

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATESTVÍ

KVALITA ŽIVOTA ZDRAVÝCH TĚHOTNÝCH ŽEN
V PRŮBĚHU FYZIOLOGICKÉHO TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

Autor práce: **Pavína Tomsová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2015

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

QUALITY OF LIFE OF HEALTHY PREGNANT WOMEN
DURING THEIR PHYSIOLOGICAL PREGNANCY

Bachelor's thesis

Author: **Pavína Tomsová**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2015

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že tato bakalářská práce je původním autorským dílem, kterou jsem vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Evy Vachkové, PhD. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....

podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Evě Vachkové, PhD. za odborné vedení, rady, pomoc a laskavý přístup při psaní této práce.

Dále bych chtěla poděkovat RNDr. Evě Čermákové z Oddělení výpočetní techniky Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové za pomoc při zpracování statistických dat.

Poděkování patří i všeobecným a dětským sestřám z ordinací obvodních gynekologů za ochotu a trpělivost při sběru údajů potřebných pro mou práci.

Rovněž děkuji všem respondentkám, které vyplnily dotazník k mému výzkumu, za jejich ochotu, bez níž by tato práce nevznikla.

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. TĚHOTENSTVÍ	9
1.1 Vznik a vývoj těhotenství	9
1.1.1 Oplodnění, implantace a nidace.....	9
1.1.2 Vývoj, růst a zrání plodu.....	10
1.2 Příznaky těhotenství.....	11
1.3 Diagnostika těhotenství	11
1.4 Doba trvání těhotenství.....	12
1.5 Výpočet termínu porodu	12
1.6 Těhotenské změny v mateřském organismu	13
1.7 Psychické změny	16
1.8 Prenatální péče ve fyziologickém těhotenství.....	17
1.9 Životaspráva v těhotenství	20
1.10 Sexuální život a partnerské vztahy	24
1.11 Psychoprofylaxe, předporodní příprava.....	25
1.11.1 Historie předporodní přípravy	25
1.11.2 Současná profylaktická příprava k porodu.....	25
2. KVALITA ŽIVOTA – QUALITY OF LIFE	27
2.1 Pojem „kvalita života“ v historickém kontextu	27
2.2 Kvalita života - obecná definice pojmu.....	28
2.3 Kvalita života – subjektivní chápání jedincem.....	29
2.4 HRQL – kvalita života související se zdravím.....	31
2.5 Měření kvality života	31
2.5.1 Objektivní metody měření kvality života	32
2.5.2 Subjektivní metody měření kvality života.....	32
2.5.3 Smíšené metody zjišťování kvality života.....	33
2.6 Metodologické přístupy ke zkoumání kvality života v těhotenství.....	33
2.6.1 Přehled vybraných studií zaměřených na zkoumání kvality života v těhotenství.....	35
2.6.2 Kvantitativní nástroje používané v souvislosti s měřením kvality života v těhotenství	38
2.6.3 Kvalitativní metody měření kvality života v souvislosti s těhotenstvím	39
2.6.4 Smíšené metody měření kvality života v souvislosti s těhotenstvím.....	39
EMPIRICKÁ ČÁST	40

3. CÍLE VÝZKUMU	40
4. METODIKA VÝZKUMU	40
5. ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	42
6. VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	42
7. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU WHOQOL - BREF	49
8. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU QOL – GRAV	77
8.1 <i>Somatické změny a jejich zvládací strategie</i>	87
8.2 <i>Psychické změny a jejich zvládací strategie</i>	89
9. STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA TĚHOTNÝCH ŽEN	91
9.1 <i>Porovnání kvality života těhotných žen v II. a III. trimestru těhotenství</i>	91
9.2 <i>Porovnání kvality života těhotných žen ve Středočeském a Královéhradeckém kraji</i>	91
9.3 <i>Posouzení vlivu demografických proměnných na kvalitu života</i>	93
DISKUZE	99
ZÁVĚR	108
ANOTACE	110
ANNOTATION	111
POUŽITÁ LITERATURA	112
SEZNAM TABULEK	116
SEZNAM GRAFŮ	118
SEZNAM ZKRATEK	120
PŘÍLOHY	121

ÚVOD

Těhotenství patří mezi nejkrásnější období v životě ženy. Pro její organismus představuje somatickou, psychickou ale i sociální zátěž. Jedná se o specifické období, v němž dochází k funkčním i anatomickým změnám téměř všech orgánů. Ve většině případů se jedná o normální stav, tzv. fyziologické těhotenství, které s sebou přináší i řadu změn a potíží, se kterými se těhotná žena vyrovnává a na něž se adaptuje. Může se jednat o změny fyzické (ranní nevolnost, otoky, zácpa aj.), psychické (podrážděnost, náladovost, nespavost, deprese, zapomnětlivost, aj.) i sociální (partnerské, rodinné, ekonomické aj.) a mohou navozovat dojem, že těhotenství je vlastně nemoc. Tento pocit může být u těhotných žen vyvolán až přehnaně zdůrazněnou interpretací doporučení zdravotníků týkající se prenatální péče a prenatálního screeningu, ale také postojem blízké rodiny, přátel i společnosti (Vachková, 2014, s. 8). Obecně lze konstatovat, že chování a přístup rodinných příslušníků, spolupracovníků a přátel k ženě v období těhotenství koresponduje se vzorem chování k nemocné, samozřejmě v pozitivním slova smyslu. Těhotné ženě jsou zpravidla projevovány větší ohledy, jsou na ni kladeny často menší nároky a úkoly (ve smyslu fyzické námahy), těhotenství je dokonce upraveno zákonnými normami (zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 41, § 238 - §241).

Každá žena ovšem prožívá toto období života individuálně. Cílem této bakalářské práce je zmapovat a za použití statistických metod vyhodnotit a popsat významné skutečnosti, které ovlivňují život ženy v období těhotenství. V teoretické části práce se zabývám těhotenstvím, jeho fyziologií a změnami souvisejícími s těhotenstvím. Dále zde charakterizuji pojem kvalita života, popisuji metodologické postupy zkoumání kvality života související s těhotenstvím. Hlavním cílem empirické části bylo zjistit a porovnat kvalitu života těhotných žen v II. a III. trimestru těhotenství. Jako dílčí cíle jsem si stanovila:

- Zjistit a porovnat kvalitu života těhotných žen v Středočeském kraji (okres Mělník) a Královéhradeckém kraji.
- Zhodnotit vliv vybraných demografických proměnných (věk, vzdělání, gravidita) na plánování rodičovství.
- Zjistit a porovnat četnost somatických a psychických změn v druhém a třetím trimestru těhotenství.
- Porovnat kvalitu života zjištěnou pomocí generického dotazníku WHOQOL-BREF a specifickou kvalitu života zjištěnou pomocí specifického dotazníku QOL-GRAV.

V odborné medicínské literatuře se lze setkat s teoretickými statěmi, které se týkají vlivu konkrétní choroby na průběh těhotenství, ale zpravidla již nepřihlížejí k vlivům na kvalitu života.

Tato práce vychází z metodologie kvantitativní studie Vachkové. Výzkumné otázky byly zpracovány do dvou dotazníků WHOQOL-BREF a QOL-GRAV. Po statistickém vyhodnocení dotazníků jsem se v práci pokusila zaznamenat nejvýznamnější změny, které těhotenství přináší do života ženy, jaký mají vliv na kvalitu jejího života.

Téma kvality života v těhotenství mne zaujalo proto, že jako zdravotní sestra pracující na ORL operačním sále, sloužící i pohotovostní služby, jsem se velmi často setkávala s čekárnou plnou pacientů. Pacienti zde museli někdy čekat vzhledem k okolnostem i značně dlouho. Nejčastěji toto čekání snášely malé děti a právě těhotné ženy. Jako zdravotní sestra, která bývá zpravidla první, kdo přichází do styku s pacienty, jsem často mohla sledovat, jak těhotné ženy prožívají čekání a pobyt v nemocnici vůbec, jaké mají obtíže, jak se k nim chová okolí (ostatní čekající pacienti). Mou snahou bylo a je, pokud to okolnosti dovolí, aby byly budoucí maminky „odbavovány“ co nejrychleji, aby se v nemocničním prostředí na ambulanci příliš nestresovaly.

Také jsem v nedávné době získala osobní zkušenosti s těhotenstvím, zjistila jsem, jaké omezení a změny těhotenství přináší.

Z hlediska praktického využití závěrů výzkumu doufám, že zjištěná fakta budou nejen mně, ale i porodním asistentkám, gynekologům a ostatnímu zdravotnickému personálu inspirací pro zlepšení individualizovaného přístupu k těhotným ženám „budoucím maminkám“.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Těhotenství

„Těhotenství je 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, implantaci a nidaci a vývoj plodového vejce. Přechodem z intrauterinního života do mimomateřského prostředí v době porodu se z plodu stává novorozenec.“ (Roztočil, 2008, s. 86)

1.1 Vznik a vývoj těhotenství

1.1.1 Oplodnění, implantace a nidace

Oplodnění je splynutí mužské a ženské pohlavní buňky, spermie a vajíčka. Spermie je nejmenší buňkou lidského těla s velikostí cca 0,005mm (Pařízek, 2009). Skládá se z hlavičky, krčku, spojovací části a bičíku. Bičík obsahuje párovitá, kontraktilní vlákna, která spermii pohánějí. Spermie se aktivně pohybuje proti proudu a je chemicky přitahována k vajíčku. V hlavičce spermie se nachází buněčné jádro s polovičním počtem chromozomů (23 chromozomů). Chromozomy obsahují kyselinu DNA (deoxyribonukleovou), jež je nositelkou dědičnosti. 22 chromozomů nese dědičné informace pro tělesné a duševní znaky jedince. Poslední, 23. chromozom, určuje pohlaví člověka. Rozlišujeme dva tvarově rozdílné pohlavní chromozomy. Chromozom X je větší a určuje ženské pohlaví. Menší, chromozom Y, je specificky mužský. Polovina mužských spermií nese pohlavní chromozom X a druhá Y. Spermie se tvoří a zrají v kanálcích varlete, přechovávají v nadvarletí, putují k semenným váčkům a prostatě, kde teprve vzniká ejakulát, který je při mužském orgasmu vstříkovan do pochvy v množství cca 5ml s 40 až 100 miliony spermií v 1 ml.

