k posunu v hodnotovém systému (tab. 19). V této souvislosti jsme v něm zachytili zajímavé rozdíly u žen, které nebyly zdravotníky a u zdravotních sester.

Tab. 19 Změna hodnotového systému žen před těhotenstvím a v těhotenství (Vachková, Mareš, 2012, s. 292)

Před těhotenstvím				V těhotenství			
nezdravotník		zdravotník		nezdravotník		Zdravotník	
1.	Finance	1.	Zdraví	1.	Zdraví	1.	Zdraví dítěte
2.	Kariéra	2.	Zaměstnání	2.	Rodina	2.	Finance
3.	Láska	3.	Finance	3.	Láska	3.	Rodina
4.	Rodina	4.	Rodina	4.	Finance	4.	Zaměstnání
5.	Zdraví	5.	-	5.	Kariéra	5.	-

Vliv těhotenství na společenský život hodnotily ženy našeho souboru pozitivně. Oceňovaly nárůst času pro společenské aktivity a přesun společenské zábavy do domácího prostředí. Změny volnočasových aktivit byly u našich žen (jako jediné) vnímány pouze negativně – musely omezit své sportovní aktivity. Většina žen proto volila kompenzační činnosti jako např. četbu, studium cizích jazyků, cvičení pro těhotné. Kompenzační činnosti byly obranou proti vyslovované obavě z jednostranné orientace na mateřství. Ženy však zdůrazňovaly dočasnost těchto změn, snažily se podřídit vlastnímu tělu a upozorňovaly na význam plánování aktivit – na časový management.

4. Rodinný život se v našich výsledcích rozdělil do tří oblastí: vztah s partnerem, vztah s rodiči, vztah s přáteli a kamarády.

Vliv těhotenství na rodinný život byl velmi přínosný a byl reprezentován oporou a pomocí ze strany partnera, upevněním vztahu, vzájemným pochopením. Z hlediska rodičů a blízkých dominovaly pozitivní emoce, prohloubení vztahů a nabídka opory. Slovy jedné z těhotných žen: „*Jsem nejdůležitější člověk v rodině.*“

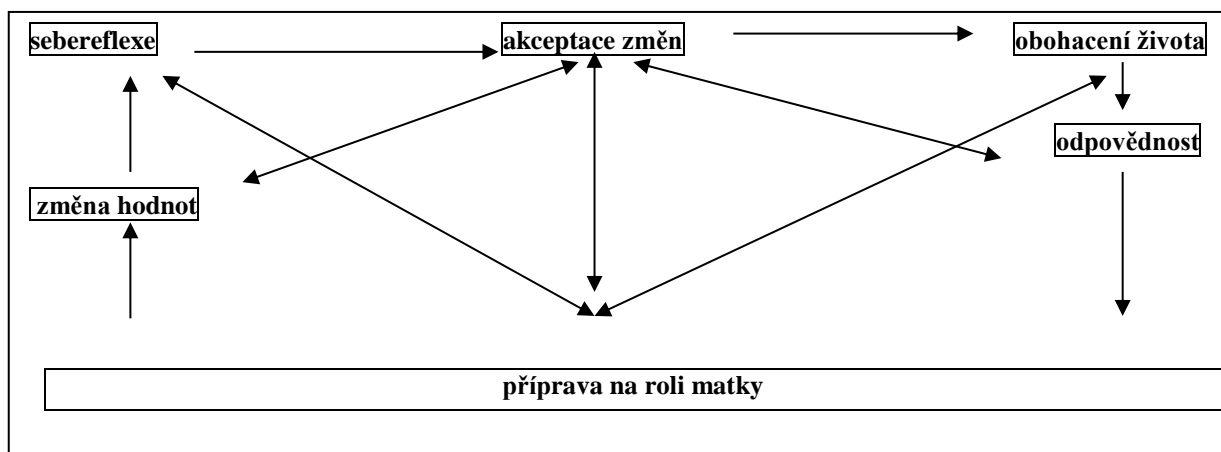
Vliv těhotenství na vztah se svými přáteli byl neutrální. Změnila se pouze témata, komunikace se více týkala problematiky těhotenství a mateřství.

5. Jednoznačně pozitivní emoce (radost, štěstí) byly spojovány s přípravou na roli matky. S rostoucími pocity odpovědnosti a potřebnosti, se zvládnutím těhotenství, s budoucností: „*Mám radost, že jsem se mohla stát matkou, že jsem prošla těhotenstvím*“. Role matky byla pozitivní ve smyslu snahy o správnou výchovu, vyvarování se chyb vlastních rodičů, vytvoření harmonického prostředí pro dítě, vzájemného obdarování láskou. Role matky v negativním smyslu představovala strach z projevů žárlivosti staršího sourozence, z absence trpělivosti - „*mít na to nervy*“.

6. Vliv těhotenství na ekonomickou situaci rodiny znamenal pro všechny ženy uvědomění si, že dochází ke snížení ekonomického statusu: zvýšení výdajů kvůli dítěti, omezení svých potřeb ve prospěch dítěte. Jako východisko ženy uváděly nutnost změny hospodaření: plánování a promýšlení výdajů, aby se mohly zohlednit potřeby dítěte. Všechny ženy našeho souboru preferovaly těhotenství před ekonomickou situací; žádná ze zkoumaných žen by nepodstoupila interrupci z finančních důvodů.

Hlavním výstupem kvalitativní výzkumné sondy je teoretický model, který shrnuje názory žen na to, jak fyziologické těhotenství ovlivňuje kvalitu života. Model identifikovaných kauzálních vztahů je zachycen na obr. 8.

Obr. 8 Výsledný kauzální model vlivu těhotenství na kvalitu života (Vachková, Mareš, 2012, s. 293)



Model, k němuž jsme dospěli, má šest nových proměnných: příprava na roli matky, změna hodnot, sebereflexe, akceptace změn, obohacení života, pocit odpovědnosti, které ovlivňují a konceptualizují kvalitu života zdravé těhotné ženy (viz tab. 20).

V případě fyziologického těhotenství v souvislosti s kvalitou života těhotné ženy dominuje budoucí role matky a příprava na tuto životní roli. Tento ústřední fenomén vede k akceptování těhotenských změn, k uvědomování si sebe sama, k získání a potvrzení vyššího společenského statusu, který je prezentován obohacením jejího života. Dochází k pozitivním změnám v hodnotovém systému (např. preference zdraví, rodiny), který zpětně ovlivňuje uznání biopsychosociálních změn a vzájemné propojení s odpovědností, která směřuje k hlavnímu významu těhotenství, a sice k přípravě na roli matky. Příprava na roli matky představuje nový pozitivní smysl života. Kvalita života fyziologicky těhotné ženy se zvyšuje i v případě negativních tělesných, psychických i sociálních změn s uvědomováním si budoucího mateřství. Kvalitu života v těhotenství výrazně ovlivňuje vědomí uskutečnění společensky uznávaného poslání ženy stát se matkou (Vachková, Mareš, 2012, s. 294).

Tab. 20 Strukturování kvality života v těhotenství (modifikovaně podle modelu kvality života Veenhoven, 2000; kauzálního modelu Vachková, Mareš, 2012, s. 294)

	Vnější kvality života (prostředí)	Vnitřní kvality života (jedinec)
Životní šance, životní příležitosti	Rodinný život Běžný život Ekonomický status	Akceptace změn Změna hodnotového systému
Výsledek života, podoba života	Obohacení života Naplnění role matky	Sebereflexe Odpovědnost

14.2.3 Diskuze ke kvalitativní fázi (ohniskové skupiny)

1. Nejčastěji udávanými negativně prožívanými tělesnými změnami v těhotenství byla nauzea a zvracení, které se vyskytovaly u 50% našich žen. Získané výsledky korespondují se zahraničními výzkumy. Sherman a Flaxman (2002) svým výzkumem podpořili teorii, že normální míra nauzei a zvracení v těhotenství (vyjma hyperemesis) chrání těhotné ženy a jejich embrya před škodlivými látkami v jídle, zvláště před patogenními mikroorganismy a toxiny v silně aromatizovaných rostlinách. Nauzea a zvracení podle nich ukazuje spíše na správnou funkci mateřského obranného systému než na tělesnou poruchu. Z toho plyne, že je vhodné spíše těhotné ženy uklidnit a ukázat jim, jak tyto nepříjemné symptomy minimalizovat. Skutečnost, že se však jedná o výrazně negativní potíže, konstatovali Lacroix, Eason a Melzack (2000). Výsledky získané pomocí dotazníku McGill Nausea Questionnaire ukázaly, že nauzea udávaná těhotnými ženami se podobá svým charakterem a intenzitou nauzei, kterou trpí pacienti podstupující chemoterapii. Vliv nauzei a zvracení v těhotenství na kvalitu života byl zjiš-

řován kolektivem autorů Attard, Kohli, Coleman (2000). K výzkumu použili generický dotazník SF-36. Jejich výsledky prokázaly, že nauzea a zvracení v těhotenství významně redukuje kvalitu života. Problematice nauzei a zvracení se rovněž věnovali Koch a Frissora (2003). Došli k závěru, že téměř 80 % těhotných žen trpí nauzeou v prvním trimestru těhotenství. Další výzkumný tým (Koren, Maltepe, Navioz et al, 2004) se zabýval také nauzeou a zvracením jako nejběžnějším stavem v těhotenství. Účelem této studie bylo zhodnotit přesnost výpovědí těhotných žen o symptomech nauzei a zvracení. Laneová (2007) definovala nauzeu a zvracení jako multifaktoriální stav odrážející se nepříznivě na kvalitě života a zdraví matky i plodu. V roce 2008 byla ověřena validita specifického dotazníku modifikovaného PUQE vytvořeného ke zjišťování vztahu mezi kvalitou života a nauzeou a zvracením těhotných autory Lacasse, Rey, Ferreira et al (2008).

Další negativně prožívanou tělesnou změnou udávanou těhotnými zastoupenými v našem souboru, byla bolest zad, kloubů, dolních končetin. Během těhotenství má každá druhá žena zkušenosti s nějakým stupněm bolesti zad či pánve. K hodnocení bolesti zad u běžné populace existuje několik validních nástrojů, ty ale nejsou vhodné pro použití u těhotných žen. Přitom populace těhotných žen se liší od běžné populace typem bolesti zad - častěji jde o bolest pánevního pletence. Těhotné ženy mají i odlišné vzorce pohybové aktivity. Van De Pol, De Leeuw, Van Brumen, et al (2006) vytvořili na základě analýzy osobních výpovědí těhotných žen specifický obraz pro těhotnou populaci. Na jeho základě zkonstruovali specifický nástroj nazvaný Index mobility v těhotenství - PMI, který se ukázal být spolehlivým a validním nástrojem. Olsson a Nilsson-Wikmar (2004) zase studovali vliv bolesti zad a fyzických schopností na kvalitu života těhotných žen. Vycházeli ze skutečnosti, že ačkoliv je bolest zad v pozdním těhotenství poměrně častým problémem, je velmi málo známo o jejím dopadu na kvalitu života těhotných žen. Jako metodu použili dotazníkové šetření, které zahrnovalo všeobecné dotazy na faktory prostředí, DRI ke zjištění fyzické aktivity, NHP ke zhodnocení kvality života v souvislosti se zdravím. U žen s bolestí zad vyšla nižší kvalita života v porovnání s publikovanými údaji od zdravých žen.

2. V našem výzkumu byl negativní dopad psychických změn jednoznačně reprezentován zvýšenou únavou. Luke, Avni, Min et al (1999) zkoumali roli únavy a domácích prací na prenatalní morbiditu. Získané výsledky potvrdily, že únava v těhotenství významně přispívá k prenatalní morbiditě. Vzhledem k názoru, že vliv psychosociálních faktorů je sporný, snažili

se objasnit Neggers, Goldenberg, Cliver et al (2006) vztah mezi psychosociálním profilem¹³, zdravotními doporučeními a výsledkem těhotenství. Zjistili, že u žen se špatným psychosociálním profilem a těch, které trpěly depresí během těhotenství, je zvýšené riziko porodit dítě s hypotrofií nebo předčasně nezralého novorozence. Pro praxi je důležité zjištění, že neplánované těhotenství mělo mnohem větší vliv na negativní psychické prožitky, než tomu bylo u somatických potíží.

3. Rizikovost zaměstnání se mění s postojem ženy k zaměstnání. Dříve bylo těhotenství prioritou a jeho ochrana včetně pracovní neschopnosti, event. hospitalizace byla akceptována bez výhrad. Nyní má většina žen obavy ze ztráty zaměstnání, obavy z konkurence, a proto preventivní opatření odmítají. K tomu přispělo i současné organizačně-ekonomické hledisko a jeho směr přiklánějící se spíše k ambulantní péči než k ústavní. Jsou uváděny poklesy hospitalizovaných těhotných žen hlavně u dlouhodobé hospitalizace (Štembera, 2004). Naše výsledky nepotvrdily snížení kvality života v těhotenství tak, jak jsou prezentovány ve výše uváděných studiích. Tato skutečnost může být vysvětlena ze dvou důvodů.

Za prvé jak u nás, tak i v zahraničí převažují výzkumy zaměřené na negativní aspekty těhotenství, výzkumy shromažďující pozitivní aspekty těhotenství v podstatě chybí. Těhotné ženy s rizikovým a patologickým těhotenství mají mnohem výraznější obtíže související s jejich zdravotním stavem, včetně nejisté prognózy ukončení těhotenství a kvalita života je v tomto případě spíše redukována.

Za druhé výsledky našeho kvalitativního výzkumu nelze zobecňovat vzhledem k účelovému výběru těhotných žen, jejich ochotou výzkumu se zúčastnit. Domníváme se, že to, co skutečně fyziologické těhotenství s kvalitou života provádí, zjistíme až pomocí specifického kvantitativního nástroje. Naše kvalitativní studie nebyla prováděna za účelem definovat kvalitu života v těhotenství, ale proniknout do problému kvality života, která je prožívána v omezeném časovém období fáze života ženy, definovat proměnné, které kvalitu života v těhotenství mohou ovlivnit a měnit (Vachková, Mareš, 2012).

14.2.4 Závěr kvalitativní fáze (ohniskové skupiny)

Předpokládali jsme, že realistické výpovědi těhotných žen (založené na osobních zkušenostech) nám pomohou zmapovat celou škálu názorů a jednotlivých proměnných pro účely budoucího dotazníkového výzkumu. Ohniskové skupiny nám pomohly identifikovat hlavní kategorie, které jednak ovlivňují kvalitu života v těhotenství, a jednak zahrnují pojem kvality

¹³ Psychosociální profil je soubor psychických, sociálních a socioekonomických faktorů (např. úroveň vzdělání, zaměstnání, životní styl, rodinný stav, příjem), které se spolupodílí na úrovni celkového zdraví a zdravotního stavu jedince.

života v těhotenství. Jedním ze znaků kvalitativního výzkumu je, že zkoumaný soubor nemusí být rozsáhlý. Stačí, že zachytí všechny hlavní názory zkoumané populace, a přibrání dalších osob už nepřináší nové informace. V této první fázi výzkumu nám šlo o získání subjektivního pohledu žen na fyziologické těhotenství, na jeho prožívání a hodnocení těch oblastí kvality života, které jsou těhotenstvím nejvíce ovlivněny, a definování nových proměnných charakterizujících kvalitu života fyziologicky těhotných žen (Vachková, Mareš., 2012).

Zjištěné poznatky byly využity ke konstrukci specifického nástroje, kterého by se dalo použít ke zjišťování kvality života u větších souborů těhotných žen. Tento dotazník s pracovním názvem QOL- GRAV jsme ověřili během longitudinální studie u 225 těhotných žen (viz dále).

14.3 Kvantitativní fáze výzkumu (WHOQOL-BREF)

V případě výzkumu v oblasti zabývající se kvalitou života fyziologicky těhotných žen jsme zjistili, že nedostatek ověřených specifických nástrojů nejen v ČR, ale i v zahraničí, vede k tomu, že se v mnoha studiích zaměřených na kvalitu života v těhotenství a po porodu používají obecné, **generické** nástroje. Dovolují srovnávat mezi sebou zdravé a nemocné osoby, anebo osoby s různými typy onemocnění mezi sebou. Použití generických metod ve výzkumech převažuje, protože jsou ověřené a spolehlivé, ale nemusí být dostatečně citlivé, aby zachytily specifické rozdíly ve kvalitě života žen v průběhu těhotenství a následně po porodu.

Vzhledem k výzkumným záměrům naší studie jsme pro tuto fázi výzkumu zvolili rovněž generický dotazník, a to dotazník standardizovaný pro českou populaci - WHOQOL-BREF. Od autorky české verze jsme získali souhlas s využitím dotazníku pro účely našeho výzkumu, včetně zaslání manuálu s originálním dotazníkem (viz příloha 5).

Cílem kvantitativní fáze výzkumu bylo ověřit, zda je možné použít generický dotazník WHOQOL- BREF k posouzení kvality života u žen s normálním fyziologickým těhotenstvím.

Dílčí cíle pak byly:

1. spočítat průměrné skóry u jednotlivých položek, u jednotlivých oblastí a samostatných položek A1 a A2 WHOQOL - BREF,
2. porovnat skóry oblastí mezi jednotlivými trimestry, zjistit statisticky významný rozdíl u jednotlivých oblastí,
3. porovnat první trimestr těhotných žen se vzorkem netěhotných žen - opět skór jednotlivých oblastí, zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v některé z oblastí kvality života WHOQOL-BREF,

4. spočítat koeficient vnitřní konzistence pro soubor netěhotných žen a soubor těhotných,
5. provést faktorovou analýzu položek a oblastí v souboru netěhotných a těhotných žen,
6. zjistit korelace oblastí WHOQOL-BREF souborů netěhotných a těhotných k sociodemografickým údajům - věk, vzdělání, stav, zaměstnání.

14.3.1 Metodika WHOQOL-BREF a charakteristika zkoumaných souborů

Dotazník WHOQOL - BREF obsahuje celkem 26 položek (viz tab. 21). Jsou strukturovány do 4 oblastí (autorky používají termín doména) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (Q1) a spokojenost se zdravotním stavem (Q2). Výsledky se vyjadřují v podobě čtyř skóre oblastí a průměrných hrubých skóre dvou samostatných položek: D1- Fyzické zdraví (7 položek); D2 - Prožívání - (6 položek); D3 - Sociální vztahy (3 položky); D4 - Prostředí (8 položek). Čím vyšší hodnota skóre, tím lepší kvalita života.

Pro statistickou analýzu dat byly využity postupy deskriptivní a induktivní statistiky obsažené v softwarovém balíku SPSS verze 18.

Tab. 21 Přehled oblastí a položek WHOQOL - BREF (podle Dragomirecké, Bartoňové, 2006, s. 32)

Domény		Položky	
Doména 1	Fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
		q4	závislost na lékařské péči
		q10	energie a únava
		q15	pohyblivost
		q16	spánek
		q17	každodenní činnosti
		q18	pracovní výkonnost
Doména 2	Prožívání	q5	potěšení ze života
		q6	smysl života
		q7	soustředění
		q11	přijetí tělesného vzhledu
		q19	spokojenost se sebou
		q26	negativní pocity
Doména 3	Sociální vztahy	q20	osobní vztahy
		q21	sexuální život
		q22	podpora přátel
		q8	osobní bezpečí
		q9	životní prostředí

Doména 4	Prostředí	q12	finanční situace
		q13	přístup k informacím
		q14	záliby
		q23	prostředí v okolí bydliště
		q24	dostupnost zdravotní péče
		q25	doprava
2 samostatné položky		Q1	kvalita života
		Q2	spokojenost se zdravím

Charakteristika zkoumaných souborů

Pro kvantitativní fázi našeho výzkumu bylo osloveno 200 netěhotných žen, z nichž bylo vybráno 161 respondentek jako kontrolní skupina (N=161) a 225 těhotných žen s fyziologickým průběhem těhotenství, z nichž bylo pro statistické výpočty vybráno 223 těhotných žen (N=223) v I. trimestru, ve II. trimestru pokračovalo ve studii 219 těhotných žen (N=219) a do III. trimestru postoupilo 204 žen s fyziologickým těhotenstvím (N=204). Z celkového počtu 204 žen, které úspěšně dokončily naši studii a byly osloveny v rámci pokračování ve výzkumu, souhlasilo a odpovědělo již jen 48 žen, které se tak zúčastnily retrospektivního šetření.

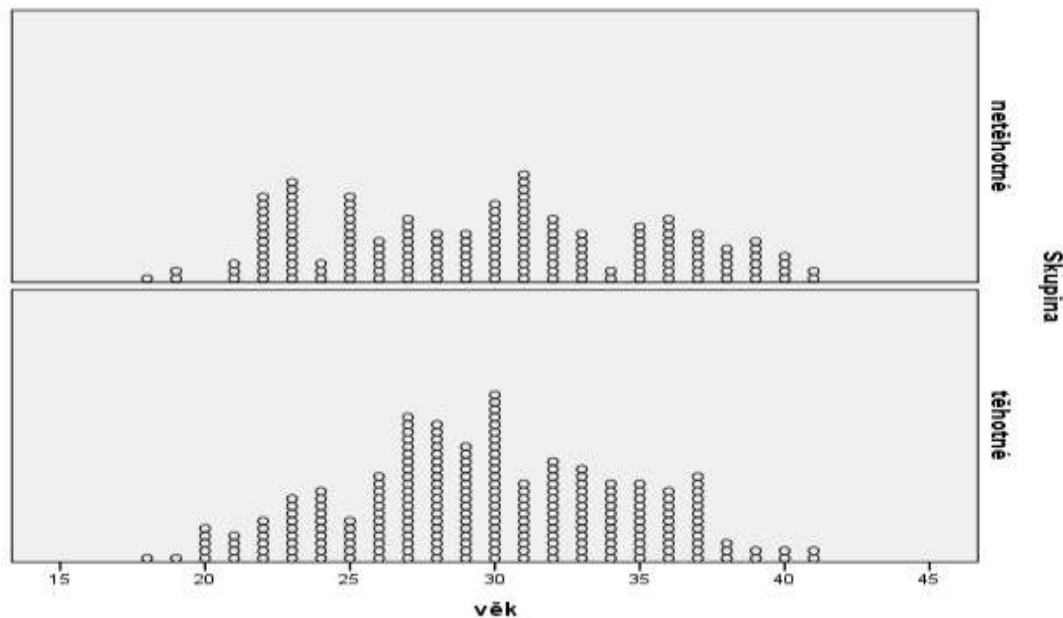
Těhotné i netěhotné ženy byly dále kategorizovány podle věku (viz graf. 1), vzdělání (viz tab. 22), zaměstnání (viz tab. 23) a rodinného stavu (viz tab. 24). Celkem se tedy jednalo o 384 žen, nejmladší ženě bylo 17 let a nejstarší ženě 42 let. Průměrný věk netěhotných žen byl 29,73 (SD= 5,674). Průměrný věk těhotných žen byl 29,70 (SD=4,862), což odpovídá celostátnímu průměru věku žen s prvním těhotenstvím. Oba soubory byly téměř homogenní, jak naznačuje věkové rozložení na grafu 4, a i další demografické údaje mají podobné procentuální zastoupení jak v souboru těhotných žen, tak v kontrolním souboru netěhotných žen (viz tab. 22, 23, 24).

Se základním vzděláním byly 2 netěhotné ženy a 12 těhotných žen, střední vzdělání udávalo 100 netěhotných žen a 121 těhotných žen, vyšší odborné vzdělání 16 netěhotných žen a 18 těhotných žen, vysokoškolské vzdělání 43 netěhotných žen a 72 těhotných žen (viz tab. 22).

Zaměstnaných bylo 103 netěhotných žen a 134 těhotných žen, nezaměstnané ženy byly 3 netěhotné a 15 těhotných žen, studuje 32 netěhotných žen a 7 těhotných žen, na mateřské dovolené bylo 23 netěhotných žen a 67 těhotných žen (viz tab. 23).

Svobodných netěhotných žen bylo 76 a těhotných žen 80, vdaných netěhotných žen bylo 73 a těhotných 127, rozvedených v souboru netěhotných žen bylo 11 a 15 jich bylo v souboru těhotných žen. Vdova byla pouze jedna těhotná žena (viz tab. 24)

Graf 4 Věková struktura kontrolního souboru netěhotných žen a výzkumného souboru těhotných žen



Tab. 22 Četnost ve skupinách netěhotných a těhotných žen dle vzdělání

Skupina	vzdělání				celkem
	Základní	střední	vyšší odborné	vysokoškol.	
netěhotné	2	100	16	43	161
	1,2%	62,1%	9,9%	26,7%	100,0%
těhotné	12	121	18	72	223
	5,4%	54,3%	8,1%	32,3%	100,0%
celkem	14	221	34	115	384
	3,6%	57,6%	8,9%	29,9%	100,0%

Tab. 23 Četnost ve skupinách netěhotných a těhotných žen dle zaměstnání

Skupina	zaměstnání				celkem
	ano (profese)	ne	studuji	MD	
netěhotné	103	3	32	23	161
	64,0%	1,9%	19,9%	14,3%	100,0%
těhotné	134	15	7	67	223
	60,1%	6,7%	3,1%	30,0%	100,0%
celkem	237	18	39	90	384
	61,7%	4,7%	10,2%	23,4%	100,0%

Tab. 24 Četnost ve skupinách netěhotných a těhotných žen dle rodinného stavu

Skupina	Stav				celkem
	svobodná	vdaná	rozvedená	vdova	
netěhotné	76	73	11	0	160
	47,5%	45,6%	6,9%	0,0%	100,0%
těhotné	80	127	15	1	223
	35,9%	57,0%	6,7%	0,4%	100,0%
celkem	156	200	26	1	383
	40,7%	52,2%	6,8%	0,3%	100,0%

14.3.2 Výsledky WHOQOL - BREF

Reliabilita škál WHOQOL-BREF pro těhotné ženy

Byly ověřeny **psychometrické charakteristiky** dotazníku u našeho souboru těhotných a kontrolního souboru netěhotných žen, zda je možné použít tento generický dotazník v souvislosti s kvalitou života těhotných žen. Byla testována reliabilita jednotlivých oblastí WHOQOL-BREF u netěhotných žen a v různých časech těhotenství, včetně retrospektivy, která se vztahovala k prvnímu trimestru. Koeficient vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa) jednotlivých oblastí (D1 - D4) je uspokojivý. Oblast D1 sestává ze 7 položek Cronbachovo alfa je 0,785; 0,773; 0,864; 0,774 u souboru těhotných, u kontrolního souboru netěhotných žen je nižší 0,645. Mírně odlišně se chovala pouze položka č. 4 (q4), která se dotazuje na závislost na lékařské péči. Myslíme si, že je to tím, že si těhotné ženy snaží udržet přesvědčení, že těhotenství je normální stav, který nevyžaduje lékařskou péči. Oblast D2 se skládá z 6 položek a Cronbachovo α pro soubor těhotných žen je 0,732; 0,742; 0,753 a 0,777; kontrolní soubor vykazuje faktor vnitřní konzistence 0,752. Oblast D3 obsahuje jen 3 položky a vykazuje tak nejnižší Cronbachovo α , u souboru těhotných žen je 0,633; 0,674; 0,612 a 0,513, kontrolní soubor je 0,719. Oblast D4 je opět 8položková a Cronbachovo α u souboru těhotných se pohybuje 0,783; 0,783; 0,798 a 0,774; u kontrolního souboru je nižší 0,692. Koeficienty vnitřní konzistence (Cronbachovo α) pro domény WHOQOL-BREF (viz tab. 25) odpovídají souboru zdravých jedinců výběrového souboru pražské populace ve věkové kategorii (18-59) a souboru studentů, které byly zkoumány v rámci validizace české verze WHOQOL-BREF (Dragomirecké a kol., 2006).

Tab. 25 Reliabilita WHOQOL-BREF výzkumného souboru těhotných žen v různých časech (včetně retrospektivy), kontrolního souboru netěhotných a souborů výběrové pražské populace

Oblasti	Počet položek	I. trimestr (A)		II. trim. (B)	III. trim. (C)	Retrospektiva	Výběrový soubor (18-59)/studenti
		těhotné	netěhotné	těhotné	těhotné	Těhotné	N=308/156
D1	7	0,785	0,645	0,773	0,864	0,774	0,828/0,751
D2	6	0,732	0,752	0,742	0,753	0,777	0,796/0,716
D3	3	0,633	0,719	0,674	0,612	0,513	0,666/0,570
D4	8	0,783	0,692	0,783	0,798	0,774	0,697/0,647

Popisné statistiky výzkumného souboru

Průměrný skór samostatné položky A1 (tab. 26 viz příloha 6), která se dotazuje přímo na hodnocení kvality života, je 3,45 (medián 4,00) a vypovídá o dobré kvalitě života (**na pětistupňové škále, od 1 do 5**). O něco nižší je průměrný skór další samostatné položky A2 (tab. 27 viz příloha 6), která se dotazuje na spokojenost se zdravím, 3,08 (medián 4,00) a vypovídá o neutrálním hodnocení spokojenosti se zdravím. Zajímavé je, že oblast D1 (tab. 28 viz příloha 6), která se týká také fyzického zdraví, je hodnocena průměrem vyšším 3,9 (medián 4), než v předchozím hodnocení samostatné jediné položky dotazující se na spokojenost se zdravím.

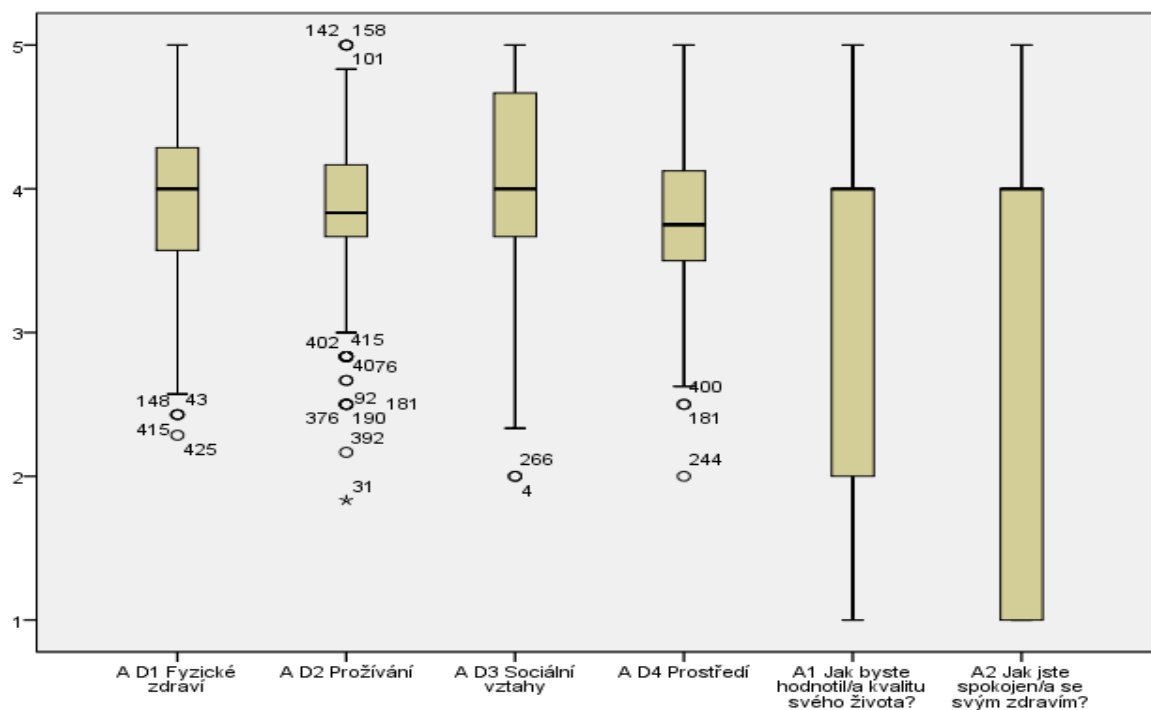
Tento rozdíl je pravděpodobně způsobený tím, že oblast D1 je složena ze 7 položek, v nichž je fyzické zdraví reprezentováno pocity bolesti, závislosti na lékařské péči, energií a únavou, pohyblivostí, spánkem, každodenními činnostmi a pracovní výkonností. Většina těchto položek může být respondenty hodnocena pozitivně i přesto, že respondenti nemusí být se svým zdravím zcela spokojeni. Další oblast D2 (tab. 29 viz příloha 6) je hodnocena průměrným skórem 3,88 (medián 3,83), je složena z 6 položek, které hodnotí potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebe samou, míru negativních pocitů. Celkové skóre naznačuje, že ženy v našem souboru jsou s kvalitou života z hlediska této oblasti psychického prožívání spokojeny. Hodnocení odpovídá i hodnocení samostatné položky A1.

Oblast D3 (tab. 30 viz příloha 6), která se týká sociálních vztahů a skládá se z 3 položek (osobní vztahy, sexuální život, podpora přátel), je hodnocena nejvyšším průměrným skórem 4,06 (medián 4,00). Sociální vztahy žen našeho souboru jsou velmi dobré, což je pozitivním ukazatelem mezilidských vztahů a kvality života v tomto kontextu.

Poslední oblast D4 (tab. 31 viz příloha 6), která hodnotí prostředí, je složena z 8 položek a dotazuje se na osobní bezpečí, životní prostředí, finanční situaci, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče a na dopravu, vykazuje průměrné skóre 3,79 (medián 3,75). Hodnocení prostředí je spíše dobré a ženy v našem výzkumném souboru jsou s prostředím vesměs spokojené. Vzhledem k tomu, že se jedná o soubor žen z Královéhradeckého kraje, převážně z krajského města Hradce Králové, kde je životní prostředí na rozdíl např. od Ústeckého kraje nebo Moravskoslezského kraje jedním z nejčistších z celé republiky, včetně dostupnosti zdravotní péče a dopravy, není výsledek hodnocení nijak překvapivý.

Graf 5 znázorňuje rozložení hodnocení jednotlivých oblastí (D1-D4) a dvou samostatných položek (A1, A2). Zatímco mezikvartilové rozpětí hodnocení domén je téměř totožné (nejširší má oblast D3), včetně mediánů, tak obě samostatné položky mají mezikvartilové rozpětí širší a dosahují nižších hodnot 25. kvartilu a minimálních hodnot. Položka A2 dotazující se na spokojenost se zdravím dosahuje vůbec nejnižší hodnoty 25. kvartilu, hodnoty 1.

Graf 5 Rozložení hodnocení WHOQOL -BREF



Rozdíly WHOQOL- BREF mezi skupinou těhotných žen a kontrolním souborem netěhotných

Srovnání těhotných žen a kontrolního souboru zatím bez kontroly demografických proměnných proběhlo pomocí užití T-testu. Signifikantní rozdíly byly nalezeny ve všech ob-

lastech D1-D4 i ve dvou samostatných položkách. Vyššího průměrného skóre (4,0417) dosáhly netěhotné ženy pouze v jediné oblasti D1 (Fyzické zdraví), v ostatních oblastech včetně samostatných položek měly vyšší skóre těhotné ženy (viz tab. 32).

S ohledem na specifické tělesné změny v těhotenství je fyzické zdraví lépe hodnoceno netěhotnými ženami než těhotnými ženami, které trpí např. nauzeou, zvracením, bolestmi zad, únavou, pálením žáhy, přírůstkem hmotnosti. Ale samostatná položka s přímým dotazem na spokojenost se zdravím je hodnocena netěhotnými ženami velmi nízko 1,79, na rozdíl hodnocení těhotnými ženami 3,97. To znamená, že netěhotné ženy nejsou se svým zdravím spokojené na rozdíl od těhotných, které spokojeny jsou. Přestože si jsou těhotné ženy fyzických změn a potíží vědomy a hodnotí je, tak se celkově cítí být zdravé a se zdravím spokojené. Znamená to tedy, že zdravé těhotné ženy tělesné změny, jak to vyplynulo i z předchozí kvalitativní části výzkumu, akceptují.

Tab. 32 Signifikantní rozdíly mezi skupinou těhotných a kontrolní skupinou netěhotných

Oblast	Skupina	N	Mean	Std. Deviation	Sig.	Sig. (2-tailed)
D1 Fyzické zdraví	netěhotné	161	4,0417	0,37445	0,000	0,000
	těhotné	223	3,8053	0,56051		0,000
D2 Prožívání	netěhotné	161	3,7857	0,52421	0,756	0,001
	těhotné	223	3,9567	0,47654		0,001
D3 Sociální vztahy	netěhotné	161	3,9161	0,71495	0,001	0,000
	těhotné	223	4,1674	0,55514		0,000
D4 Prostředí	netěhotné	161	3,6879	0,41672	0,106	0,000
	těhotné	223	3,8772	0,48932		0,000
A1 Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	netěhotné	161	2,62	0,894	0,000	0,000
	těhotné	223	4,05	0,631		0,000
A2 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	netěhotné	154	1,79	1,181	0,000	0,000
	těhotné	223	3,97	0,600		0,000

Vztah demografických proměnných a kvality života WHOQOL- BREF

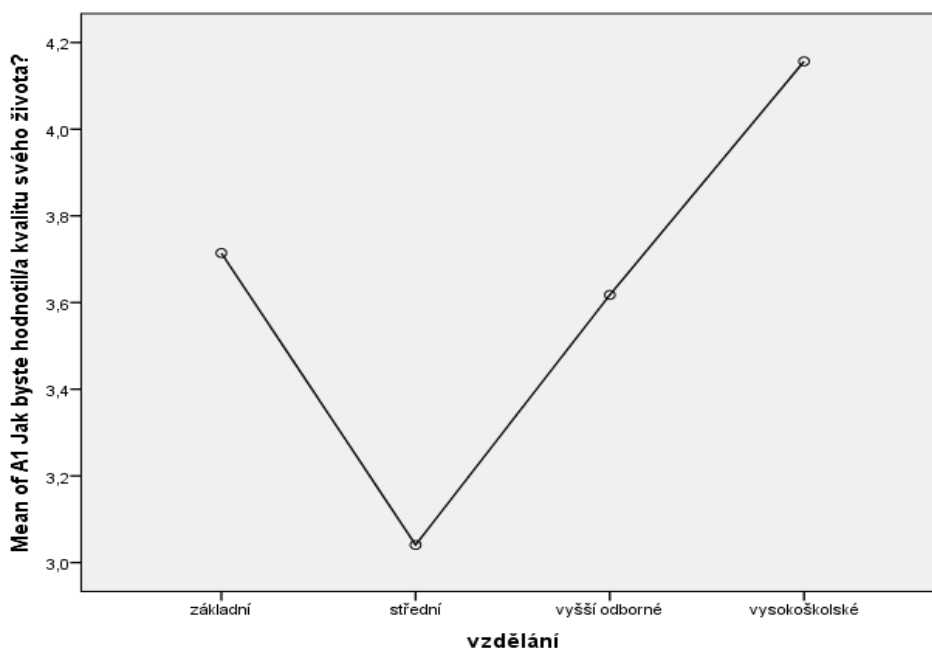
Věk

Věk ovlivňuje kvalita života WHOQOL-BREF v jediné samostatné položce A2, která hodnotí spokojenost se zdravím. Čím vyšší věk ženy, tím nižší spokojenost se zdravím. Ostatní oblasti D1-D4 včetně samostatné položky A1 nejsou na věku závislé.

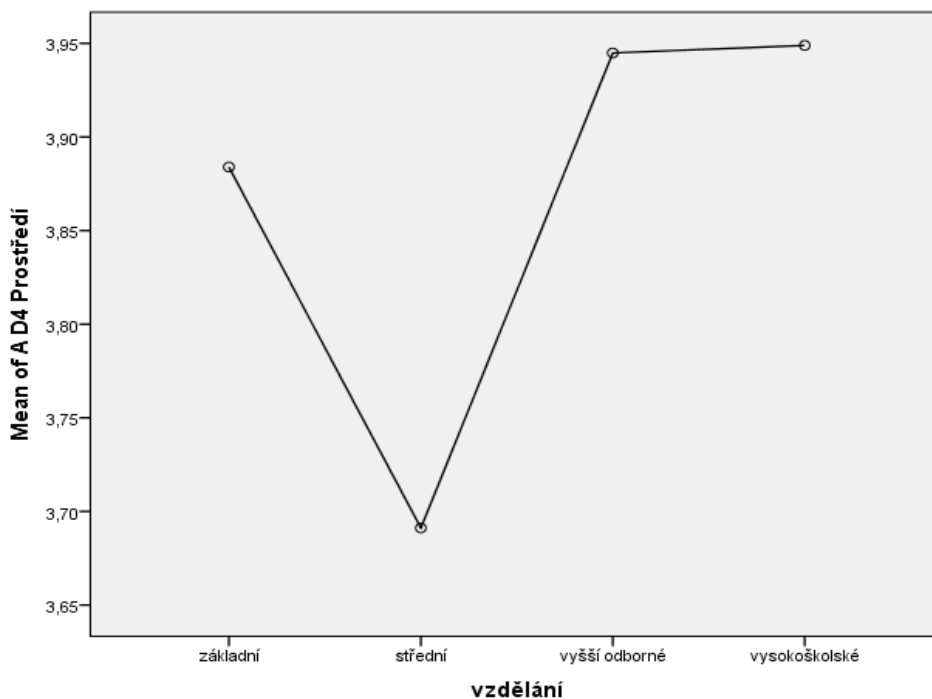
Vzdělání

Demografická proměnná vzdělání souvisí se samostatnou položkou A1 a s oblastí D4 prostředí (tab. 33 viz příloha 7). Čím jsou ženy v našem zkoumaném souboru vzdělanější, tím jsou spokojenější s kvalitou života (viz graf 6) a nejlépe hodnotí oblast prostředí ženy s vyšším a vysokoškolským vzděláním (viz graf 7). V dalších oblastech WHOQOL-BREF nejsou statisticky významné rozdíly, ale na grafech je určitý rozdíl patrný.

Graf 6 Vztah průměrů A1 a vzdělání

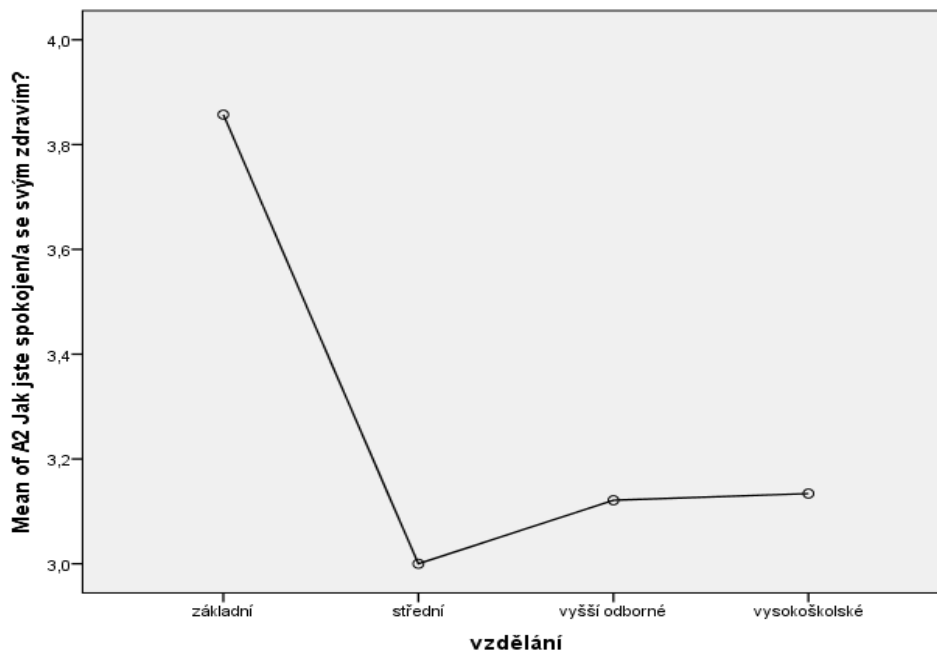


Graf 7 Vztah průměrů D4 a vzdělání



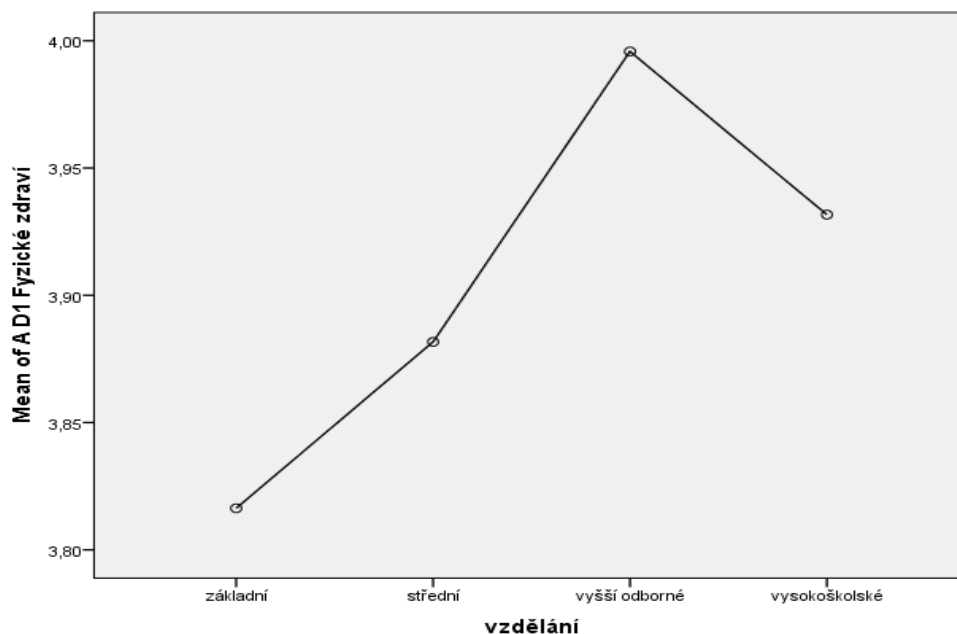
Zajímavě vychází samostatná položka A2 (viz graf 8), kde naopak ženy se základním vzděláním vykazují větší spokojenost se zdravím. Nejnižší skóry pak mají ženy se středním vzděláním. Pravděpodobně ženy se základním vzděláním si nepřipouští možnost, že by své zdraví mohly zlepšit a jsou s aktuálním stavem spokojené více než ženy výše vzdělané.

Graf 8 Vztah průměrů A2 a vzdělání

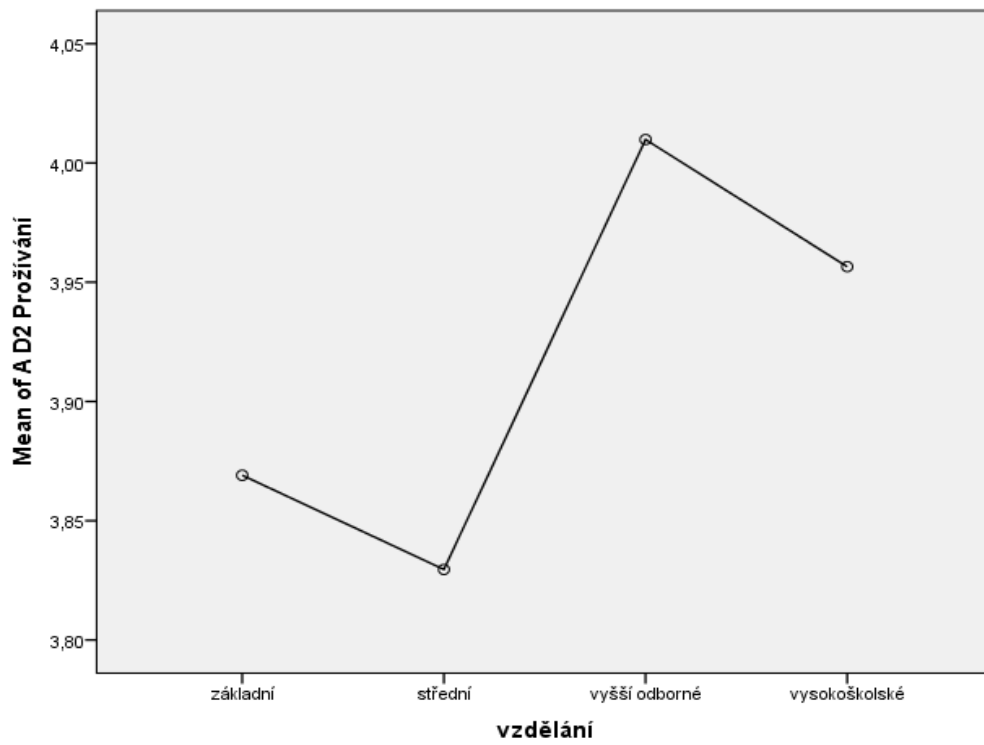


Oblast D1 fyzické zdraví je nejlépe hodnocena ženami s vyšším vzděláním, stejně je tomu tak i v oblastech D2 prožívání, D3 sociálních vztazích (viz graf 9, 10, 11).

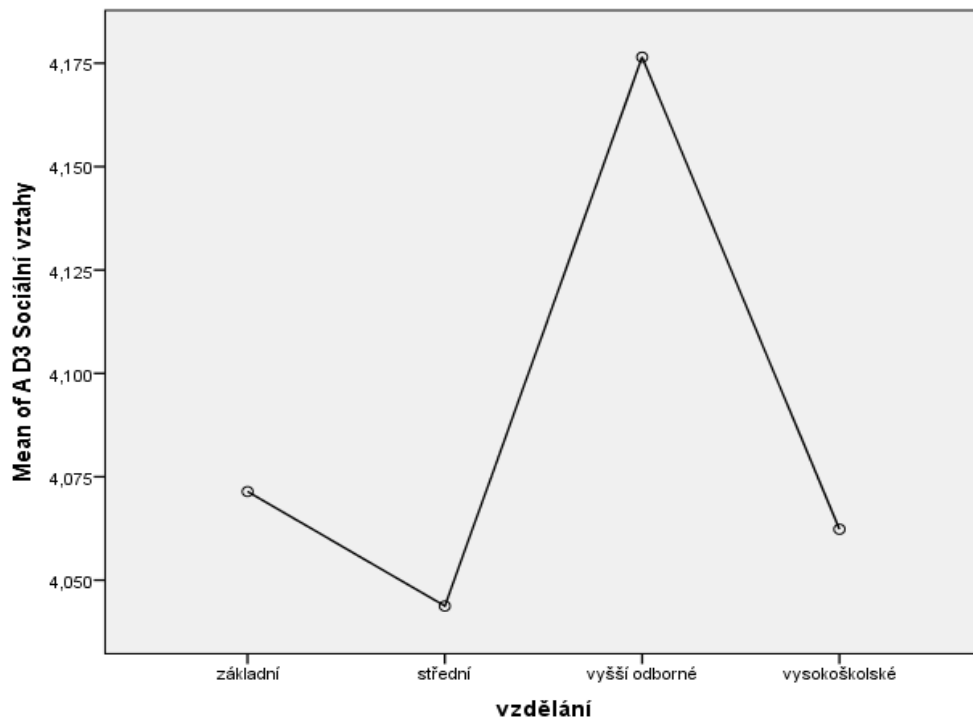
Graf 9 Vztah průměrů D1 a vzdělání



Graf 10 Vztah průměrů D2 a vzdělání



Graf 11 Vztah průměrů D2 a vzdělání



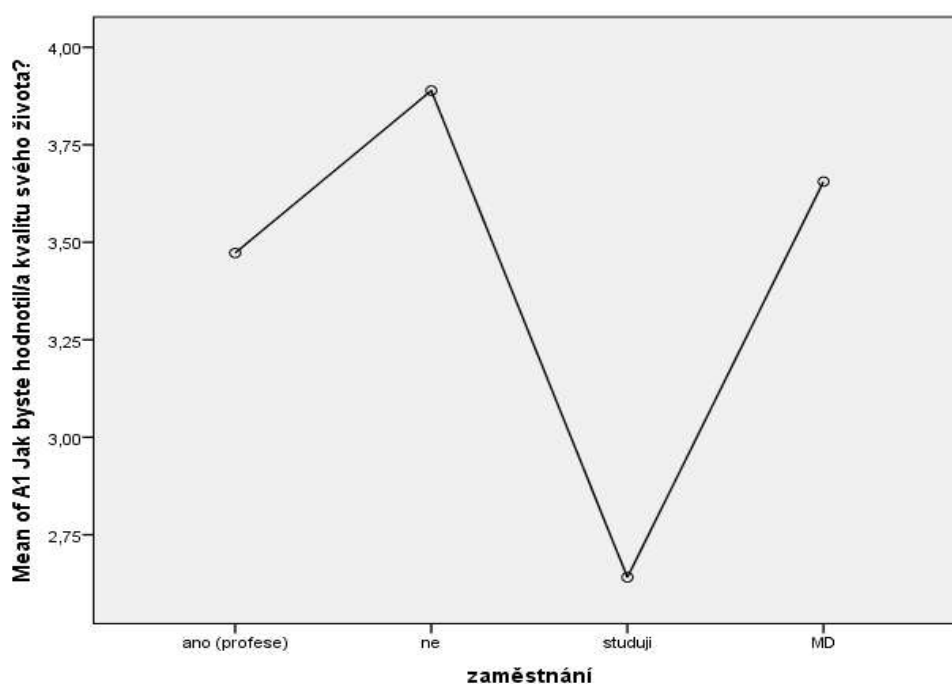
Zaměstnání

Statisticky významný rozdíl mezi demografickou proměnnou zaměstnání a kvalitou života byl zjištěn v samostatných položkách A1 dotazující se na hodnocení kvality života, A2 dotazující se na spokojenost se zdravím a se subškálou D1 týkající se zdraví (tab. 34 viz příloha 7)

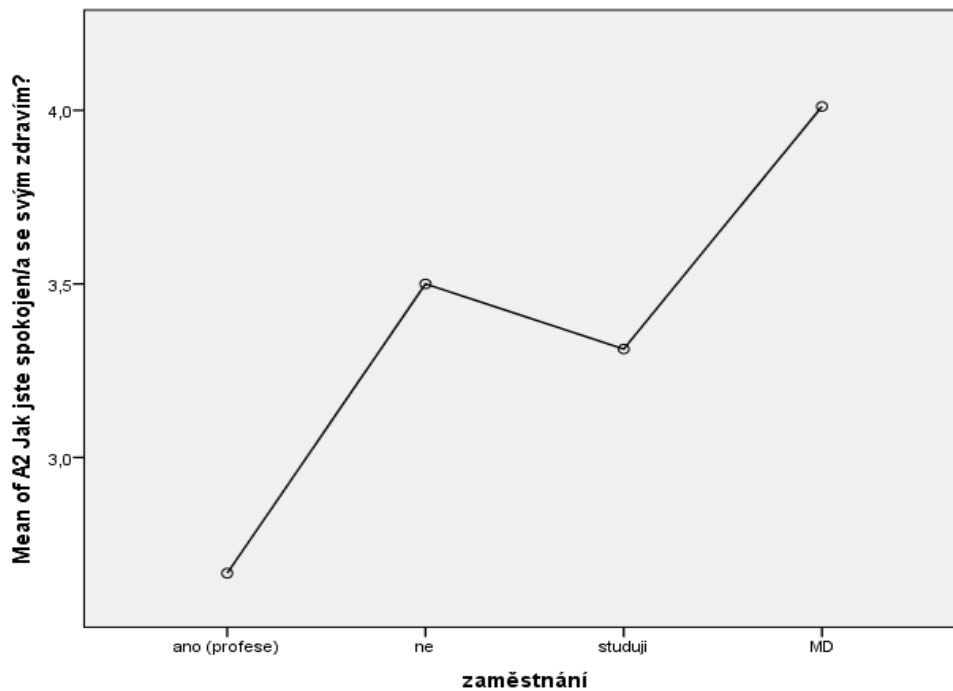
Nejhůře hodnotí kvalitu života v samostatné položce A1 ženy, které jsou studentkami. Toto hodnocení může vycházet z náročnosti studia a omezeného přísunu finančních prostředků (viz graf 12). Zajímavé je, že nejlépe hodnotí kvalitu života ženy, které jsou nezaměstnané. Tato skutečnost může souviset s tím, že mohou mít relativně více času na zájmové činnosti, podobné hodnocení je i v případě mateřské dovolené.

Nejspokojenější jsou ženy se svým zdravím v položce A2 na mateřské dovolené, nezaměstnané ženy a nejhůře hodnotí spokojenost se zdravím ženy zaměstnané. I toto může souviset s každodenním pracovním vypětím a stresem (viz graf 13).

Graf 12 Vztah průměrů A1 a zaměstnání

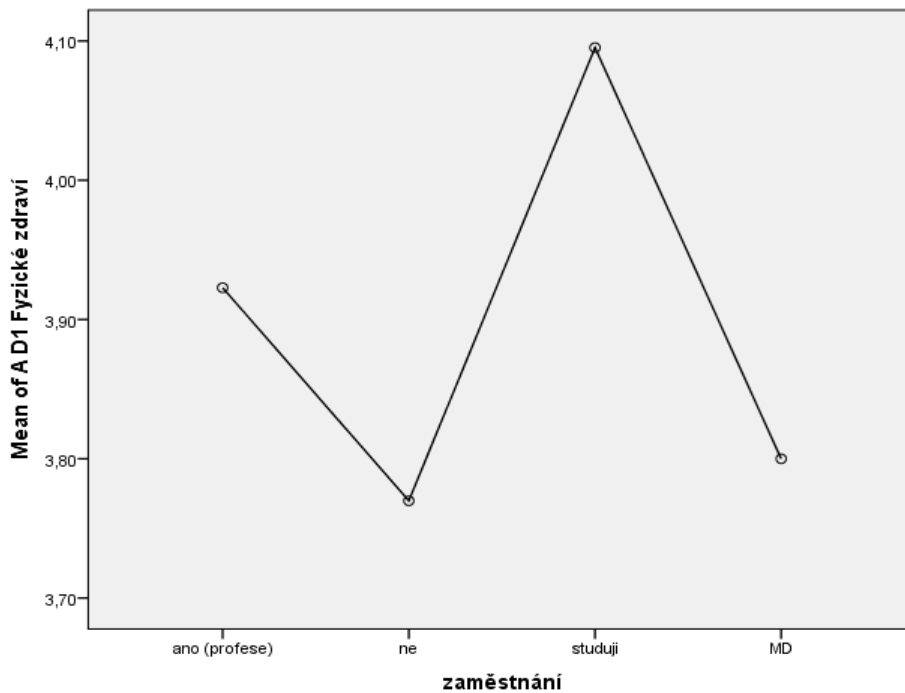


Graf 13 Vztah průměrů A2 a zaměstnání



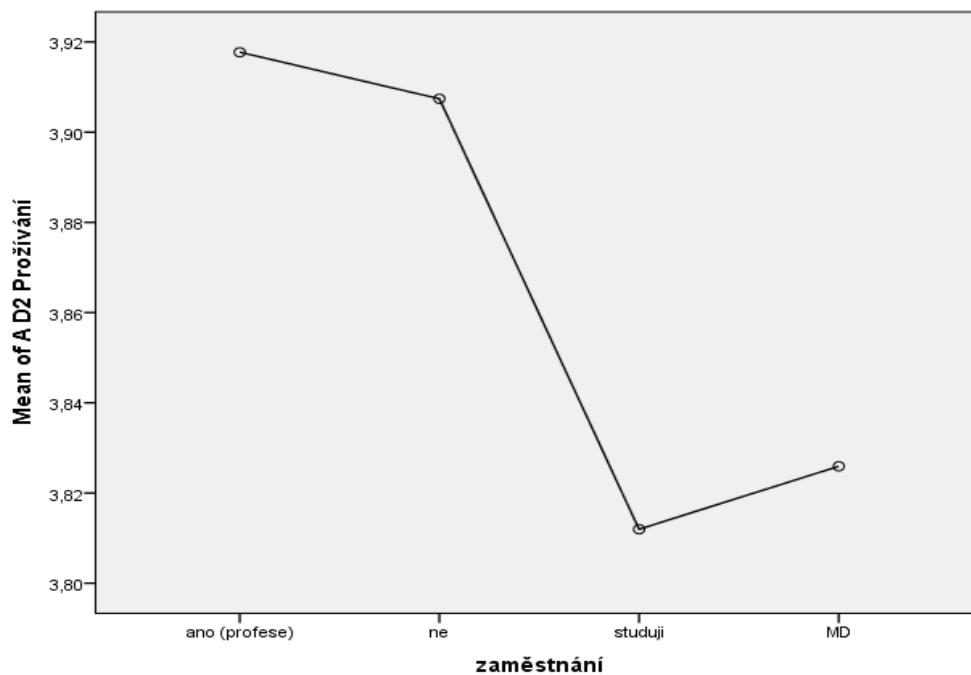
Oblast D1 obsahující oblast fyzického zdraví (viz graf 14) je nejlépe hodnocena ženami, které jsou studující, to může souviset s nižším věkem této kategorie. Mladší ženy se cítí zdravější než ženy starší (viz dále). Nejhůře je hodnoceno fyzické zdraví nezaměstnanými ženami a ženami na mateřské dovolené. Tento rozdíl od spokojenosti se zdravím je prezentován jednotlivými položkami této domény, které se dotazují na pocity bolesti, závislost na lékařské péči, na energii a únavu, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti a pracovní výkonnost. Přestože jsou ženy na mateřské dovolené se zdravím spokojené, mohou vykazovat vyšší únavu a nedostatek spánku z důvodu péče o dítě. Stejně tak i nezaměstnané ženy mohou mít změněné každodenní činnosti a pracovní výkonnost, závislost na lékařské péči apod.

Graf 14 Vztah průměrů D1 a zaměstnání

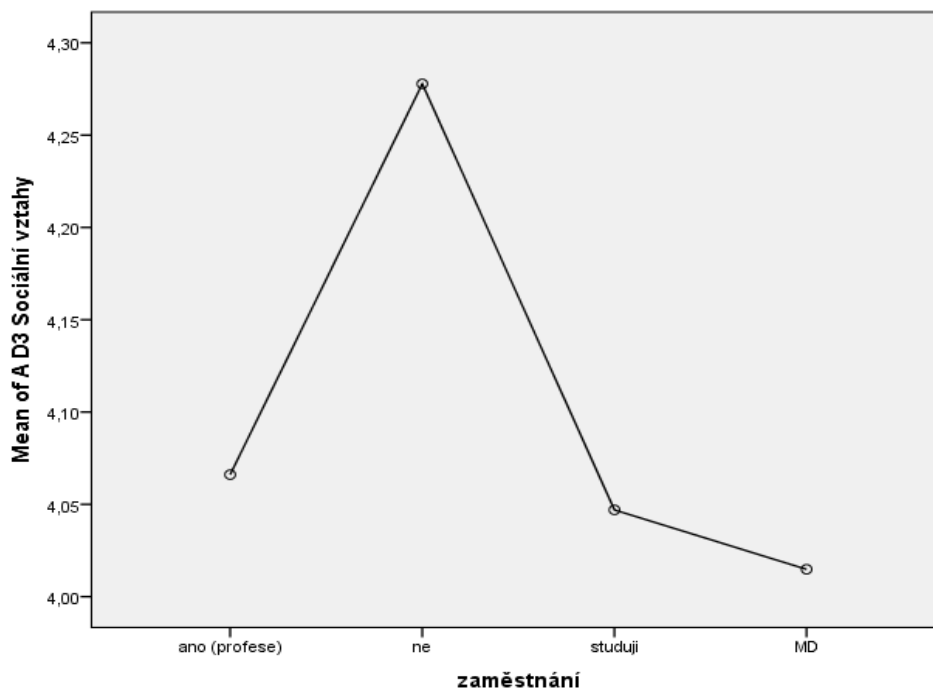


Oblast D2 se týká prožívání. Psychicky nejlépe se cítí ženy zaměstnané, ale podobně i ženy nezaměstnané. V této a dalších oblastech nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl. Takže oblasti D2-D4 zaměstnání neovlivňuje (viz graf 15, 16, 17).

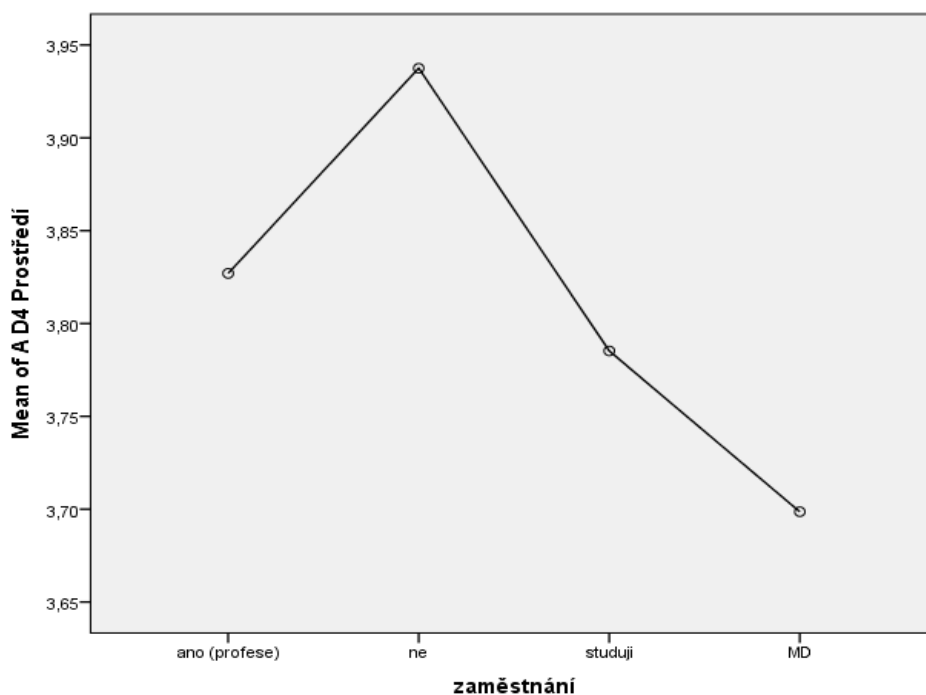
Graf 15 Vztah průměrů D2 a zaměstnání



Graf 16 Vztah průměrů D3 a zaměstnání



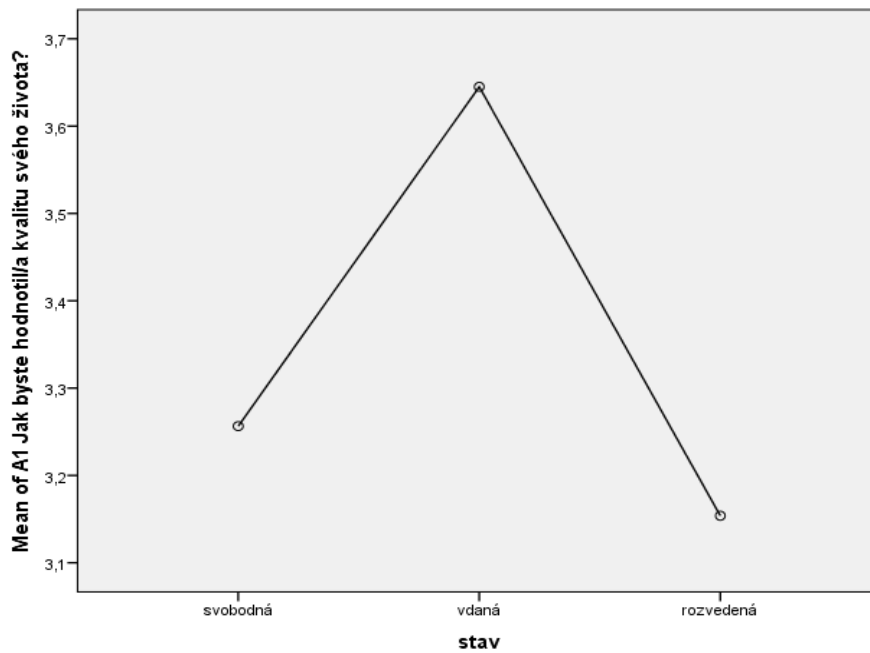
Graf 17 Vztah průměrů D4 a zaměstnání



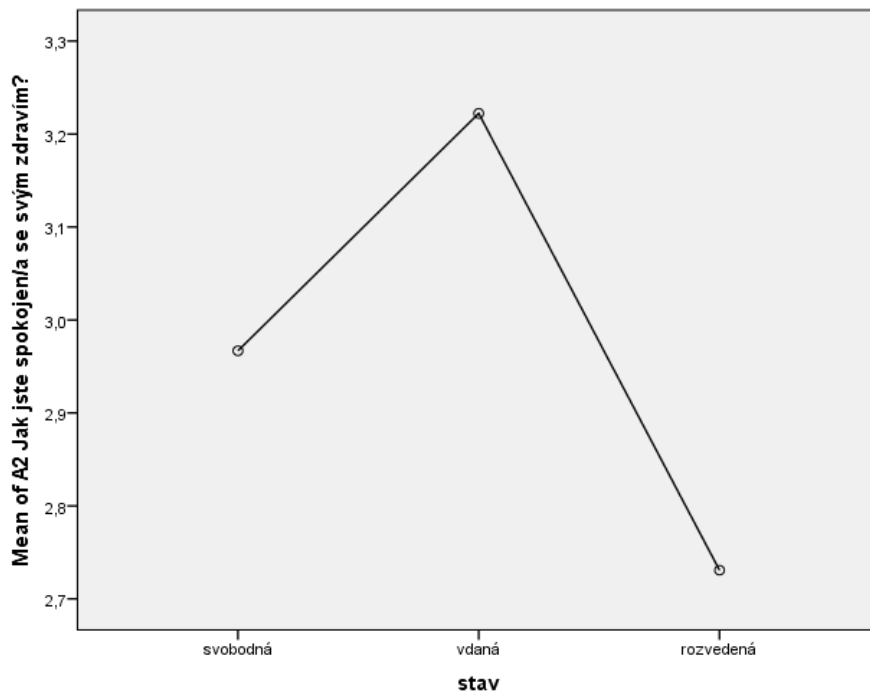
Rodinný stav

Rodinný stav ovlivňuje kvalitu života téměř ve všech proměnných (tab. 35 viz příloha 7). Vdané ženy hodnotí položku A1 dotazující se na kvalitu života významně lépe než ženy svobodné a rozvedené (viz graf 18). Vdané ženy jsou rovněž významně více spokojené se zdravím (A2) než ženy svobodné a rozvedené (viz graf 19).

Graf 18 Vztah průměrů A1 a rodinného stavu

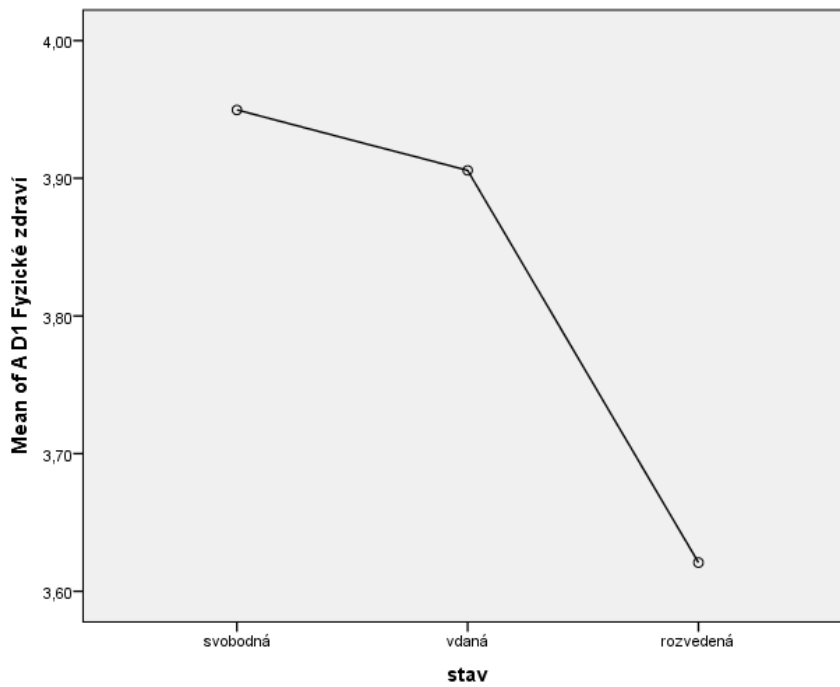


Graf 19 Vztah průměrů A2 a rodinného stavu



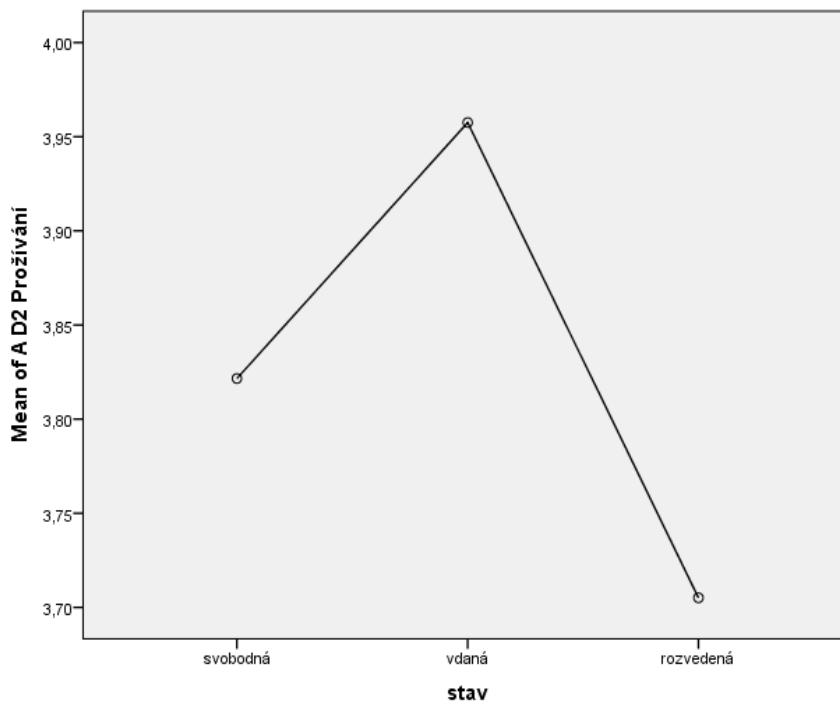
Nejlépe hodnotí oblast D1 fyzické zdraví ženy svobodné a nejhůře ženy rozvedené (viz graf 20). Fyzické zdraví souvisí s mládím a svobodné ženy jsou převážně mladšího věku.