Vajíčko se vyvíjí z folikulů a je naopak největší buňkou lidského těla o průměru 0,1mm. Ve vaječnicích novorozeného děvčátka je asi 500 000 primárních folikulů. Během života ženy jich vyzraje pouhých 450. Ostatní folikuly se vyvíjí jen do určitého stupně, nebo se nevyvíjí vůbec. Zralé vajíčko má také jako spermie jen poloviční počet chromozomů. Poslední, 23. chromozom, je opět pohlavní chromozom určující pohlaví, v případě ženy se jedná jen o chromozom X. Při ovulaci se vyklenující stěna folikulu enzymatickým vlivem rozpustí

a vaječná buňka je vyplavena. Vejcovod vymrštěné vajíčko zachytí, pokud není do 24 hodin oplozeno, zaniká.

Po ejakulaci do pochvy pronikají spermie do hlenu děložního hrdla. Pohybují se aktivně, pomocí svých bičků. Cervikální hlen je pro spermie v období ovulace nejprostupnější. Pouze pohyblivé spermie se dostanou do ampule vejcovodu, kde dochází k poslední zrací fázi spermií a následně k oplodnění vajíčka.

Malé množství spermií, které obklopí vajíčko, adhezuje k jeho povrchu. Pouze jedna spermie se fagocytózou dostane do cytoplazmy vajíčka. Jádra spermie a vajíčka se spojí a vznikne oplodněné vajíčko (zygota). Zygota se začne dělit a vytvoří morulu o velikosti šestnácti buněk. V průběhu dělení nastává posun vajíčka vejcovodem směrem do dělohy, kam se dostává 6 dní po ovulaci jako dutý útvar vyplněný tekutinou (blastocysta). Blastocysta vytváří dvě odlišné vrstvy buněk, vnitřní vrstvu buněk (embryoblast) pro vznik plodu a zevní vrstvu buněk (trofoblast) pro vznik placenty a plodových obalů. Postupně se zanořuje (implantuje) do těhotensky změněné sliznice dělohy. Poté začne jeho uhnízdění (nidace). Někde se uvádí, že nidace je počátkem implantace, a někde se mluví o implantaci (nidaci) jako o jednom procesu. Proces implantace a nidace je ukončen 11. den po oplodnění (Čech, 2006; Pařízek, 2009; Slezáková, 2011).

1.1.2 Vývoj, růst a zrání plodu

Vývoj plodu lze rozdělit na období blastogeneze, embryogeneze a fetogeneze.

Blastogeneze je vývoj oplodněného vejce v průběhu prvních tří týdnů.

Embryogeneze začíná kolem 22. dne po oplodnění. Nejdříve se vytvářejí kraniální části embrya, rychle se tvoří základ mozku a srdce. Po čtyřech týdnech je krevní oběh embrya poháněn srdcem zárodku. Na konci druhého lunárního měsíce má šestitýdenní embryo poměrně vyvinuté končetiny. Zřetelná jsou nos, ústa a oční víčka. Rozlišit lze všechny vnitřní orgány a v kostře plodu se tvoří osifikační jádra. Začíná diferenciací zevních genitálií. Od poloviny 6. týdne těhotenství je možné registrovat srdeční činnost. Období embryogeneze je ukončené koncem 10. týdne po oplodnění.

Fetogeneze se vyznačuje růstem, zráním a funkční diferenciací. Ultrazvukem je možné stanovit různé míry těla plodu (biparietální průměr hlavičky, obvod břicha, délka femuru aj.), z kterých lze vypočítat hmotnost plodu. Na konci 7. lunárního měsíce (28. týden) váží plod přibližně 1100g, po ukončeném 40. týdnu kolem 3500g.

Po 16. týdnu těhotenství se vyvíjí nehty plodu a začínají růst vlasy. Na kůži celého těla se objeví fetální ochlupení (lanugo). Začíná ukládání tuku. Zhruba po následujících čtyřech týdnech je kůže plodu pokryta plodovým mázkem (vernix caseosa). Po 28. týdnu jsou oční víčka otevřena a u chlapců jsou v inguinálním kanále varlata. U donošeného plodu mizí lanugo, nehty na prstech přesahují špičky prstů, kůže je růžová a napjatá. U dívek jsou malé stydké pysky překryty pysky velkými, u chlapců sestoupila varlata do šourku. Lanugo zůstává pouze na ramenech a horní části zad, střeva jsou naplněna smolkou (mekoniem) a úpon pupečníku je uprostřed mezi sponou stydkou a processus xiphoideus. Tělesné proporce se v průběhu těhotenství mění, velikost hlavy embrya představuje zhruba jednu třetinu celého těla, u donošeného plodu je to asi jedna čtvrtina (Čech, 2006).

Velikost donošeného plodu je dána vlivy genetickými, nutričními a prostředím, ve kterém se vyvíjí. Bezpochyby důležitou roli zde hrají také věk matky, počet předchozích těhotenství a počet vyvíjejících se plodů v dutině děložní. Průměrná délka donošeného plodu je 45 – 51 cm a průměrná hmotnost 2600 – 3800g (Slezáková, 2011).

1.2 Příznaky těhotenství

Podle průkaznosti lze příznaky těhotenství dělit na nejisté, pravděpodobné a jisté. Nejisté známky těhotenství jsou vyvolány celkovými změnami v organismu ženy a nemůžeme z nich těhotenství diagnostikovat. Jedná se o změny v oblasti psychické (střídání nálad, melancholie), neurovegetativní (ranní nevolnosti, zvýšené slinění, změny chuti k jídlu, zvracení, závratě a mdloby) a somatické (zvýšená pigmentace bradavek a liney fuscý). Znaky v oblasti rodidel jsou pravděpodobnou známkou těhotenství. Patří sem například amenorea, zvětšení prsů, prosáknutí dělohy a čípku. Lividní zbarvení děložního hrdla, vagíny a vulvy. Některé znaky na děloze při palpaci prokazují přítomnost plodového vejce (Dickinsovo-Braunovo znamení, Piskáčkovo znamení, Holzapferovo znamení ...), v současné porodnické praxi se již nepoužívají. Mezi jisté známky těhotenství patří objektivní průkaz plodu a jeho projevů (lidský choriový gonadotropin v moči a séru, průkaz srdeční akce plodu a jeho pohybů pomocí ultrazvukového vyšetření; Leifer, 2004; Roztočil, 2008; Pařízek, 2009).

1.3 Diagnostika těhotenství

Pomocí moderních těhotenských testů lze prokázat těhotenství již několik dní po oplodnění. Těhotenské testy jsou založeny na detekci těhotenských hormonů v moči nebo v krvi těhotné ženy. Dnes se rutinně používají těhotenské testy, jež umožňují rozpoznat

těhotenský hormon – humánní choriový gonadotropin, dále jen HCG. V krvi ženy mohou testy určit i výši koncentrace HCG, opakovaným vyšetřením je možné sledovat i dynamiku tohoto hormonu (Pařízek, 2009).

HCG je jedním z prvních hormonů produkovaných placentou. V mateřském organismu lze jeho hladiny prokázat první den po implantaci, v klinické praxi to znamená možnost prokázání těhotenství ještě před vynecháním menstruace. Maxima dosahuje hladina HCG 60. až 90. den těhotenství (Čech, 2006).

Pomocí ultrasonografického vyšetření je možné těhotenství prokázat nejdříve ve 4. týdnu těhotenství, tedy podstatně později než pomocí těhotenských testů (Pařízek 2009). Součástí diagnostiky těhotenství je i vaginální vyšetření (Slezáková, 2011).

1.4 Doba trvání těhotenství

„Přesné trvání těhotenství od oplodnění vajíčka do porodu zralého plodu nelze stanovit.“ (Čech, 2006 s. 45) V porodnictví se délka těhotenství vypočítává od prvního dne poslední menstruace. Délka těhotenství se udává v ukončených týdnech a dnech. Průměrná délka těhotenství byla stanovena na 280 dnů, tj. 40 ukončených týdnů + 0 dnů, což odpovídá 10 lunárním měsícům. Těhotenství se dělí zhruba na tři období, tzv. trimestry. První trimestr trvá do 12. týdne, druhý od začátku 12. týdne do konce 27. týdne a třetí od 28. týdne do porodu (Čech, 2006).

1.5 Výpočet termínu porodu

„Termín porodu je vypočtené datum, kdy by s největší pravděpodobností mělo dojít k porodu donošeného novorozence.“ (Roztočil, 2008 s. 109) Výpočet termínu porodu lze provádět 4 způsoby, žádný však není zcela přesný.

Výpočet podle prvního dne poslední menstruace provedeme tak, že k prvnímu dni poslední menstruace přičteme 7 dní a odečteme 3 kalendářní měsíce (Roztočil, 2008). Porodní termín snadněji určíme pomocí gravidometru, kde zjistíme i aktuální „stáří“ těhotenství (Slezáková, 2011).

Výpočet podle termínu koncepce lze provádět jen u žen, které znají přesné datum oplodňující soulože. K tomuto dni přičteme v průměru 268 dní (38 týdnů/ 9,5 lunárních měsíců). Nevýhodou této metody je často nepřesný, subjektivní údaj těhotné ženy (Čech, 2006).

Podle data prvních pohybů plodu vnímaných těhotnou ženou lze také přibližně určit termín porodu. U prvorodiček přičteme k tomuto dni 4,5 kalendářních měsíců, u vícerodiček 5 kalendářních měsíců. Opět se jedná o velmi nepřesný údaj, závisí na subjektivních vjemech těhotné ženy (Čech, 2006).

Nejprůkaznějším parametrem k výpočtu termínu porodu patří jednoznačně **ultrazvuková biometrie plodu** (Roztočil, 2008).