Graf 20 Vztah průměrů D1 a rodinného stavu



Oblast D2 prožívání je nejlépe hodnocena opět vdanými ženami (viz graf 21). Jde o pozitivní zjištění, kdy je psychický stav žen příznivě ovlivněn manželstvím.

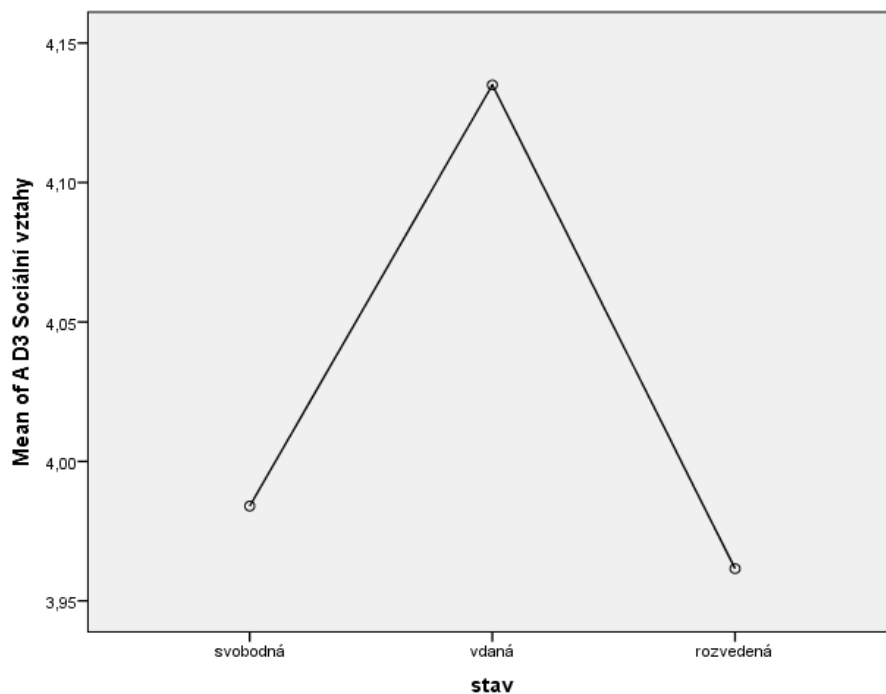
Graf 21 Vztah průměrů D2 a rodinného stavu



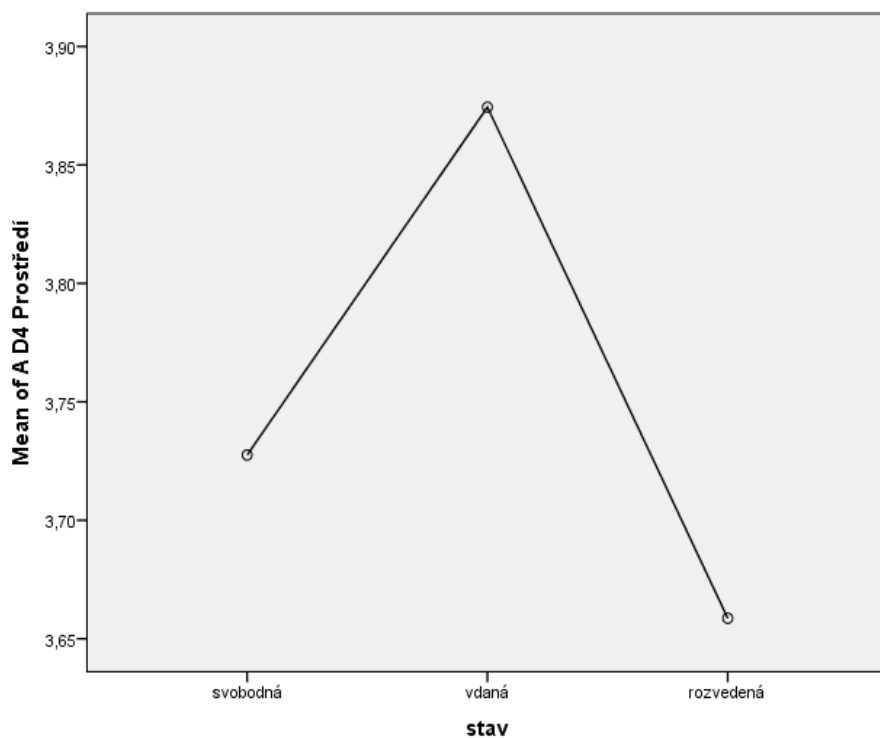
Podobně jsou závislé na rodinném stavu i sociální vztahy oblast D3 (viz graf 22) i oblast D4 prostředí (viz graf 23).

Vdané ženy jsou se sociálními vztahy i prostředím více spokojené než ženy svobodné a rozvedené.

Graf 22 Vztah průměrů D3 a rodinného stavu



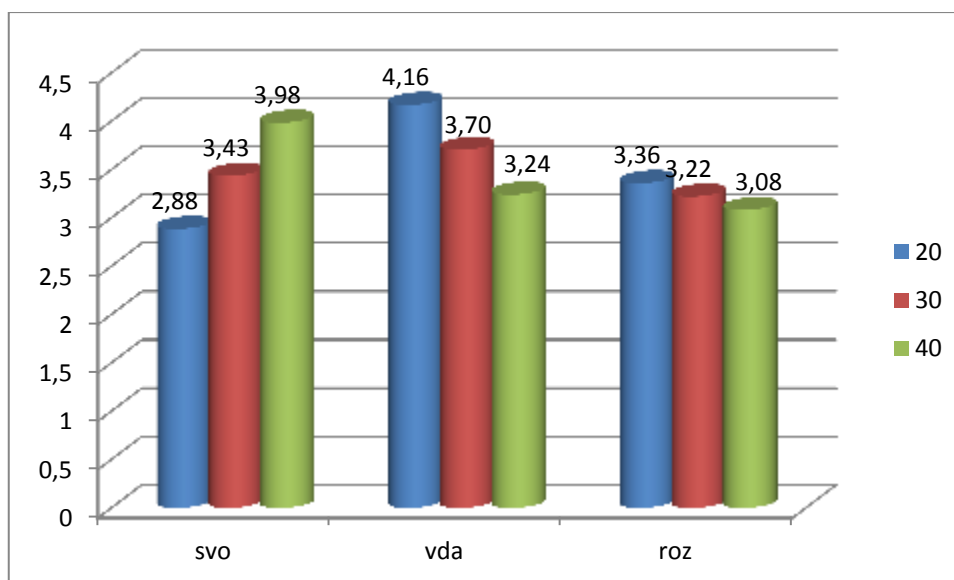
Graf 23 Vztah průměrů D4 a rodinného stavu



Kombinovaný vliv vybraných demografických proměnných věku a stavu na kvalitu života

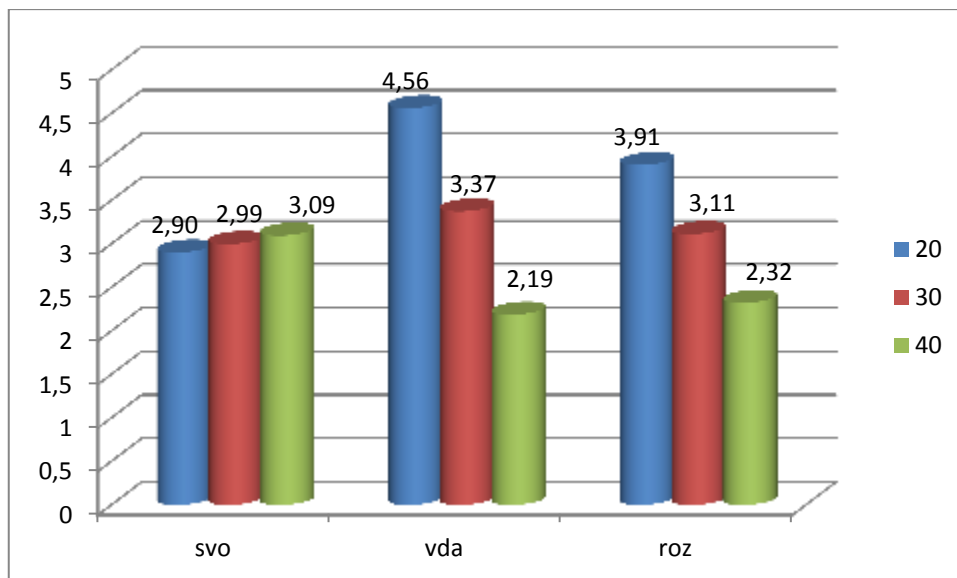
V samostatné položce A1, která se dotazuje na kvalitu života je zachycen velmi výrazný vliv věku i stavu. Nejlépe hodnotí kvalitu života vdané 20leté ženy na rozdíl od 20letých svobodných žen. Překvapivým zjištěním se zdá, že průměrný skór dosahující téměř hodnoty 4 a vypovídající o dobré kvalitě života vykazují svobodné 40leté ženy (viz graf 24). Nižší kvalitu života hodnotí vdané 40leté ženy. Čím starší vdaná žena, tím je kvalita života horší a naopak čím starší svobodná žena, tím je lepší kvalita života.

Graf 24 Položka A1 v závislosti na věku a stavu



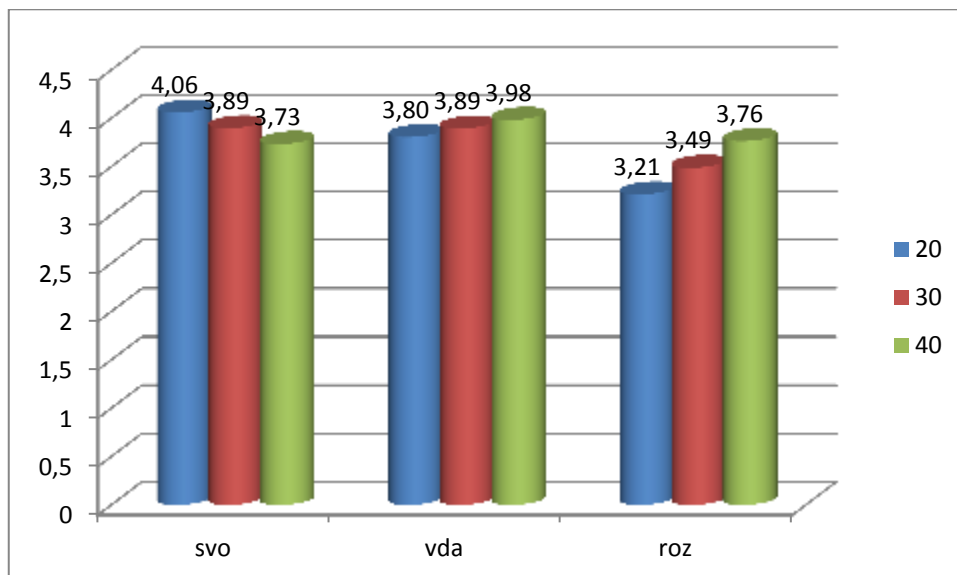
Samostatná položka A2 dotazující se na spokojenost se svým zdravím je také významně závislá na obou proměnných věku i stavu. Nejspokojenější se svým zdravím jsou opět vdané 20leté ženy, nejméně jsou se svým zdravím spokojené 40leté vdané ženy. Čím mladší žena vdaná i rozvedená, tím je větší spokojenost se zdravím, na rozdíl od svobodných, kde je tím větší spokojenost se zdravím, čím je žena starší (viz graf 25). Vdané a rozvedené 30 leté ženy jsou téměř stejně spokojené se zdravím jako svobodné 40leté ženy.

Graf 25 Položka A2 v závislosti na věku a stavu



Oblast D1 představující oblast fyzického zdraví je ovlivněna jak věkem, tak i rodinným stavem. U žen svobodných platí, že čím je žena mladší, tak hodnotí své fyzické zdraví jako lepší, hodnotí ho vyšším skórem. U žen vdaných i rozvedených platí, že čím je žena starší, hodnotí oblast fyzického zdraví lépe (viz graf 26). Téměř stejných a nejvyšších hodnot v této doméně dosahují 20leté svobodné ženy a 40leté vdané ženy.

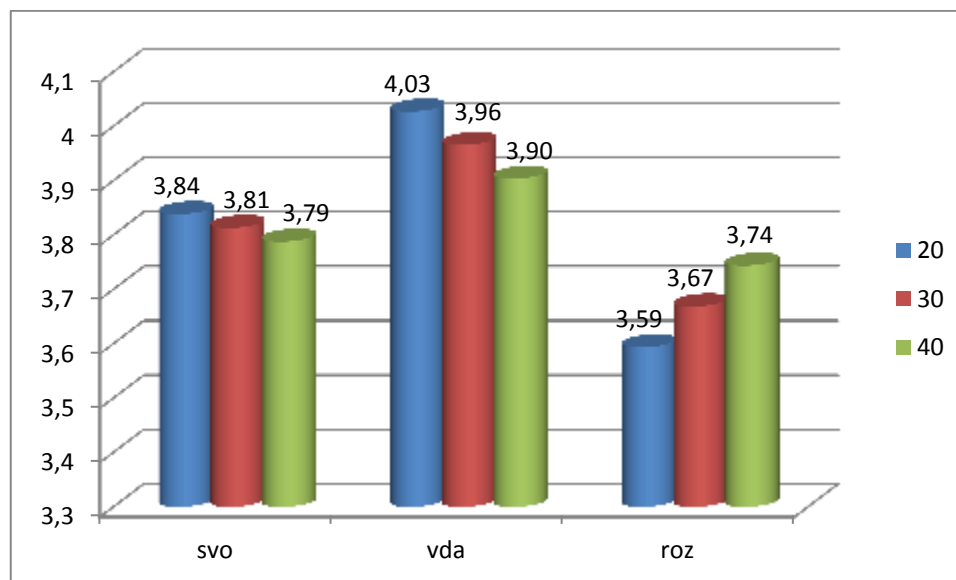
Graf 26 Oblast D1 v závislosti na věku a stavu



Pro další oblast D2 prožívání platí, že psychický stav hodnotí nejlépe 20leté vdané ženy. Čím starší svobodná i vdaná žena, tím je hůře hodnocena i oblast prožívání, na rozdíl od

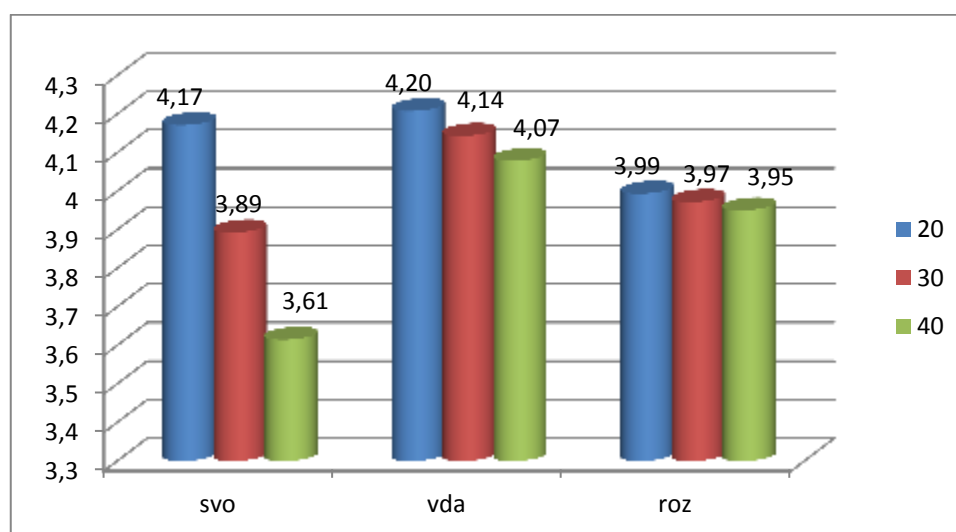
rozvedených, kde platí, čím starší rozvedená žena, tím je lépe oblast prožívání hodnocena (viz 27).

Graf 27 Oblast D2 v závislosti na věku a stavu



Oblast D3 sociální vztahy téměř shodně a nejlépe hodnotí 20leté ženy svobodné a vdané. Závislost je přímo úměrná věku i stavu. Čím mladší žena jakéhokoli stavu, tím vyšší skór sociálních vztahů, tím větší spokojenost s osobními vztahy, s přáteli a sexuálním životem (viz graf 28).

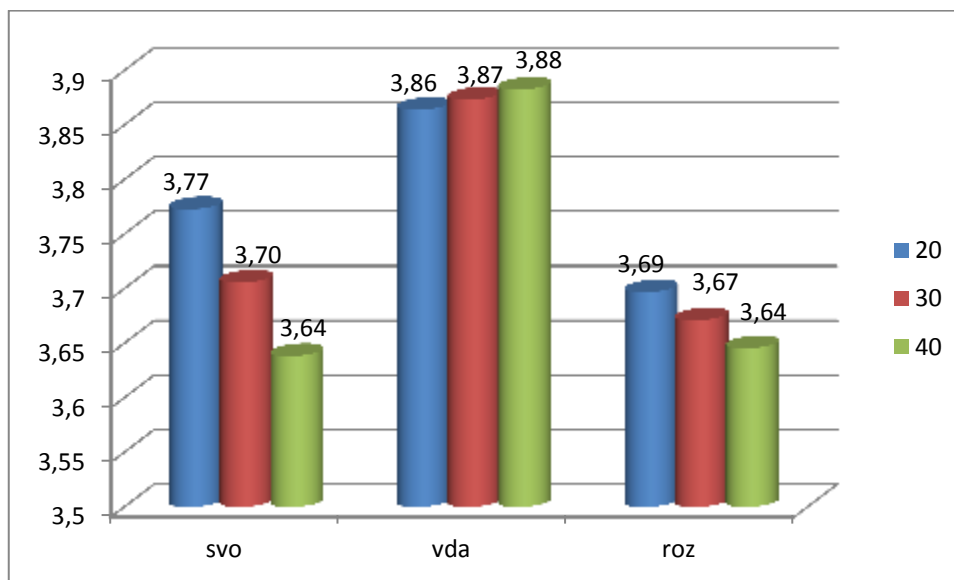
Graf 28 Oblast D3 sociální vztahy v závislosti na věku a stavu



S oblastí D4 prostředí jsou nejspokojenější 40leté vdané ženy, platí zde, že čím je vdaná žena starší, tím je s prostředím více spokojena. Ženy svobodné a rozvedené jsou

spokojenější s prostředím, jsou-li mladší. Nejméně s prostředím jsou spokojené 40leté svobodné a rozvedené ženy (viz graf 29).

Graf 29 Oblast D4 v závislosti na věku a stavu



Signifikantní rozdíly mezi těhotnými a netěhotnými při kontrole vlivu demografických údajů

V proměnné A1, A2 zůstává rozdíl mezi těhotnými a netěhotnými. V oblastech D1-D4 jsou rovněž signifikantní rozdíly, i když ne tak výrazné.

Tab. 36, 37 ukazují, jak by vypadal rozdíl mezi těmito skupinami očištěný od vlivu demografických údajů. Takto by vyšly průměry, kdyby byly skupiny vyrovnané.

Velký signifikantní rozdíl je v položce A1 i v položce A2. Těhotné ženy hodnotí lépe kvalitu svého života (4,15) a jsou i spokojenější se svým zdravím (4,30) než skupina netěhotných žen (2,84; 2,12).

Tab. 36 Rozdíl průměrů položky A1 mezi těhotnými a netěhotnými ženami

A1 Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?				
Skupina	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
0 netěhotné	2,842 ^a	0,098	2,649	3,036
1 těhotné	4,158 ^a	0,090	3,981	4,335

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: věk = 29,68.

Tab. 37 Rozdíl průměrů položky A2 mezi těhotnými a netěhotnými ženami

A2 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?				
Skupina	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
0 netěhotné	2,128^a	0,121	1,890	2,366
1 těhotné	4,303^a	0,110	4,087	4,519

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: věk = 29,68.

V oblasti D1 fyzické zdraví je také signifikantní rozdíl, ale ne tak velký mezi skupinou těhotných a netěhotných žen. Vyšší průměr je u skupiny netěhotných žen (3,88), ale jen 0,2 (viz tab. 38). Stejně tomu je i v dalších proměnných (viz tab. 39, 40, 41), ale vyšší průměry jsou tentokrát ve skupině těhotných žen (3,91; 4,14; 3,95).

Tab. 38 Rozdíl průměrů oblasti D1 mezi těhotnými a netěhotnými ženami

A D1 Fyzické zdraví				
Skupina	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
0 netěhotné	3,888^a	0,080	3,731	4,045
1 těhotné	3,691^a	0,073	3,547	3,835

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: věk = 29,68.

Tab. 39 Rozdíl průměrů oblasti D2 mezi těhotnými a netěhotnými ženami

A D2 Prožívání				
Skupina	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
0 netěhotné	3,729^a	0,081	3,570	3,887
1 těhotné	3,910^a	0,074	3,765	4,056

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: věk = 29,68.

Tab. 40 Rozdíl průměrů oblasti D3 mezi těhotnými a netěhotnými ženami

A D3 Sociální vztahy				
Skupina	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
0 netěhotné	3,850^a	0,102	3,650	4,049
1 těhotné	4,146^a	0,093	3,963	4,328

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: věk = 29,68.

Tab. 41 Rozdíl průměrů oblasti D4 mezi těhotnými a netěhotnými ženami

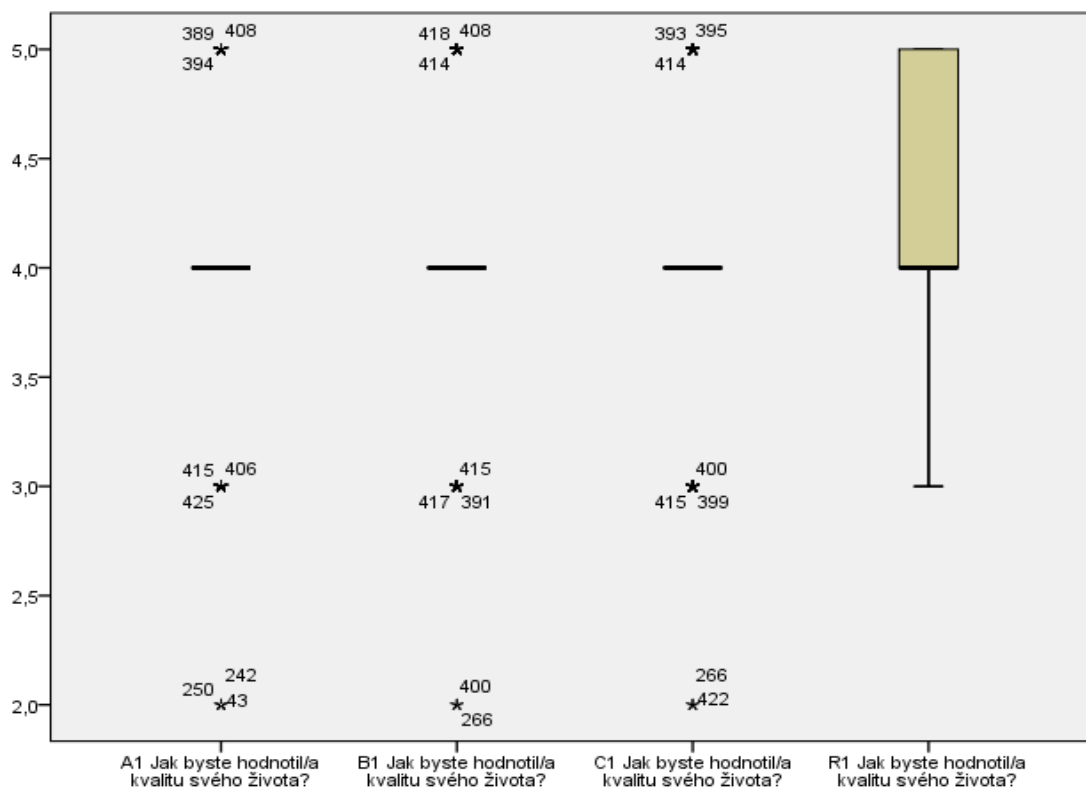
A D4 Prostředí				
Skupina	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
0 netěhotné	3,746 ^a	0,072	3,605	3,886
1 těhotné	3,958 ^a	0,065	3,830	4,087

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: věk = 29,68.

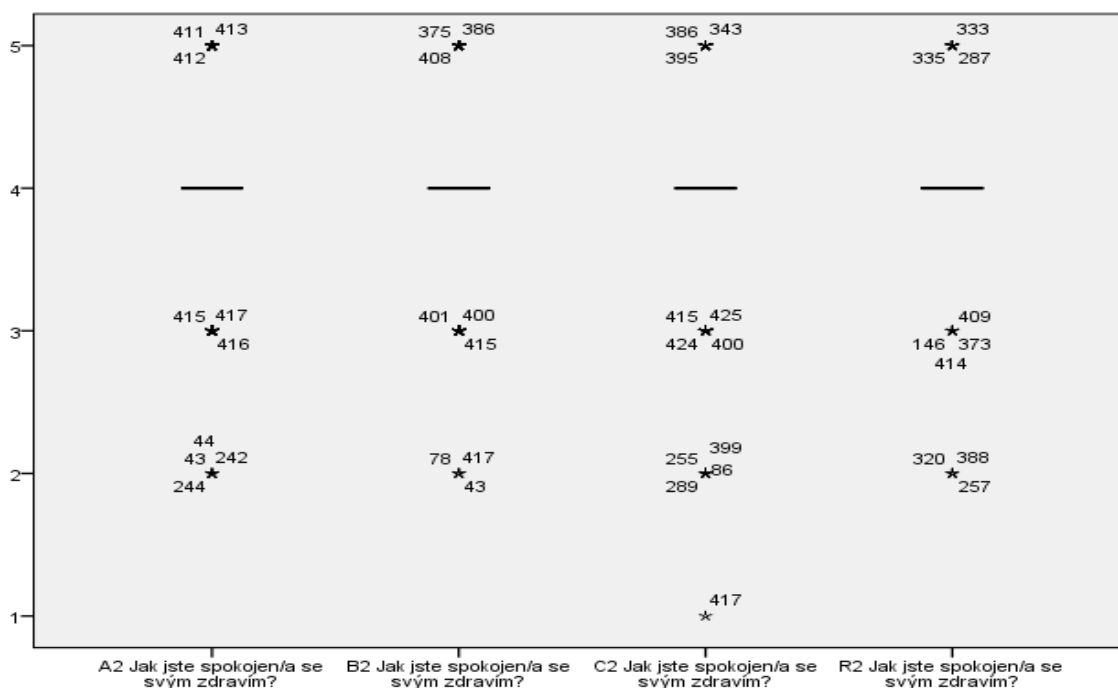
Rozdíly WHOQOL-BREF mezi jednotlivými trimestry a v retrospektivě.

Samostatné dvě první položky dotazující se na kvalitu svého života (A1) a spokojenost se zdravím (A2) mají rozložení tak úzké, že tři statistické ukazatele - první kvartil, medián a třetí kvartil mají stejnou hodnotu 4. Jen v případě retrospektivního souboru u položky A1 dosahuje 75. percentil hodnoty 5. Kvalita života je oproti hodnocení I. trimestru, na který si ženy měly v retrospektivním hodnocení rozvzpomenout, nadhodnocena (viz graf 30, 31). V průběhu celého těhotenství se hodnocení těchto dvou samostatných položek nemění. (A = I. trimestr, B=II. trimestr, C= III. trimestr, R= retrospektiva (RS))

Graf 30 Rozložení hodnocení položky A1 v jednotlivých trimestrech a retrospektivy



Graf 31 Rozložení hodnocení položky A2 v jednotlivých trimestrech a retrospektivě



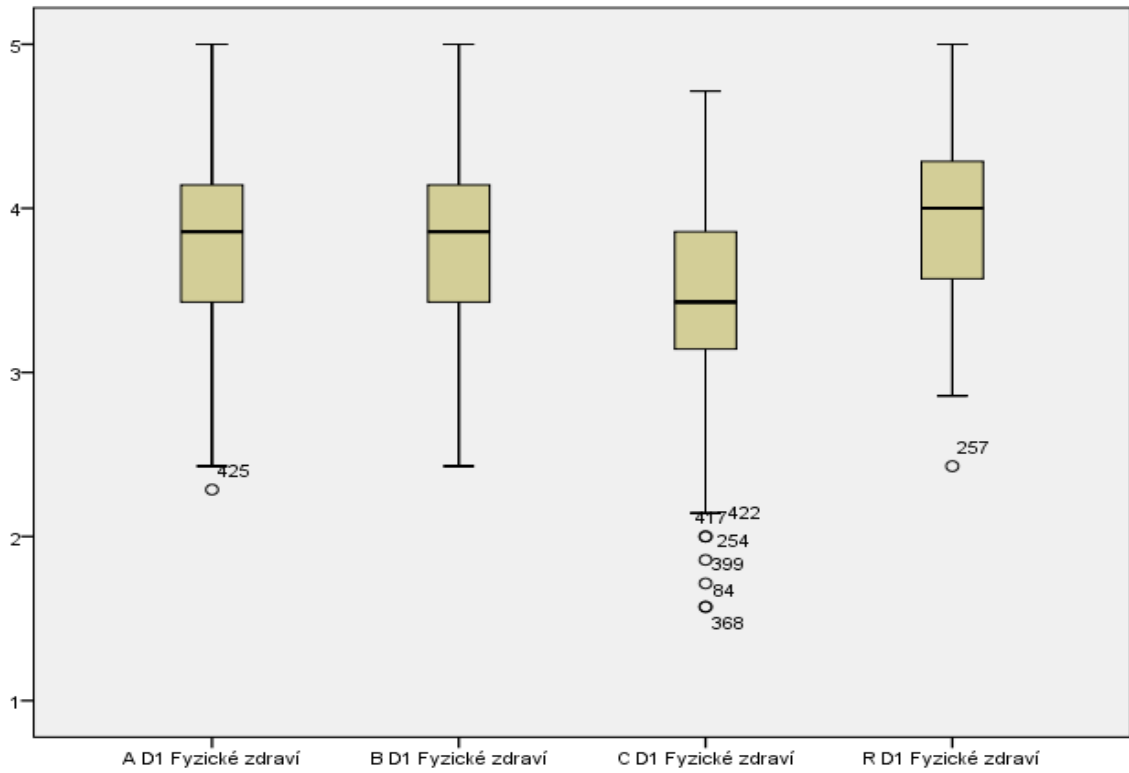
Rozložení hodnocení oblasti D1 fyzické zdraví je ve všech trimestrech vyrovnané. Nejnižší medián s ním i mezikvartilové rozpětí je zaznamenáno ve III. trimestru, ve kterém se vzhledem k hmotnostnímu přírůstku a s ním souvisejícím tělesným problémům (bolesti zad, problémy s dýcháním, pálení žáhy, zácpa) cítí těhotné ženy nejhůře. Retrospektivní hodnocení spíše než I. trimestru odpovídá II. trimestru (viz graf 32).

Rozložení mediánů v oblasti D2 prožívání, která se týká psychického stavu, je opět vyrovnané, v jednotlivých trimestrech není výrazná změna, kromě III. trimestru, ve kterém je mezikvartilové rozpětí užší, retrospektiva je mírně nadhodnocena (vyšší hodnota 75. percentilu) oproti I. trimestru (viz graf 33).

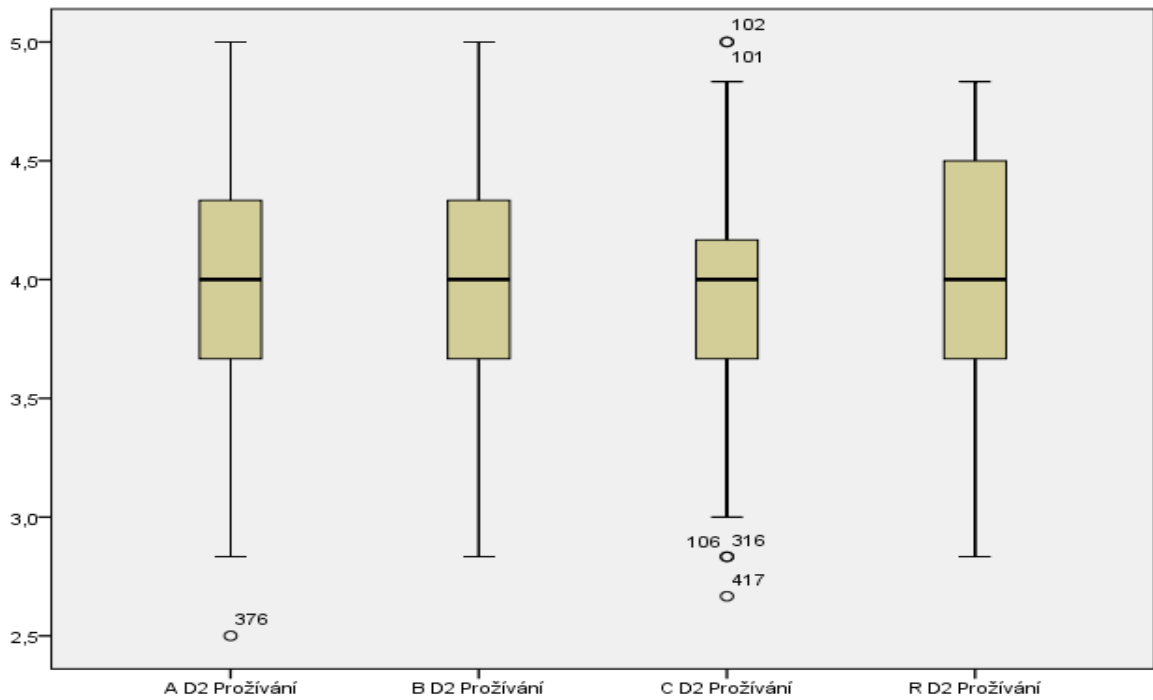
V oblasti D3 sociálních vztahů je nejvyšší medián v I. trimestru, ve kterém jsou sociální vztahy hodnoceny nejlépe. Největší mezikvartilové rozpětí je ve II. trimestru, přičemž hodnota 25tého kvartilu odpovídá hodnotě 25tého kvartilu ve III. trimestru. Sociální vztahy jsou hodnoceny nejhůře opět ve III. trimestru. Retrospektivní rozložení hodnocení odpovídá téměř rozložení hodnocení II. trimestru (viz graf 34).

Poslední oblast D4 prostředí vykazuje v I. a II. trimestru zcela totožné rozložení, mírný pokles mezikvartilového rozpětí je zaznamenán ve III. trimestru a medián retrospektivního hodnocení odpovídá mediánům všech tří trimestrů, má však vyšší mezikvartilové rozpětí, je tedy opět nadhodnoceno oproti I. trimestru, na který si ženy měly vzpomenout a hodnotit (viz graf 35)

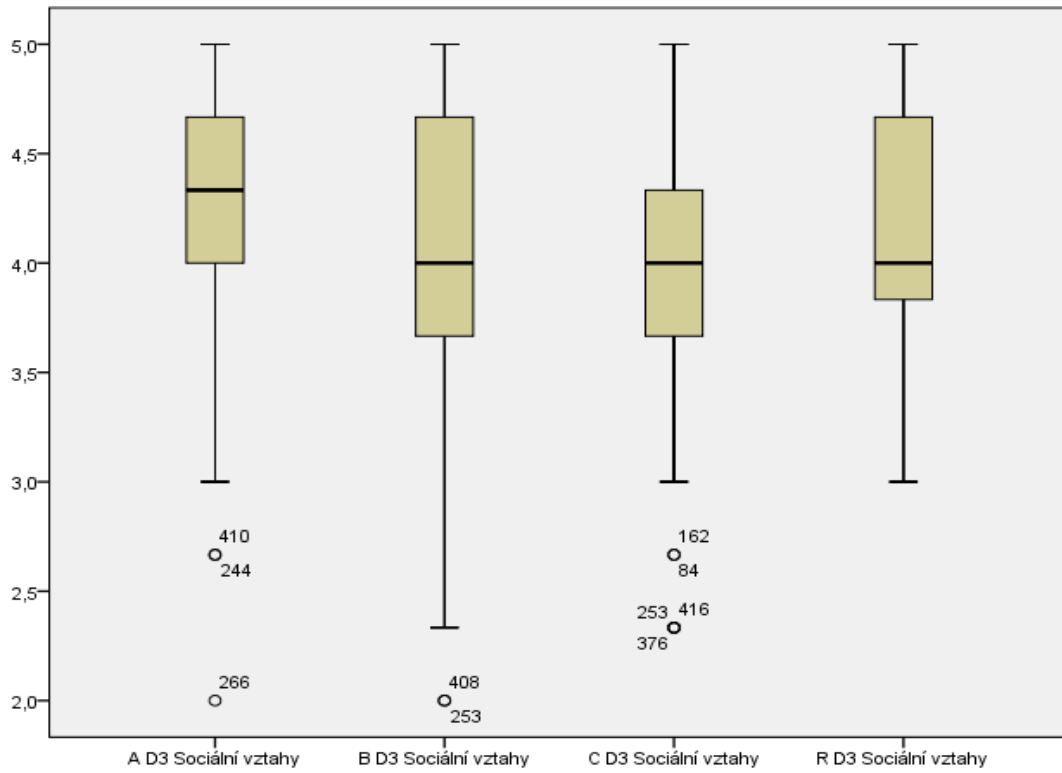
Graf 32 Rozložení hodnocení oblasti D1 v jednotlivých trimestrech a retrospektiv



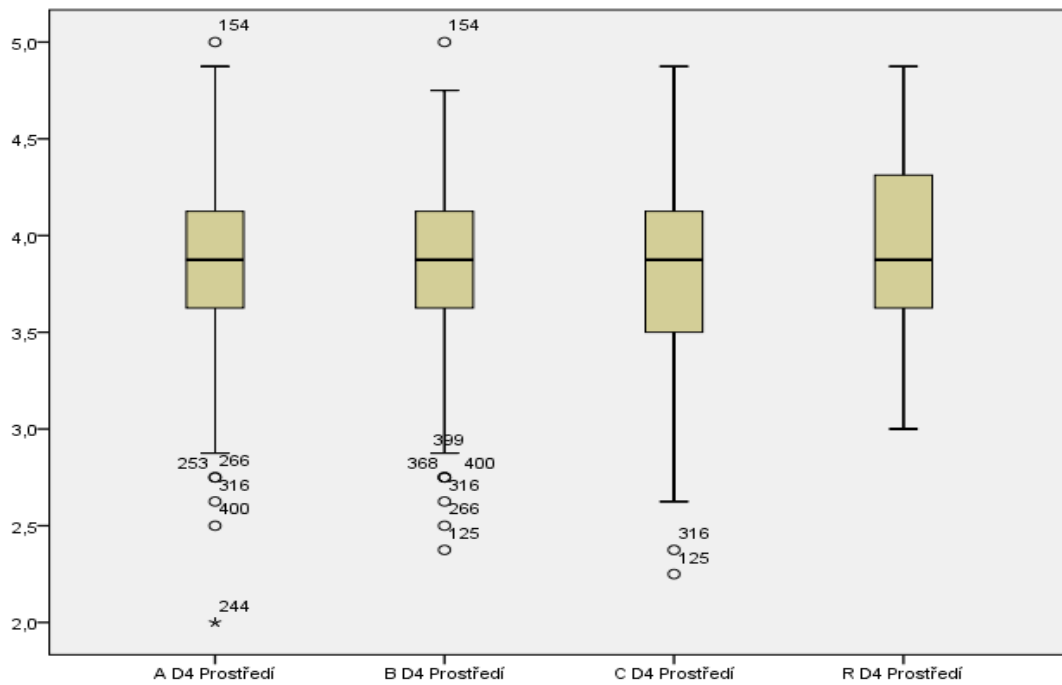
Graf 33 Rozložení hodnocení oblasti D2 v jednotlivých trimestrech a retrospektiv



Graf 34 Rozložení hodnocení oblasti D3 v jednotlivých trimestrech a retrospektiv



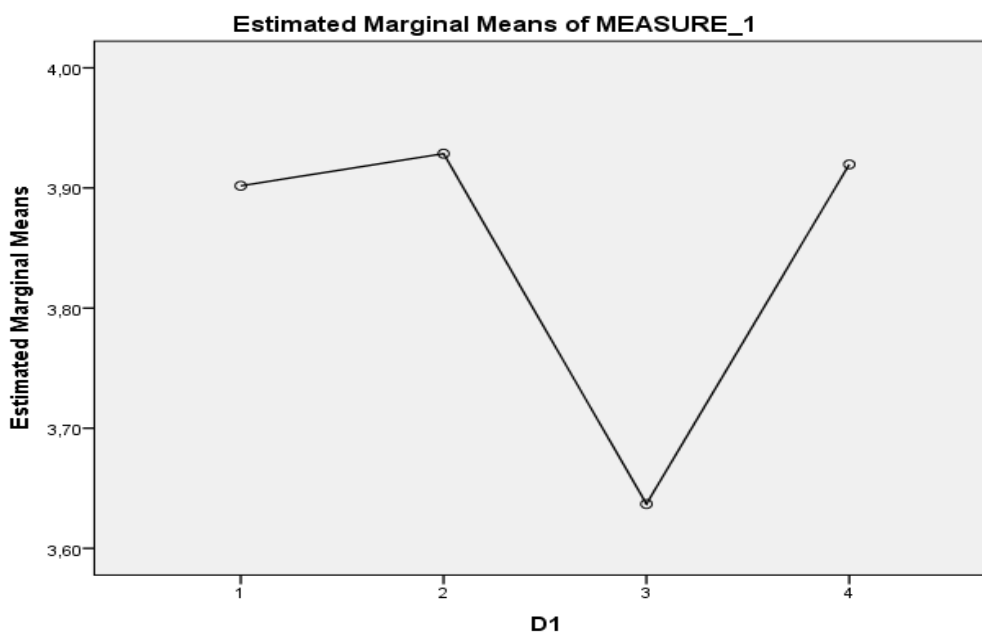
Graf 35 Rozložení hodnocení oblasti D4 v jednotlivých trimestrech a retrospektiv



Rozdíly mezi jednotlivými sběry dat (trimestry a retrospektivou)

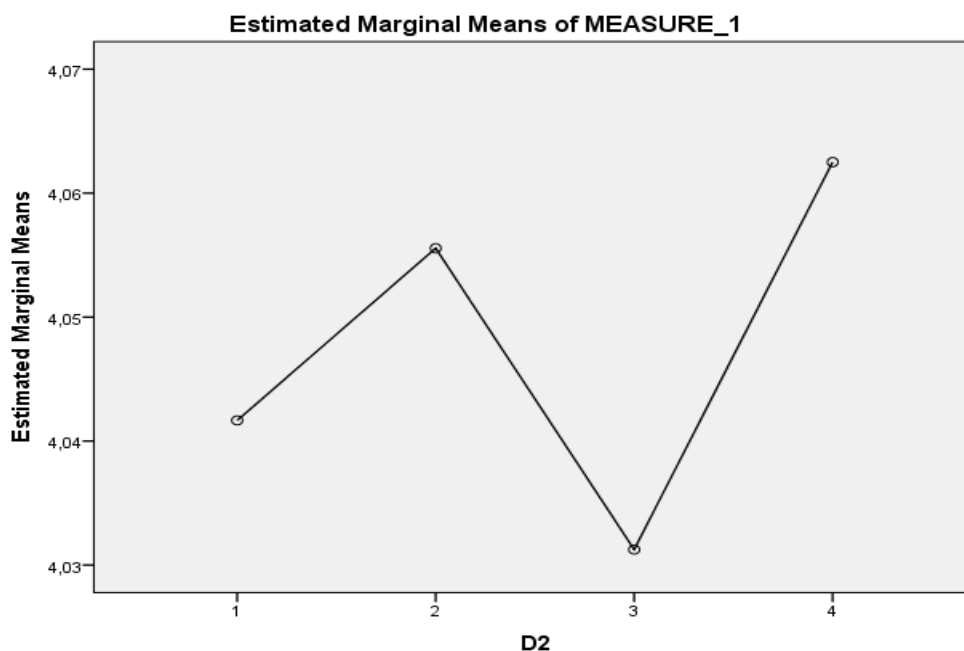
V případě oblasti D1 fyzické zdraví jsou signifikantní rozdíly mezi všemi trimestry a retrospektivou (tab 42 viz příloha 8). Retrospektivní odpovědi odpovídají více II. trimestru, než I. trimestru, na který měly vzpomínat. Stejně to vychází i v dalších škálách (oblasti D2 - D4). III. trimestr má nejnižší průměr. Nejvyšší průměr je ve II. trimestru, kterému odpovídá i retrospektiva (viz graf 36).

Graf 36 Průměrné skóry oblasti D1 v jednotlivých trimestrech (1,2,3) a retrospektivy (4)



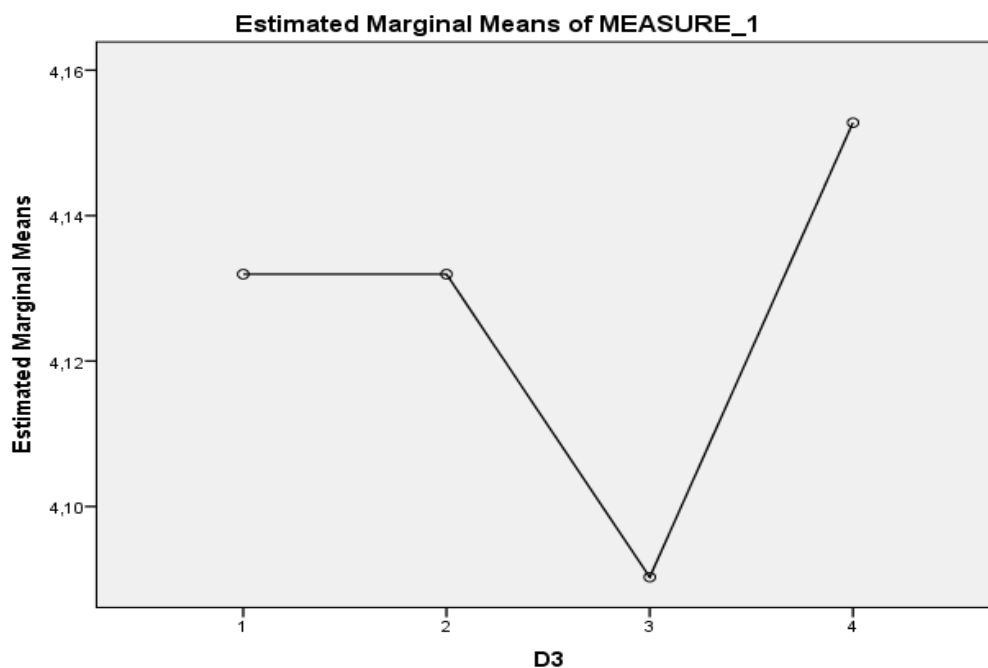
V oblasti D2 prožívání nebyly nalezeny žádné signifikantní rozdíly na základě opakovaného měření pomocí ANOVY. Ale z níže uvedeného grafu 37 jsou patrné poklesy průměrů, zejména ve III. trimestru, nejvyšší průměr je dosažen ve II. trimestru a je znázorněno i mírné nadhodnocení u retrospektivního souboru odpovídající II. trimestru.

Graf 37 Průměrné skóry oblasti D2 v jednotlivých trimestrech (1,2,3) a retrospektivy (4)



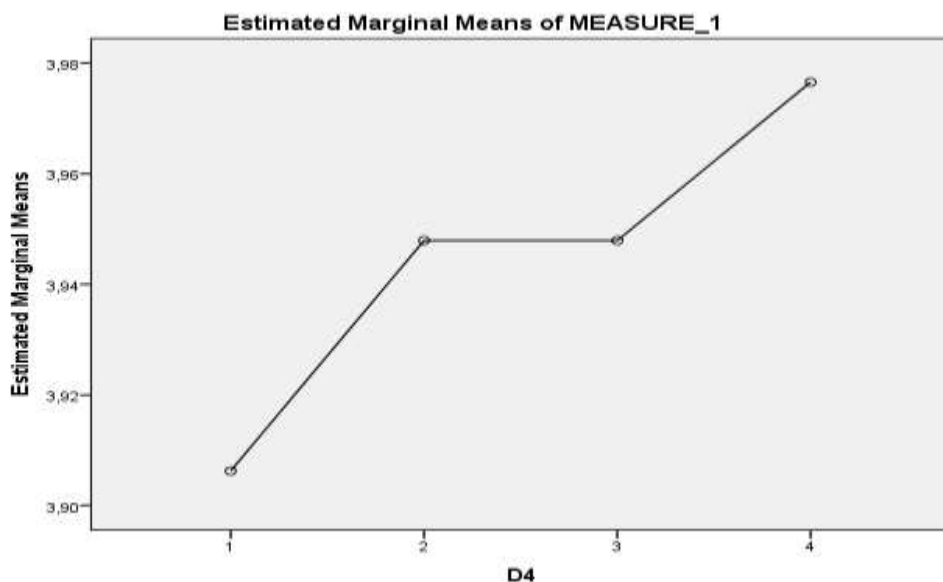
Obdobná situace nastala i v oblasti D3 sociální vztahy, kde pomocí opakovaných měření rovněž nebyl zastižen signifikantní rozdíl mezi trimestry a retrospektivními průměry. Graf 38 znázorňuje výrazný rozdíl mezi průměry II. a III. trimestru a opět nadhodnocení v případě retrospektivy.

Graf 38 Průměrné skóry oblasti D3 v jednotlivých trimestrech (1,2,3) a retrospektivy (4)



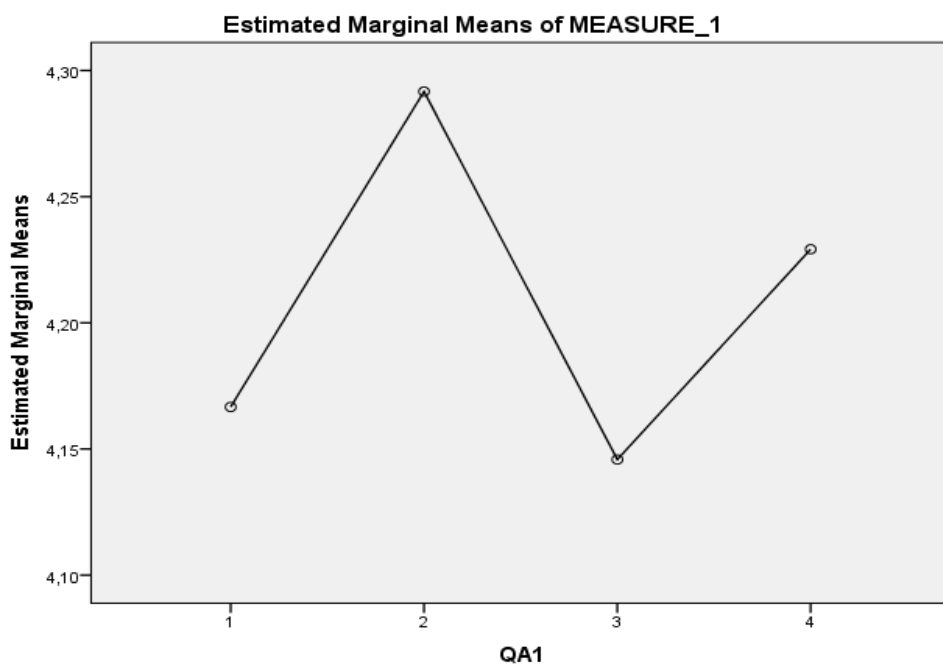
Poslední oblast D4 prostředí také při opakovaném měření nevykázala statisticky významný rozdíl, ale nejnižší průměrný skór je zachycen v I. trimestru, ve II. trimestru zřetelně stoupá, ve III. se ukazuje mírný pokles a následuje opět velmi výrazné nadhodnocení v retrospektivě (viz graf 39).

Graf 39 Průměrné skóry oblasti D4 v jednotlivých trimestrech (1,2,3) a retrospektivy (4)



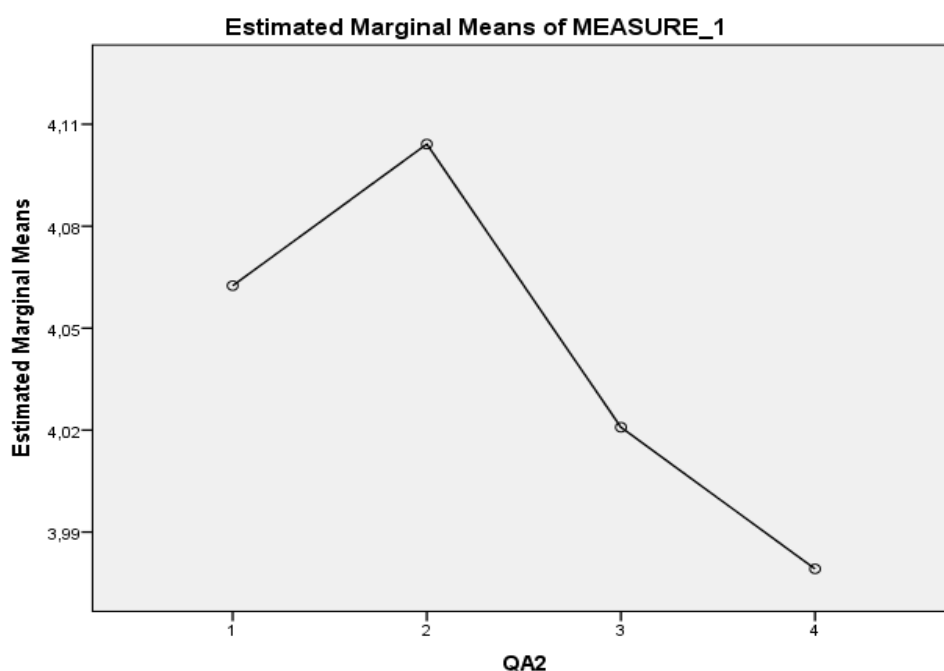
Samostatná položka A1 dotazující se na kvalitu života nevykazuje žádné statisticky významné rozdíly. Stoupání a poklesy jednotlivých průměrů zachycuje graf 40. Nejvyšší kvalita života byla těhotnými ženami hodnocena v II. trimestru, jemuž odpovídá i hodnocení žen retrospektivního souboru (6 -8 měsíců po porodu).

Graf 40 Průměrné skóry položky A1 v jednotlivých trimestrech (1,2,3) a retrospektivy (4)



Samostatná položka A2 dotazující se na spokojenost se zdravím nevykazuje signifikantní rozdíly mezi jednotlivými trimestry a retrospektivou. V grafu 41 je zachycen stoupající a klesající trend, přičemž nejvyšší průměr je dosažen ve II. trimestru, nižší ve III. trimestru a nejnižší v případě retrospektivy. Přestože si měly ženy retrospektivního souboru rozpomenout a hodnotit jako v I. trimestru, byly pravděpodobně ovlivněny poporodním obdobím, které sebou přináší fyzickou únavu související s péčí o malé dítě - kojence.

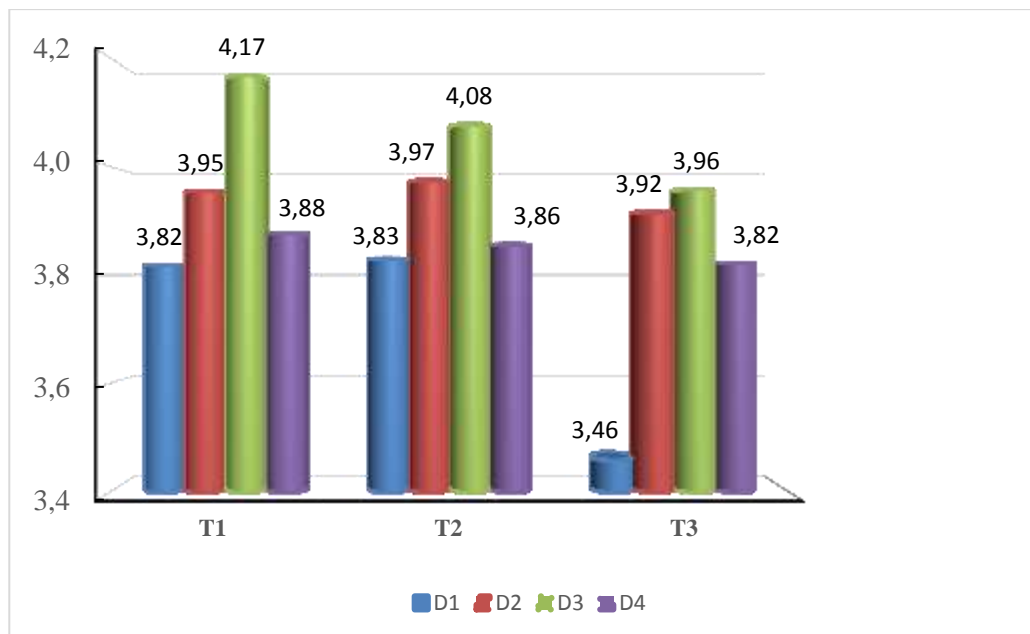
Graf 41 Průměrné skóry položky A2 v jednotlivých trimestrech (1,2,3) a retrospektivy (4)



Rozdíly mezi jednotlivými trimestry

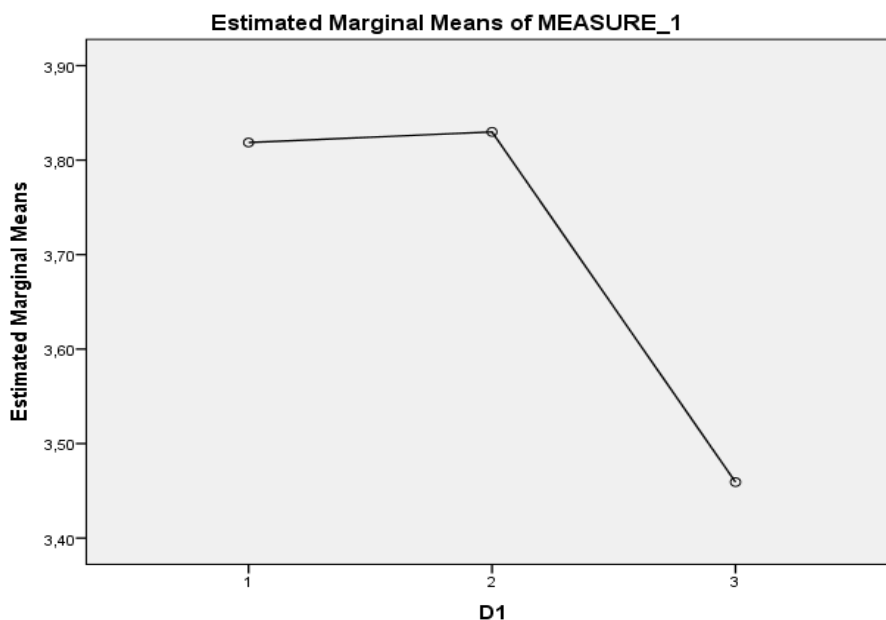
Vzhledem k tomu, že velikost retrospektivního souboru značně ubírala na velikosti vzorku, byly provedeny analýzy bez tohoto souboru a byly zjišťovány rozdíly mezi jednotlivými trimestry. Graf 42 znázorňuje průměrné skóry oblastí (D1 fyzické zdraví, D2 prožívání, D3 sociální vztahy, D4 prostředí) generického dotazníku WHOQOL-BREF v jednotlivých trimestrech (T1-T3).

Graf 42 Průměrné skóry oblastí (D1-D4) WHOQOL-BREF v trimestrech



V první oblasti D1 fyzické zdraví průměry v čase klesají a stoupají, vykazují „zahnutý“ trend, přičemž v případě D1 je pokles nelineární, což znamená, že je rychlejší ve druhém trimestru, než byl během prvního trimestru (viz graf 43).

Graf 43 Průměrné skóry oblasti D1 v jednotlivých trimestrech (1,2,3)



V případě další oblasti D2 prožívání jsou již rozdíly signifikantní, ale na základě testu POST-HOC (Sidak) se velikost rozdílů nezměnila a rozdíly jsou velmi malé. Signifikantní rozdíl je mezi II. a III. trimestrem (viz tab. 43).

Výrazný pokles mezi II. a III. trimestrem je zřetelný na grafu 44. Těhotné ženy nejlépe psychicky prožívaly II. trimestr a nejhůře prožívaly III. trimestr.

Tab. 43 Párový test pro oblast D2

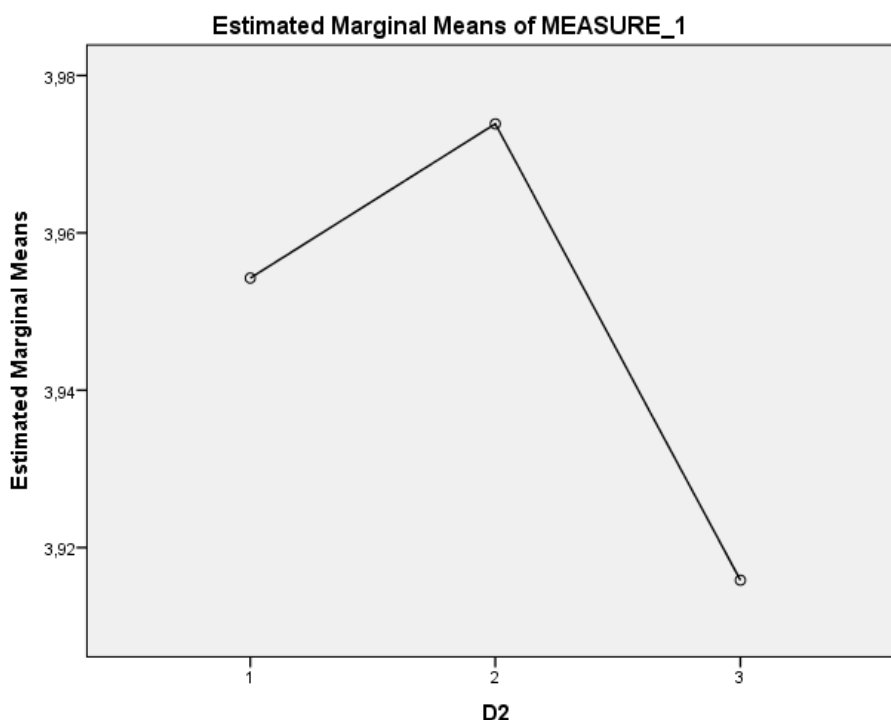
Pairwise Comparisons						
Measure: MEASURE_1						
(I) D2		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-0,020	0,021	0,740	-0,071	0,032
	3	0,038	0,025	0,346	0,023	0,099
2	1	0,020	0,021	0,740	-0,032	0,071
	3	0,058	0,023	0,033	0,003	0,113
3	1	-0,038	0,025	0,346	-0,099	0,023
	2	-0,058	0,023	0,033	-0,113	-0,003

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the 0,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Sidak.

Graf 44 Průměrné skóry oblasti D2 v jednotlivých trimestrech (1,2,3)



V oblasti D3 sociální vztahy jsou statisticky významné rozdíly mezi všemi trimestry (viz tab. 44). Graf 45 znázorňuje výrazný pokles v čase, nejlépe jsou sociální vztahy hodnoceny v I. trimestru a nejhůře ve III. trimestru.

Tab. 44 Párový test pro oblast D3

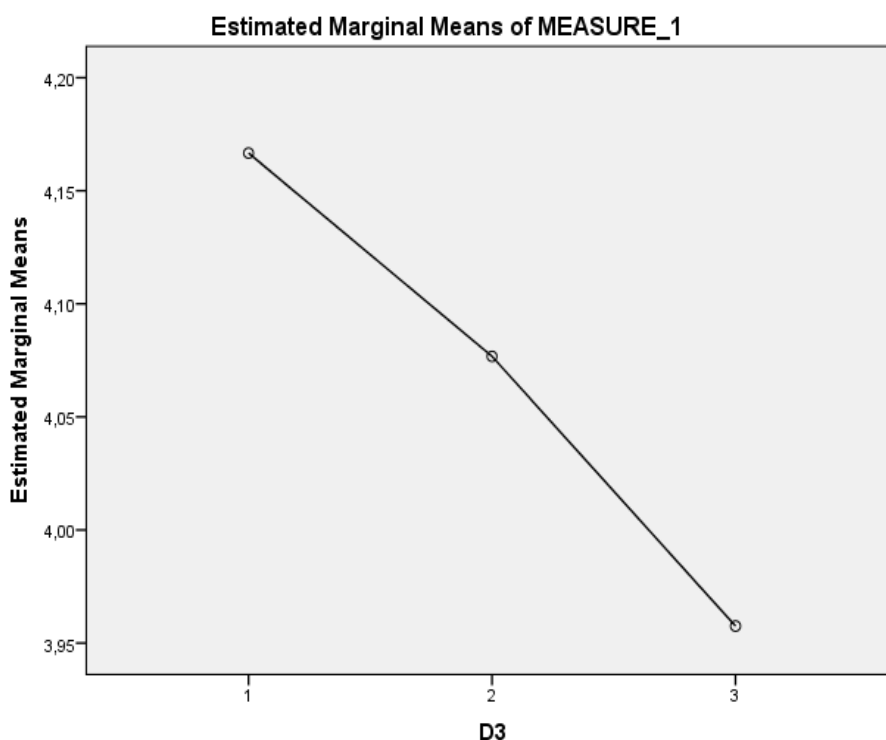
Pairwise Comparisons						
Measure: MEASURE_1						
(I) D3		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	0,090	0,033	0,020	0,011	0,169
	3	0,209	0,036	0,000	0,122	0,296
2	1	-0,090	0,033	0,020	-0,169	-0,011
	3	0,119	0,032	0,001	0,041	0,197
3	1	-0,209	0,036	0,000	-0,296	-0,122
	2	-0,119	0,032	0,001	-0,197	-0,041

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Sidak.

Graf 45 Průměrné skóry oblasti D3 v jednotlivých trimestrech (1,2,3)

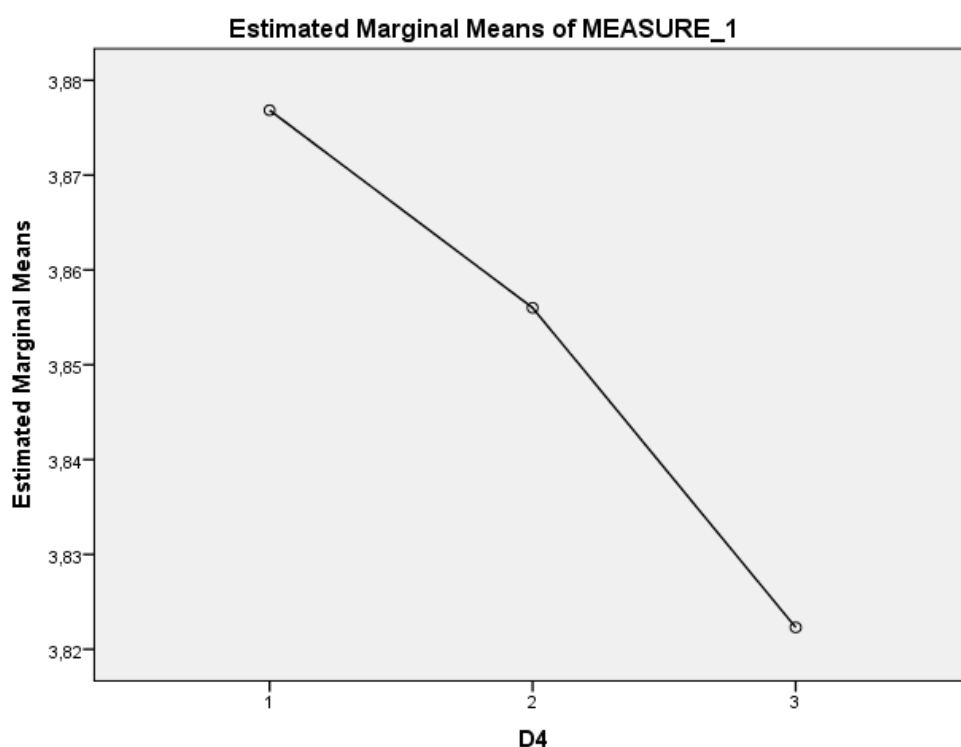


Oblast D4 prostředí také během těhotenství klesá (viz graf 46). Statisticky významný rozdíl byl potvrzen specifickým testem (viz tab. 45) přestože post-hoc testy signifikantní nevyšly. Nejlépe prostředí (D4) hodnotí těhotné ženy v I. trimestru a nejhůře ve III. trimestru. Je to stejné jako v případě oblasti D3 sociální vztahy.

Tab. 45 Specifický test pro oblast D4

Tests of Within-Subjects Contrasts							
Measure: MEASURE_1							
Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
D4	Linear	0,303	1	0,303	5,052	0,026	0,024
	Quadratic	0,006	1	0,006	0,139	0,710	0,001
Error(D4)	Linear	12,189	203	0,060			
	Quadratic	8,221	203	0,040			

Graf 46 Průměrné skóry oblasti D4 v jednotlivých trimestrech (1,2,3)



U samostatných položek dotazujících se na celkovou kvalitu života (A1) a spokojenost se zdravím (A2) nebyly potvrzeny žádné statisticky významné rozdíly mezi trimestry (tab. 46, tab. 47 viz příloha 9). To znamená, že se odpovědi těhotných žen na tyto dvě otázky během celého těhotenství nelišily.

Současně s vyplněním generického dotazníku WHOQOL-BREF vyplňovaly těhotné ženy specifický dotazník s pracovním názvem QOL-GRAV.

14.4 Kvantitativní fáze výzkumu (QOL-GRAV)

V případě fyziologického těhotenství, jak vyplývá z předchozích výsledků, je možné kvalitu těhotných žen hodnotit pomocí generického nástroje. Ale předpokládali jsme, že specifický nástroj, který se bude cíleně dotazovat na změny související s prožíváním tohoto období, bude i spolehlivěji hodnotit kvalitu života v období těhotenství s jeho fyziologickým průběhem.

14.4.1 Metodika QOL-GRAV

Při konstrukci specifického dotazníku (viz příloha 10) jsme vycházeli jednak z výsledků kvalitativního výzkumu (ohniskové skupiny), a jednak z výsledků kvantitativního výzkumu (WHOQOL- BREF). Položky nového specifického dotazníku byly sestaveny na základě našeho kauzálního modelu s novými šesti proměnnými, které ovlivňují kvalitu života v těhotenství. Dospěli jsme k nim analýzou výpovědí členek ohniskových skupin, a to pomocí zakotvené teorie (viz 14.2.2 Výsledky kvalitativní fáze, s. 111). Proměnné byly seskupeny do 12 položek dotazujících se na kvalitu života ovlivněnou těhotenstvím. Další východisko nového specifického dotazníku představoval generický dotazník WHOQOL- BREF. Těhotenské položky navázaly na 26 položkový dotazník WHOQOL-BREF. Snažili jsme se respektovat strukturu čtyř oblastí kvality života (D1 fyzické zdraví, D2 prožívání, D3 sociální vztahy a D4 prostředí). Vzhledem k tomu, že administrace dotazníku pro těhotné probíhala současně s generickým dotazníkem WHOQOL-BREF, byly stejnou formou i stylem formulovány průvodní komentáře, jednotlivé položky i způsob škálování. Některé z položek (q27, q28) byly dále doplněny o bližší specifikaci změn v těhotenství a o strategie zvládnání. V závěru specifického dotazníku byl dán prostor pro vlastní komentář a pro procentuální vyjádření nakolik se ve svých úvahách těhotné ženy zabírají minulostí, přítomností a budoucností.

Strukturování těhotenských položek do oblastí kvality života bylo následující: q27, q30 - q32, q35 se týkají první oblasti D1 fyzického zdraví, druhá oblast D2 prožívání je představována položkami q28, q29, q38, třetí oblast D3 sociální vztahy je reprezentována položkami q36, q37 a čtvrtou oblast D4 prostředí představují položky q33, q34. Oba dotazníky, jak již bylo zmíněno, vyplnily těhotné ženy současně v každém trimestru a retrospektivně měly zhodnotit I. trimestr 6-8 měsíců po porodu.

Pro statistickou analýzu dat byly opět využity postupy deskriptivní a induktivní statistiky obsažené v **softwarovém balíku SPSS verze 18.**

14.4.2 Výsledky QOL-GRAV

Stejným způsobem jako u generického dotazníku byla provedena popisná statistika a ověřeny psychometrické charakteristiky specifického dotazníku (viz dále).

Popisné statistiky 12 nových položek specifického dotazníku QOL-GRAV v jednotlivých trimestrech předkládají tab. 48, 49, 50 (viz příloha 11).

V I. trimestru byla nejvýše hodnocena položka q36 dotazující se na aktuální spokojenost s partnerským životem. Průměrný skóre 4,23 znamená, že těhotné ženy byly v partnerském vztahu v I. trimestru velmi spokojené. Hodnocení pravděpodobně souvisí s prožíváním oboustranné radosti z naplněné touhy mít dítě, stát se matkou.

Průměrné skóre položek q27 a q28, které se dotazují na prožívání somatických a psychických změn na běžné denní aktivity, vycházejí v I. trimestru 2,47 a 1,88, což znamená, že tělesné změny jsou vnímány o něco výrazněji než psychické změny, ale změny jsou vnímány jen trochu. Těhotenství ovlivnilo smysl života (q29) v I. trimestru středně silně ($M=2,96$). Obavy o zvládnutí domácnosti v I. trimestru (q30) nejsou téměř žádné ($M=1,85$), obavy o donošení plodu ($M=2,25$) a zvládnutí porodu ($M=2,20$) jsou nízké. Co se týká životosprávy v těhotenství (q33), tak ta byla v I. trimestru většinou dodržována, podobně byly sháněny i informace o těhotenství, porodu a kojení (q34, $M=3,18$). Položka dotazující se na omezení aktivity (q35) byla hodnocena v I. trimestru středně ($M=2,84$). Spokojenost se společenským životem (q37) byla v I. trimestru vysoká ($M=3,63$) a o něco větší byla spokojenost s adaptací na těhotenství (q38, $M=3,993$).