1.6 Těhotenské změny v mateřském organismu

Během těhotenství se mění tělesná stavba ženy, dochází tak k řadě somatických změn, které souvisí se zajištěním vývoje a výživy plodu, přípravou na porod a kojení.

Především dochází k nárůstu tkání, retenci tekutin ve tkáních způsobených hormonálními vlivy, relaxaci hladkého svalstva vlivem progesteronu a k všeobecnému funkčnímu přizpůsobení zvýšeným nárokům během těhotenství. Zejména dochází ke změnám v reprodukčním, kardiovaskulárním, respiračním, krevním, gastrointestinálním a kožním systému. Dále pak v pohybovém aparátu, ovlivněn je také metabolismus těhotné ženy.

Reprodukční systém

Děloha - těhotná děloha následkem hormonálních změn hypertrofuje, její hmotnost se zvětší z 50g před graviditou na zhruba 1000g v termínu porodu. Její kapacita se zvětší až 500krát, při porodu činí cca 5 litrů. Mění svou konzistenci a barvu, rostoucím plodovým vejcem mění svůj tvar a uložení v malé pánvi a později v dutině břišní. Dochází ke změnám děložní svaloviny, v prvním trimestru se zvyšuje počet buněk myometria, ve druhém a třetím trimestru se jednotlivé buňky myometria zvětšují. Rozpínáním se děloha zvětšuje, v druhé polovině těhotenství se děložní stěna ztenčuje, vlivem progesteronu zůstává měkká a relaxovaná.

Hrdlo děložní – převážně vazivový orgán, během těhotenství si zachovává stálou délku 2,5 až 3 cm. V průběhu těhotenství dochází k jeho prosáknutí, hypertrofii a překrvení. Hypertrofické žlázy děložního hrdla produkují hustý hlen, který uzavírá cervikální kanál a brání vstupu infekce do dělohy. U primipar je zevní branka kulatá, u multipar příčně štěrbinovitá.

Pochva – v období těhotenství hypertrofuje a prodlužuje se, tím umožní vzestup rostoucí dělohy z malé pánve. Poševní sliznice je prosáklá, ztluštělá, překrvená a palpačně měkká. Zvýšenou vaskularizací dochází ke změně barvy poševní sliznice. Zvýšená poševní

sekrece se projevuje silným poševním výtokem, většinou hustým a bílým s nízkým pH od 3,5 do 6. Nižší vaginální pH chrání před invazí patogenních mikroorganismů, může podpořit i růst plísní. V těhotenství je poměrně častá vaginitida způsobená *Candida albicans*.

Zevní rodidla – v těhotenství se zvětšují zevní struktury hráze. Relaxace pánevních žil, zvýšené pánevní prokrvení, zvýšený tlak rostoucí dělohy, obezita a zácpa mohou dilatovat až varikózně změnit podkožní žíly zevních rodidel a rekta. Zvýšená pigmentace kůže může způsobit tmavé zbarvení stydkých pysků.

Mléčná žláza – časně po vynechání menstruace pociťuje těhotná žena napětí v prsou, jejich zvětšení a citlivost bradavek. Bradavky se zvětšují, stávají se citlivější. Pigmentace dvorců tmavne. Po desátém týdnu těhotenství můžeme z mléčné žlázy vymačkat hustou tekutinu nažloutlé barvy (kolostrum). Na kůži prsou se mohou objevit kožní pajizévký (strie).

Kardiovaskulární systém

Vlivem zvětšující se dělohy je srdce vysouváno směrem nahoru a doleva, současně je rotováno kolem své podélné osy. Ve srovnání s netěhotnými ženami se zvyšuje srdeční frekvence zhruba o 10-15%. V prvním trimestru nedochází k výraznějším změnám krevního tlaku, v druhém trimestru je tendence k hypotenzi, s blížícím se termínem porodu dochází opět k jeho normalizaci. V poloze vleže na zádech může děloha komprimovat dolní dutou žílu, způsobit tak pokles žilního návratu k srdci, tím i systolického objemu (syndrom dolní duté žíly). Náhle vzniklá hypotenze se může projevit nevolností, pocením, blednutím, výjimečně až ztrátou vědomí. Z hlediska hemodynamiky je ideální poloha na levém boku. Zvýšeným tlakem zvětšené dělohy na venózní systém dochází k žilní stáze a otoku dolních končetin. Zvyšuje se objem krve a srdeční výdej.

Respirační systém

Rostoucí děloha tlačí na bránici, což vede k jejímu zvýšení přibližně o 4 cm a jistému omezení pohyblivosti. Zvětšuje se hrudní koš. Respirační objem a minutový kyslíkový objem se zvyšují s postupujícím těhotenstvím, Těhotná žena dýchá hlouběji, dechová frekvence se téměř nemění. Ke konci těhotenství pociťuje mnoho žen ztížené dýchání (dyspnoi) vyvolané tlakem těhotné dělohy na bránici.

Krevní systém

Objem krve se zvyšuje o 1000 – 1500 ml. Narůstání krevního objemu je nutné pro výměnu živin, kyslíku a odvod škodlivin z placenty, pro nároky zvětšené mateřské tkáně a k vytvoření rezerv kvůli ztrátám krve při porodu. Zvyšuje se krevní srážlivost.

Gastrointestinální systém

Mnoho těhotenských obtíží v této oblasti je vyvoláno fyziologickými těhotenskými změnami. Vlivem estrogenů se zvyšuje vaskularita dásní, které jsou hypertrofické, měkké, se sklonem ke krvácení. Objevuje se zvýšená produkce slin (salivace) opět následkem vlivu estrogenů, snížená kyselost slin může mimo jiné přispívat ke vzniku zubního kazu. Většina těhotných žen trpí mezi 6. a 14. týdnem těhotenskou nauzeou, někdy i zvracením. V pozdním stádiu těhotenství si ženy stěžují na pálení žáhy způsobené relaxací svěrače kardiie a regurgitací žaludečního obsahu do jícnu. Snižuje se tvorba žaludečních šťáv, motilita žaludku i střev. Žaludek se hůře vyprazdňuje, ženy se často cítí nafouklé, často trpí zácpou. Mění se chuť k jídlu, narůstá pocit žízně.

Močový systém

Těhotenské změny postihují ledviny, uretery, močový měchýř a uretru. Následkem dilatace vývodného močového systému dochází k těhotenské fyziologické hydronefróze. Tlakem těhotné dělohy dochází ke stáze moči a vezikouretrálnímu reflexu. Zvyšuje se glomerulární filtrace ledvin. V důsledku neměnné tubulární reabsorbce se zvyšuje clearance mnoha látek, proto se v těhotenství častěji vyskytuje proteinurie a glykosurie. Zvýšený výskyt močových infekcí je pravděpodobně způsoben zvýšeným objemem močového traktu.

Pohybový aparát

Zvýšená hmotnost a změněné těžiště těhotných žen zvětšuje bederní lordózu. Ženy si často stěžují na bolesti zad. Předsazení oblasti krční páteře a flexe hrudního pletence způsobují bolesti horních končetin. Hormonální změny způsobují uvolnění pánevních skloubení a symfýzy. Ženy mohou mít potíže s chůzí a bolestivostí v pánevních kloubech zejména při vícečetném těhotenství a při obezitě. V posledních týdnech těhotenství se ženy často kolébají při chůzi.

Kožní systém

V průběhu těhotenství vznikají u mnoha žen žlutohnědé pigmentace zejména na horním rtu, tvářích, na dvorcích prsních bradavek, v linea alba na břiše, na vulvě a perineu. Změny po

porodu zanikají. Na prsou, břicho, hýždích a na stehnech mohou vzniknout růžovofialové pajizévky (strie), které později zbledají. Stupeň změny závisí na typu kůže. Výjimkou není ani poporodní ztráta vlasů.

Metabolismus

Zvýšená potřeba živin pro optimální růst a vývoj plodu vede k zvýšení bazálního metabolismu zhruba o 15 – 20%. Zvyšuje se tělesná hmotnost, průměrný váhový přírůstek se pohybuje kolem 12 – 15 kg (Čech, 2006; Roztočil, 2008).

1.7 Psychické změny

„Období těhotenství je fází přípravy a postupné adaptace na nastávající rodičovství.“ (Vágnerová, 2007 s. 119) Narození dítěte představuje zásadní zlomový přechod k nové životní alternativě. Budoucí rodiče procházejí obdobím transformace svých rolí a vzájemného vztahu (Vágnerová, 2007).

„Ať už těhotenství je nebo není plánované, mění mezilidské vztahy mezi všemi členy rodiny.“ (Leifer, 2004, s. 76)

Nejvýznamnější úlohou prvního trimestru těhotenství je pro ženskou psychiku „nastartování změn“ a přijetí těhotenství. Žena se soustředí především na sebe. Sleduje vlastní tělo, musí zvládnout často omezující nepříjemné somatické projevy. Žena postupně přestává provozovat náročnější sportovní či pracovní aktivity. Typické v toto období jsou rozladěnost, nejistota a náladovost, žena se musí vyrovnat se změnou životního rytmu (Roztočil, 2001).

Úkolem druhého trimestru je přijetí plodu jako nezávislého samostatného jedince. Těhotná vnímá pohyby plodu, břicho se nápadně zvětšuje, cítí se dobře a snaží se podporovat zdárný průběh těhotenství. Jeví zájem o zdravý způsob života, pozoruje děti v blízkém okolí a představuje si, jak bude miminko vypadat. Koncem druhého trimestru si může připadat méně přitažlivá, což může vest i ke změnám v sexuálním vztahu mezi oběma partnery (Roztočil, 2001).

Úkolem třetího trimestru je příprava na porod a existenci nového jedince mimo mateřský organismus. Matka se připravuje na péči o dítě. Navštěvuje předporodní kurzy. Na jedné straně se porodu obává, na druhé straně by už chtěla porodit. Na psychickou kondici nastávající matky má značný vliv její okolí, zejména rodinné zázemí. Záleží samozřejmě na „modelu“ rodiny a na roli, kterou v rodině těhotná zastává. Vliv samozřejmě má nejen věk, ale i počet členů rodiny a míra zátěže (Roztočil, 2001).

Reakce nastávajících otců jsou různé, někteří se chtějí podílet fyzicky i emocionálně. Jiní přijímají roli organizační, pomáhají ženě plnit doporučení lékaře a porodní asistentky. Někteří otcové chtějí prostě se ženou sdílet její těhotenství, ale nechtějí být v roli aktivního účastníka procesu těhotenství a porodu. Vliv na vnímání role otce má kulturní zázemí. V některých kulturách je na těhotenství a porod nazíráno jako na výhradně ženskou záležitost (Leifer, 2004).

Na psychiku těhotné ženy má kromě jejího partnera vliv samozřejmě i širší rodina, zejména budoucí prarodiče. S těhotenstvím se mění životní role ženy – od role „dcera“ (snacha), která může být zpočátku vnímána jako „podřízená“, se posunuje k pozici „královna matka“, tedy k tomu, kdo bude mít „slovo“ a zásadní vliv na výchovu budoucí generace. Toto je velmi citlivá oblast, v níž každý rodinný příslušník musí prokázat míru tolerance a empatie, neboť bude ovlivňovat vývoj širší rodiny. Samozřejmě zde mají vliv ekonomické faktory, vzdělání a výchova, vzdálenost a příležitost vídat se se členy rodiny atp.

„Neméně významnými psychickými změnami prochází již přítomné děti, které jsou nuceny vyrovnat se s novou rolí „staršího sourozence“. Reakce staršího dítěte je ovlivněna postojem rodičů, ale je také založena na vlastní vývojové úrovni dítěte.“ (Roztočil, 2008, s. 104)

„Těhotenství přesouvá celý rodinný systém do fáze, kdy se musí znovu uspořádat rodinné role a vztahy, aby se vytvořilo místo pro očekávané dítě.“ (Roztočil, 2008, s. 104)

Těhotná žena se postupně mění v matku (Leifer, 2004). Dle Vachkové (2012) je zřejmé, že těhotenství výrazně ovlivňuje kvalitu života ženy a prožívaná kvalita života se mění v jeho průběhu.

1.8 Prenatální péče ve fyziologickém těhotenství

„Smyslem prenatální péče je všestranné zabezpečení těhotné ženy, zejména důsledná prevence všech možných chorobných stavů a včasný záchyt odchylek od normálního průběhu gestace, se zajištěním všech dostupných diagnostických a terapeutických opatření.“ (Čech, 2006, s. 104)

V následujícím přehledu je znázorněna základní frekvence a rozsah péče u žen s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím. Patří sem všechny těhotné ženy bez rizikových faktorů v anamnéze, s normálními výsledky všech klinických i laboratorních vyšetření v průběhu celého těhotenství (Marešová, 2014).

Prenatální péče je poskytována:

- do konce 22. týdne gravidity v intervalu 4 týdny
- 23. - 29. týden gravidity v intervalu 3 týdny
- 30. - 35. týden gravidity v intervalu 2 týdny
- 36. - 40. týden gravidity v intervalu 1 týden
- po 40. týdnů gravidity se 2x týdně provádí CTG vyšetření, hospitalizace, pokud těhotná neporodí do 10. dne po stanoveném termínu porodu (Vachková, 2014).

Od 36. týdne gravidity, může být těhotná žena předána do ambulantní péče pracoviště, kde se těhotná rozhodla родit. Nejpozději však v době stanoveného termínu. Na základě dohody registrujícího gynekologa s lůžkovým zařízením, kde bude žena родit, lze poskytovat péči o posttermínové těhotenství právě v ambulanci registrujícího gynekologa (Unzeitig a kol. 2012).

Vyšetření v prenatální poradně se dělí do dvou skupin na: pravidelná vyšetření, prováděná při každé návštěvě prenatální poradny a nepravidelná vyšetření, která se provádí pouze v určitém týdnu těhotenství.

Nejpozději do konce 12. týdne těhotenství by mělo být provedeno tzv. Komplexní prenatální vyšetření. Jedná se o pravidelně prováděná vyšetření (+ důkladně odebraná anamnéza od obou rodičů, výchozí hmotnost a výška těhotné ženy), vystavení těhotenského průkazu, změření zevních pánevních rozměrů těhotné ženy, UZ datace gravidity a u vícečetné gravidity i stanovení chorionicity (Unzeitig a kol. 2012; Marešová, 2014).

Pravidelně prováděná vyšetření:

- podrobný sběr anamnestických údajů včetně subjektivních obtíží a stesků těhotné.
- chemická analýza moči zaměřená na přítomnost bílkoviny, glukózy a ketolátek.
- zevní vyšetření těhotné, určení hmotnosti a krevního tlaku. Zvýšená pozornost je také věnována otokům (ortostatické, generalizované) a přítomnosti varixů na dolních končetinách.
- bimanuální vaginální vyšetření a stanovení cervix – skóre.
- od 24. týdne gravidity detekce známek vitality plodu.

Nepravidelně prováděná vyšetření:

1. trimestr

- **8. týden gravidity:**
 - stanovení krevní skupiny AB0 + Rh faktoru.
 - vyšetření titru nepravidelných antierytrocytárních protilátek.
 - stanovení hematokritu, hemoglobinu, erytrocytů, leukocytů i trombocytů.
 - sérologické vyšetření HIV a HBsAg.
 - sérologické vyšetření protilátek proti syfilis.
 - glykémie na lačno.

- **11. až 13. týden gravidity:**
 - kombinovaný biochemický a ultrazvukový screening nejčastějších chromozomálních vad plodu (v současné době není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění), při jeho nedostupnosti je nahrazen biochemickým screeninem vrozených vývojových vad ve druhém trimestru těhotenství plodu.

2. trimestr

- **16. týden gravidity:**
 - biochemický screening vrozených vývojových vad ve druhém trimestru gravidity – jen pokud nebyl proveden kombinovaný biochemický a ultrazvukový screening v prvním trimestru.

- **18. až 22. týden gravidity:**
 - ultrazvukový screening plodu (biometrie a morfologie plodu, lokalizace placenty).
 - doporučena návštěva praktického lékaře a stomatologa.

3. trimestr

- **24. až 28. týden gravidity:**
 - OGTT – orální glukózo – toleranční test.

- **28. týden gravidity:**
 - screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek u RhD negativních žen.
 - stanovení hemoglobinu, hematokritu, počtu erytrocytů, leukocytů a trombocytů.
 - sérologické vyšetření protilátek proti syfilis.

- **30. až 32. týden** gravidity:
 - ultrazvukový screening plodu (určení počtu plodů, biometrie plodu, lokalizace placenty, množství plodové vody).
- **36. až 38. týden** gravidity:
 - mikrobiologické vyšetření pochvy na přítomnost streptokoků skupiny B.
- **38., 39., 40. týden** gravidity:
 - kardiokografický non-stress test. V 36. a 37. týdnu gravidity je pouze doporučen, v dalších týdnech je povinný (Roztočil, 2008; Slezáková a kol., 2011; Marešová, 2014; Vachková, 2014).

1.9 Životospráva v těhotenství

Těhotná by měla v průběhu celého těhotenství dodržovat zásady správné životosprávy, tak, aby nedošlo ke vzniku patologických stavů, které by mohly působit negativně na zdravotní stav těhotné i na vývoj plodu (Trča, 2005; Roztočil, 2008).

Výživa v těhotenství

Strava těhotné ženy by měla obsahovat všechny látky nezbytné pro zdravý vývoj plodu. Současně by měla snižovat riziko vzniku chudokrevnosti, zubního kazu a obezity. Tělu by měla dodávat všechny nezbytné látky pro uchování obranyschopnosti těla, a tím snížit nebezpečí vzniku nemocí, především těch, které by mohly nepříznivě ovlivnit průběh těhotenství. Strava by měla být pestrá, vyvážená a rozdělená do pěti dávek (Trča, 2005).

Podle Müllerové (2002) by se těhotná žena měla vyhnout energetickému i proteinovému hladovění. Ketolátky vytvořené během hladovění mohou vyvolat metabolické změny u plodu, kdy může dojít až k poškození mozku. Nedostatek bílkovin představuje riziko pro vývoj plodu i jeho mozku.

Celkový obsah bílkovin by se měl pohybovat v rozmezí 80-100g/den, polovina z celkového množství by měla být živočišného původu. Tuků ve stravě by mělo být 60-80g/den. Omezená by měla být i strava bohatá na cukry (Roztočil, 2008).

Mezi dalšími nezbytné složky potravy patří i vitamíny obsažené v ovoci a zelenině, minerály a stopové prvky. V druhé polovině těhotenství, kdy stoupá jejich potřeba, je vhodná suplementace především vápníku a železa. Substituce vitamínů je podle Roztočila (2008) diskutabilní. Množství vody za den by nemělo klesnout pod 2 litry (Roztočil, 2008).

Mezi základní potraviny patří především vařené brambory pro svůj obsah cenných bílkovin, draslíku a vitamínu C. Dále pak mléko, jako významný zdroj bílkovin a vápníku nezbytného pro tvorbu kostí plodu. Denní spotřeba by měla být 1 až 1,5 l. Lze jej nahradit i jinými mléčnými výrobky jako jsou jogurty (ne smetanové), tvaroh a nízkotučné sýry. Stejně důležité jsou i potraviny obsahující železo snižující riziko vzniku chudokrevnosti, mezi které patří např. sojová mouka, čočka, hrách, hovězí libové a drůbeží maso, brambory, mrkev aj. Játra a výrobky z jater obsahují velké množství železa, ale i další chemické látky, které by mohly působit na vývoj plodu (Trča, 2005; Müllerová, 2002).