Ve II. trimestru byla opět nejvýše hodnocena položka q36 (spokojenost s partnerským životem) a položka q38 (spokojenost s adaptací na těhotenství). Podobně jako v I. trimestru jsou hodnoceny položky q27, q28, ale oba průměrné skóre jsou nižší; to znamená, že tělesné i psychické změny jsou vnímány méně. Dále je zřejmé, že těhotenství změnilo smysl života nastávající matky středně, stejně nízké vychází i obavy o péči o domácnost, o donošení plodu a zvládnutí porodu. Zvýšilo se pouze omezení fyzické aktivity, ale i spokojenost s přizpůsobením se těhotenství.

Ve III. trimestru je velká spokojenost s partnerským životem. Dále vyplývá, že se zhoršilo prožívání jak tělesných změn, tak i psychických změn. Zvýšily se i obavy o zvládnutí porodu, zřejmě s blížícím se termínem porodu tyto obavy narůstají. O něco je nižší spokojenost s přizpůsobením se těhotenství, která může souviset s narůstajícím hmotnostním přírůstkem, s otoky DK, bolestmi zad apod. Ostatní položky jsou hodnoceny podobně jako v I. a II. trimestru.

Faktorová analýza položek QOL-GRAV q27 až q38 (použitá metoda PAF- Principal Axis Factoring)

V tabulkách 51, 52, 53 jsou nerotovaná řešení (náboje nad 0,3 jsou vyznačeny tučně). Je zřejmé, že položka 33 s ostatními nekoreluje. Není hodnotící a s obavami a omezeními způsobenými těhotenstvím nesouvisí.

Podle „screeplotů“ lze ve všech třech vlnách sběru dat (ve všech třech trimestrech) smysluplně rozlišit tři dimenze (faktory). První faktor je sycen jednoznačně hodnotícími položkami a může tak přímo souviset s kvalitou života. Druhý faktor vyjadřuje spíše to, jak moc vážně žena těhotenství bere. Může však také být znakem sociálně žádoucího odpovídání, tj. uvádět to, co se společensky sluší říkat (viz tab. 54).

Tab. 51 Faktorové náboje položek QOL-GRAV v I. trimestru (A), nerotovaná řešení

Položky	Faktor		
	1	2	3
A27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	0,53	-0,26	0,43
A28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	0,52	0,14	0,06
A29 Změnilo toto těhotenství smysl Vašeho života?	0,08	0,62	-0,07
A30 Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	0,50	0,09	-0,04
A31 Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	0,26	0,32	-0,11
A32 Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	0,48	,37	-0,34
A33 Dodržujete teď životosprávu doporučovanou v těhotenství?	-0,26	0,09	0,28
A34 Sháněla jste teď informace týkající se těhotenství, porodu, kojení?	-0,02	0,61	0,15
A35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	0,43	0,15	0,38
A36 Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	-0,42	0,17	0,37
A37 Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	-0,60	0,23	0,03
A38 Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	-0,71	0,31	-0,06

Tab. 52 Faktorové náboje položek QOL-GRAV ve II. trimestru (B), nerotovaná řešení

Položky	Faktor		
	1	2	3
B27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	0,56	0,10	0,16
B28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	0,55	0,09	-0,01
B29 Změnilo toto těhotenství smysl Vašeho života?	0,22	0,50	0,01
B30 Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	0,51	0,16	-0,11
B31 Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	0,42	0,36	-0,27
B32 Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	0,51	0,31	-0,29
B33 Dodržujete teď životosprávu doporučovanou v těhotenství?	-0,20	0,28	0,25
B34 Sháněla jste teď informace týkající se těhotenství, porodu, kojení?	-0,02	0,56	0,34
B35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	0,36	0,08	0,35
B36 Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	-0,47	0,36	0,07
B37 Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	-0,64	0,26	-0,06
B38 Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	-0,59	0,39	-0,29

Tab. 53 Faktorové náboje položek QOL-GRAV ve III. trimestru (C), nerotovaná řešení

Položky	Faktor		
	1	2	3
C27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	0,64	0,11	-0,04
C28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	0,63	-0,02	-0,02
C29 Změnilo toto těhotenství smysl Vašeho života?	0,31	0,44	-0,12
C30 Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	0,57	0,10	0,12
C31 Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	0,38	0,05	0,27
C32 Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	0,56	0,20	0,43
C33 Dodržujete teď životosprávu doporučovanou v těhotenství?	-0,27	0,25	-0,11
C34 Sháněla jste teď informace týkající se těhotenství, porodu, kojení?	0,20	0,52	-0,22
C35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	0,44	0,09	-0,39
C36 Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	-0,39	0,38	0,10
C37 Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	-0,25	0,24	-0,03
C38 Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	-0,57	0,45	0,20

Tab. 54 Nerotovaná řešení (náboje pod 0,3 vynechány):
(A=I. trimestr, B=II. trimestr, C=III. trimestr)

Položka I. trim.	Faktor			Položka II. trim.	Faktor			Položka III. trim.	Faktor		
	1	2	3		1	2	3		1	2	3
A27	0,530		0,433	B27	0,558			C27	0,637		
A28	0,517			B28	0,548			C28	0,627		
A29		0,619		B29		0,495		C29	0,312	0,437	
A30	0,504			B30	0,508			C30	0,568		
A31		0,324		B31	0,420	0,361		C31	0,380		
A32	0,481	0,372	-0,340	B32	0,511	0,310		C32	0,558		0,432
A33				B33				C33			
A34		0,610		B34		0,564	0,340	C34		0,521	
A35	0,430		0,379	B35	0,356		0,349	C35	0,436		-0,386
A36	-0,423		0,366	B36	-0,473	0,359		C36	-0,386	0,382	
A37	-0,603			B37	-0,636			C37			
A38	-0,707	0,309		B38	-0,587	0,392		C38	-0,572	0,445	

Rotovaná řešení prezentují tab. 55, 56, 57 (Varimax, náboje nad 0,3 označeny tučně). Jsou již limitovány velikostí vzorku a vycházejí v každém trimestru jinak (viz tab. 58). Položky prvních dvou faktorů se zařazují do jednoho nebo do druhého faktoru a často sytí oba faktory. Proto jsme se rozhodli neměnit interpretaci omezených dat a zkonstruovat jednu hodnotící škálu.

Tab. 55 Faktorové náboje položek QOL-GRAV v I. trimestru (A), Varimax rotovaná řešení

Položky	Faktor		
	1	2	3
A27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	0,69	-0,02	-,01
A28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	0,43	-0,24	,23
A29 Změnilo toto těhotenství smysl Vašeho života?	-0,02	0,06	,63
A30 Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	0,35	-0,32	,19
A31 Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	0,11	-0,16	,39
A32 Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	0,13	-0,46	,51
A33 Dodržujete teď životosprávu doporučovanou v těhotenství?	-0,01	0,39	-,01
A34 Sháněla jste teď informace týkající se těhotenství, porodu, kojení?	0,05	0,28	,56
A35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	0,57	0,05	,17
A36 Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	-0,09	0,58	,02
A37 Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	-0,45	0,46	,09
A38 Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	-0,59	0,47	,17

Tab. 56 Faktorové náboje položek QOL-GRAV ve II. trimestru (B), Varimax rotovaná řešení

Položky	Faktor		
	1	2	3
B27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	0,48	0,33	0,05
B28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	0,30	0,40	-0,05
B29 Změnilo toto těhotenství smysl Vašeho života?	0,04	0,43	0,33
B30 Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	0,27	0,47	-0,06
B31 Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	0,05	0,62	0,01
B32 Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	0,12	0,65	-0,06
B33 Dodržíte teď životosprávu doporučovanou v těhotenství?	-0,08	-0,09	0,41
B34 Sháněla jste teď informace týkající se těhotenství, porodu, kojení?	0,03	0,15	0,64
B35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	0,45	0,09	0,20
B36 Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	-0,42	-0,12	0,41
B37 Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	-0,59	-0,21	0,29
B38 Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	-0,72	-0,01	0,24

Tab. 57 Faktorové náboje položek QOL-GRAV ve III. trimestru (C), Varimax rotovaná řešení

Položky	Faktor		
	1	2	3
C27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	-0,33	0,39	0,41
C28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	-0,41	0,37	0,30
C29 Změnilo toto těhotenství smysl Vašeho života?	0,10	0,21	0,50
C30 Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	-0,24	0,47	0,27
C31 Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	-0,13	0,45	0,05
C32 Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	-0,08	0,72	0,13
C33 Dodržíte teď životosprávu doporučovanou v těhotenství?	0,32	-0,18	0,09
C34 Sháněla jste teď informace týkající se těhotenství, porodu, kojení?	0,20	0,09	0,56
C35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	-0,31	0,00	0,50
C36 Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	0,55	-0,07	-0,01
C37 Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	0,32	-0,12	0,05
C38 Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	0,74	-0,09	-0,12

Tab. 58 Rotovaná řešení (Varimax, náboje pod 0,3 vynechány)

Položka I. trim.	Faktor			Položka II. trim.	Faktor			Položka III. trim.	Faktor		
	1	2	3		1	2	3		1	2	3
A27	0,686			B27	0,484	0,328		C27	-0,325	0,389	0,405
A28	0,427			B28	0,380	0,402		C28	-0,411	0,367	
A29			0,625	B29		0,432	0,330	C29			0,499
A30	0,349	-0,322		B30		0,470		C30		0,468	
A31			0,385	B31		0,616		C31		0,446	
A32		-0,455	0,513	B32		0,651		C32		0,717	
A33		0,391		B33			0,412	C33	0,323		
A34			0,560	B34			0,640	C34			0,562
A35	0,565			B35	0,454			C35	-0,310		0,501
A36		0,577		B36	-0,415		0,414	C36	0,547		
A37	-0,446	0,458		B37	-0,589			C37	0,324		
A38	-0,592	0,471		B38	-0,723			C38	0,738		

14.4.3 Těhotenská škála kvality života

Psychometrické vlastnosti těhotenské škály

Naším cílem bylo vytvořit jednu či více jednorozměrných škál z 12 vhodných těhotenských položek, které by mohly být prozkoumány v dalším výzkumu.

Na základě faktorové analýzy jsme se rozhodli zkonstruovat jednu hodnotící škálu, která se skládá z 9 položek se stabilním vysokým nábojem v 1. faktoru (q27, q28, q30, q31, q32, q35, q36r, q37r, q38r) a s uspokojivou vnitřní konzistencí (tab. 59, 60, 61 viz příloha 12). Koeficient vnitřní konzistence Cronbachovo α jednotlivých položek se pohybuje v I. trimestru od 0,68 do 0,74, ve II. trimestru od 0,69 do 0,72, ve III. trimestru od 0,71 do 0,74.

Položky nového dotazníku QOL-GRAV mají tedy tuto výslednou podobu:

1. q27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?
2. q28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?
3. q30 Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?
4. q31 Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?
5. q32 Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?
6. q35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?
7. q36r¹⁴ Jak jste teď spokojena s partnerským životem?
8. q37r Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?
9. q38r Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?

¹⁴ Položky označené r jsou převrácené (reversible).

Obsahově poněkud vybočují položky 36 a 37, které se explicitně na těhotenství neptají a patřily by tedy spíše do obecné škály kvality života.

Tab. 62 shrnuje popisnou statistiku těhotenské škály pro jednotlivé trimestry. Hodnota stupnice je vypočítána jako průměr odpovědí všech obsažených položek (jedná se stejně jako v případě WHOQOL-BREF o pětistupňovou škálu s min. 1, max. 5). **Nižší hodnoty znamenají vysokou kvalitu života a absenci problémů (specifických změn v těhotenství).** Těhotenská škála má uspokojivou vnitřní konzistenci (koeficient Cronbachovo α 0,72; 0,74, 0,75) a vyjadřuje míru specifických prožitků v těhotenství

Tab. 62 Popisná statistika těhotenské škály pro jednotlivé trimestry

Těhotenská kvalita života	N	Min	Max	M	SD	Cronbach alpha
I. trimestr	225	1,00	3,67	2,19	0,51	0,72
II. trimestr	219	1,00	3,78	2,16	0,48	0,74
III. trimestr	204	1,00	3,89	2,29	0,50	0,75

Korelace mezi trimestry zůstává relativně vysoká, což naznačuje dlouhodobou stabilitu kvality života (viz tab. 63).

Tab. 63 Korelace těhotenské škály mezi trimestry

(AT= těhotenská škála I. trim., BT= těhotenská škála II. trim., CT= těhotenská škála III. trim.)

		AT I. trim.	BT II. trim.	CT III. trim.
AT AT Těhotenská kvalita života I. trim	Pearson Correlation	1	0,763	0,622
	významnost p		0,000	0,000
	N	225	219	204
BT BT Těhotenská kvalita života II. trim.	Pearson Correlation	0,763	1	0,706
	významnost p	0,000		0,000
	N	219	219	204
CT CT Těhotenská kvalita života III. trim.	Pearson Correlation	0,622	0,706	1
	významnost p	0,000	0,000	
	N	204	204	204

Dále se porovnávaly průměrné skóry těhotenské kvality života mezi jednotlivými trimestry a mezi doménami WHOQOL-BREF. Když se podíváme na tyto interkorelace mezi naší novou těhotenskou škálou a doménami dotazníku WHOQOL-BREF (viz tab. 64) pohybují se od 0,44 až 0,69 v souběžných měřeních. Tato hodnota Pearsonova korelačního koeficientu znamená střední závislost. Signifikantní rozdíl byl mezi všemi doménami generického dotazníku jednotlivých trimestrů a specifickou těhotenskou škálou v jednotlivých trimestrech.

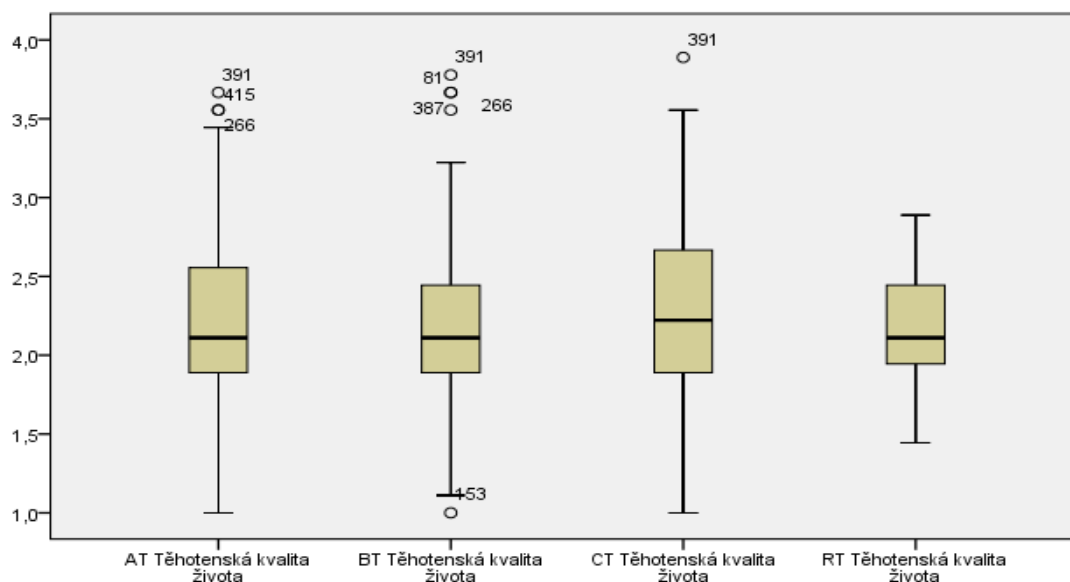
Tab. 64 Korelace domén dotazníku WHOQOL-BREF a těhotenské škály v jednotlivých trimestrech
(AD= domény WHOQOL-BREF v I. trim, BD= domény WHOQOL-BREF II. trim., CD= domény WHOQOL-BREF III. trim.)

Domény WHOQOL-BREF		AT I.	BT II.	CT III.
AD1 A D1 Fyzické zdraví	Pearson Correlation	-0,643	-0,485	-0,410
	významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	225	219	204
AD2 A D2 Prožívání	Pearson Correlation	-,0537	-0,523	-0,492
	významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	225	219	204
AD3 A D3 Sociální vztahy	Pearson Correlation	-0,464	-0,369	-0,289
	Významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	225	219	204
AD4 A D4 Prostředí	Pearson Correlation	-0,437	-0,469	-0,340
	významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	225	219	204
BD1 B D1 Fyzické zdraví	Pearson Correlation	-0,506	-0,590	-0,463
	významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	219	219	204
BD2 B D2 Prožívání	Pearson Correlation	-0,477	-0,569	-0,506
	významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	219	219	204
BD3 B D3 Sociální vztahy	Pearson Correlation	-0,359	-0,436	-0,449
	významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	219	219	204
BD4 B D4 Prostředí	Pearson Correlation	-0,371	-0,502	-0,402
	významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	219	219	204
CD1 C D1 Fyzické zdraví	Pearson Correlation	-0,532	-0,550	-0,686
	významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	204	204	204
CD2 C D2 Prožívání	Pearson Correlation	-0,512	-0,598	-0,619
	Významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	204	204	204
CD3 C D3 Sociální vztahy	Pearson Correlation	-0,384	-0,451	-0,527
	významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	204	204	204
CD4 C D4 Prostředí	Pearson Correlation	-0,371	-0,454	-0,461
	významnost p	0,000	0,000	0,000
	N	204	204	204

Srovnání rozložení hodnocení těhotenské škály jednotlivých trimestrů a retrospektivy ukazuje graf 47.

Trimestry jsou srovnatelné. Pouze retrospektivní hodnocení má užší mezikvartilové rozpětí. Kvalita života je vysoká a mediány jsou vyrovnané.

Graf 47 Rozložení těhotenské škály v jednotlivých trimestrech a v retrospektivě



Pro srovnání průměrných hodnocení v jednotlivých trimestrech pro opakovaná měření byla použita ANOVA, obecný test, zda se průměry liší. Mauchlyho test, který byl signifikantní (tab. 65) a POST-HOC test (Sidak) na porovnání každého průměru s každým. Statisticky významné rozdíly byly shledány ve všech trimestrech kromě I. a II. trimestru. Zatímco v prvních dvou trimestrech (I. a II. trimestr) průměrná hodnota kvality života zůstává stejná, ve III. trimestru se mírně zvýší (Cohenovo $d=0,2$, $p<0,01$).

Párový test ukazuje, že statisticky významný rozdíl průměrů byl mezi I. a III. trimestrem, mezi II. a III. trimestrem. Mezi I. a II. trimestrem signifikantní rozdíl nebyl (viz tab. 66).

Na grafu 48 je znázorněn nejnižší průměr ve II. trimestru, nejvyšší ve III. trimestru. To znamená, že nejvyšší kvalita života v těhotenství byla ve II. trimestru a nejhůře byla hodnocena kvalita života ve III. trimestru těhotenství.

Tab. 65 Mauchlyho test pro těhotenskou škálu

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
T	0,901	21,120	2	0,000	0,910	0,917	0,500

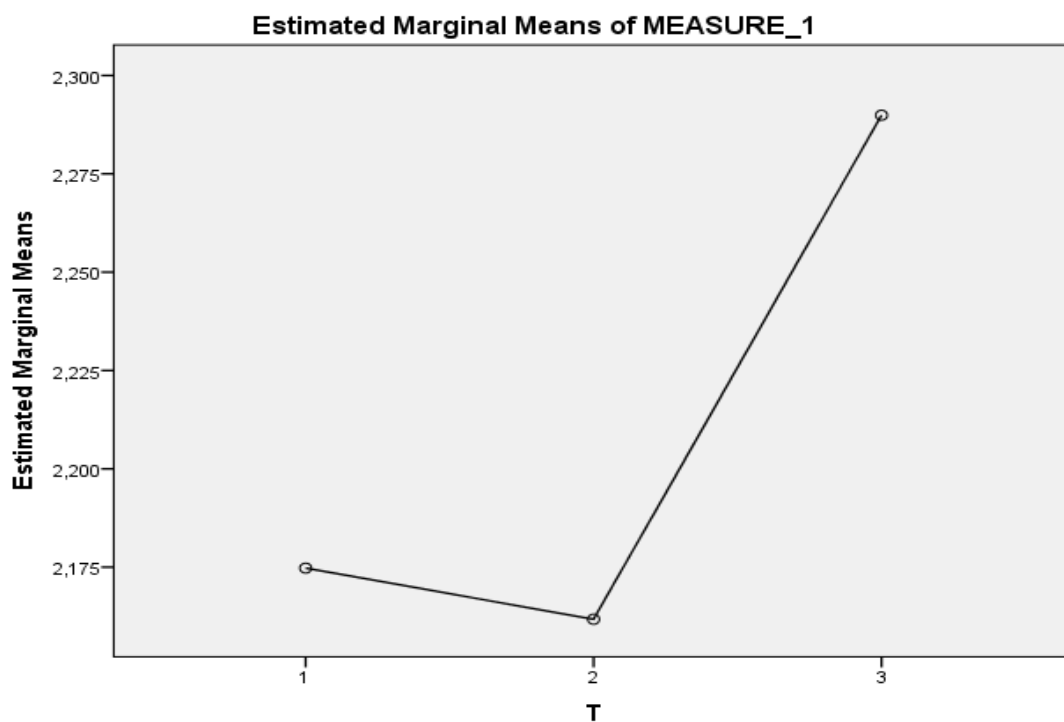
Tab. 66 Párové porovnání těhotenské škály (T) jednotlivých trimestrů

(I) T		Průměrný rozdíl (I-J)	Std. chyba	Sig. ^b
1	2	0,013	0,023	0,925
	3	-0,115*	0,031	0,001
2	1	-0,013	0,023	0,925
	3	-0,128*	0,027	0,000
3	1	0,115*	0,031	0,001
	2	0,128*	0,027	0,000

*statisticky významný rozdíl ($p=0,5$)

^b úprava pro několikanásobné porovnání: Sidak

Graf 48 Průměrné skóry těhotenské škály v jednotlivých trimestrech



14.4.4 Diskuze ke kvantitativní fázi výzkumu

Koeficienty vnitřní konzistence (Cronbachovo α) pro domény WHOQOL-BREF odpovídají souboru **zdravých jedinců** výběrového souboru pražské populace ve věkové kategorii (18-59), který byl zkoumán v rámci validizace české verze WHOQOL-BREF (Dragomirecká a kol., 2006). Mírně odlišně se chovala pouze položka č. 4 (q4), která se dotazuje na potřebu lékařské péči. Myslíme si, že je to proto, že je většina těhotných žen přesvědčena, že těhotenství je normální stav, u kterého lékařská péče zabezpečující normální běžné denní

fungování není nutná. V průběhu těhotenství se hodnocení kvality života (Q1) a spokojenost se zdravím (Q2) nemění, ale mění se hodnocení jednotlivých oblastí zejména sociální vztahy (D3) i prostředí (D4) a to se zřetelně klesajícím trendem. Pokles pravděpodobně souvisí se stoupající izolací těhotných žen úměrně gestačnímu stáří. III. trimestr má nejnižší průměr, nejvyšší průměr je ve II. trimestru.

Výzkumný tým vedený Haasovou (2004) se zabýval změnami zdravotního stavu žen jak během těhotenství, tak po porodu. Pomocí vybraných položek z dotazníků MOS, SF-36, CES-D zjistil, že podstatné změny (ovlivňující i kvalitu života) nastaly ve III. trimestru, kdy poklesly tělesné funkce a k jejich zlepšení došlo až po porodu (za 8-12 týdnů). Prevalence psychických obtíží byla rovněž zvýšená ve III. trimestru. Také v našem souboru byla pomocí dotazníku WHOQOL-BREF zjištěna nejnižší kvalita života ve III. trimestru v souvislosti s nejnižším průměrným skórem v oblasti fyzického zdraví (tělesné funkce) a prožívání (psychické změny).

Fernandesová a Vidová (2009) pomocí QLI (*Quality of Life Index*) identifikovaly během jednotlivých trimestrů kvalitu života v těhotenství. Zjistily statisticky významný rozdíl mezi těhotnými ženami v I. a II. trimestru. Těhotné ženy v I. trimestru uváděly vyšší kvalitu života než ve II. trimestru. Signifikantní rozdíl mezi II. a III. trimestrem a mezi I. a III. trimestrem zjištěn nebyl. V naší studii byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi všemi třemi trimestry v jednotlivých oblastech kvality života (D1-D4), ale nebyl zjištěn rozdíl mezi trimestry v samostatných položkách hodnocení kvality života (Q1) a spokojenosti se zdravím (Q2).

Zajímavé srovnání přináší studie brazilského vědeckého týmu pod vedením Vallim (2011), který zkoumal vliv vodního cvičení na kvalitu života těhotných žen během fyziologického těhotenství. Jako metodu použil také dotazník WHOQOL-BREF. Ten (podobně jako v naší studii) respondentky vyplňovaly třikrát v průběhu těhotenství (na počátku, ve 28. týdnu gravidity, 36. týdnu gravidity). Přestože jejich závěry dokládají, že vodní cvičení nemá vliv na kvalitu života těhotných žen, je možné porovnat jejich průměrné skóry celkové spokojenosti se zdravím (Q2) a kvality života (Q1), které se (stejně jako v našem výzkumu) v průběhu jednotlivých trimestrů nemění. Podobné výsledky se objevují i v případě oblasti fyzického zdraví (D1), která vykazuje také mírně klesající trend. Rozdílně od naší studie se chová oblast prostředí (D4), která naopak stoupá a nejvyšší průměrný skór je dosažen ve 36. týdnu gravidity. Zdá se, že brazilské těhotné ženy netrpí ke konci těhotenství izolací. Pravděpodobně to vyplývá jak ze specifického souboru těhotných žen, které podstoupily jako součást

prenatální péče a předporodní přípravy speciální vodní cvičení, tak i z kolektivisticky zaměřené kultury – z existence velkých rodin (Vachková, Mareš, Ježek, 2013).

Dotazník WHOQOL-BREF jsme pro náš výzkum zvolili nejen z důvodu dostupné české verze, ale i proto, že jsme se setkali s jeho využitím v zahraničních výzkumech, které byly zaměřené na oblast kvality života žen s fyziologickým průběhem gravidity. Specifický dotazník QOL-GRAV byl sestrojen tak, aby bylo možné oba dotazníky mezi sebou porovnat.

Nový těhotenský dotazník QOL-GRAV sestává z 9 položek (vynechány byly položky 29, 33, 34). Má uspokojivou vnitřní konzistenci a vyjadřuje míru specifických prožitků v těhotenství (I. trimestr A: $\alpha_k = 0,72$, II. trimestr B: $\alpha_k = 0,74$, III. trimestr C: $\alpha_k = 0,75$). Průměrný skóre těhotenské kvality života je nejnižší ve II. trimestru a nejvyšší ve III. trimestru, což ale znamená, že nejvyšší kvalita života byla ve II. trimestru a nejnižší byla ve III. trimestru. Hodnoty kvality života zjišťované pomocí dotazníku QOL-GRAV ke konci těhotenství narůstají. Jsou však celkově nižší, než u generického dotazníku WHOQOL-BREF.

U těhotenské škály platí čím nižší průměrný skóre, tím vyšší kvalita.

Za daných okolností vnitřní konzistence specifického těhotenského dotazníku QOL-GRAV a generického dotazníku WHOQOL-BREF výpočty korelací mezi QOL-GRAV a WHOQOL-BREF škálami naznačují, že bychom mohli obhájit souběžnou (kriteriální) validitu těhotenského dotazníku QOL-GRAV. Tím, že koreluje s WHOQOL-BREF skóre a odpovídá individuální škále/oblasti WHOQOL-BREF, bychom také mohli o těhotenském dotazníku QOL-GRAV uvažovat jako o volitelné doméně WHOQOL-BREF (Vachková a kol, 2013).

14.4.4.1 Specifikace položek q27 a q28

Položka q27 se dotazovala na míru somatických změn souvisejících s těhotenstvím, které ženám brání provádět to, co potřebují. Položka q28 se dotazovala na míru psychických změn souvisejících s těhotenstvím, které neumožňují těhotným ženám vykonávat to, co potřebují. Specifikace u obou položek se týkala určení tří nejvlivnějších změn a jejich seřazení podle intenzity potíží a dále určení strategických postupů, které je ženám pomáhají zvládat. Somatické a psychické změny a strategické postupy byly pomocí obsahové analýzy okódovány a seskupeny do kategorií. Somatické změny tvoří 28 kategorií a jejich zvládací strategie 31 kategorií, psychické změny 15 kategorií se 30 kategoriemi zvládacích postupů (tab. 67, tab. 68 viz příloha 13).

Ze somatických změn jako první v pořadí těhotným ženám v I. trimestru nejvíce vadila *nauzea* (50), *zvracení* (25), *bolest zad* (20) a *únava* (20), *zácpa* (16) a *žádné změny* uvedlo 42 *těhotných žen*. Ve II. trimestru těhotné ženy nejvíce obtěžovala *bolest zad* (33), *hmotnostní*

přírůstek (32), pálení žáhy (18), omezení hybnosti, žádné změny uvedlo 53 těhotných žen. Ve III. trimestru dominovalo omezení hybnosti (38), bolest zad (36), hmotnostní přírůstek (29), pálení žáhy (18), přičemž 40 žen nemělo žádné tělesné změny.

Retrospektivní vzorek by měl odpovídat I. trimestru, což v případě somatických změn bylo pouze u *nauzei (14), únavy (6)*. Objevil se tam však údaj o *bolesti (tvrdnutí břicha)*, kterou žádná z těhotných žen jako první v pořadí v I. trimestru neudávala. Toto zajímavé zjištění může být ovlivněno zkušeností s prožitým porodem a porodní bolestí, ale retrospektivní vzorek je příliš malý na to, aby jej bylo možné v tomto kontextu srovnávat (viz tab. 69).

Ze psychických změn (viz tab. 70) jako první v pořadí v I. trimestru těhotné ženy označily *poruchy spánku (50), přecitlivělost (28), plačtivost (16), strach a nervozitu (13)*. *Žádné psychické změny uvedlo 90 těhotných žen*, což znamená, že psychické změny nejsou tak časté jako tělesné, nebo si je zdravé těhotné ženy tak nepřipouští a samotný fakt těhotenství je pozitivně psychicky ladí. Ve II. trimestru opět převažoval údaj o *poruchách spánku (45), přecitlivělosti (30) a nervozitě (11)*, zvýšil se i počet žen (103), které neměly žádné psychické potíže. Ve III. trimestru se zvýšil počet *poruch spánku (68)*, zvýšila se *přecitlivělost (18) a strach (13)* a snížil se počet žen (82), které neměly *žádné psychické změny*. Retrospektivní skupina žen poměrem odpovídala I. trimestru, tzn., že nejvíce bylo těhotných žen s *žádnými psychickými změnami (21)*, pak s *poruchami spánku (8) a přecitlivělost a strach (5)*.

Tab. 69 Četnost somatických změn v jednotlivých trimestrech a retrospektivě

Somatické změny	I. trimestr (četnost změn)			II. trimestr			III. trimestr			Retrospektiva		
	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.
1. nauzea	50	19	-	5	-	1	3	-	-	14	3	2
2. bolest zad	20	13	6	33	14	6	36	17	8	3	4	1
3. hmotnostní přírůstek	14	9	3	32	6	7	29	17	4	1	1	-
4. únava	20	10	6	5	7	1	1	4	1	6	1	3
5. pálení žáhy	7	6	10	22	15	6	18	18	6	1	3	-
6. dušnost	4	3	-	3	9	4	5	10	4	1	1	-
7. bolesti DK, kyčlí, pánve	2	1	1	3	2	2	3	5	1	1	-	-
8. zácpa	16	9	6	11	6	2	3	3	2	-	4	1
9. bolest - tvrdnutí břicha	-	3	1	5	2	-	5	4	-	5	-	-
10. zvracení	25	15	-	7	4	-	4	-	-	-	1	-
11. varixy	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	-
12. synkopa	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. zažívací obtíže	-	4	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
14. nízký tlak	1	2	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-
15. poruchy spánku	4	3	2	3	8	6	3	4	-	1	-	1
16. výtok	3	13	2	4	2	8	-	3	5	1	1	1
17. omezení hybnosti	10	6	4	18	16	-	38	11	12	1	-	3
18. bolest hlavy	3	2	-	2	4	1	1	-	-	-	1	-
19. časté nutkání na močení	-	2	2	2	-	2	3	1	-	-	-	-
20. otoky	1	1	2	6	4	-	9	11	9	-	1	-
21. bolest prsou	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22. nadměrné pocení	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
23. palpitace	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
24. vyšší tlak	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
25. žlučnickové kameny	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
26. necitlivost rukou	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-
27. změny na pokožce (strie)	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
28. hemeriody	-	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	--
0. žádné somatické změny	42	100	175	53	114	165	40	92	148	11	26	36
Celkem těhotných žen	225	225	225	219	219	219	204	204	204	48	48	48

Tab. 70 Četnost psychických změn v jednotlivých trimestrech a retrospektivě

Psychické změny	I. trimestr (četnost změn)			II. trimestr			III. trimestr			Retrospektiva		
	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.
1. plačtivost	16	5	1	7	10	-	3	4	1	2	2	1
2. přecitlivělost	28	12	4	30	5	3	18	8	3	5	2	1
3. úzkost	2	7	2	4	6	1	4	7	2	3	2	1
4. únava	6	-	2	2	-	-	4	-	1	2	-	-
5. strach	13	10	5	9	5	5	13	7	7	5	2	-
6. náladovost	2	1	1	3	-	1	2	1	-	-	-	-
7. deprese	1	3	1	2	1	-	1	-	-	-	-	1
8. sociální izolace	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. vztek, agresivita	1	2	1	1	1	-	2	2	2	-	-	-
10. špatná koncentrace, horší soustředění	-	4	-	2	1	-	2	1	-	1	-	-
11. nervozita	13	8	2	11	5	2	5	11	3	1	4	2
12. nechuť k činnostem, lenost	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
13. stres	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-
14. smutek	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
15. poruchy spánku	50	7	1	45	5	3	68	6	4	8	-	2
0. žádné psychické změny	90	166	204	103	179	204	82	153	181	21	36	40
Celkem těhotných žen	225	225	225	219	219	219	204	204	204	48	48	48

Zvládací strategie odpovídaly jak somatickým, tak i psychickým změnám. Z hlediska somatických změn (viz tab. 71) v I. trimestru se na prvním místě objevily *správná výživa a úprava životosprávy (38), odpočinek a relaxace (35), cucání tablet a antacida (13) a nepřejídání se, časté a malé porce (11)*. Ve II. trimestru převažoval *pohyb, cvičení, plavání (22), správná výživa (20), odpočinek a relaxace (18), cucání tabletek a antacida (15)*. Ve III. trimestru byl na prvním místě *odpočinek a relaxace (38), pohyb cvičení, plavání (20), cucání tablet a antacida (16)*.

Jako zvládací strategie u psychických změn (viz tab. 72) v I. trimestru na prvních místech byly těhotnými ženami popisovány *relaxace a odpočinek (13), spánek (11), nechat emoce proběhnout (10)*. Stejně tak tomu bylo i ve II. a III. trimestru, jen v jiném poměru. U retrospektivního souboru byla uváděna *opora partnera* místo *proběhnutí emocí*. Tento rozdíl oproti I. trimestru v uvědomění si významu partnera jako emocionální opory může rovněž souviset až s proběhlým porodem.