Velký význam v prevenci proti zácpě má jedlá vláknina. Vláknina se vyskytuje v povrchových vrstvách ovoce, zeleniny, luštěnin a obilovin. Při přípravě jídel je vhodné méně solit. Nežádoucí je konzumování sladkých jídel. Mezi nevhodné nápoje patří minerální vody pro svůj vysoký obsah soli, sladké minerálky a nápoje obsahující chinin. Dovoleno je pít jeden šálek silného čaje nebo černé kávy. Zvýšené množství kofeinu obsaženého v kávě i čaji by mohlo ovlivnit krevní tlak těhotné ženy (Trča, 2005; Müllerová, 2002).

Péče o chrup

Pro uchování zdravého chrupu by těhotná měla dodržovat několik pravidel.

- dodržovat zásady správného stravování.
- upřednostňovat potraviny s vysokým obsahem vápníku – mléko a mléčné výrobky, syrové ovoce a zelenina, luštěniny, vaječný žloutek, rybí tuk aj.
- pečlivě pečovat o ústní hygienu v průběhu celého těhotenství – čistit zuby správně, dostatečně dlouhou dobu, vhodně zvolenými pomůckami. Po večerním čištění zubů už nic nejíst a nepít slazené nápoje ani mléko (Roztočil 2008; Trča, 2005).

Vyprazdňování

Pravidelné vyprazdňování močového měchýře je součástí prevence vzniku asymptomatické bakteriurie. Nezbytná je i péče o vyprazdňování střeva, některé ženy trpí v těhotenství zácpou. Silná projímadla jsou v těhotenství kontraindikována. Účinněji a hlavně neškodně se může těhotná vyvarovat zácpy konzumací potravin s vysokým obsahem vlákniny, pitím minerálních vod s mírným projímavým účinkem, používáním lokálních laxativ (glycerinový čípek; Trča, 2005; Roztočil 2008).

Tělesná aktivita

Důležitý je také pohyb. Doporučuje se cvičení, při kterém nedochází k příliš velkému tlaku na tělo těhotné ani na plod. Vhodné je plavání, chůze na čerstvém vzduchu, těhotenské cvičení a jóga.

Nevhodná je jakákoliv tělesná námaha spojená s otřesy těla např. bungee jumping, seskoky padákem, horolezectví, volejbal, atletika. Ani provozování lyžování, vodního lyžování, bruslení, jízdy na koni není právě rozumné. Mezi ideální sporty snižující bolest zad patří plavání a vodní aerobik (Symons, 2008).

Spánek a odpočinek

V těhotenství je vhodné spát pravidelně minimálně osm hodin v noci a mít možnost odpočívat v poledne, nejlépe po obědě přibližně jednu hodinu. Spánek je důležitý pro obnovování tělesných i duševních sil. Nevhodné a nepohodlné je spaní na zádech nebo na břiše (Trča, 2005).

Cestování

Podle Roztočila (2008) může dlouhotrvající cesta negativně ovlivnit vývoj těhotenství. Nabylo však prokázáno, že by cestování vlakem, autem, letadlem, autobusem negativně ovlivňovalo těhotenství.

Mnoho lékařů se podle Symonse (2008) domnívá, že změny v tlaku vzduch a obsahu kyslíku mohou zapříčinit potrat. Pravděpodobnost potratu je nejvyšší v prvních 12-14 týdnech. Nebezpečné jsou především dlouhé lety, neboť některé společnosti šetří na množství čerstvého vzduchu cirkulujícího letadlem. Většina leteckých společností odmítá přepravovat těhotné ženy ve vysokém stupni těhotenství, výjimky jsou jen v případě, že dotyčná těhotná žena předloží lékařský doklad o zdravotní způsobilosti (Symons, 2008).

Zaměstnání

Ženy s fyziologickým průběhem těhotenství, které současně vykonávají nenamáhavou práci, mohou v pracovní aktivitě pokračovat až do 32. - 34. týdne těhotenství (do nástupu na mateřskou dovolenou). Ženy vykonávající zvýšenou tělesnou aktivitu během zaměstnání, nebo pracující v prostředí nevhodném pro těhotenství (vysoká prašnost, hluk, teplo aj.), musí být přeřazeny na jinou, méně náročnou práci (Roztočil 2008; Trča, 2005).

Tělesná hygiena

Těhotná by se měla sprchovat jednou denně, spíše navečer. Nevhodné je koupání v horké vodě pro možné přehřátí organismu a vznik genitální infekce. Po každém vymočení a stolici je nutné umýt rodidla. Těhotným ženám, které již rodily, se nedoporučuje koupání ve volné přírodě, v řekách a rybnících. Štěrbina mezi stydkými pysky už není zcela uzavřená. Do rodidel by se mohla dostat voda s choroboplodnými zárodky. Důležité je také mytí rukou po použití WC, před přípravou jídel i před konzumací jídla. Prsní bradavky je doporučeno omývat 2x denně vlažnou vodou a 2x týdně potřít olejem. Ploché nebo vpáčené bradavky denně vytahovat, aby byly připravené na kojení. Pro větší odolnost bradavek při kojení je vhodné bradavky otužovat. Při výskytu výtoku z rodidel požádat o radu lékaře, nesnažit se léčit výtok sama doma použitím výplachů atd. (Roztočil 2008; Trča, 2005).

Oblékání

Šaty by měly být pohodlné, volné, vzdušné, především z přirozených materiálů (bavlna, vlna, len). Jejich nošení by nemělo způsobit přehřátí ani podchlazení. Spodní prádlo by měla těhotná vyměňovat denně. Podprsenka by měla být volná, držet prsa v přirozené poloze a ramínka by se neměla zařezávat do kůže. Svrchní oděv by neměl být těsný a neměl by nikde tlačit (Eretová, 2009; Trča, 2005).

Obuv

V těhotenství je dobré pomáhat nohám nošením pohodlné a vhodné obuvi, vpředu s tkaničkami nebo řemínkem, s polovysokým nebo nízkým podpatkem a s protiskluzovou podrážkou. Boty by také měly být pevné a podporovat nožní klenbu, vpředu kulaté, aby netísnilly prsty. Nevhodné jsou lodičky, cvičky, tenisky (Eretová, 2009).

Péče o dolní končetiny

Vzhledem k fyziologické venózní stáze v dolních končetinách by se měla žena v druhé polovině těhotenství vyvarovat dlouhého stání, při sezení omezit tlak na podkolení jamky a ukládat dolní končetiny do zvýšené polohy (Eretová, 2009; Trča, 2005).

Návykové látky

„Jakákoliv aplikace návykových látek negativně ovlivňuje těhotenství.“ (Roztočil, 2008, s. 106)

Alkohol. Patří mezi nejrozšířenější společensky tolerovanou drogu. Toxicky působí hlavně na játra. V těhotenství volně prochází placentou a působí toxicky na plod především

u těhotných žen dlouhodobě, pravidelně a ve velkých dávkách požívajících alkohol. Tyto ženy jsou často podvyživené a mají nedostatek vitamínů, hlavně skupiny B (Vavřínková, 2006).

Nikotin. Kouření je nejrozšířenější závislost u těhotných žen. Odhadem až 1/5 žen kouří v průběhu těhotenství i v období laktace. Nikotin také prochází placentou a snižuje fetoplacentární perfuzi v závislosti na množství vykouřených cigaret. Výsledkem je zvýšené riziko hypotrofizace plodu, intrauterinního úmrtí, abrupce placenty a dalších těhotenských patologií. „*Novorozenci těžkých kuřaček mají zhoršený somatický a neuropsychický vývoj.*“ (Roztočil, 2008, s. 106) „*Negativní vliv na těhotnou má samozřejmě i pasivní kouření. Pobyt těhotné v zakouřených uzavřených prostorách kromě negativního dopadu cigaretového kouře zvyšuje riziko rozvoje atopie u plodu a rozvoje alergie v raném dětském věku.*“ (Vavřínková, 2006, s. 60)

Kofein. Patří mezi široce konzumované látky i u těhotných žen. Škodlivé účinky konzumování kávy v průběhu těhotenství nebyly potvrzeny. Konzumace 6-8 šálků kávy se považuje za extrémní a mohla by být příčinou nižší porodní hmotnosti plodu (Vavřínková, 2006).

1.10 Sexuální život a partnerské vztahy

Pohlavní styk během těhotenství není nebezpečný, pokud je šetrný, nevyvolává krvácení a děložní kontrakce. V některých případech je dobré se zdržet pohlavního styku. Jedná se o těhotné ženy s rizikovou graviditou, u kterých došlo ke krvácení v prvním trimestru, jestliže již někdy potratily nebo předčasně porodily, mají-li potíže s insuficiencí děložního hrdla (Symons, 2008).

Pohlavní styk není vhodný u žen s odteklou plodovou vodou, krvácí-li z rodidel. Stahy dělohy vyvolané orgasmem nevedou k začátku porodu po většinu celého těhotenství. Masturbace a dráždění prsních bradavek v době termínu porodu mohou porod indukovat (Čech, 2006).

V prvním a druhém trimestru bývá sexuální reaktivita stejná, někdy i vyšší. Ve třetím trimestru bývá výrazně omezená (Šteflová, 2007).

1.11 Psychoprofylaxe, předporodní příprava

1.11.1 Historie předporodní přípravy

Porod byl už v minulosti vnímán jako náročná životní situace, na kterou je potřeba se připravit. Ženy si předávaly informace a životní zkušenosti z generace na generaci.

Příprava těhotných žen k porodu vznikla začátkem 20. století v Anglii a v sovětské Ukrajině. Původním smyslem metody bylo snížení porodní bolesti s využitím hypnózy a sugesce. Postupem času se z této metody vyvinula tzv. porodnická psychoprofylaxe, dnes známá pod názvem Lamazova metoda.

Nezávisle na hypnosuggestivní metodě vznikla koncepce přirozeného porodu vytvořená v Anglii koncem 30. let Dickem Readem. I přes odlišná teoretická východiska jeho metoda později splýnula se současnou porodnickou psychoprofylaxí.

Metoda psychoprofylaxe prodělala celosvětový rozkvět v 50. a 60. letech 20. století. Od 70. let nadšení pro ni začalo opadat pro její nedostatečný analgetický účinek (Kuželová, 2003; Ratislavová, 2008).

1.11.2 Současná profylaktická příprava k porodu

Současná koncepce přípravy těhotných k porodu nezdůrazňuje analgetický účinek, snaží se připravit ženu na reálný průběh porodu včetně možných porodnických komplikací a operací.

Program předporodní přípravy na českém území vychází z koncepce, kterou vypracovala Psychosomatická sekce Gynekologické a porodnické společnosti v 80. letech. Hlavní autorkou je Marie Pečená.

Předporodní příprava těhotných k porodu se provádí nejčastěji v posledním trimestru gravidity ve formě kurzů vedených zkušenými porodními asistentkami, do kterých je vhodné zapojit oba budoucí rodiče (Kuželová, 2003).

„Ženy jsou poučeny o:

- *těhotenství, porodu a šestinedělí*
- *podstatě nepříjemných pocitů, bolesti v průběhu porodu a možnostech jejich tlumení*
- *potřebě klidu a uvolnění*
- *těhotenské gymnastice, nácviku dýchání a relaxace při porodu*
- *kontaktech na sanitní vůz (pro případný odvoz do porodnice)*
- *pomůckách, které by nastávající maminka měla vzít s sebou do porodnice*

- *péči o novorozence*
- *sociálně právních otázkách v rámci těhotenství, porodu a následné péče o dítě*
- *možnosti návštěvní služby“ (Slezáková, 2011, s. 143).*

Těhotná žena by měla v kurzu předporodní přípravy získat i další možnost sociální opory (skupina těhotných žen a porodní asistentka). Porodní asistentka je zde v roli odborníka, na kterého se těhotná může obracet se všemi svými problémy, strachem i nejistotou (Ratislavová, 2008).

2. Kvalita života – quality of life

2.1 Pojem „kvalita života“ v historickém kontextu

Již v 20. letech 20. století se v politických teoriích a úvahách o ekonomickém rozvoji a o úloze státu při podpoře nižších sociálních vrstev objevují diskuze o kvalitě života. Ekonomické a politické teorie zde byly orientovány především na vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí (Hnilicová, 2005).

Další použití pojmu lze zadokumentovat v politických projevech amerického prezidenta Johnsona¹, když konstatoval, že díky americké hospodářské politice se zdokonaluje kvalita života Američanů. Pojímal ukazatel společenského úspěchu nikoli v prosté kvantifikaci spotřeby (how much), ale ve vyjádření, jak se lidem „daří“ za konkrétních okolností komplexně (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)

V 70. letech se termín stal součástí slovníku západoněmeckého kancléře Willy Brandta (1913 – 1992), když prezentoval politický program německých sociálních demokratů zaměřený na oslovení širokých vrstev voličů s příslibem „lepší kvality života pro své spoluobčany“ (Hnilicová, 2005).

„*Teprve později se z něj postupně stával pojem vědecký, nejprve v sociologii a potom i ve vědách o člověku. Rozvíjel se třemi směry: a) objektivním – byl chápán jako souhrn objektivních indikátorů, např. o kvalitě životních podmínek v dané zemi, b) subjektivním – byl chápán jako souhrn subjektivních indikátorů, např. o kvalitě jedincovy cesty životem, c) kombinací objektivních a subjektivních indikátorů.*“ (Mareš, 2006, s. 11)

V 70. letech podle Cumminse et. al. (2006, s. 168) vedly tři rozdílné alternativní koncepce studia kvality života k vytvoření tří metodologií (forem) měření:

- **QALY** (Quality-Adjusted Life Years – kvalita upravených let života) produkt vytvořený současně ekonomickými a medicínskými disciplínami.
- **SWB** (Subjective Well-Being – subjektivní pohoda) je produktem sociálních věd.
- **HRQoL** (Health Related Quality of Life – kvalita života související se zdravím) má východisko v medicínských oborech (Gurková, 2011).

¹ Lyndon B. Johnson 1908-1973, v úřadu prezidenta 1963 – 1969

2.2 Kvalita života - obecná definice pojmu

Podle Slovníku cizích slov označujeme pojmem kvalita: 1. jakost, hodnotu, souhrn vlastností, jež ukazují na obsah (podstatu) věci (pojmu), odpovídající na otázku jak/jaký?; označení pro původní nedělitelnou určenost předmětu (na rozdíl od kvantity, která odpovídá rozčlenitosti na jednotlivé části); 2. kvality ve významu souhrnu typických vlastností zpravidla kladných (Klimeš, 1981, s. 416).

Vedle mnoha individuálních definic kvality života existuje i řada kolektivních definic kvality života (Heřmanová 2012, s. 412).

Gurková (2011) v definici zdůrazňuje, že kvalita obecně není absolutní, ale relativní kategorií, neboť chápání a vyjádření kvality odpovídá hodnotovému systému toho, kdo kvalitu poměřuje. Tedy koresponduje s individuální životní zkušeností a vnitřním hodnotovým systémem každého jedince. Tento hodnotový systém je ovšem zcela individuální, velmi těžce měřitelný. Žebříček hodnot pramení z morálních vlastností částečně vrozených, částečně získaných výchovou, sbíráním životních a pracovních zkušeností, úrovně vzdělání, materiálního zabezpečení. V neposlední řadě kvalitu života vnímáme i z úhlu sociálních vztahů – ať už v rámci nejužší rodiny, přátel, pracovního kolektivu, veřejnosti.

Obdobný názor prezentuje i Džuka (2004), polarizuje kvalitu života na subjektivní a objektivní. Subjektivní pojetí vychází z individuálního mínění hodnotícího subjektu (osoby), významným zdrojem jsou rozhovory, analýza záznamů (audio, video). Objektivní úhel pohledu je podmíněn vnějšími podmínkami zkoumaného prostředí, které bezprostředně ovlivňují kvalitu života, např. příjmy, kvalita bydlení, materiální zabezpečení, lékařská péče, přístup ke vzdělání, kvalita životního prostředí aj. K metodám zkoumání patří zejména sběr dat a statistických ukazatelů, které lze kvantifikovat.

Heřmanová (2012, s. 412) se pokusila o definování pojmu kvalita života v tom smyslu, že jde o „*reflexi objektivních environmentálních podmínek (vnějšího prostředí) a sebereflexi (vnitřního prostředí) člověka v kontextu kulturních, hodnotových, sociálních a prostorových (geografických) systémů a ve vztahu k individuálním motivacím, schopnostem, cílům a očekáváním.*“ Kvalita života je tedy podle Heřmanové pojmem představujícím výhradně subjektivní prožitek, který lze vcelku objektivně měřit a analyzovat pomocí metod sociologického výzkumu.

V medicíně a zdravotnictví vycházejí definice kvality života z definice „zdraví“ Světové zdravotnické organizace z roku 1948 (velmi se blíží dnešnímu pojetí QoL): „*Zdraví je stav*

úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne jen nepřítomnost nemoci nebo poruchy.“
(WHO, 2006, s. 1)

Mareš (2006) uvádí definici kvality života pracovníků zabývajících se QoL při Světové zdravotnické organizaci (WHO). Tato definice zdůrazňuje především kvalitu života jednotlivce.

„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 environmentálním kontextu... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem.“ (WHO Quality of Life Group 1993, s. 1 in Mareš et al., 2006, s. 25)

Snaha o komplexnější rozbor a výklad pojmu kvalita života je jedním z interdisciplinárních témat, neboť se s tímto pojmem setkáváme v nejrůznějších vědních oborech (psychologie, antropologie, ekonomie, politologie, etika, sociologie a sociální geografie, teologie, technické vědy, medicína, atd.). Dosud neexistuje komplexní teorie kvality života. Pojem kvalita života se objevuje i v technických oborech ovlivňujících prostředí pro život např. ve stavebnictví (Mareš, 2006).

Podle Mareše (2006) není možné se snažit o vytvoření univerzální definice, která by se mohla používat v různých oborech.

2.3 Kvalita života – subjektivní chápání jedincem

Pojem kvalita života je v posledních letech stále více chápán jako subjektivní hodnota, i když záleží také na objektivních okolnostech života.

O kvalitě života jakožto kategorii subjektivní hovoří i psycholog Jaro Křivohlavý. Kvalitu života determinuje dosahování cílů. Úroveň kvality život tedy stoupá v závislosti na schopnosti (a úspěšnosti) při dosahování vytčených cílů. Stanovování cílů je individuální záležitostí jedince, závislé na hodnotovém žebříčku, jenž se vyvíjí od dětství (výchova v rodině, vzdělání, partnerské vztahy). Tento hodnotový žebříček ovšem není konstantní, je proměnný v čase a závisí jednak na získaných životních zkušenostech, jednak na okolnostech,

kteře se zpravidla pŕilíř ovlivnit nedají (vŕvoj zdravŕ ve smyslu fyzické a psychické kondice). Křivohlavŕ definuje zdravŕ jako „celkový (tĕlesný, psychický, sociální a duchovní) stav ělovĕka, kteřý mu umoŕŕňuje dosahovat optimální kvality ŕivota a není pŕekážkou obdobnému snaŕenŕ druhŕch lidŕ“ (Křivohlavŕ, 2003, s. 40).