Tab. 71 Četnost zvládacích strategií somatických změn v jednotlivých trimestrech a retrospektivě

Zvládací strategie somatických změn	I. trimestr			II. trimestr			III. trimestr			Retrospektiva		
	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.
1. správná výživa, úprava stravy	38	18	6	20	5	-	7	3	2	9	1	1
2. pohyb, cvičení, plavání	15	8	4	22	6	3	20	12	2	3	5	-
3. odpočinek, relaxace	35	18	3	18	15	8	38	16	4	7	2	3
4. dostatek spánku	7	5	4	4	2	2	1	1	-	4	1	1
5. mléko, jogurty	2	2	2	5	1	-	2	2	-	1	-	-
6. pomalejší tempo, pomalejší chůze, pomalé vstávání	3	-	-	7	3	4	5	2	2	-	-	1
7. masáže, gymnastický balon	1	-	-	4	2	4	4	5	2	-	-	-
8. ovoce, zelenina	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. více tekutin, ledové nápoje	-	3	1	3	1	2	1	-	-	-	-	-
10. cucání tbl., antacida,	13	11	6	15	7	5	16	9	6	1	3	-
11. elastické punčocháče	1	-	-	-	3	-	1	3	-	-	1	-
12. homeopatika, zázvor, těhotenské čaje	1	-	-	1	1	2	2	4	2	1	-	-
13. změna polohy - polosed, elevace DK	3	3	1	5	8	-	8	6	3	1	-	-
14. sebezapření, nemyslet na to	1	-	1	5	1	3	2	2	-	-	-	-
15. procházky	-	3	2	5	-	-	4	-	-	-	-	1
16. nepřejídat se, jíst málo a často, nejíst večer	11	10	-	8	4	-	-	3	3	2	1	-
17. zvýšená hygiena, spec. mýdla, slipové vložky	-	7	1	-	-	3	-	-	2	-	-	1
18. čerstvý vzduch, rozdýchat se	2	-	1	-	1	2	1	3	-	1	-	1
19. vláknina	6	-	3	3	2	-	-	1	-	-	1	1
20. vyhýbání se pachům	2	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
21. vyhýbání se jídlům	-	-	2	-	3	2	-	-	1	1	2	-
22. teplo	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23. s partnerem	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
24. životní styl-změna	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25. studené obklady, chladivý gel	-	1	-	1	3	-	-	2	-	-	-	-
26. omezení fyzické činnosti, vyhýbání se fyzické práci	1	-	-	-	3	-	5	1	1	-	-	-
27. káva	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
28. volnější oblečení	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-
29. těhotenský pás	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
30. pomoc rodiny	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
31. odreagování se myšlením na příjemné věci	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
0. žádné strategie	76	135	187	89	145	180	85	128	173	17	31	38
Celkem těhotných žen	225	225	225	219	219	219	204	204	204	48	48	48

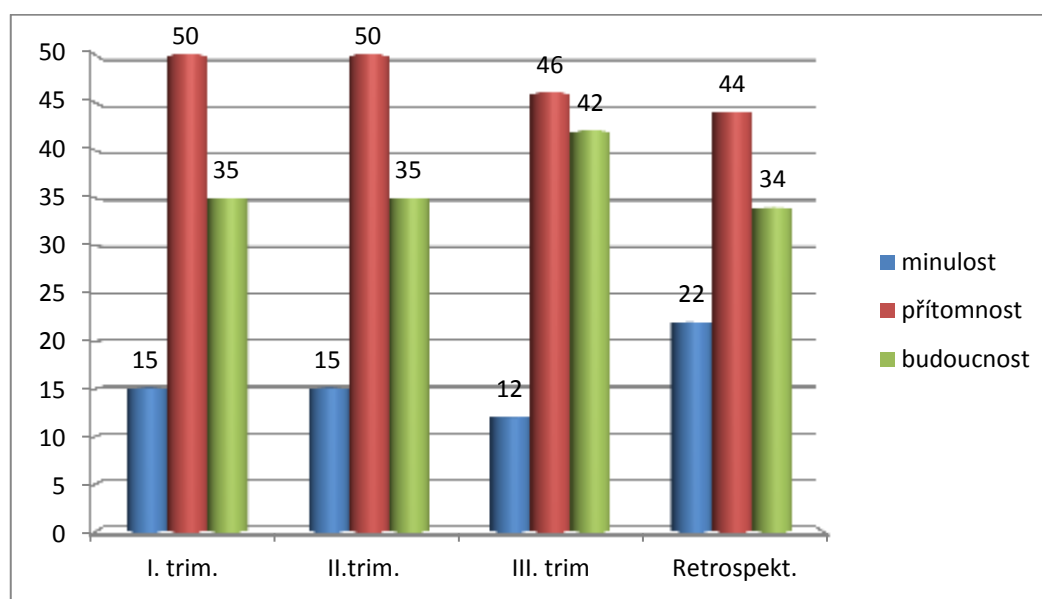
Tab. 72 Četnost zvládacích strategií psychických změn v jednotlivých trimestrech a retrospektivě

Zvládací strategie psychických změn	I. trimestr			II. trimestr			III. trimestr			Retrospektiva		
	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.
1. četba, poslech hudby	5	1	-	2	-	-	2	2	-	2	-	1
2. homeopatika	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. relaxace, odpočinek	13	4	1	14	1	1	14	4	1	4	1	1
4. spánek	11	-	-	10	3	1	10	3	1	4	-	1
5. komedie	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
6. partner opora, povídání si s ním	6	2	2	6	2	2	6	2	1	4	1	-
7. povídání si s přáteli, kontakty	-	1	-	2	1	-	1	1	-	2	1	-
8. pomoc rodiny (babičky)	2	3	1	1	1	-	1	1	1	-	-	-
9. veselá nálada, optimismus, pozitivní myšlení	4	1	-	3	-	1	3	-	1	-	-	-
10. psych. klid, zachovávat klid	3	1	-	-	1	-	2	1	-	-	-	-
11. zaměstnat se, unavit tělo (např. uklízet)	3	1	-	1	2	-	1	2	-	-	-	1
12. bylinné čaje	1	-	1	2	-	-	2	2	-	1	-	-
13. nebrat si to, nepřipouštět si to	3	-	1	2	2	-	2	2	-	1	-	1
14. nechat emoce proběhnout	10	2	1	8	1	-	8	1	-	-	1	-
15. procházky, pobyt v přírodě	2	3	1	3	-	-	3	-	-	2	-	-
16. vyhýbat se problémům, nestresovat se	1	2	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-
17. více informací, pozornosti	-	1	-	-	-	-	2	-	-	1	3	-
18. cvičení, pohyb	2	2	-	1	-	-	3	-	-	-	-	-
19. myslet na něco jiného, odreagování se	5	1	-	4	1	-	4	1	-	-	-	-
20. nečíst, nesledovat smutné věci	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21. změnit prostředí, lidi, i být sama	-	1	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-
22. polohovat	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-
23. ranní káva	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24. hra s dětmi	-	1	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-
25. pravidelný režim	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
26. nespát přes den	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-
27. pomoc odborníka - lékař, psycholog, psychoterapeut	-	-	1	1	-	-	1	1	-	1	-	-
28. sladkosti	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29. uvědomování si změn	1	-	-	2	-	-	2	1	-	-	-	-
30. stanovit si cíle na každý den	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
0. žádné strategie	147	195	212	151	203	214	131	177	199	26	41	43
Celkem těhotných žen	225	225	225	219	219	219	204	204	204	48	48	48

V závěru specifického dotazníku měly těhotné ženy rozdělením 100% vyjádřit procentuální podíly, nakolik se ve svých úvahách zabírají minulostí, přítomností a budoucností. Výsledky jsou prezentovány na grafu 49, ze kterého je zřejmé, že těhotné ženy ve všech třech

trimestrech přemýšlí nejvíce o přítomnosti (50%) a nejméně (15%) se zabývají minulostí. Hodnocení I. a II. trimestru je naprosto stejné, ve III. trimestru se zvyšují úvahy o budoucnosti (46%), pravděpodobně související s blížícím se termínem porodu a s přípravami na mateřství a rodičovství. Retrospektivní úvahy by měly korespondovat s I. trimestrem, ale promítá se do něho požadované rozpomínání, které ovlivnilo zvýšené procentuální vyjádření minulosti (22%), takže přítomnost (44%) odpovídá přítomnosti ve III. trimestru a budoucnost (34) odpovídá budoucnosti I. a II. trimestru.

Graf 49 Úvahy těhotných žen o minulosti, přítomnosti, budoucnosti v jednotlivých trimestrech a retrospektivě



14.4.5 Závěr kvantitativní fáze výzkumu

Dotazník WHOQOL-BREF umožnil srovnat výzkumný soubor těhotných žen s kontrolním souborem netěhotných žen. Těhotné ženy v našem souboru vykazují **vyšší kvalitu života** a jsou i spokojenější se svým zdravím než netěhotné ženy. Byl prokázán vliv vybraných demografických proměnných na kvalitu života těhotných žen (podrobněji dále v textu). V průběhu těhotenství se celkové hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím nemění, ale mění jednotlivé oblasti WHOQOL-BREF, zejm. sociální vztahy a prostředí se zřetelně klesajícím trendem. III. trimestr měl celkově nejnižší průměr. Nejvyšší průměr byl ve II. trimestru, kterému odpovídala i retrospektiva.

Podařilo se nám vytvořit nový unidimenzionální specifický dotazník QOL-GRAV pro hodnocení kvality života žen s fyziologickým těhotenstvím. Má 9 položek a jeho psychometrické charakteristiky jsou uspokojivé. Z našeho šetření vyplývá, že jak obecná kvalita života

těhotných žen, tak i specifická kvalita života těhotných žen spolu souvisí, ale rozdílně. I když v obou dotaznících bylo dosaženo nejvyšší kvality života ve II. trimestru a nejnižší ve III. trimestru. Podobných výsledků bylo dosaženo i ve výše uváděných studiích, ve kterých byly rovněž využity generické dotazníky.

Zkoumali jsme těhotné ženy ve věku od 19 - 42 let. Tyto ženy převážně své těhotenství plánovaly, byly zaměstnané, měly střední nebo vysokoškolské vzdělání, byly prvorodičkami, byly ochotné spolupracovat a žijí v optimálním partnerském vztahu. Všechny těhotné ženy pocházely z majoritní skupiny české populace. Výsledky výzkumu byly determinovány formou českého zdravotnického systému, tj. povinné zdravotní pojištění a s ním související pozitivní přístup k prenatální péči (pravidelné návštěvy prenatální poradny a účast na prenatálních screeningových vyšetřeních).

V dalším výzkumu by bylo vhodné ověřit specifický dotazník - těhotenskou škálu u těhotných žen s vyšší a nižší věkovou hranicí, se socioekonomickými kulturními a etnickými vlivy (u minoritních skupin, sociálně znevýhodněných skupin těhotných žen, u těhotných žen nepodstupujících prenatální péči). Dále ověřit specifický dotazník pro těhotné ženy i v jiných zemích (Vachková a kol., 2013).

14.5 Retrospektivní fáze výzkumu

V rámci retrospektivní studie byly osloveny ženy (N=204), které se zúčastnily prospektivní fáze studie zabývající se kvalitou života v průběhu těhotenství, které dobrovolně uvedly kontaktní údaj a které prospektivní studii úspěšně dokončily porodem. Těmto ženám byl v rozmezí 6-8 měsíců po porodu zaslán průvodní dopis spolu s dotazníkem WHOQOL-BREF a se specifickým těhotenským dotazníkem QOL-GRAV (viz příloha 14, 15) s požadavkem, aby se rozvzpomněly a vyplnily jej stejně, jak jej vyplnily v I. trimestru. Kromě těchto známých dotazníků z prospektivní studie byly navíc požádány, zda by se nezúčastnily individualizovaného zjišťování kvality života v tomto období pomocí metody SEIQOL. Této retrospektivní studie se zúčastnilo v porovnání s prospektivní studií již jen 23,5 % žen (N=48).

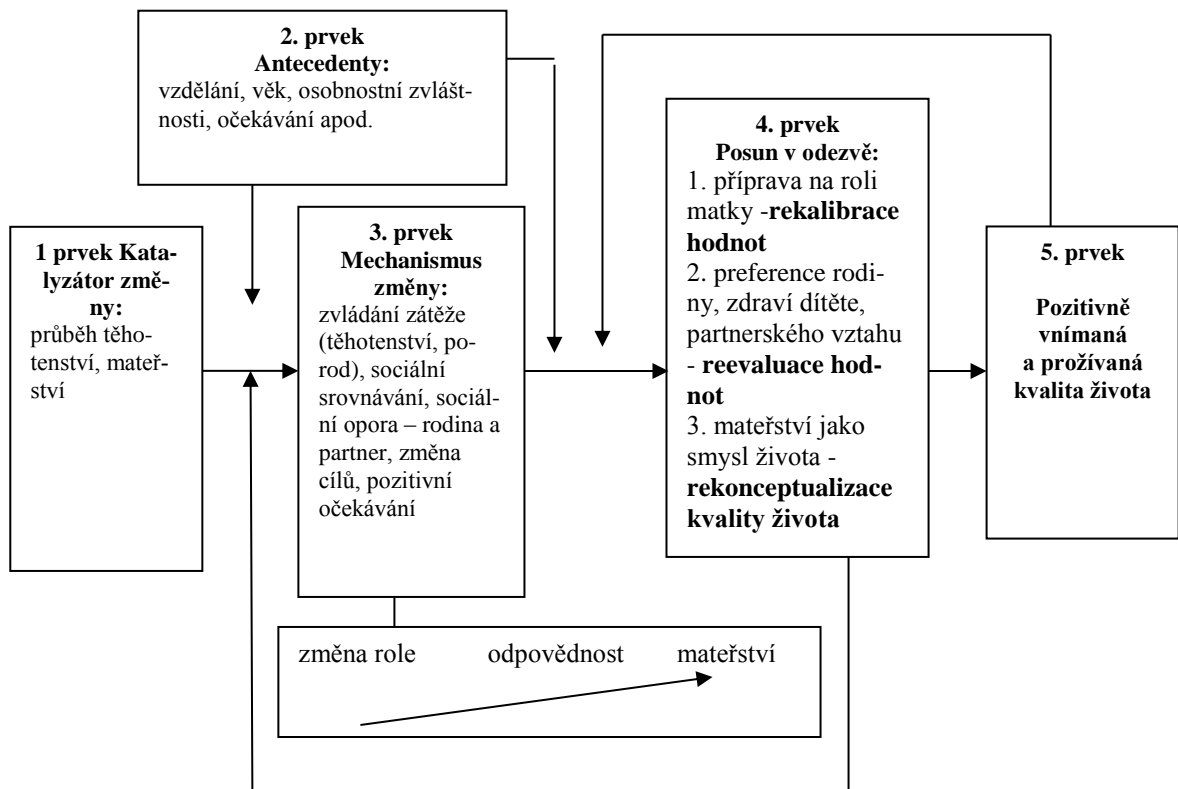
Některé výsledky retrospektivní studie byly uváděny v předchozích kapitolách. Zajímavým zjištěním bylo, jak právě ukazují např. grafy 36, 37 (viz s. 145-146), že retrospektivní odpovědi korelovaly víc s II. trimestrem než s I. trimestrem.

Zaznamenali jsme tedy, že ženy s odstupem 6-8 měsíců, kdy se měly rozvzpomenout, jak hodnotily svou kvalitu života v I. trimestru, měly tendenci své odpovědi *nadhodnocovat*. Poté, co prožily II. a III. trimestr, péči o narozené dítě, se jim zdálo, že tenkrát byla kvalita

jejich života lepší než v době, kdy ji skutečně prožívaly. Zajímavým zjištěním bylo, že retrospektivní hodnocení I. trimestru odpovídalo průměrným skórum II. trimestru, ve kterém se těhotné ženy z celého průběhu těhotenství cítily nejlépe, ve kterém udávaly nejvyšší spokojenost se zdravím a s kvalitou života.

K vysvětlení jsme použili jednak implicitní teorii stability a změn (Ross, 1989), jejíž princip byl popsán v kapitole 7 Proměna kvality života v čase, s. 61. Na základě této teorie jsme vyvodili dva předpoklady: prvním je, že se odpověď žen nebude lišit od jejich současného stavu, což by znamenalo, že kvalita života po porodu je stejná s kvalitou života ve II. trimestru a je tedy vysoká; druhým předpokladem je, že se jim změnila kvalita života a že se změna promítá do jejich přání zažívat vyšší kvalitu života, než jakou skutečně prožívají. Pokud bychom vycházeli z teorie posunu v odezvě (Respons shift) autorek Sprangerové a Schwartzové (2000), pak by zpětné hodnocení kvality života v těhotenství souviselo s mateřstvím, kdy dominuje budoucí role matky (viz obr. 9). Zdůvodnění faktu, že ženy 6-8 měsíců po porodu hodnotily kvalitu života v I. trimestru lépe, než ji ve skutečnosti tenkrát prožívaly, můžeme vyvodit z kauzálního modelu (viz Výsledky kvalitativní fáze výzkumu, s. 114 -115), který má šest proměnných: příprava na roli matky, změna hodnot, sebereflexe, akceptace změn, obohacení života, pocit odpovědnosti, které ovlivňují a nově konceptualizují kvalitu života zdravé těhotné ženy. V případě normálního průběhu těhotenství dochází k pozitivním změnám v hodnotovém systému, mateřství představuje nový pozitivní smysl života a jeho kvalita získává nový rozměr naplněním společensky uznávaného poslání ženy (Vachková, Mareš, 2012). Osobnost ženy se také v souvislosti s těhotenstvím a mateřstvím změnila.

Obr. 9 Teoretický model posunu v odezvě a vnímané kvalitě života v těhotenství (modifikovaně podle Spranger, Schwartz, 2000:13; Mareš, 2005: 24)



14.5.1 Metoda SEIQOL

V retrospektivní fázi výzkumu jsme se přiklonili také k individualizovanému přístupu a použili jsme metodu SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*), kterou do České republiky uvedl J. Křivohlavý. Individualizované metody jsou výhodné tím, že nabízí unikátní pohled na kvalitu života jedince a do centra pozornosti staví jeho osobní pohled. Nevýhodou individualizovaných metod je jejich pracnost, časová náročnost a požadavky na vyšší kognitivní schopnosti klientů (Mareš, 2008, s. 97-98). Princip metody SEIQoL, jak ji vidí Křivohlavý (2003, s. 243-244) byl popsán v kapitole pojednávající o smíšených metodách měření kvality života. Jedinec je tedy požádán, aby uvedl pro něj pět nejdůležitějších životních témat - životních cílů. U těchto preferovaných životních témat hodnotí jejich relativní důležitost a stupeň jejich reálného dosahování. Podle Šimíčkové – Čížkové, Vašíny (2008) metoda SEIQoL vyjadřuje podstatu životní spokojenosti člověka.

SEIQoL existuje ve dvou verzích. První originální verzi vypracovali autoři O'Boyle, McGee, Hickye et al v roce 1993 a z ní v roce 1994, autoři O'Boyle, McGee, Joyce vytvořili

druhou, poněkud jednodušší verzi nazvanou SEIQoL-DW. Jednodušší verze byla ověřena a aplikována autory Hickey, Bury, O'Boyle et al 1996; Browne, O'Boyle, McGee et al, 1997. My jsme použili dotazník SEIQoL v úpravě J. Křivohlavého (2003, s. 248; kompletní formulář včetně pokynů jeho vyplnění (viz příloha 16).

V rámci retrospektivní fáze jsme se snažili zodpovědět otázku, jak vnímají, prožívají a hodnotí svou kvalitu života ženy po porodu. Nechtěli jsme již využít standardní dotazník, jehož znění je stejné pro všechny ženy a je tedy zaměřen na neexistující „průměrnou ženu“. Ale naopak využít individualizovaný přístup, kdy žena může sama nadefinovat a poté i zhodnotit ty oblasti života a životní cíle, na nichž jí právě záleží.

Cílem bylo: 1. vyzkoušet metodu SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*) v mateřství, 2. identifikovat spektrum životních cílů žen po porodu a míru naplňování těchto cílů, 3. určit celkovou kvalitu jejich života, 4. zjistit vztah mezi uváděnou kvalitou života a volbou životních cílů (Vachková, Čermáková, Mareš, 2013).

14.5.1.1 Výsledky metody SEIQOL

Soubor tvořilo jen 43 žen (5 žen, které se zúčastnily retrospektivní fáze, se odmítlo zúčastnit metody SEIQOL). Jednalo se o ženy ve věku od 22 do 41 roků (medián 30). Z toho 29 žen mělo jedno dítě, 14 žen mělo více dětí. Celkem 17 žen mělo středoškolské vzdělání, 5 žen vyšší a 21 vysokoškolské vzdělání. Pokud jde o způsob porodu, pak 35 žen bylo po spontánním porodu, 8 žen po operačním porodu.

Administrace dotazníku proběhla na základě předchozí dohody o předání kontaktu v průběhu studie kvality života v těhotenství a dobrovolnosti pokračovat ve výzkumném šetření ještě po porodu (viz příloha 14).

Pro statistickou analýzu dat byly využity postupy deskriptivní a induktivní statistiky obsažené v programu NCSS 8.

Podívejme se nejprve na celkovou kvalitu života zkoumaných žen, jak ji hodnotí 6-8 měsíců po porodu dítěte. Tab. 73 porovnává subjektivně uváděnou kvalitu života (jeden souhrnný ukazatel) s ukazatelem, který byl vypočten z pěti dílčích hodnocení toho, jak se ženám daří dosahovat životních cílů.

Tab. 73 Popisné statistiky škál kvality života

	průměr	medián	1. kvartil	3. kvartil	SD	zešíkmení	strmost
Subj. míra QoL ¹⁵	81,4	80	70	90	10,1	-0,17	2,26
Vypočtená QoL ¹⁶	76,2	79	69	89	18,7	-1,36	4,38

Obě škály života mají normální rozložení zešíkmené zleva. Subjektivně udávaná kvalita života je poněkud vyšší (81,4) než kvalita života vypočtená z dílčích cílů (76,2) - viz tab. 73. Testovala se hypotéza shody vůči alternativě neshody subjektivní kvality života a vypočtené kvality života. Byl použit Wilcoxonův párový test ($p=0,0862$) a Spearmanův korelační koeficient ($r=0,513$), Cohenovo d ($d=0,35$). Obě škály spolu středně korelují a rozdíl je na hranici statistické významnosti.

Ženy byly rozděleny podle tří kritérií: 1. způsob vedení porodu, 2. počet dětí v rodině, 3. vzdělání. Pro porovnání dvou skupin byl použit dvouvýběrový t-test, případně neparametrické testy Mann-Whitney, Kolmogorov-Smirnov, pro porovnání více skupin (vzdělání) Kruskal-Wallisova neparametrická analýza rozptylu. V žádném porovnání nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, což znamená, že lze se skupinou pracovat jako s celkem (viz tab. 74).

Tab. 74 Výsledky dvouvýběrového t-testu

	Porod	děti	vzdělání
Subj. míra QoL	0,356	0,896	0,94
Vypočtená QoL	0,839	0,71	0,141

Zachytili jsme poměrně široké spektrum životních cílů, které jsme pomocí obsahové analýzy seskupili do 16 kategorií. Četnost jednotlivých kategorií je znázorněna v tabulce 75. Spolu s četností uvádíme průměrné pořadí, v němž byly životní cíle předloženy. Nejčastějším zmiňovaným tématem byla *rodina (36)*, *zdraví (34)*, *práce (21)*, *přátelé (20)*, *finanční zajištění (20)* a *mateřství související s péčí o dítě (19)*.

¹⁵Subjektivní míra QoL je ta, kterou respondentka ohodnotila jako celkovou míru spokojenosti se životem pomocí vizuální analogové škály (VAS) od 0 do 100 bodů.

¹⁶Vypočtená QoL je míra kvality života vypočítaná z jednotlivých životních témat.

Z hlediska důležitosti pak bylo nejdůležitější pro ženy zdraví (30), mateřství (29,5), rodina (28,7), práce (15,7). Nejvíce spokojené byly ženy s mateřstvím (90,5), rodinou (79,5), partnerskými vztahy (79,5).

Co se týká průměrného pořadí, na prvním místě bylo uváděno *mateřství* (1,53), *rodina* (1,92) a na druhém místě *zdraví* (2,12), *partnerské vztahy* (2,24). Na třetím místě v průměrném pořadí se umístily *práce* (3,57) a *seberealizace* (3,67).

Témata, která byla uváděna jako nejdůležitější, byla současně uváděna na prvních místech v průměrném pořadí, stejně tomu tak bylo i z hlediska spokojenosti. Poměrně vyšší četnost mají např. *zájmy* (12), které jsou ale zároveň nejméně důležitým tématem (9) s průměrnou spokojeností (47,5). V období mateřství jsou zřejmě osobní zájmy a koníčky odsunuty do pozadí, přestože je některé matky jako jedno z pěti témat uvedly.

Tab. 75 Přehled významných životních cílů - jejich výskyt, pořadí, důležitost a spokojenost (Vachková, Čermáková, Mareš, 2013, s. 598)

Životní cíle	kód	četnost	%	pořadí ¹⁷	důležitost	spokojenost
Rodina	1	36	83,7	1,92	28,7	82,8
Zdraví	2	34	79,1	2,12	30,5	77,9
Práce	3	21	48,8	3,57	15,7	48,6
Přátelé	4	20	46,5	4,15	11,1	62,9
Finanční zajištění	5	20	46,5	4,15	11,4	54,7
Partnerské vztahy	6	17	39,5	2,24	24,7	79,5
Zájmy	7	12	27,9	4,75	9	47,5
Mateřství (dítě)	8	19	44,2	1,53	29,5	90,5
Sociální jistoty (bydlení)	9	7	16,3	4,14	10,7	55,7
Seberealizace	10	9	20,9	3,67	10,8	44,4
Sociální opora druhým i sama sobě	11	3	7,0			
Víra	12	2	4,7			
Spokojenost v životě	13	5	11,6	3,4	14	82
Čas	14	1	2,3			
Důvěra	15	1	2,3			
Domácnost	16	1	2,3			

Vztah mezi četností témat a průměrným pořadím nebyl statisticky významný ($n=11$, $r=-0,32$, $p=0,33$). Ale byly prokázány vztahy mezi důležitostmi a celkovým pořadím. Oblasti, které ženy uváděly na prvních místech, byly brány jako nejdůležitější ($n=11$, $r=-0,89$, $p<0,001$). Další prokázaný vztah byl mezi důležitostmi a spokojeností. Čím byl životní cíl pro ženu důležitější, tím s ním byla spokojenější ($n=11$, $r=0,72$, $p<0,05$). Mezi ženami, které dané téma uvedly, či neuvedly, byl nalezen rozdíl na hranici statistické významnosti v udávané

¹⁷ Průměrné pořadí není uváděno u témat s četností nižší než 5.

kvalitě života, u jediného tématu zdraví ($p=0,085$, Cohenovo $d=0,64$). Ženy, které uvedly zdraví jako jedno z životních témat, udávaly nižší hodnotu kvality života (medián 80) než ženy, které jej neuvedly (medián 90).

14.5.1.2 Diskuze k výsledkům SEIQOL

Metoda SEIQoL přináší dvojí hodnocení individuální kvality života. První hodnocení je dáno označením subjektivní míry kvality života na vizuální analogové škále (VAS) od 0 – 100 bodů. Druhé hodnocení je sumační numerickou škálou, která vzniká výpočtem z jednotlivých životních cílů. V našem souboru se významně nelišily; rozdíl těchto škál byl na hranici statistické významnosti.

Křivohlavý (2002, s. 173) zmiňuje, že nejčastěji uváděnými životními cíli jsou zdraví, rodina, zaměstnání, náboženství, finance, což koresponduje i s našimi výsledky (kromě náboženství). Křivohlavý pokračuje, že stejných pět témat uvedli jen dva lidé ze 42. V našem souboru to byly tři ženy, které uvedly stejnou pětici témat z celkového počtu 43. Z obsahové analýzy jednoznačně vyplynula preference rodinných hodnot a zdraví, které se lišily udávaným pořadím: nejčastěji jako první téma bylo uváděno mateřství, pak teprve rodina a zdraví. Co se ale týká důležitosti, pak nejdůležitějším tématem bylo pro ženy zdraví a až pak mateřství a rodina; na rozdíl od spokojenosti, kde nejspokojenější byly s mateřstvím, poté s rodinou a až na třetím místě se zdravím. Stejná preferenční témata uváděli i medicí na počátku studia ve výzkumu Rybářová a kol. (2006, s. 193). Tyto atributy nejsou tedy překvapením u běžné populace (Křivohlavý, 2002, s. 174), stejně jako u skupiny pacientů s onemocněním HIV/AIDS (Hickey et al., 1996, s. 30-31). Křivohlavý (2002, s. 173) porovnával životní cíle starších a mladších zdravých lidí. Zatímco starší lidé preferují sociální činnosti a aktivity, životní podmínky a víru, tak mladší jedinci pokládají za nejdůležitější zaměstnání, štěstí, finance, sociální vztahy mimo rodinné vztahy. Životní cíle představované rodinou a zdravím se v závislosti na věku nemění, jde o stabilní hodnoty preferované po celý lidský život.

V našem souboru nebyl zjištěn velký rozdíl mezi subjektivně udávanou kvalitou života (medián 80) a vypočítanou kvalitou života (medián 79). Obě hodnoty jsou poměrně vysoké a svědčí tak o celkové spokojenosti s kvalitou života našich zkoumaných žen v období mateřství. Zeman (2008, s. 145-146) aplikoval metodu SEIQoL na náhodně vybraném souboru 10 pacientů s Bechtěrevovou chorobou, který rozdělil do dvou kategorií mužů a žen. Pro srovnání s naším souborem jsme volili kategorii žen, ve které byla vypočtená hodnota kvality života (80%) vyšší než u subjektivně udávané kvality života (72%), přičemž jsou obě hodnoty také vysoké a téměř shodné s naším souborem. V našem souboru byla vypočtená kvalita života

(76,2%) nižší než subjektivně udávaná kvalita života (81,4%). Nemocné ženy pravděpodobně v souvislosti s chronickým onemocněním hodnotí subjektivně kvalitu života horší, než vychází vypočítaná kvalita života z hodnocení životních témat, na rozdíl od zdravých žen, které graficky označily vyšší subjektivní kvalitu života, než byla vypočítaná kvalita života z hodnocení životních témat. Oba výzkumné soubory ale představují velmi malý počet respondentek, proto nelze tyto závěry zobecňovat. V obou studiích šlo o modelové příklady a vyzkoušení toho, zda je možné využít tuto metodu u specifických skupin žen.

Předpokládali jsme, že by kvalita života mohla být ovlivněna vzděláním ženy, počtem dětí v rodině a způsobem vedení porodu (zda se jednalo o spontánní či operační porod). V našem souboru se tyto předpoklady nepotvrdily a nebyl mezi těmito kategoriemi shledán statisticky významný rozdíl (Vachková, Čermáková, Mareš, 2013).

14.5.1.3 Závěr retrospektivní fáze metody SEIQOL

Ověřili jsme si, že metoda SEIQoL je zajímavá teoreticky i prakticky. Zprostředkovává osobitý pohled na kvalitu života. Respondent si sám definuje vlastní koncept kvality života nepřímo pomocí životní spokojenosti a pro něho významných životních témat, o jejichž naplnění usiluje. Malý zájem žen o spolupráci byl dokladem, že se jedná o metodu náročnou pro respondentky. Zdá se, že metoda SEIQoL není příliš vhodná pro rutinní využívání u běžné populace, ale spíše jen pro specifické výzkumné účely.

V našem retrospektivním souboru byly ženy v období mateřství s kvalitou života velmi spokojené, přičemž kvalita života nebyla ovlivněna stupněm vzdělání, počtem dětí v rodině, ani způsobem vedení porodu (spontánní nebo operační porod). Nejfrekventovanější životní cíle pro naše respondentky, které se zúčastnily jak prospektivní studie v průběhu svého těhotenství, tak retrospektivní studie po porodu, byly rodina, zdraví, zaměstnání, přátelé a finanční zajištění. Podobně vyšlo i řazení hodnotového systému v těhotenství v ohniskových skupinách (viz tab. 19, s. 113).

15 Závěry

Podářilo se nám nalézt odpovědi na otázky, jak definuje a hodnotí svou kvalitu života těhotná žena, které proměnné jí v období těhotenství s fyziologickým průběhem ovlivňují, zda se prožívání kvality života v jednotlivých trimestrech mění. Studium odborné literatury a zahraničních pramenů prokázalo, že badatelé této oblasti kvality života jak u nás, tak i v zahraničí nevěnovali příliš pozornosti a že chybí odpovídající výzkumný nástroj posuzující kvalitu života ve specifickém období, které představuje fyziologické těhotenství. Rozhodli jsme se, že se jej sami pokusíme vytvořit.

V první fázi výzkumu bylo důležité zjistit, jak je těhotenství ženami subjektivně prožíváno a které změny mají výrazný vliv na kvalitu života. Zvolili jsme kvalitativní metodu ohniskových skupin, pomocí níž jsme identifikovali hlavní kategorie, které jednak konceptualizují kvalitu života v těhotenství a které kvalitu života v těhotenství přímo ovlivňují. Dospěli jsme k šesti novým proměnným: 1. příprava na roli matky, 2. změna hodnot, 3. sebereflexe, 4. akceptace změn, 5. obohacení života, 6. pocit odpovědnosti. Příprava na budoucí roli matky je stěžejním indikátorem akceptování těhotenských změn, sebeuvědomění, získání společenského postavení obohacující život ženy. Dochází ke změnám preferencí hodnot (jako je zdraví, rodina), které zpětně ovlivňují nový pozitivní smysl života představovaný odpovědností a přípravou na roli matky. Ukázalo se, že v souvislosti s uvědomováním si budoucího mateřství se kvalita života fyziologicky těhotné ženy zvyšuje i v případě negativních somatických, psychických a sociálních změn.

Ve druhé fázi výzkumu s oporou o tyto výsledky jsme zkonstruovali specifický dotazník s pracovním názvem QOL-GRAV, který doplnil generický dotazník WHOQOL-BREF.

Oprávněnost použití generického dotazníku WHOQOL-BREF v případě fyziologického těhotenství si vyžádalo ověření jeho psychometrických vlastností na našem souboru těhotných žen a kontrolním souboru netěhotných žen. Byla testována reliabilita jednotlivých škál WHOQOL-BREF u netěhotných žen a v různých časech těhotenství, včetně retrospektivy, která se vztahovala k prvnímu trimestru. Koeficienty vnitřní konzistence (Cronbachovo α) pro domény WHOQOL-BREF byly uspokojivé a shodovaly se s koeficienty vnitřní konzistence souboru zdravých jedinců v rámci validizace české verze WHOQOL-BREF (Dragomirecké a kol., 2006). Dále se porovnával soubor těhotných žen s kontrolním souborem netěhotných žen. Bez kontroly demografických proměnných byly signifikantní rozdíly nalezeny ve všech čtyřech oblastech (D1-D4) i ve dvou samostatných položkách (A1, A2). Vyššího průměrného

skóre dosáhly netěhotné ženy pouze v jediné oblasti fyzické zdraví (D1), v ostatních oblastech včetně samostatných položek měly vyšší skóre těhotné ženy.

Těhotné ženy hodnotily lépe kvalitu svého života (A1) a byly spokojenější se svým zdravím (A2) než skupina netěhotných žen.

Co se týká vztahu demografických proměnných a kvality života tak u našeho souboru žen platí, čím vyšší věk tím nižší spokojenost se zdravím (A2), čím vyšší vzdělání, tím je vyšší spokojenost s kvalitou života (A1) a nejlépe hodnotí oblast prostředí (D4) ženy s vyšším a vysokoškolským vzděláním. Nejhůře hodnotí kvalitu života (A1) ženy, které jsou studentkami. Navzdory obecnému přesvědčení nejlépe hodnotily kvalitu života (A1) i spokojenost se svým zdravím (A2) nezaměstnané ženy a ženy na mateřské dovolené. Nejhůře byla spokojenost se zdravím (A2) hodnocena zaměstnanými ženami. Rodinný stav ovlivňuje kvalitu života téměř ve všech proměnných. Nejlepších skóre dosahovaly vdané ženy.

V případě kombinování vlivu věku a rodinného stavu na kvalitu života se prokázalo, čím starší vdaná žena, tím horší kvalita života (A1) a naopak, čím starší svobodná žena, tím lepší kvalita života (A1). Čím byla vdaná i rozvedená žena mladší, tím byla více spokojená se zdravím (A2), na rozdíl od svobodných žen, kde platí, čím byla svobodná žena starší, tím byla více spokojená se zdravím (A2). Oblast fyzického zdraví (D1) byla ovlivněna jak věkem tak i rodinným stavem. Čím byla žena mladší, tak hodnotila fyzické zdraví lépe na rozdíl od vdaných i rozvedených žen, u kterých platilo, čím byla žena starší, tím hodnotila oblast fyzického zdraví lépe. Oblast prožívání (D2) byla tím hůře hodnocena, čím byla svobodná i vdaná žena starší, na rozdíl od rozvedených žen, kde platilo, čím starší rozvedená žena, tím lépe hodnocená oblast prožívání (D2). Čím byla mladší žena jakéhokoli stavu, tím byly lepší sociální vztahy (D3), větší spokojenost s osobními vztahy, s přáteli a sexuálním životem. S prostředím (D4) byly tím více spokojené vdané ženy, čím byly starší. A naopak ženy svobodné a rozvedené byly tím více spokojené, čím byly mladší.

Zjišťovali jsme rozdíly WHOQOL-BREF mezi jednotlivými trimestry a retrospektivním hodnocením. V oblasti fyzické zdraví (D1) byly se prokázaly signifikantní rozdíly mezi všemi trimestry a retrospektivou. Retrospektivní hodnocení odpovídalo více II. trimestru, než I. trimestru, na který měly ženy vzpomínat. III. trimestr měl nejnižší průměr. Nejvyšší průměr byl ve II. trimestru, kterému odpovídala i retrospektiva. V ostatních oblastech (D2-D4) a subškálách (A1, A2) nebyl statisticky významný rozdíl zjištěn. Analýzy jednotlivých trimestrů bez retrospektivního hodnocení prokázaly rozdíly mezi jednotlivými trimestry v oblastech (D1-D4). Rozdíly byly statisticky významné v oblasti prožívání (D2) mezi II. a III. trimestrem.

Těhotné ženy nejlépe psychicky prožívaly II. trimestr a nejhůře prožívaly III. trimestr. V oblasti sociální vztahy (D3) byly zaznamenány statisticky významné rozdíly mezi všemi trimestry, přičemž byly nejlépe hodnoceny v I. trimestru a nejhůře ve III. trimestru. Hodnocení oblasti prostředí (D4) také během těhotenství klesalo a podobně jako v oblasti sociálních vztahů (D3) bylo nejvyšší hodnocení v I. trimestru a nejnižší ve III. trimestru.

Nový specifický dotazník QOL-GRAV se původně skládal ze 12 likertovských položek s pětistupňovou škálou (27-38), které byly analyzovány pomocí faktorové analýzy (PAF). V jednotlivých trimestrech bylo možné rozlišit tři faktory, ale položky prvních dvou faktorů se řadily do jednoho nebo do druhého faktoru, často sytily oba faktory. Proto jsme vytvořili jednu hodnotící škálu sestavenou z 9 položek (q27, q28, q30, q31, q32, q35, q36r, q37r, q38r) se stabilním vysokým nábojem v 1. faktoru. Tato těhotenská škála má uspokojivou vnitřní konzistenci (Cronbachovo $\alpha_k = 0,7$ v I. trimestru; $0,74$ v II. trimestru; $0,75$ v III. trimestru) a vyjadřuje míru specifických prožitků v těhotenství. Hodnota stupnice se vypočítá jako průměr odpovědí všech obsažených položek s interpretací **čím nižší hodnoty, tím vyšší kvalita života a absence problémů (specifických změn v těhotenství)**.

Srovnáním průměrných hodnocení v jednotlivých trimestrech u těhotenské škály bylo zjištěno, že trimestry jsou srovnatelné. Statisticky významné rozdíly byly shledány ve všech trimestrech kromě I. a II. trimestru. Zatímco v prvních dvou trimestrech byla průměrná hodnota kvality života stejná, ve III. trimestru se mírně zvýšila (Cohenovo $d=0,2$, $p<0,01$). Korelace mezi trimestry zůstává relativně vysoká ($r= 0,62-0,76$), což naznačuje dlouhodobou stabilitu kvality života.

Dále se porovnávaly průměrné skóry těhotenské kvality života mezi jednotlivými trimestry a mezi doménami WHOQOL-BREF, kde hodnota Pearsonova korelačního koeficientu se pohybovala od $0,44$ až $0,69$, což znamená střední závislost. Signifikantní rozdíl byl zjištěn mezi průměry všech oblastí dotazníku WHOQOL-BREF v jednotlivých trimestrech a průměrem těhotenské škály QOL-GRAV v jednotlivých trimestrech. Významný rozdíl byl nalezen i mezi jednotlivými trimestry. Párový test prokázal statisticky významný rozdíl průměrů mezi I. a III. trimestrem, mezi II. a III. trimestrem, nejnižší průměr byl ve II. trimestru, nejvyšší ve III. trimestru, což znamená, že byla ve II. trimestru kvalita života hodnocena nejlépe a ve III. trimestru byla hodnocena nejhůře.

Povedlo se nám tedy zkonstruovat nový zcela unikátní specifický dotazník QOL-GRAV pro hodnocení kvality života těhotných žen s fyziologickým průběhem těhotenstvím, o kterém by se i dalo uvažovat jako o volitelné oblasti WHOQOL-BREF.

Ačkoli je možné použít pro hodnocení kvality života zdravé ženy s fyziologickým těhotenstvím i generický dotazník WHOQOL-BREF, specifický dotazník QOL-GRAV nám umožní citlivěji a přesněji zachytit míru specifických prožitků během těhotenství, které podstatně ovlivňují kvalitu života těhotné ženy.

Očekávaný přínos tohoto screeningového dotazníku vidíme v jeho možném tedy snadném a účelném využití v rámci prenatální péče. Domníváme se, že poznání, jak hodnotí kvalitu svého života konkrétní těhotná žena v období fyziologického těhotenství, by mohlo vést k podstatnému zvýšení efektivity péče o těhotné ženy i jejich subjektivní pohody.

16 Použitá literatura

1. ANDĚLOVÁ, K. Diabetes a těhotenství. *Zdravotnické noviny ČR. Příloha lékařské listy*. 2004, **53**(16), 18-19. ISSN 044-1996.
2. ATTARD, C. L., KOHLI, M., A., COLEMAN, S., BRADLEY, C., HUX, M., ATANACLOVIC, G., TORRANCE, G. W. The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States, *Am J Obstet Gynaecol*. 2002, **186**(5), 220-227. ISSN 0002-9378.
3. BAĎUROVÁ, R. Životní události, vnímaná sociální opora, somatické obtíže a nemoci během těhotenství jako predikátory prenatální mateřské anxiety a deprese. *Československá psychologie*. 2005, **49**(5), 399-411. ISSN 0009-062X.
4. BALCAR, K. Realita svědomí: psychologická nebo existenciální. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 70-83. ISBN 80-7254-657-0.
5. BALCAR, K.. Životní smysl a kvalita života. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 253-261. ISBN 80-7254-657-0.
6. BAROFSKY, I. Can quality or quality-of-life be defined? *Qual Life Res*. 2012, **21**(4), 625-631. ISSN 0962-9343.
7. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. přepracované a doplněné. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
8. BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1996. 117 s. ISBN 80-7013-233-7.
9. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
10. BEDNÁŘ, M. Paideia jako cesta k eudaimonia. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 149 - 161. ISBN 80-7254-657-0.
11. BERGSMA, J., ENGEL, G. L. Quality of Life: Does measurement help? *Health Policy*. 1988, **10**(3), 267-279. ISSN 0168-8510.
12. BLATNÝ, M., JELÍNEK, M., HŘEBÍČKOVÁ, M. Osobnostní koreláty subjektivní (SWB) a psychologické (PWB) pohody. In: GORECKÁ L. et al. (eds) *Sociálne procesy a osobnosť 2008*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychologie SAV, 2009. s. 299-307.
13. BLATNÝ, M. a kol. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2010. 304 s. ISBN 978-80-247-3434-7.
14. BROOKS, R., RABIN, R., CHARRO, F. (eds.) The Measurement and Valuation of Health Status Using EQ-50: A European Perspective. Evidence from the EuroQoL BIO

- MED Research Programme. First ed. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher, 2003. 302 s. ISBN 1-4020-1214-4.
15. BROWN, J., BOWLING, A., FLYNN, T. *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*. Sheffield, University of Sheffield, European FORUM Project on Population Ageing Research, May, 2004. Dostupné z: <http://www.shef.ac.uk/aegingresearch>
 16. BROWNE, J. P., O'BOYLE, C. A., MCGEE, H. M., McDONALD, N. J., JOYCE, C. R. Development of a direct weighting procedure of quality of life domain. *Qual Life Res.* 1997, **6**(4), 301-309. ISSN 0962-9342.
 17. COBAN, A., ARSLAN, G. G., COLAKFAKIOGLU, A., SIRLAN, A. Impact on quality of life and physical ability of pregnancy-related back pain in the third trimestre of pregnancy. *J Pak Med Assoc.* 2011, **61**(11), 1122-1124. ISSN 0030-9982.
 18. CORSINI, R. J. *The dictionary of psychology*. Philadelphia: 1999. s. 986. ISBN 1-58391-028-X.
 19. ČECH, E. et al. *Porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1303-9.
 20. ČEPICKÝ, P. *Psychologie ženy*. 1. vyd. Praha: IKEM – Středisko vědecko-technických informací, 1992. 48 s.
 21. DAVIDOVÁ, E. a kol. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7387-428-5.
 22. DIENER, E. Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin.* 1999, **125**(2), 276-302. [cit. 2013-08-15] Dostupné z: <http://www.objnursing.uffbr/index.php/nurtsing/article/view/2024>. ISSN 0033-2909.
 23. DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF WHOQOL-100*. Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 92 s. ISBN 80-85121-82-4.
 24. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*, 1997, **93**(2), 102-108. ISSN 1212-0383.
 25. DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál 1997, s. 133-141. ISBN 80-7178-251-3.
 26. DROTAR, D. *Measuring Health-related quality of life in Children and Adolescents*. Mahwah, New Persey: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher, 1998. 372 s. ISBN 0-8058-2479-0.

27. DUROZOI, G., ROUSSEL, A. *Filozofický slovník*. 1. vyd. Praha: EWA Edition, 1994. 352 s. ISBN 80-85764-07-5.
28. DŽUKA, J. (ed.) *Psychologické dimenze kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. 519 s. ISBN 80-8068-282-8.
29. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osveta, 2006. 211p. ISBN 80-8063-227-8.
30. FAYERS, M. P, MACHIN, D. *Quality of Life The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. West Sussex: Wiley, 2007. 544 s. ISBN 978-0-470-02450-8.
31. FELDMAN P. J., DUKEL- SHETTER, C., SANDMAN, C. A., WADHWA, P. D. Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosom Med*. 2000, **62**(5), 715-725. ISSN 0033-3174.
32. FERNANDES, R. A. Q., VIDO, M. B. Pregnancy and quality of life: assessment during the gestational trimester. *OBJN*. 2009, **8**(1), 8. [cit. 2012-05-28] Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20092042>. ISSN 1676-7285.
33. FERRANS, C. E., ZENWIC, J. J., WILBUR, J. E., LARSON, J. L. Conceptual Model of Health -Related Quality of Life. *J Nurs Scholars*. 2005, **37**(4), 336-342. ISSN 1547-5069.
34. FERRELL, B., R., GRANT, M., PADILLA, G., VEMURI, S., RHINER, M. The experience of Pain and Perceptions of Quality of Life: Validation of a Conceptual Model. *Hospice Journal*. 1991, **7**(3), 9-24. ISSN 0742-969X.
35. FORGER, F., OSTENSEN M., SCHUMACHER, A., VILLIGER, P. Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health survey. *Am Rheum Dis*. 2005, **64**, 1494-1499. [cit. 12. 3. 2013] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1755222/>
36. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozšířené vyd. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
37. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
38. HAAS, J. S., JACKSON, R. A., FUENTES-AFFLICK E., STEWART, A. L., DEAN, M. L., BRAWARSKY, P., ESCOBAR G. J. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med*. 2004, **20**, 45-61. ISSN 0884-8734.
39. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum* 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

40. HICKEY, C., A. Sociocultural and behavioral influences on weight gain during pregnancy. *Am J Clin Nutr.* May. 2000, **71** (5), 1364-1370. ISSN 0002-9165.
41. HICKEY, A. M., BURY, G., O'BOYLE, C. A. A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in cohort of individuals with HIV/AIDS. *BMJ.* 1996, **313**(7048), 29-33. ISSN 2044-6055.
42. HILL, P. D., ALDAG, J. C., HEKEL, B., RINER, G., BLOOMFIELD, P., Maternal postpartum quality of life questionnaire. *Journal of Nursing Measurement.* 2006, **14**(3), 205-220. ISSN 1061-3749.
43. HNILICA, K. Diagnóza a věk moderují vztah mezi zdravím, emočním životem a spokojeností se životem. *Československá psychologie.* 2006, **50**(6), 489-506. ISSN 0009-062X.
44. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví.* 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.
45. HODAČOVÁ, L., HLAVÁČKOVÁ, E., CSÉMY, L., ŠMEJKALOVÁ, J., ČERMÁKOVÁ, E. Sociální vztahy jako důležitý faktor kvality života dětí. In: *Československá psychologie* 2011, **55**(1), 1-12. ISSN 0009-062X.
46. HOFBERG, K., WARD M. R. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J.* Sep. 2003, **79**(935), 505-510. ISSN 0032-5473.
47. HOLČÍK, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978- 80-210-5239-0 (MU. Brno) ISBN 978-80-7392-129-3 (MSD Brno).
48. HŘEBÍČKOVÁ, M. *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-3380-7.
49. CHAN, O. K., SAHOTA, D. S., LEUNG, T. Y., CHAN, L. W., FUNG, T. Y., LAU, T. T. Nausea and vomiting in health –related quality of life among Chinese pregnant women . *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010, **50**(6), 512-518. ISSN 0004-8666.
50. JANDÁSKOVÁ, Z. *Kvalita života žen po menopauze: Osteoporóza, osteopenie a low back pain.* Disertační práce. 2009, Filozofická fakulta Masarykovy univerzity, Psychologický ústav.
51. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví.* 1. vyd. Praha: Academia, nakl. Akademie věd České republiky, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
52. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví.* 1. vyd. Praha: Galén a Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2005. s. 207-368. ISBN 80-7262-315-X.

53. KOCAÖZ, S., TALAS, S., ATABEKOĞLU, C. M. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *J Clin Nurs*. Dec. 2010, **19**(23-24), 3314-3323. ISSN 1365-2702.
54. KOCH, K. L., FRISSORA, C. L. Nausea and vomiting during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am*. Mar. 2003, **32**(1), 201-34, vi. ISSN 0889-8553.
55. KOREN, G., BOSKOVIC, R., HARD, M., MALTEPE, C., NAVIOZ, Y., EINARSON, A. Motherisk-PUQE (pregnancy -unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynaecol*. May. 2002, **186**, 228-231. ISSN 0002-9378.
56. KOREN, G., MALTEPE, C., NAVIOZ, Y., WOLPIN, J. Recall bias of the symptoms of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynaecol*. Feb. 2004, **190** (2), 485-488. ISSN 0002-9378.
57. KOVÁČ, D. K pojmo-logike kvality života. *Československá psychologie*. 2004, **48**(5), 461-464. ISSN 0009-062X.
58. KOVÁČ, D. Kvalita života - naliehava výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie*. 2001, **45**(1), 34-44. ISSN 0009-062X.
59. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.
60. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
61. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
62. KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 217-233. ISBN 80-7254-657-0.
63. KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního způsobu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.
64. KUDELA, M. *Základy gynekologie a porodnictví*. 2. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1993. 199 s. ISBN 80-7067-330-3
65. KURKI T., HIILESMAA, V., RAITSALO R., MATTILA, H., YLIKORKALA, O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *OG*. 2000, **95**(4), 487-490. ISSN 0029-7844.
66. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

67. LACASSE, A, BERARD, A. Validation of the nausea and vomiting of pregnancy specific health related quality of life questionnaire. *BioMedCentral Health Qual Life Outcomes*. 2008, **6**: 32. [cit. 2008-10-20] Dostupné z: <http://www.hqlo.com/content/6/1/32> ISSN 1477-7525.
68. LACASSE, A., REY, E., FERREIRA, E., MORIN, C., BERARD, A. Validity of a modified pregnancy-unique quantification of emesis and nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynaecol*. Jan. 2008, **198**(1), 71.e1 -7. ISSN 0002-9378.
69. LACROIX, R., EASON, E., MELZACK, R. Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *Am J Obstet Gynaecol*. 2000, **182**(4), 931-937. ISSN 0002-9378.
70. LAND, K., C. Social indicators. *Ann. Rev. Sociol.* 1983. **9**,1-26. [cit. 2013-12-15] Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/2946054?seq=1>
71. LANE, C. A. Nausea and vomiting of pregnancy: a tailored approach to treatment. *Clin Obstet Gynaecol*. 2007, **50**(1), 154-165. ISSN 0009-9201.
72. LEBOYER, F. *Porod bez násilí*. 1. vyd. Praha: Stratos, 1995. 56 s. ISBN 80-85962-04-7.
73. LEENERS, B., NEUMAIER-WAGNER, P., KUSE, S., STILLER, R., RATH, W. Emotional stress and the risk to develop hypertensive diseases in pregnancy. *Hypertens Pregnancy*. 2007, **26**(2), 211-226. ISSN 1064-1955.
74. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 55-80. ISBN 80-247-0668-7.
75. LEVENTHAL, H., COLMAN, S. Quality of life: A process view. *Psycholog Health (Special Issue: Quality of life: Recent advances in theory and methods)*. 1997, **12**(6),753-767. ISSN 0278-6133.
76. LI, J., MAO, J., DU, Y., MORRIS, J. L., GONG, G., XIONG, X. Health – Related Quality of Life among Pregnant Women with and without Depression in Hubei, China, *Matern Child Health J*. 2012, **16**(7), 1355-1360. ISSN 1092-7875.
77. LINDSTRÖM, B., ERICKSON, B. Quality of Life among Children in the Nordic Countries. *Qual Life Res*. 1993, **2**(1), 23-32. ISSN 0962-9343.
78. LITTLETON, H., L., BREITKOPF, C., R., BERENSON A., B. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynaecol*. 2007, **196**(5), 424 -32. ISSN 0002-9378.

79. LUKE, B., AVNI, M., MIN, L. Work and pregnancy: The role of fatigue and the „second shift“ on antenatal morbidity. *Am J Obstet Gynaecol.* 1999, **181**(5 pt1), 1172-1179. ISSN 0002-9378.
80. MAGEE, L., CHANDRA, K., MAZZOTTA, P., STEWART, D., KOREN, G., GUYATT, G. H. Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynaecol.* May. 2002, **186** (5), 232-238. ISSN 0002-9378.
81. MALÝ, M. Dotazníky o kvalitě života. In sborník: *ROBUST' 2000*. JČMF, 2001. s. 176-183. [cit. 2013-08-08] Dostupné z: http://www.statpol.cz/robust/2000_maly_00.pdf
82. MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1.vyd. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9.
83. MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. 1. vyd. Brno: MSD, 2007. 259 s. ISBN 978-80-7392-008-1.
84. MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. 1. vyd. Brno: MSD, 2008. 235 s. ISBN 978-80-7392-076-0.
85. MAREŠ, J. Kvalita života a její proměny v čase u téhož jedince. *Československá psychologie*. 2005, **49**(1), 19-33. ISSN 0009-062X.
86. MAREŠ, J., URBÁNEK, T. Minimální věcně významné změny v diagnostikované kvalitě života. *Československá psychologie*. 2006, **50**(6), 557- 566. ISSN 0009-062X.
87. MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. 2. vyd. Praha: Avicenum, zdrav. nakl., 1989. 336 s.
88. MAUTNER, E., GREIMEL, E., TRUTNOVSKY, G., DAGHOFER, F., EGGER, J. W., LANG, U. Quality of Life outcomes in pregnancy and postpartum complicated by hypertensive disorders, gestational diabetes, and preterm birth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2009, **30**(4), 231-237. ISSN 0167-482X.
89. MOGOS, M. F., AUGUST E. M., SALINAS-MIRANDA, A. A., SULTAN, D. H., SALIHU, H. M. A systematic review of quality of life measures in pregnant and postpartum mothers. *Appl Res Qual Life*. 2013, **8**(2), 219-250. ISSN 1871-2584.
90. MORGAN, D., L. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. 2. titul série Metodologie. Boskovice: Albert, 2001. ISBN 80-85834-77-4.
91. MUNCH, S., KORST, L. M., HERNANDEZ, G. D., ROMERO, R., GOODWIN, T. Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: The importance of psychosocial context. *J Perinatol*. 2011, **31**(1), 10-20. ISSN 0743-8346.
92. NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: Managment press, 1993. s. 103 - 112. ISBN 80-85603-34-9.

93. NEGGERS Y., GOLDENBERG, R., CLIVER, S., HAUTH, J. The relationship between psychosocial profil, health practices, and pregnancy outcomes. *Acta Obstet Gynaecol Scand.* 2006, **85**(3), 277-285. ISSN 0001- 6349.
94. NICHOLSON, W. K., SETSE, R., HILL-BRIGS, F., COOPER, L. A., STROBINO, D., POWE N., R. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynaecol.* 2006, **107**(4), 798-806. ISSN 0029-7844.
95. NIKLÍČEK, L., ŠTEIN, K., *Dějiny medicíny v datech a faktech.* 1. vyd. Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, 1985, s. 12- 29. ISBN 08-042-85.
96. NORMAN, G. Hi! How are you? Respons shift, implicit theories and differing epistemologies. *Qual Life Res.* 2003, **12**(3), 239-249. ISSN 0962-9343.
97. O'BOYLE, C., McGEE, H. M., HICKEY, A., JOYCE, C., R., B., BROWNE, J., O'MALLEY, K., HILTBRUNNER, B. *The Shedule for Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): Administration Manual.* Dublin: Department of Psychology Royal College of Surgeons in Ireland, 1993. Dostupné z: <http://epubs.rcsi.ie/psycholrep/39/>.
98. O'CONNOR, R., *Measuring Quality of Life in Health.* 1 th. ed. London: Churchil Livingstone, Elsevier Limited, 2004. 254 s. ISBN 0-443-07319-8.
99. OLSSON, C., NILSSON-WIKMAR, L. Heath-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynaecol Scand.* 2004, **83**(4), 351-357. ISSN 0001-6349.
100. ORR, S. T., REITER, J., P., BLAZER, D., G., JAMES, S. A. Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosom Med.* 2007, **69**(6), 566-570. ISSN 0033-3174.
101. PADILLA, G. V., GRANT, M. M. Quality of Life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science.* 1985, **8**(1), 45-60. ISSN 0161-9268.
102. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví.* 1. vyd.. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
103. PHILLIPS, D. *Quality of life concept, policy and practice.* London (GB): Routledge, 2006. 276 s. ISBN 978-0-415-32355-0.
104. PRIEBE, S., HUXLEY, P., KNIGHT, S., EVANS, S. Application and results oh the Manchester Short Assessment of Quality of Life. *Int J Soc Psychiatry.* 1999, **45**(1), 7-12. ISSN 0020-7640.
105. PRIESTMAN, T. J., BAUMAN, M. Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. *Lancet.* 1976, **1**(7965), 899-900. ISSN 0140-6736.

- 106.QUINLAN, J. D., HILL D. A. Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician*. 2003, **68** (1), 121-128. ISSN 0002-838X.
- 107.RAPKIN, B. D., SCHWARTZ, C. E. Toward a theoretical model of quality-of-life appraisal: Implications of findings from studies of response shift. *Health Qual Life Outcomes*. 2004, **2**, 14. ISSN 1477-7525.
- 108.RAPLEY, M. *Quality of life research*. London, Sage Publications, 2003. 286 s. ISBN 0-7619-5457-0.
- 109.RENWICK, R., BROWN, I. *The Quality of Life Model*. University Toronto, 1996. Dostupné: http://www.utoronto.ca/qol/qol_model.htm
- 110.RENWICK, R., BROWN, I., NAGLER, M. *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications*. 1th. ed. London: Sage Publication, Inc., 1996. s. 3 - 146. ISBN 0-8039-5914-1.
- 111.ROOS, A., FAURE, S., LOCHNER, C., VYTHILINGUM, B., STEIN, D. J. Predictors of distress and anxiety during pregnancy. *Afr J Psychiatry*. 2013, **16**, 118-122. ISSN 1994-8220.
- 112.ROSS, M. The Relation of implicate theories to the construction of personal histories. *Psychological Review*. 1989, **96**(2), 341-357. ISSN 0033-295X.
- 113.ROZTOČIL, A. a kol. Vybrané kapitoly z gynekologie a porodnictví – II. část – porodnictví. Brno: IDVZP, 1994. 301 s. ISBN 80-7013-182-9.
- 114.ROZTOČIL, A. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. Brno: IDVPZ 1998, 179 s. ISBN 80-7013-255-8.
- 115.ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
- 116.ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
- 117.RYBÁŘOVÁ, M. a kol. Kvalita života vysokoškoláků zjišťovaná zjednodušenou metodou SEIQoL. In Mareš, J. a kol. (ed.) *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. s. 189-198. ISBN 80-86633-65-9.
- 118.SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. 146 s. ISBN 80-247-1306-3.
- 119.SHERMAN, P. W., FLAXMAN, S. M. Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective. *Am J Obstet Gynaecol*. 2002, **186** (5), 190-197. ISSN 0002-9378.

- 120.SCHWARTZ, C. E., SPRANGER, M. A. Methodological Approaches for Assessing Response Shift in Longitudinal Health-Related Quality of Life Research. *Social Science and Medicine*. 1999, **48**(11), 1531-1548. ISSN 0277-9536.
- 121.SCHWARTZ, C. E., SPRANGER, M. A. Methodological Approaches for Assessing Response Shift in Longitudinal Health-Related Quality of Life Research. In SCHWARTZ, C. E., SPRANGER, M. A. (Eds.): *Adaptation to Changing Health Response Shift in Quality of Life Research*. Washington: American Psychological Association, 2000. s. 81-108.
- 122.SJÖSTROM, H., LANGUIS-EKLÖF, A., HJERTBERG, R. Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstet Gynaecol Scand*. 2004, **83**(12), 1112-1118. ISSN 0001-6349.
- 123.SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 129- 245. ISBN 978-80-247-3373-9.
- 124.SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M., KAČEROVSKÝ, J. Kvalita života nemocných-jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, **73**(1), 6-9. ISSN 0372-7025.
- 125.SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal, 2002. 517 s. ISBN 80-85947-80-3.
- 126.SMÉKAL, V. Kvalitativní přístup jako metodologie nové psychologie. *Sborník příspěvků ze symposia: „Kvantitativní a kvalitativní výzkum v psychologii“*. 1. vyd. dotisk, Praha: 2001. 173 s. ISBN 80-86174-03-4.
- 127.SMETANOVÁ, D. V průběhu těhotenství je důležitá nejen životospráva a kvalitní prenatální péče, ale i dostatek informací. *Zdravotnické noviny. Příloha Lékařské listy*. 1999, **48**(39), 12-13. ISSN 0044-1996.
- 128.SNYDER, C. R, LOPEZ, S. J. *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University press, 2002. 848 s. ISBN 978-0195135336.
- 129.SPILKER, B. Introduction. In: Spilker, B. (Ed) *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*. 2nd. ed. New York: Raven Press, 1996, s. 3-9.
- 130.STRAUSS, A., CORBIN, J. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Brno: Sdružení podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- 131.SYMON, A. A review of mothers prenatal and postnatal quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003, **1**: 38. [cit. 2009-04-08] Dostupné z: <http://www.hqlo.com/content/1/I38>. ISSN 1477-7525.

132. SYMON, A., GLAZENER, C. M. A., MACDONALD, A., RUTA, D. Pilot study: quality of life assesment of postnatal fatigue and other physical morbidity. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2003, **24** (4), 215- 219. ISSN 0167-482X.
133. SYMON, A., MCGREAVEY, J., PICKEN, C. Postnatal quality of life assesment: validation of the Mother-Generated. *BJOG.* 2003, **110** (8), 865-868. ISSN 1471-0528.
134. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky.* 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 111 s. ISBN 80-247-0440- 4.
135. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., VAŠINA, B. *Kvalita života z pohledu empirických dat.* [cit. 2013-02-07] s. 31-36. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/cze/simickova_vasina_cze.pdf
136. ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. *Kvalita života v psychologii: Osobní determinanty a predikátory.* In sborník příspěvků z konference IZPE – Kostelec n. Černými lesy, 2004. s. 21-32. ISBN 80-86625-20-6.
137. ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie.* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. s. 305 – 375. ISBN 80-7345-021-6.
138. ŠTĚPANÍKOVÁ, I., ČERMÁK, I. Vztah mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem: střet dvou paradigmat, nebo cesta ke spolupráci? *Sborník příspěvků ze symposia: „Kvantitativní a kvalitativní výzkum v psychologii“.* 1. vyd. dotisk, Praha 2001, 173 s. ISBN 80-86174-03-4.
139. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
140. TAILLEFER, M. C., DUPUIS, G., ROBERGE, M. A., LEMAY S. Health - Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature. *Social Indicators Research.* 2003, **64**(2), 293-323. ISSN 0303-8300.
141. THE QUALITY OF LIFE MODEL, University Toronto, Canada. Dostupné z: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>
142. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve.* Martin: Osveta 2008. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
143. TORKAN, B., PARSAY, S., LAMYIAN, M., KAZEMNEJAD, A., MONTAZERI, A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2009, **9**, 4. [cit. 2013-02-14] Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/4>.
144. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* Brno: IDVPZ 1999. 183 s. ISBN 80-7013-285-X.

- 145.USNESENÍ VLÁDY ČR ze dne 30. 10. 2002 č. 1046. Dostupné z:
<http://www.mzcr.cz/Verejne/file.asp?id=19&name=Usneseni%20Vlady%20%201046.pdf>
- 146.ÚZIS. *Rodička a novorozenec 2012*. 126 s. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2012>. ISSN 1213-2683.
- 147.VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s. 301-373. ISBN 80-7178-308-0.
- 148.VACHKOVÁ, E. Pacientovo pojetí nemoci a edukační proces. In: MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci II*. Brno: MSD, 2010. s. 30-34. ISBN 978-80-7392-150-7.
- 149.VACHKOVÁ, E., ČERMÁKOVÁ, E., MAREŠ, J. Kvalita života žen v období mateřství pomocí metody SEIQOL (Quality of life women in motherhood using the method SEIQOL). *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013, **4**(2), 595-599. ISSN 1804-2740.
- 150.VACHKOVÁ, E., MAREŠ, J., JEŽEK, S. Kvalita života a její proměny v čase v souvislosti s těhotenstvím. In: BAŠKOVÁ, M., BUBENÍKOVÁ, M. *Výskum v nelekárskych študijných programech*, mezinárodní konference. Univerzita Komenského v Bratislavě, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Slovenská republika, 2013. s. 277-289. ISBN 9788089544417.
- 151.VACHKOVÁ, E., JEŽEK, S., MAREŠ, J., MORAVCOVÁ, M. The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013, **11**: 214. ISSN 1477-7525.
- 152.VACHKOVÁ, E., MAREŠ, J. Kvalita života žen v období těhotenství: studie pomocí ohniskových skupin. *Kontakt*. 2012, **14**(3), 286-297. ISSN 1212-4117.
- 153.VALLIM, A. L., OSIS, M. J., CECATTI, G. J., BACIUK, E. P., SILVEIRA, C., CAVALCANTE, S. R. Water exercises and quality of life during pregnancy. *Reprod Health*. 2011, **8**: 14. ISSN 1931-2393.
- 154.VAN BRUMMEN, H. J., BRUINSE, H. W., VAN DE POL, G., HEINTZ, A. P., VAN DER VAART CH. What is effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU – Int*. 2006, **97**(2), 296-300. ISSN 1464-4096.
- 155.VAN DE POL G., DE LEEUW, J. R., VAN BRUMMEN, H. J., BRUINSE, H. W., HEINTZ, A. P., VAN DER VAART CH. The pregnancy mobility index: a mobility scale during and after pregnancy. *Acta OG Scand*. 2006, **85**(7), 786-791. ISSN 0001- 6349.
- 156.VEENHOVEN, R. The Four Qualities of Life. *J Happiness Stud*. 2000, **1**(1), 1-39. ISSN 1389-4978.

157. WARE, J., SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short -Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*. 1992, **30**(6), 473-483. ISSN 0025-7079.
158. WECK, R. L., PAULOSE, T., FLAWS, J. A. Impact of enviromental factors and poverty on pregnancy outcomes. *Clin Obstet Gynaecol*. 2008, **51**(2), 349-359. ISSN 0009-9201.
159. WEN, K. Y., GUSTAFSON, D. H. Needs Assessment for Cancer Patients and Their Families. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004, **2**: 11. ISSN 1477-7525.
160. WHOQOL Group. Study Protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument. *Qual Life Res*. 1993, **2**(2), 153-159. ISSN 0962-9343.
161. WILSON, I. B., CLEARLY, P. D. Linking clinical variables with Heath-Related Quality of Life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 1995, **273**(1), 59-65. ISSN 0098-7484.
162. ZÁHUMENSKÝ, J. *Kvalita života žen v poporodním období*. 1.vyd. Bratislava: Prolitera, 2010. 103 s. ISBN 978-80-970253-1-1.
163. ZAPF, W. Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität in den Bundesrepublik. In: Glatzer, W., Zapf, W. (Eds) *Lebensqualität in den Bundesrepublik*. Frankfurt am Main: Campus, 1984. s. 13-26. ISBN 3-593-33243-4.
164. ZEMAN, M. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*. 2008, **10**(1), 140-149. ISSN 1212-4117.
165. ZHOU S. Z., WANG X. L., WANG, Y. Design of a questionnaire for evaluating the quality of life of postpartum women (PQOL) in China. *Qual Life Res*. 2009, **18**(4), 497-508. ISSN 0962-9343.
166. ZWINGER, A. et al, *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

17 Přílohy

Příloha 1

Ukázky vybraných dotazníků:

WHOQOL-100, WHOQOL – BREF

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest bránila v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc jste potřeboval/a lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těšil život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdálo, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak jste se dokázal/a soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně jste se cítil/a ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé bylo prostředí, ve kterém jste žil/a?	1	2	3	4	5

SF-36

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.

Jak často v posledních 4 týdnech...

	pořád	většinou	dost často	občas	málokdy	nikdy
a) jste se cítil/a pln/a elánu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) jste byl/a velmi nervózní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) jste pocíťoval/a klid a pohodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) jste byl/a pln/a energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) jste pocíťoval/a pesimismus a smutek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) jste se cítil/a vyčerpan/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) jste byl/a šťastný/á?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) jste se cítil/a unaven/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EQ-5D

Under each heading, please tick the ONE box that best describes your health TODAY

MOBILITY

- I have no problems in walking about
I have slight problems in walking about
I have moderate problems in walking about
I have severe problems in walking about

I am unable to walk about

We would like to know how good or bad your health is TODAY.

- This scale is numbered from 0 to 100.
- 100 means the best health you can imagine. 0 means the worst health you can imagine.
- Mark an X on the scale to indicate how your health is TODAY.
- Now, please write the number you marked on the scale in the box below.

YOUR HEALTH TODAY =

Příloha 2

Vážené budoucí maminky,

jmenuji se Vachková Eva a v rámci své disertační práce na téma „Kvalita života žen v období těhotenství“ se na Vás obracím s žádostí o rozhovor, který by měl být podkladem pro vytvoření a následně ověření standardizovaného dotazníku sloužícímu ke zjišťování kvality života žen v období těhotenství.

Cílem rozhovoru je zjistit, jak je těhotenství subjektivně vnímáno a jak mění kvalitu života. Vaše realistické výpovědi založené na Vašich osobních zkušenostech by mohly pomoci dalším těhotným ženám situaci lépe zvládat. Údaje budou použity pouze pro účely mé vědecké práce.

Celý rozhovor bude natáčen z důvodů kompletního záznamu výpovědi a následně přepisů.

Pokud budete s rozhovorem souhlasit, prosím, vypište své identifikační údaje:

Jméno:

Věk:

Zaměstnání (profese):

Kontaktní adresa (event. telefon):

Gravidita / parita:

Týden těhotenství:

Souhlasím s rozhovorem: ano/ne

Podpis:

Příloha 3

Informovaný souhlas klientky s účastí ve studii

Já souhlasím se zařazením do výzkumu
(vyplňte hůlkovým písmem)
zabývajícího se kvalitou života žen v období těhotenství. Tato studie je výzkumem Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Výzkum hledá vhodné metody pro hodnocení kvality života žen v období těhotenství v české populaci. Studie se zúčastní těhotné ženy v rámci prenatalních vyšetření a ženy netěhotné zdravé v rámci preventivních prohlídek na gynekologických ambulancích v Hradci Králové a okolí.

Vyplněné dotazníky poslouží pouze v rámci výzkumu a bude **zajištěna ochrana osobních dat** klientek (zákon č. 101/2000 Sb.). Údaje o Vaší osobě nebudou zneužity a Vaše případná neúčast ve studii neovlivní další gynekologická vyšetření, nebo prenatalní péči.

Vaše účast ve výzkumu je dobrovolná. Jestliže souhlasíte s účastí ve výzkumu, vyplňte, prosím, přiložené dotazníky, které slouží k hodnocení kvality života v období těhotenství.

Je Vaším právem si vyžádat další informace u níže uvedených kontaktních osob.

Já níže podepsaná souhlasím se zařazením do výzkumu **Kvality života žen v období těhotenství**. Byla jsem dostatečně informována a seznámena s obsahem a průběhem výše zmíněného výzkumu. Jsem si vědoma, že mohu kdykoli odmítnout účast ve výzkumu a souhlasím s publikováním obecných statisticky zpracovaných výsledků výzkumu v odborném tisku.

V Hradci Králové

dne

.....

Podpis klientky

Mgr. Eva Vachková

Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta
Univerzity Karlovy v Hradci Králové
e-mail: vachkova@lfhk.cuni.cz

Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta
Univerzity Karlovy v Hradci Králové
e-mail: mares@lfhk.cuni.cz

Kvalita života žen v období těhotenství

Vážená paní,

na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové probíhá výzkum, jehož výstupem bude disertační práce nazvaná „Kvalita života žen v období těhotenství“.

Výzkum se týká zjišťování kvality života českých žen v období těhotenství. Ve studii budou použity dotazníky sloužící k posouzení a hodnocení kvality života.

Výzkumu se zúčastní:

- **netěhotné zdravé** ženy (vyplní jedinou verzi dotazníku WHOQOL-BREF)
- **těhotné** ženy (vyplňování dotazníků bude probíhat v jednotlivých trimestrech, tzn. 3x po sobě) během cílených prenatalních vyšetření na gynekologických ambulancích v Hradci Králové a okolí. Věková hranice je omezena pouze fertilitou.

Vaše účast se zařazením do studie je **dobrovolná**. Součástí vyplnění dotazníků je Informovaný souhlas s účastí ve studii. Jeho vyplnění považujeme za vyjádření Vašeho souhlasu se zařazením do výzkumu.