Stav, kteřý lze v obecnĕm smyslu slova oznaĕit termŕnem „pohoda“, je tedy zpravidla vŕsledkem ŕsilŕ o dosaŕenŕ vytĕenŕch ělŕ. „V podstatĕ jde o to, ŕe ělovĕku je dobrĕ – je v pohodĕ, kdŕŕ mÁ pro co ŕít (mÁ dobrŕ ělŕ svĕho snaŕenŕ) a pŕi realizaci tohoto ěle dochÁzŕ k uspokojenŕ (pohodĕ).“ (Křivohlavŕ, 2004, s. 185)

V Centru pro podporu zdravŕ pŕi Univerzitĕ Toronto vznikl zŕejmnĕ nejznámĕjší model QOL – model subjektivnŕ kvality ŕivota. Tento model pracuje se tĕmi základnŕmi domĕnami – BEING, BELONGING A BECOMING. Takĕ je lze popsat jako strukturu tŕi hierarchickŕch ŕrovnŕ. Prvnŕ, základnŕ ŕroveň, pŕedstavuje reálnÁ existence BŕT/BEING – somatická/fyzickÁ a duřevnŕ, z nŕ vyplŕvají nadstavbovĕ ŕrovnĕ, kteře odkazujŕ na spojenŕ s urĕitŕm pŕořredŕm – PATŕIT NĕKAM/BELONGING. A dalřim stupnĕm se pak stává konkrĕtnŕ realizace ělŕ vyplŕvajŕcŕch z individuálních priorit jedince – RELIZOVAT SE/BECOMING (tab. 1).

Tab. 1: Model kvality ŕivota Centra pro podporu zdravŕ University Toronto

BŕT (BEING) – osobnŕ charakteristiky ělovĕka	
Fyzickĕ bytŕ	Zdravŕ, hygiena, vŕŕiva, pohyb, odŕvání, celkovŕ vzhled
Psychologickĕ bytŕ	Duřevnŕ zdravŕ, vnŕmání, ětĕnŕ, sebeŕcta, sebekontrola
Spirituální bytŕ	Osobnŕ hodnoty, pŕesvĕdĕnŕ, vŕra
PATŕIT NĕKAM (BELONGING) – spojenŕ s konkrĕtnŕm pŕořredŕm	
Fyzickĕ napojenŕ	Domov, řkola, pracoviřtĕ, sousedstvŕ, komunita
Sociální napojenŕ	Rodina, pŕátelĕ, spolupracovnŕci, sousedĕ (uŕřŕ napojenŕ)
Komunitnŕ spojenŕ	Pracovnŕ pŕŕležitostŕ, odpovŕdajŕcŕ finanĕnŕ pŕŕjmy, zdravotnŕ a sociální sluŕŕby, vzdĕlavacŕ a rekreaĕnŕ moŕŕnosti a pŕŕležitostŕ, spoleĕenskĕ aktivity (řirřŕ napojenŕ)
REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahovánŕ osobnŕch ělŕ	
PraktickÁ realizace	Domácŕ aktivity, placenÁ pŕáce, řkolnŕ a zÁjmovĕ aktivity, pĕĕe o zdravŕ, sociální zaĕleňovánŕ
Volnoĕasovĕ realizace	Relaxaĕnŕ aktivity podporujŕcŕ zachovánŕ a rozvoj znalostŕ a dovednostŕ, adaptace na zmĕny
Rŕstovĕ realizace	Zlepřovánŕ fyzickĕho zdravŕ a schopnosti zvládat ŕivotnŕ situace

Zdroj: The Quality of Life Model, University Toronto, Canada: (http://utoronto.ca/qol/qol_model.htm)

2.4 HRQL – kvalita života související se zdravím

Jak již bylo výše zmíněno, obecný pojem kvalita života se v posledních desetiletích objevuje v mnoha oborech. Setkáme se s ním i ve zdravotnictví, jak v ošetrovatelství, tak v lékařských oborech (Mareš, 2006).

Ve zdravotnictví probíhaly výzkumy v oblasti kvality života od 70. let 20. století především z důvodů potřeby hodnotit finanční nákladnost a efektivitu léčby při neustále zvyšujícím se tlaku na snižování nákladů. Dalším významným důvodem bylo úsilí komplexně dokladovat klinickou úspěšnost léčby, resp. dopad terapeutických intervencí na zdravotní stav pacienta (Gurková, 2011).

„Kvalita života“ aplikovaná ve zdravotnictví se obecně označuje HRQL (health-related quality of life) (Mareš, 2006). Zkratka HRQL je mezinárodně používanou zkratkou. Anglický termín *health-related of life* není lehké přeložit do češtiny nebo slovenštiny. V odborných publikacích se setkáváme s 8 jeho překlady. Mareš (2006) používá výraz kvalita života související se zdravím. Mezi další patří např. kvalita života ovlivněná zdravím, kvalita života vztažená ke zdraví.

Zpočátku byly k měření zdravotního stavu používány generické nástroje s cílem porovnat HRQL mezi zdravou a nemocnou populací. Patří sem SIP (Sickness Impact Profile) a NHP (Nottingham Health Profile). O něco později byly vyvinuty další generické nástroje rozšiřující již zmíněné SIP a NHP. Dodnes se z nich používá SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form) a EQ-5D (EuroQoL), která se zaměřují také na měření zdravotního stavu. Pracovní skupina pod WHO vytvořila další generický nástroj pod názvem WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). Bezpochyby dalším významným krokem bylo vytvoření specifických nástrojů za účelem měření HRQL ve specifických populacích pacientů. Jako příklad můžeme zde uvést Quality of Life Index (Gurková, 2011).

2.5 Měření kvality života

Kvalitu života není jednoduché změřit. Dle Křivohlavého (2002) můžeme metody měření kvality života rozdělit do třech skupin:

- kvalita života hodnocena jinou osobou (objektivní metodologie);
- kvalita života posuzována samotnou zkoumanou osobou (subjektivní pohled);
- kombinovaná metoda zahrnující oba pohledy, jak subjektivní, tak objektivní.

2.5.1 Objektivní metody měření kvality života

APACHE II – hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu.(Acute Psysiological and Chronic Health Evaluation System). Tato metoda je odvozena z předpokladu, že na vážnost onemocnění pacienta je možné usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyľuje jeho zdravotní stav od stavu normálního. Metoda je často využívána na jednotkách intenzivní péče Spojeného království Velké Británie, kde se zjišťuje závažnost zdravotního stavu daného pacienta ihned po příjmu a do 24 hodin od přijetí na oddělení jednotky intenzivní péče. Rozmezí se pohybuje od 0-71 bodů a čím je větší číslo, tím je vyšší pravděpodobnost úmrtí nemocného (Křivohlavý in Payne a kol., 2005).

Karnofského index PSI (performance status index) – hodnotu zde stanovuje lékař, kdy indexem vyjadřuje svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k danému datu. Index je odstupňován po deseti a hodnoty se pohybují od 0%-100%, přičemž platí, že vyšší index poukazuje na lepší zdravotní stav (Křivohlavý in Payne a kol., 2005).

VAS – vizuální analogová škála (Visual Analogus Scale). Tato metoda slouží k posouzení celkového stavu pacienta. Na této vodorovné nebo pod úhlem 45° stoupající deseticentimetrové stupnici je zakreslen pacientem pomocí křížků jeho momentální stav, ve kterém se nachází. Hodnotitelem může být lékař, zdravotní sestra i rodinný příslušník (Křivohlavý in Payne a kol., 2005).

Index kvality života pacienta ILF – V tomto modelu byla předem stanovena slovně formulovaná kritéria (sebeobslužnost pacienta, bolest pacienta, jeho sociální opora aj.) a společně se na nich podíleli pacienti, lékaři, zdravotní sestry, psychologové (Křivohlavý in Payne a kol., 2005).

QoL (quality of life of the patient) - Spitzerův systém vyjádření kvality života pacienta. Tento systém patří celosvětově k nejpoužívanějším systémům zaznamenání kvality života pacientů. Týká se pracovní schopnosti pacienta, jeho fyzické nezávislost na cizí pomoci, finanční situaci, způsobu trávení volného času, bolesti, nálady, vědomí o následcích nemoci, komunikace s okolím, vztahu s rodinou a přáteli (Křivohlavý in Payne a kol., 2005, s. 281-286).

2.5.2 Subjektivní metody měření kvality života

Příkladem může být metoda **SEIQol systém individuálního hodnocení kvality** (Schedule for the Evaluation of Individual quality of Life). SEIQol je dnes nejrozšířenější metodou měření kvality života. Jedná se o způsob zjišťování kvality života, jež neklade

předem kritéria co je správné, dobré, žádoucí atd. Pojetí kvality v této metodě je individuální, vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou (Křivohlavý, 2002) v daném životním období (Gurková, 2011).

2.5.3 Smíšené metody zjišťování kvality života

Příkladem může být:

MANSA - Manchester Short Assessment of Quality of Life (Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru). V této metodě se hodnotí celková spokojenost s životem a spokojenost s předem stanovenými dimenzemi života. Cílem je vystihnout celkový obraz člověka v dané chvíli (Křivohlavý, 2002).

LSS (Life Satisfaction scale) – stupnice (škála) spokojenosti. Zjišťuje se pomocí sedmistupňové škály, která obsahuje dva extrémy a pět mezistupňů (Křivohlavý, 2002).

2.6 Metodologické přístupy ke zkoumání kvality života v těhotenství

Těhotenství „je specifický stav, který není ani nemocí, ani normálním zdravotním stavem ženy“ (Vachková, Mareš, 2012 s. 289).

Během těhotenství dochází k mnoha hormonálním změnám, které ovlivňují kromě fyzického stavu zejména též psychiku těhotné ženy. Běžně se objevuje únava, tlak na prsou atd. Až 70% žen trpí pocitem nevolnosti. Mění se jejich emoční ladění s charakteristickým střídáním nálad, přecitlivělostí a podrážděností. Pocity nastávajících maminek mohou být různé, od příjemného vzrušení a radostného očekávání až po deprese a pocity úzkosti a strachu (Matlin, 2000 in Vágnerová, 2007 s. 120). Těhotenství jako takové tedy výrazně ovlivňuje kvalitu života těhotné ženy (Vachková, Mareš, 2012).

Kvalitu života těhotných žen lze zkoumat třemi způsoby:

- *Kvalitativně* - např. formou rozhovoru.
- *Kvantitativně* - např. pomocí dotazníků.
- *Kombinovanou metodou* – spojením kvalitativních a kvantitativních postupů.