Děkujeme za Váš čas a pomoc při realizaci výzkumu, který pomůže zlepšit péči o těhotné ženy.

Mgr. Eva Vachková

Ústav sociálního lékařství

Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Ústav sociálního lékařství

Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

Příloha 4

Ohniskové skupiny - analýza rozhovorů (kategorizace kódů)

1. Prožívání tělesných změn

- negování tělesných změn (9)
- neohrabanost (2)
- nepohoda
- zvracení (8)
- bolesti zad (3)
- pálení žáhy (4)
- kolísání tlaku
- motání hlavy
- dechové obtíže
- nauzea (7)
- zácpa
- poruchy trávení
- bolesti zad
- hypertenze
- citlivé prsy (2)
- nechutenství
- poruchy spánku (7)
- časté močení v noci
- rostoucí objem břicha (3)
- bolest kloubů
- krvácení (2)
- váhový přírůstek vnímaný pozitivně (3)
- křeče DK (2)
- bolestivě vnímané pohyby

Zvládací strategie:

- cvičení LTV pro těhotné pod odborným dohledem
- dodržování pravidelného stravovacího režimu (malé porce včetně snídaně na lůžku po 3 hod.)
- dodržování pitného režimu
- zdravý životní styl

2. Prožívání psychických změn

- negování psychických změn (6)
- strach z porodu (2)
- nervozita
- hádavost, hašteřivost
- únava (4)
- úzkost z pocitů nepřipravenosti, unáhlenosti (3)
- náladovost (2)
- plačtivost (2)
- přecitlivělost (3)
- pozitivní ladění psychiky
- stres na začátku těhotenství
- obavy z budoucna
- zvýšená citlivost (4)
- zapomnětlivost (2)

- roztěkanost (3)
- poruchy soustředění
- výbušnost - impulsivita (2)
- konfliktnost
- razantnost v sebeprosazování
- nešikovnost

Zvládací strategie:

- relaxování
- opora ze strany rodiny
- tolerance ze strany partnera
- uvědomování si změny, sebereflexe

3. Pocity při zjištění těhotenství

Plánované těhotenství:

- příjemné překvapení (3)
- velká radost (8)
- štěstí (3)
- ambivalence (6) - důvod: zaměstnání, obavy o osud těhotenství
- uvědomění si celkové změny života
- nadšení
- vzrušení
- spokojenost
- těšení se
- šok

Neplánované těhotenství:

- šok (5)
- ambivalence (2)
- překvapení (2)
- pozitivní přijetí (2)
- štěstí (2)
- nevěřičnost (3)

4. Vliv těhotenství na běžný život

Zaměstnání:

- žádná změna (8)
- kompenzace zaměstnání volnočasovými aktivitami (7)
- obavy o zachování erudice - celoživotní vzdělávání (5)
- prioritní postavení těhotenství před zaměstnáním (8)
- pracovní neschopnost (7)
- zaměstnána do nástupu MD (3)
- pozitivní hodnocení přerušení zaměstnání (10)
- nezvládání fyzické námahy v zaměstnání (9)
- plánování brzkého návratu po MD (2)
- pozitivní vnímání bytí na PN (3)
- únik ze zaměstnání (4)
- chybění kontaktu s lidmi (10)
- omezení cestování
- OSVČ nepřerušeni práce (2)
- klid v manželství - orientace na rodinnou pohodu (7)
- závislost na zaměstnání
- negativní vnímání přerušeni zaměstnání zpočátku (3)
- problémy v zaměstnání (3)

- touha po změně práce (2)
- strach z izolace (3)
- chybění práce jako takové
- nárůst výkonnosti ve II. trimestru (2)

Společenský život:

- žádná změna (7)
- nárůst společenských aktivit (5)
- eliminace zakouřených prostor (10)
- omezování okolím
- přeladění (6)
- zákaz společenských aktivit (2)
- uzavření se pro sebe (2)
- pozitivní změna spol. života (2)
- nárůst domácí spol. zábavy (7)
- omezení spol. života (10)
- odpor k dříve oblíbeným činnostem v rámci zábavy – pití alkoholu, kouření (4)
- rozpor ve vztahu kvůli spol. životu, nepřizpůsobivost partnera (3)
- procházky (2)

Volný čas:

- starost o malé dítě (5)
- omezení závodního sportování (2)
- omezení sportovních aktivit (11)
- nedostatek času na čtení (7)
- plnohodnotné trávení času (4)
- vyloučení sportovních aktivit: aerobic, jízda na kole, lyže, volejbal (8)
- kompenzace v předporodním kurzu - cvičení pro těhotné (5)
- negativní prožívání zákazu sport. aktivit (4)
- plavání (4)
- nárůst volného času (3)
- chovatelství (2)
- studium (2)
- studium cizích jazyků
- zahrádkaření (3)
- četba jako relaxace

Zvládací strategie:

- dočasnost změn
- podřízení se vlastnímu tělu
- plánování - časový management

5. Vliv těhotenství na rodinný život

Partnerský vztah:

- žádná změna (2)
- zlepšení konfliktního vztahu (2)
- plánování manželství
- opora ze strany partnera u vyš.
- přizpůsobení se těhotenství (3)
- zvýšená pozornost od partnera
- opora a pomoc při dělbě domácích prací a povinností (10)
- upevnění soudržnosti (2)
- upevnění vztahu (8)

- prohloubení vztahu (2)
- pozitivní změna ve vztahu (4)
- obnovení vztahu
- negativní změna - náladovost
- ukončení stereotypu ve vztahu (2)
- užívání si sami sebe
- radost a uspokojení partnera (3)
- správný pocit
- změna v náhledu na život - pozitivní přístup (2)
- očekávání
- zklidnění vztahu (2)
- vyrovnanost
- nový smysl rodinného života
- vzájemné chápání (4)
- ovlivnění sexuálního života (7)
- ohleduplnost
- ekonomická nejistota - finanční zátěž

Rodiče a blízká rodina:

- dlouhé čekání na vnouče (3)
- zvýšení zájmu stran rodičů (2)
- zvýšení kontaktů
- podpora od sestry (2)
- nakupování výbavičky (2)
- rodinná opora (4)
- přejícnost (2)
- radost a překvapení (4)
- poskytování rad (5)
- změna v komunikaci
- starostlivost (2)
- zákazy a opatrnost (3)
- žádná změna (4)
- upevnění rodinných vztahů
- těšení se na sourozence (4)
- nadšení (2)
- velmi kladné přijetí (3)
- první vnouče (4)
- největší dárek (2)
- zlepšení rodinných vztahů

Přátelé a kamarádi:

- žádná změna vztahu (9)
- přejícnost (4)
- pozitivní přístup (1) nová přátelství (3)
- citlivost tématu u bezdětných přátel (1)
- zvýšení kontaktů (3)
- nárůst trávení času s kamarádkami (4)
- omezení kontaktů s přáteli z pracoviště
- fandění „pošťuchování“
- zlepšení vztahů s kamarády
- výměna zkušeností a rad
- plánování společných aktivit s dětmi

- jednostranné zaměření komunikace, změna v bavení (7)
 - opora přátel (5)
 - radost
 - poskytování (předávání) rad a zkušeností (3)
- 6. Co vám přináší největší radost?**
- zvládnutí práce spolu s těhotenstvím
 - role matky
 - absolvování těhotenství (2)
 - pocit odpovědnosti
 - pocit potřeby
 - mazlení (3)
 - chování dětí (2)
 - příprava na příchod miminka
 - pohled do budoucna
- 7. Co vám dodává pocit uspokojení, naplnění?**
- práce
 - zdraví
 - rodina (rodinné zázemí)
 - soudržnost
 - opora rodiny
 - společnost
 - že někam patřím
 - děti
 - spokojenost partnera
- 8. Co vás během těhotenství trápilo (trápí)?**
- nezodpovědnost přítele
 - strach z potratu (strach o vývoj těhotenství)
 - obavy z budoucna
 - finanční nejistota
 - zodpovědnost za živitele rodiny
 - strach z neznáma
 - strach ze špatných výsledků
 - strach z porodu
 - strach o zdraví dítěte
 - ignorace těhotenství partnerem
 - vztahové záležitosti v rodině
- 9. Co je pro vás v tuto chvíli nejdůležitější?**
- zdraví (11)
 - zdraví dítěte (5)
 - zvládnutí porodu (2)
 - těšení se na dítě
 - otevřený příjem PS FNHK
 - těhotenství
 - strach z komplikací
 - zvědavost
 - zvládnutí porodních bolestí
 - důvěra ve zdravotníky
 - podsouvání strachu druhými („Ty se nebojíš?“)
 - před těhotenstvím orientace na práci, nebo to co chybělo (3)

10. Jak si představujete svou roli matky a co od ní očekáváte?

- zvládnutí role
- hranice povolení a zákazů (co se smí a co ne)
- zvládnutí žárlivosti staršího sourozence
- správná výchova
- obavy z vyššího věku - „budu mít na to nervy“
- rodinný vzor
- pochopení rozdílu očekávání a reality
- vzájemné obdarovávání láskou
- obdoba vlastního vztahu se svou matkou
- nepřemýšlím o tom
- rodinný vzor dobré výchovy
- zabezpečení dětí
- zvládnutí dělby pracovních povinností a domácích prací
- určení pravidel a denního režimu
- nejlepší máma
- očekávání pohodového vývoje a růstu dítěte a jeho budoucnosti
- ovlivnění výchovou vlastními rodiči
- vyvarování se rodičovských chyb
- dát dobrý základ do života
- harmonické prostředí pro rozvoj a vývoj dítěte
- vychovat dobrého člověka

11. Jaký dopad má těhotenství na finanční rodinný rozpočet?

- dobré finanční zajištění (6)
- materiální vybavení (1)
- neřešení finanční otázky (3)
- vědomí snížení příjmů (4)
- preference těhotenství před ekonomickou situací (6)
- pocitování zhoršení finanční situace (3)
- změna hospodaření - plánování, promýšlení výdajů, investic, utrácení s rozmyslem (6)
- finanční podpora od rodičů (2)
- brzký nástup z MD (2)
- důvěra ve zvládnutí finanční situace (3)
- omezení ve prospěch dítěte
- vědomí zvýšení výdajů vzhledem k dítěti (2)
- placené služby -hlídání dítěte - preference profese - erudice- OSVČ (stálý výdělek)
- organizování pracovního dne i volného času
- závislost na partnerovi
- musí se to zvládnout
- zohlednění potřeb dítěte
- plánování rodinného rozpočtu
- zabezpečení manželem

KVALITA ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5

12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5

21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha 6
Popisné statistiky WHOQOL-BREF

Tab. 26 Popisná statistika pro položku A1

A1 Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Mean		3,45
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,35
		Upper Bound	3,55
	5% Trimmed Mean		3,45
	Median		4,00
	Variance		1,063
	Std. Deviation		1,031
	Minimum		1
	Maximum		5
	Range		4
	Interquartile Range		2
	Skewness		-0,341
	Kurtosis		-1,103

Tab. 27 Popisná statistika pro položku A2

A2 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Mean		3,08
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,94
		Upper Bound	3,22
	5% Trimmed Mean		3,09
	Median		4,00
	Variance		1,932
	Std. Deviation		1,390
	Minimum		1
	Maximum		5
	Range		4
	Interquartile Range		3
	Skewness		-0,566
	Kurtosis		-1,201

Tab. 28 Popisná statistika pro doménu D1

D1 Fyzické zdraví	Mean		3,9044
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,8538
		Upper Bound	3,9550
	5% Trimmed Mean		3,9209
	Median		4,0000
	Variance		0,254
	Std. Deviation		0,50431
	Minimum		2,29
	Maximum		5,00
	Range		2,71
	Interquartile Range		0,71
	Skewness		-0,523
	Kurtosis		0,262

Tab. 29 Popisná statistika pro doménu D2

D2 Prožívání	Mean		3,8850
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,8345
		Upper Bound	3,9355
	5% Trimmed Mean		3,9037
	Median		3,8333
	Variance		0,254
	Std. Deviation		0,50355
	Minimum		1,83
	Maximum		5,00
	Range		3,17
	Interquartile Range		0,50
	Skewness		-0,593
Kurtosis		0,823	

Tab. 30 Popisná statistika pro doménu D3

D3 Sociální vztahy	Mean		4,0621
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,9980
		Upper Bound	4,1261
	5% Trimmed Mean		4,0945
	Median		4,0000
	Variance		0,408
	Std. Deviation		0,63842
	Minimum		2,00
	Maximum		5,00
	Range		3,00
	Interquartile Range		1,00
	Skewness		-0,589
Kurtosis		0,096	

Tab. 31 Popisná statistika pro doménu D4

D4 Prostředí	Mean		3,7979
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,7508
		Upper Bound	3,8449
	5% Trimmed Mean		3,7994
	Median		3,7500
	Variance		0,220
	Std. Deviation		0,46913
	Minimum		2,00
	Maximum		5,00
	Range		3,00
	Interquartile Range		0,63
	Skewness		-0,068
Kurtosis		0,319	

Příloha 7

Tabulky statistické významnosti mezi oblastmi WHOQOL-BREF a demografickými proměnnými

Tab. 33 Signifikantní rozdíly oblastí WHOQOL-BREF a vzdělání (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
A1 Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Between Groups	96,357	3	32,119	39,283	0,000
	Within Groups	310,703	380	0,818		
	Total	407,060	383			
A2 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Between Groups	10,230	3	3,410	1,776	0,151
	Within Groups	716,221	373	1,920		
	Total	726,451	376			
A D1 Fyzické zdraví	Between Groups	0,592	3	0,197	0,775	0,509
	Within Groups	96,816	380	0,255		
	Total	97,408	383			
A D2 Prožívání	Between Groups	1,801	3	0,600	2,393	0,068
	Within Groups	95,314	380	0,251		
	Total	97,115	383			
A D3 Sociální vztahy	Between Groups	0,520	3	0,173	0,424	0,736
	Within Groups	155,584	380	0,409		
	Total	156,104	383			
A D4 Prostředí	Between Groups	5,978	3	1,993	9,668	0,000
	Within Groups	78,315	380	0,206		
	Total	84,293	383			

Tab. 34 Signifikantní rozdíly oblastí WHOQOL-BREF a zaměstnání (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
A1 Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Between Groups	32,914	3	10,971	11,143	0,000
	Within Groups	374,146	380	0,985		
	Total	407,060	383			
A2 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Between Groups	123,420	3	41,140	25,447	0,000
	Within Groups	603,031	373	1,617		
	Total	726,451	376			
A D1 Fyzické zdraví	Between Groups	2,808	3	0,936	3,760	0,011
	Within Groups	94,600	380	0,249		
	Total	97,408	383			

A D2 Prožívání	Between Groups	,785	3	0,262	1,032	0,378
	Within Groups	96,330	380	0,253		
	Total	97,115	383			
A D3 Sociální vztahy	Between Groups	1,051	3	0,350	0,859	0,463
	Within Groups	155,05 3	380	0,408		
	Total	156,10 4	383			
A D4 Prostředí	Between Groups	1,445	3	0,482	2,209	0,087
	Within Groups	82,848	380	0,218		
	Total	84,293	383			

Tab. 35 Signifikantní rozdíly oblastí WHOQOL-BREF a rodinného stavu (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
A1 Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Between Groups	15,729	2	7,864	7,664	0,001
	Within Groups	388,923	379	1,026		
	Total	404,652	381			
A2 Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Between Groups	9,097	2	4,549	2,376	0,094
	Within Groups	712,172	372	1,914		
	Total	721,269	374			
A D1 Fyzické zdraví	Between Groups	2,410	2	1,205	4,807	0,009
	Within Groups	94,987	379	0,251		
	Total	97,397	381			
A D2 Prožívání	Between Groups	2,520	2	1,260	5,049	0,007
	Within Groups	94,579	379	0,250		
	Total	97,099	381			
A D3 Sociální vztahy	Between Groups	2,278	2	1,139	2,808	0,062
	Within Groups	153,749	379	0,406		
	Total	156,027	381			
A D4 Prostředí	Between Groups	2,444	2	1,222	5,682	0,004
	Within Groups	81,517	379	0,215		
	Total	83,961	381			

Příloha 8

Tabulka korelace oblasti D1 (Fyzické zdraví) mezi jednotlivými sběry dat a retrospektivou

Tab 42 Korelace oblasti D1 mezi jednotlivými trimestry a retrospektivou (A=I. trim., B=II. trim., C= III. trim, R= retrospektivní soubor)

		A D1 Fyzické zdraví	BD1 Fyzické zdraví	C D1 Fyzické zdraví	R D1 Fyzické zdraví
A D1 Fyzické zdraví	r	1	0,640	0,597	0,430
	p		0,000	0,000	0,002
	N	225	219	204	48
B D1 Fyzické zdraví	r	0,640	1	0,663	0,593
	p	0,000		0,000	0,000
	N	219	219	204	48
C D1 Fyzické zdraví	r	0,597	0,663	1	0,381
	p	0,000	0,000		0,008
	N	204	204	204	48
R D1 Fyzické zdraví	r	0,430	0,593	0,381	1
	p	0,002	0,000	0,008	
	N	48	48	48	48

Příloha 9

Tabulky statistické významnosti pro samostatné položky A1, A2 WHOQOL- BREF mezi jednotlivými trimestry

Tab. 46 Párový test pro položku A1 (1 = I. trim., 2=II. trim., 3=III. trim.)

Pairwise Comparisons						
Measure: MEASURE_1						
(I) QA1	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^a	95% Confidence Interval for Difference ^a		
				Lower Bound	Upper Bound	
1	2	-0,083	0,037	0,077	-0,173	0,006
	3	-0,025	0,045	0,928	-0,132	0,083
2	1	0,083	0,037	0,077	-0,006	0,173
	3	0,059	0,042	0,415	-0,042	0,160
3	1	0,025	0,045	0,928	-0,083	0,132
	2	-0,059	0,042	0,415	-0,160	0,042

Based on estimated marginal means

a. Adjustment for multiple comparisons: Sidak.

Tab. 47 Párový test pro položku A2 (1 = I. trim., 2=II. trim., 3=III. trim.)

Pairwise Comparisons						
Measure: MEASURE_1						
(I) QA2	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^a	95% Confidence Interval for Difference ^a		
				Lower Bound	Upper Bound	
1	2	0,005	0,037	0,999	-0,084	0,094
	3	0,088	0,047	0,178	-0,025	0,202
2	1	-0,005	0,037	0,999	-0,094	0,084
	3	0,083	0,040	0,108	-0,012	0,179
3	1	-0,088	0,047	0,178	-0,202	0,025
	2	-0,083	0,040	0,108	-0,179	0,012

Based on estimated marginal means

a. Adjustment for multiple comparisons: Sidak.

Příloha 10

Demografické údaje <i>(nůla)</i>	I.	II.	III. (zakroužkujte ve kterém trimestru jste dotazník vyplnili)
Datum:			

Věk:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

1. základní
2. střední
3. vyšší odborné
4. vysokoškolské

Zaměstnání:

1. ano (profese.....)
2. ne
3. studuji
4. jsem na MD

Rodinný stav:

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

Těhotná jste (zakroužkujte): poprvé podruhé potřetí více-krát

Rodit budete (zakroužkujte): poprvé podruhé potřetí více-krát

Plánované těhotenství (zakroužkujte): ano ne

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, zhodnořte 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.

27. Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky, varixy, bolesti zad, dušnost, zácpa, hmotnostní přírůstek, omezená pohyblivost, výtok)	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	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.....

28. 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)	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	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.....

29. Změnilo toto těhotenství smysl Vašeho života?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	4	5
30. Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	1	2	3	4	5
31. Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	1	2	3	4	5
32. Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	1	2	3	4	5

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

33. Dodržujete teď životosprávu doporučovanou v těhotenství?	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
	1	2	3	4	5
34. Sháněla jste teď informace týkající se těhotenství, porodu, kojení?	1	2	3	4	5
35. Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	1	2	3	4	5

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

36. Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena
	1	2	3	4	5
37. Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	1	2	3	4	5
38. 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?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vyznačte, nakolik se ve svých úvahách zaobíráte:

minulostí

přítomností

budoucností

(kolik procent jim dáváte)

Děkuji Vám za pečlivé a pravdivé vyplnění dotazníků!

Příloha 11

Tabulky popisné statistiky QOL-GRAV pro jednotlivé trimestry

Tab. 48 Popisné statistiky položek specifického dotazníku QOL-GRAV pro I. trimestr (A)

Popisné statistiky položek A27 až A38									
Položky	N	min	max	M	SD	Skewness		Kurtosis	
						Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
A27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	225	1	5	2,47	0,987	0,361	0,162	-0,388	0,323
A28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	225	1	4	1,88	0,832	0,689	0,162	-0,108	0,323
A29 Změnilo toto těhotenství smysl Vašeho života?	225	1	5	2,96	1,302	-0,068	0,162	-1,125	0,323
A30 Jak moc se obáváte, že nevládáte péči o domácnost?	225	1	4	1,85	0,884	0,849	0,162	-0,012	0,323
A31 Jak moc se obáváte, že nevládnete zdárně donosit plod?	225	1	5	2,25	1,028	0,671	0,162	-0,100	0,323
A32 Jak moc se obáváte, že nevládnete porod?	225	1	5	2,20	1,031	0,849	0,162	0,227	0,323
A33 Dodržujete teď životosprávu doporučovanou v těhotenství?	225	1	5	3,70	0,724	-0,680	0,162	1,204	0,323
A34 Sháněla jste teď informace týkající se těhotenství, porodu, kojení?	225	1	5	3,18	1,262	-0,151	0,162	-1,032	0,323
A35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	225	1	5	2,84	1,036	0,033	0,162	-0,656	0,323
A36 Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	225	1	5	4,23	0,811	-1,450	0,162	3,361	0,323
A37 Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	224	1	5	3,63	0,858	-0,494	0,163	0,230	0,324
A38 Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	225	2	5	3,93	0,716	-0,484	0,162	0,400	0,323

Tab. 49 Popisné statistiky položek specifického dotazníku QOL-GRAV pro II. trimestr (B)

Popisné statistiky položek B27 až B38									
Položky	N	min	max	M	SD	Skewness		Kurtosis	
						Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
B27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	219	1	4	2,26	0,841	0,271	0,164	-0,466	0,327
B28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	219	1	4	1,83	0,728	0,495	0,164	-0,256	0,327
B29 Změnilo toto těhotenství smysl Vašeho života?	219	1	5	3,05	1,307	-0,280	0,164	-1,106	0,327
B30 Jak moc se obáváte, že nevládáte péči o domácnost?	219	1	4	1,86	0,856	0,710	0,164	-0,248	0,327
B31 Jak moc se obáváte, že nevládnete zdárně donosit plod?	219	1	5	2,08	0,923	0,976	0,164	1,227	0,327

B32 Jak moc se obáváte, že ne-zvládnete porod?	219	1	5	2,24	1,028	0,857	0,164	0,422	0,327
B33 Dodržujete teď životosprávu doporučovanou v těhotenství?	219	2	5	3,63	0,701	-0,473	0,164	0,108	0,327
B34 Sháněla jste teď informace týkající se těhotenství, porodu, kojení?	219	1	5	3,19	1,199	-0,189	0,164	-0,888	0,327
B35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	219	1	5	3,02	0,955	0,082	0,164	-0,158	0,327
B36 Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	219	1	5	4,18	0,760	-1,070	0,164	2,221	0,327
B37 Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	219	1	5	3,69	0,831	-0,489	0,164	0,029	0,327
B38 Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	219	2	5	4,01	0,613	-0,246	0,164	0,506	0,327

Tab. 50 Popisné statistiky položek specifického dotazníku QOL-GRAV pro III. trimestr (C)

Popisné statistiky položek C27 až C38									
Položky	N	min	max	M	SD	Skewness		Kurtosis	
						Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
C27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	204	1	4	2,64	0,851	0,047	0,170	-0,700	0,339
C28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	204	1	5	2,06	0,883	0,439	0,170	-0,373	0,339
C29 Změnilo toto těhotenství smysl Vašeho života?	204	1	5	3,11	1,252	-0,367	0,170	-0,912	0,339
C30 Jak moc se obáváte, že ne-zvládáte péči o domácnost?	202	1	5	2,05	0,921	0,509	0,171	-0,430	0,341
C31 Jak moc se obáváte, že ne-zvládnete zdárně donosit plod?	204	1	5	1,79	0,812	1,129	0,170	1,774	0,339
C32 Jak moc se obáváte, že ne-zvládnete porod?	204	1	5	2,36	1,099	0,725	0,170	-0,004	0,339
C33 Dodržujete teď životosprávu doporučovanou v těhotenství?	204	1	5	3,58	0,735	-0,743	0,170	0,889	0,339
C34 Sháněla jste teď informace týkající se těhotenství, porodu, kojení?	204	1	5	3,33	1,186	-0,259	0,170	-0,880	0,339
C35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	204	1	5	3,25	0,909	0,011	0,170	-0,123	0,339
C36 Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	204	1	5	4,12	0,781	-1,032	0,170	1,968	0,339
C37 Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	204	1	47	3,76	3,152	12,820	0,170	176,599	0,339
C38 Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	204	1	5	3,87	0,697	-0,614	0,170	1,313	0,339

Příloha 12

Tabulky vnitřní konzistence pro položky QOL-GRAV v jednotlivých trimestrech

Tab. 59 Vnitřní konzistence položek těhotenské kvality života v I. trimestru (A)

A: alfa= 0,72				
Položky	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	17,2500	16,359	0,425	0,687
A28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	17,8393	16,925	0,456	0,683
A30 Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	17,8661	16,825	0,431	0,686
A31 Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	17,4777	17,560	0,253	0,721
A32 Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	17,5134	16,421	0,389	0,695
A35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	16,8705	16,768	0,344	0,704
A36r Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	17,9420	18,028	0,297	0,709
A37r Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	17,3482	16,694	0,471	0,680
A38r Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	17,6429	17,047	0,539	0,674

Tab. 60 Vnitřní konzistence položek těhotenské kvality života ve II. trimestru (B)

B: alfa= 0,74				
Položky	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
B27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	17,1507	14,661	0,494	0,696
B28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	17,5845	15,317	0,474	0,702
B30 Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	17,5479	14,827	0,453	0,703
B31 Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	17,3333	15,177	0,350	0,722
B32 Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	17,1689	14,279	0,414	0,712
B35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	16,3881	15,551	0,277	0,737
B36r Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	17,5890	15,876	0,345	0,721
B37r Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	17,1050	14,608	0,511	0,693
B38r Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	17,4201	15,960	0,451	0,709

Tab. 61 Vnitřní konzistence položek těhotenské kvality života ve III. trimestru (C)

C: alfa= 0,75				
Položky	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C27 Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	17,9950	16,215	0,525	0,716
C28 Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	18,5622	16,147	0,512	0,717
C30 Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	18,5771	16,225	0,471	0,724
C31 Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	18,8607	17,710	0,331	0,745
C32 Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	18,2836	15,954	0,395	0,741
C35 Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	17,3881	17,189	0,334	0,747
C36r Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	18,7463	17,520	0,373	0,739
C37r Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	18,1791	16,688	0,470	0,725
C38r Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	18,5025	17,081	0,519	0,721

Příloha 13
Seznamy specifikace položek q27, q28 QOL-GRAV

Tab. 67 Seznam kategorií somatických změn a zvládacích strategií somatických změn

Somatické změny	kódy	Zvládací strategie somatických změn	kódy
nauzea	1	správná výživa, úprava stravy	1
bolest zad	2	pohyb, cvičení, aktivita, plavání	2
hmotnostní přírůstek	3	odpočinek, klidový režim, relaxace	3
únava	4	spánek, dostatek spánku	4
pálení žáhy	5	mléko, jogurty	5
dušnost	6	pomalejší tempo, pomalejší chůze, pomalé vstávání	6
bolesti DK, kyčlí, pánve	7	masáže, gymnastický balon	7
zácpa	8	ovoce, zelenina	8
bolest - tvrdnutí břicha	9	více tekutin, ledové nápoje	9
zvracení	10	cucání tbl., antacida, farmakoterapie	10
varixy	11	elastické punčocháče	11
synkopa	12	homeopatika, zázvor, těhotenské čaje	12
zažívací obtíže	13	změna polohy	13
nízký tlak	14	sebezapření, nemyslet na to	14
poruchy spánku	15	procházky	15
výtok	16	nepřejídat se, jíst málo a často, nejíst večer	16
omezení hybnosti	17	zvýšená hygiena, spec. mýdla, slipové vložky	17
bolest hlavy	18	čerstvý vzduch, rozdýchat se	18
časté nutkání na močení	19	vláknina	19
otoky	20	vyhýbání se pachům	20
bolest prsou	21	vyhýbání se jídlům	21
nadměrné pocení	22	teplo	22
palpitace	23	s partnerem	23
vyšší tlak	24	životní styl-změna	24
žlučnickové kameny	25	studené obklady, chladivý gel	25
necitlivost rukou	26	omezení fyzické činnosti, vyhýbání se fyzické práci	26
změny na pokožce (strie)	27	káva	27
hemeriody	28	volnější oblečení	28
		těhotenský pás	29
		pomoc rodiny	30
		odreagování se myšlením na příjemné věci	31

Tab. 68 Seznam kategorií psychických změn a zvládacích strategií psychických změn

Psychické změny	kódy	Zvládací strategie psychických změn	kódy
plačtivost	1	četba, poslech hudby	1
přecitlivělost	2	homeopatika	2
úzkost	3	relaxace, odpočinek	3
únava	4	spánek	4
strach	5	komedie	5
náladovost	6	partner opora, povídání si s ním	6
deprese	7	povídání si s přáteli, kontakty	7
sociální izolace	8	pomoc rodiny (babičky)	8
vzteky, agresivita	9	veselá nálada, optimismus, pozitivní myšlení	9
špatná koncentrace, horší soustředění	10	psych. klid, zachovávat klid	10
nervozita	11	zaměstnat se, unavit tělo (např. uklízet)	11
nechuť k činnostem, lenost	12	bylinné čaje	12
stres	13	nebrat si to, nepřipouštět si to	13
smutek	14	nechat emoce proběhnout	14
poruchy spánku	15	procházky, pobyt v přírodě	15
		vyhýbat se problémům, nestresovat se	16
		více informací, pozornosti	17
		cvičení, pohyb	18
		myslet na něco jiného, odreagování se	19
		nečíst, nesledovat smutné věci	20
		změnit prostředí, lidi, i být sama	21
		polohovat	22
		ranní káva	23
		hra s dětmi	24
		pravidelný režim	25
		nespat přes den	26
		pomoc odborníka - psycholog, lékař, psychoterapeut	27
		sladkosti	28
		uvědomování si změn	29
		stanovit si cíle na každý den	30

Příloha 14

Vážená paní,

před časem jste se zúčastnila výzkumu, který se týkal zjišťování kvality života českých žen v období těhotenství. Ve studii byly použity dotazníky sloužící k posouzení a hodnocení kvality života, které jste vyplňovala po jednotlivých trimestrech. v rámci prenatální péče a s laskavým dohledem porodní asistentky.

1. Nyní se na Vás obracíme s prosbou, abyste se podívala na hodnocení prožívání **těhotenství v prvním trimestru** s odstupem. Prosíme Vás o opětovné vyplnění Vám dobře známého dotazníku WHOQOL-BREF a specifického dotazníku pro těhotné ženy tak, jak jste jej asi vyplnila v prvním trimestru. Nejde nám o zkoušku Vaší paměti, ale o změnu posunu hodnocení v čase - tzv. Respons–Shift. Dotazník spolu s pokyny zasíláme v příloze.
2. Zároveň s dotazníkem si Vás ještě dovoluujeme požádat o vyplnění formuláře (SE-IQoL), který zjišťuje rovněž kvalitu života, tentokrát v mateřství, na základě hodnocení pěti nejdůležitějších životních témat. Pokyny k vyplnění tohoto formuláře jsou uvedeny spolu s ním ve druhé příloze.

Z důvodů rychlé a snadné komunikace jsme využili Vašeho emailového kontaktu a předpokládáme, že elektronickou poštou bude vyplněný dotazník i formulář vrácený zpět na adresu: vachkovae@lfhk.cuni.cz

Děkujeme za Váš čas a pomoc při realizaci výzkumu, který pomůže zlepšit péči o těhotné ženy.

Se srdečným pozdravem

Mgr. Eva Vachková

Ústav sociálního lékařství

Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Ústav sociálního lékařství

Lékařská fakulta UK v Hradci Králové

Příloha 15

Modifikovaný dotazník WHOQOL-BREF pro těhotné ženy I. trimestru

1. Přečtěte si laskavě každou otázku. 2. Vzpomeňte si, jak jste ji hodnotila v **prvním trimestru těhotenství** 3. Označte třeba **tučným písmem** u každé otázky tu **číslici**, kterou jste asi volila v prvním trimestru. Vyplňování vám zabere 7-10min.

1. Jak byste hodnotila kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste byla spokojena se svým zdravím?	velmi nespokojena	nespokojen/a	ani spokojena ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste v prvním trimestru prožívala určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest bránila v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc jste potřebovala lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těšil život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdálo, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak jste se dokázala soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně jste se cítila ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé bylo prostředí, ve kterém jste žila?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělala nebo mohla provádět určité činnosti v prvním trimestru.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Měla jste dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokázala jste akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Měla jste dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Měla jste přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Měla jste možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak jste se dokázala pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byla **šťastná nebo spokojená** s různými oblastmi svého života v prvním trimestru.

	velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena
16. Jak jste byla spokojena se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste byla spokojena se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste byla spokojena se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste byla spokojena sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste byla spokojena se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste byla spokojena se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste byla spokojena s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste byla spokojena s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste byla spokojena s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste byla spokojena s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožívala určité věci v prvním trimestru

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často jste prožívala negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Tato část dotazníku obsahuje soubor specifických otázek, které zjišťují kvalitu života těhotné ženy a doplňují tak soubor otázek dotazníku WHOQOL - BREF.

1. Přečtěte si laskavě každou otázku. 2. Vzpomeňte si, jak jste ji hodnotila v prvním trimestru.
3. Označte třeba **tučným písmem** u každé otázky tu číslici, kterou jste asi volila v prvním trimestru.

U některých otázek máte prostor pro slovní vyjádření konkrétní odpovědi, zkuste si vzpomenout, jak jste se slovně vyjádřila v prvním trimestru.

Následující otázky zjišťují, jak moc jste v prvním trimestru prožívala určité změny související s těhotenstvím.

27. Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s prvním trimestrem neumožnily dělat to, co potřebujete? (např. pocit na zvracení, zvracení, pálení žáhy, otoky, křečové žíly, bolesti zad, dušnost, zácpa, hmotnostní přírůstek, omezená pohyblivost, výtok)	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	4	5

Které z tělesných změn Vám působily největší potíže?

1.....2.....
3.....

Jakými postupy jste se je snažila zvládnout?

ad1.....

ad2.....

ad3.....

28. Do jaké míry jste měla pocit, že Vám psychické změny související s prvním trimestrem neumožnily dělat to, co potřebujete? (např. poruchy spánku, plačtivost, přecitlivělost, strach, nervozita, úzkost, deprese, zvýšená agresivita)	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	4	5

Které z psychických změn Vám působily největší problémy?

1.....2.....
3.....

Jakými postupy jste se je snažila zvládnout?

ad1.....

ad2.....

ad3.....

29. Změnilo toto těhotenství smysl Vašeho života?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	4	5
30. Jak moc jste se obávala, že nezvládáte péči o domácnost?	1	2	3	4	5
31. Jak moc jste se obávala, že nezvládnete zdárně donosit plod?	1	2	3	4	5
32. Jak moc jste se obávala, že nezvládnete porod?	1	2	3	4	5

Příloha 16

Instrukce k metodě SEIQoL v období mateřství

1. Každý člověk má několik věcí, na kterých mu v životě záleží. Můžeme je označit jako **životní témata**. Zkuste se zamyslet, která taková témata jsou ve Vašem osobním životě pro Vás nejdůležitější. Zamyslete se a vyberte jich pět, která považujete za nejdůležitější. Životní téma bývá vyjádřeno stručně, stačí jedno, dvě slova např. rodina. Každé téma napište do níže uvedené tabulky na jeden řádek ve druhém sloupečku. V dalším sloupečku téma rozveďte podrobněji, abychom věděli, co si pod tím představít – např. oč Vám v rodině speciálně jde, v čem a jak byla porodem ovlivněna.
2. Uveďte u každého tématu, do pravého krajního sloupečku, jak bylo podle Vašeho názoru posledním porodem ovlivněno, tj. jak jste s daným tématem *spokojena*. Uveďte to v procentech od nuly do 100%, kde 0% je nejnižší míra spokojenosti (vůbec nejsem spokojena) a 100% znamená, že jsem zcela spokojena.
3. Uveďte u každého tématu, jak moc je toto téma pro Vás *důležité*. To pište do levého sloupečku – a sice v procentech. Představte si, že pro všech pět témat, které jste uvedla, máte k dispozici celkem 100%. Vaším úkolem je rozdělit těchto pět témat podle toho, jak moc je to či ono téma pro Vás důležité. Součet všech pěti čísel v prvním sloupečku musí dávat dohromady 100%.
4. Nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem teploměru Vaší **životní spokojenosti**.

Děkujeme Vám.