Zahraniční studie se zabývají kvalitou života v porodní péči, zaměřují se především na obtíže, problémy, na patologické aspekty těhotenství, jež negativně ovlivňují kvalitu života těhotných žen (Vachková, 2014, s. 96). Dosavadní výzkumy v této oblasti se zabývaly např. mírou ovlivnění kvality života v souvislosti s četností, závažností a průběhem nauzey a zvracení, sledovaly vliv konkrétního onemocnění na kvalitu života (např. u epilepsie, gestačního diabetu, vrozené srdeční vady, transplantace ledviny). Předmětem výzkumů také

byly např. vztah zaměstnání a těhotenství, vztah depresí a úzkosti v časně graviditě a vznik preeklampsie, úzkost a její vliv na předčasný porod, vztah mezi stresem a vznikem hypertenzního onemocnění v těhotenství (Vachková, 2014).

V zahraničních studiích v souvislosti s výzkumem kvality života těhotných žen převažuje kvantitativní přístup zastoupený generickým dotazníkem SF-36. Specifické dotazníky kromě případových studií nauzey a zvracení nebyly zatím vytvořeny. Kvalitativní metody se v aplikovaném výzkumu používají méně často. Ze smíšených metod a jen velmi vzácně v kombinování s dotazníky je využívána metoda SEIQoL (systém individualizovaného hodnocení kvality života; Vachková, 2014).

Výzkumy v České republice se zabývají např.:

- **dopadem konkrétního onemocnění na kvalitu života v těhotenství**
 - Chmelíčková (2014) se zabývala hypertenzí v těhotenství, četností jejího výskytu, informovaností o prevenci hypertenze a možnostech jejího snížení.
 - Běčáková (2014) zkoumala ulcerózní kolitidu v těhotenství, její rizika a možné komplikace.
 - Pospíšilová (2014) se zaměřila na obezitu v těhotenství a její vliv na plod i matku.
- **prenatální péčí v těhotenství**
 - Macková (2009) zkoumala pozitiva i negativa prenatální péče a její vliv na psychiku těhotné ženy.
- **psychosociální problematikou v těhotenství**
 - Baďurová (2005) se ve svém výzkumu snažila určit predátory výskytu anxiózních a depresivních symptomů u primigravidních žen z oblasti zdravotní, psychologické a sociodemografické. Zaměřila se na životní události, vnímanou sociální oporu, somatické obtíže a nemoci během těhotenství.
 - Hrazdilová (2013) se zabývala naplněním psychosociálních potřeb u žen s předčasným porodem.
 - Stýskalová (2014) zjišťovala stav psychiky ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí.

(Výše zmiňované výzkumy i mnoho dalších zabývajících se např. kouřením, konzumací alkoholu v těhotenství, pohybovou aktivitou a relaxací v těhotenství, nezkoumají vliv těchto faktorů na kvalitu života těhotných žen.)

- **kvalitou života v těhotenství**

Vybrané studie z této oblasti jsou popsány v následující podkapitole 2.6.1

2.6.1 Přehled vybraných studií zaměřených na zkoumání kvality života v těhotenství

- Veselá (2009) zkoumala změny ve vnímané kvalitě života vyvolané zjištěním gravidity, změny v postojích a hodnotovém systému těhotné ženy.
- Dušová, Tulisová (2011) se zabývaly kvalitou života v těhotenství v souvislosti s přirozeným těhotenstvím a umělým oplodněním.
- Jiříčková (2013) také zjišťovala a porovnávala kvalitu života žen po spontánním otěhotnění a umělém oplodnění.
- Balíková, Bužgová (2014) zkoumaly kvalitu života žen, u kterých se v prvním trimestru těhotenství objevila nauzea a zvracení.
- Vachková (2014) se zabývala kvalitou života v souvislosti s fyziologickým těhotenstvím.

Tab. 2: Bližší specifikace vybraných studií zaměřených na zkoumání kvality života v těhotenství

Autor a rok	Metoda	Zkoumané soubory	Zkoumané proměnné	Výsledky
Veselá, 2009	Vlastní nestandardizovaný dotazník	90 těh. žen v I. t.t. 83 těh. žen v II. t.t. Věk 18 – 40 let	Pocity Zábrany Životní okolnosti Emoce Somatická omezení	Těhotenství bylo většinou plánované. Pocity spjaté se zjištěním těhotenství byly ve většině případů pozitivní. Nejvíce žen v prvním trimestru obtěžovala únava a nauzea. V druhém bolest zad a hmotnostní přírůstek. Tato zjištěná skutečnost byla vnímána ve většině případů pozitivně. Pozitivní emoce v obou trimestrech - těšení se z těhotenství a mateřství. Negativních emoce v obou trimestrech - citová a emoční labilita. Rodina a zdraví považovaly za nejdůležitější v životě. Největší strach měly z odběru plodové vody ve spojitosti s rizikem potratu plodu při tomto vyšetření.

Autor a rok	Metoda	Zkoumané soubory	Zkoumané proměnné	Výsledky
Dušová, Tulisová, 2011	Dotazník WHOQOL-BREF	80 žen po spontánním otěhotnění 80 žen po umělém otěhotnění - opakovaně v II. a III. t. t.	Fyzické zdraví Prožívání Sociální vztahy Prostředí	Kvalita života byla v obou případech a v obou trimestrech hodnocena jako dobrá. Největší rozdíly zaznamenány v doméně posuzující fyzické zdraví. Ženy po spontánním otěhotnění zde hodnotily své fyzické zdraví lépe v druhém trimestru než před termínem porodu. U žen po umělém oplodnění nebyly tak výrazné rozdíly popisovány. Ve zbylých třech doménách (prožívání, sociální vztahy, prostředí) nebyly tak výrazné změny zaznamenány. Výsledná kvalita života nesouvisí tedy přímo se způsobem otěhotnění, je velmi individuální.
Jiříčková, 2013	Dotazník WHOQOL-BREF Doplňující nestandardizovaný dotazník	85 žen po spontánním otěhotnění 85 žen po umělém oplodnění - opakovaně v II. a III. t. t.	Fyzické zdraví Prožívání Sociální vztahy Prostředí Nepříjemné pocity	V obou případech byla kvalita života hodnocena jako dobrá. Ze zjištěných výsledků nelze říci, že by kvalita života závisela na způsobu otěhotnění a to lze říci i o výskytu nepříjemných pocitů provázející těhotenství.
Balíková, Bužgová, 2014	Specifický dotazník NVP-QoL Dotazník SF-12	179 těh. žen v I. t. t. trpících nauzeou a zvracením	Fyzické faktory Přítěžující okolnosti Únava Omezení emoce Celkové zdraví Bolest Působící sociální vlivy Fyzické funkce	Omezení v oblasti psychické a fyzické. Nauzea v jisté míře také ovlivňuje společenský a rodinný život těhotných žen. Nižší kvalita života byla zjištěna u žen s vyšší závažností nauzey a zvracení. Vyšší kvalitu života prokazovaly ženy prvorodičky s nauzeou a zvracením a ženy od 10. týdne těhotenství.

Autor a rok	Metoda	Zkoumané soubory	Zkoumané proměnné	Výsledky
Vachková, 2014	Metoda ohniskových skupin	Kvalitativní fáze studie 23 těh. žen v II. a III. t. t.	Fyzické zdraví Prožívání Sociální vztahy Prostředí Věk Vzdělání Zaměstnání Rodinný stav Tělesné změny	Zjištěno 6 proměnných: příprava na roli matky, změna hodnot, sebereflexe, akceptace změn, obohacení života, pocit odpovědnosti. Zjištěny změny v preferencích hodnot. V souvislosti s uvědomováním si budoucího mateřství se kvalita života zvyšuje i v případě negativních somatických, psychických a sociálních změn.
	Dotazník WHOQOL-BREF Těhotenský dotazník (původní verze - 12 položek)	Kvantitativní fáze studie 161 netěh. žen (kontrolní skupina) 223 těh. žen v I. trim. 219 těh. žen v II. trim. 204 těh. žen v III. trim.	Psychické změny	Kvalita života a spokojenost se zdravím byla vyšší u žen těhotných než netěhotných. Prokázán vliv demografických proměnných (věk, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav) na kvalitu života těhotných žen. Kvalita života a spokojenost se zdravím se v průběhu těh. neměnily. Změny jen v oblastech WHOQOL-BREF (sociální vztahy, prostředí – nejnižší průmět v III. trim.). 9 položková těhotenská škála QOL-GRAV
	Individualizovaná metoda SEIQoL	Navazující retrospektivní studie 48 žen zpětně hodnotících svou kvalitu života v I. t. t. 6 - 8 měsíců po porodu		Hodnocení kvality života odpovídalo více II. trimestru. než I. trimestru.

2.6.2 Kvantitativní nástroje používané v souvislosti s měřením kvality života v těhotenství

Generické:

SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form)

Autor a rok vzniku: Ware et al., 1992 (Vachková, 2014).

Generický dotazník vytvořený s cílem poskytnout hodnocení zahrnující mnohé všeobecné koncepty související se zdravím, které nejsou specifické pro žádné onemocnění, věk nebo typ léčby. Využívá se v klinickém výzkumu, pro farmakologické analýzy, při zjišťování statistických údajů o zdravotním stavu obyvatelstva. Je složen z 36 položek. Fyzické zdraví reprezentuje omezení fyzických aktivit, omezení ve vykonávání sociálních aktivit, omezení ve vykonávání obvyklých činností, bolest a celkové vnímání v důsledku zdravotních problémů. Mentální zdraví je složeno se subškál - vitality, omezení ve vykonávání sociálních aktivit a ve vykonávání obvyklých aktivit v důsledku emocionálních problémů a poslední částí je všeobecné mentální zdraví (Gurková, 2011).

SF-12 (Medical Outcomes Study 12- Item Short Form)

Autor a rok vzniku: Ware et al., 1996

Zkrácená verze generického dotazníku SF-36 obsahující pouze 12 položek hodnotících celkové zdraví, bolest, působící sociální vlivy a fyzické funkce. Dotazník zjišťuje negativní vlivy na kvalitu života (Gurková, 2011).

WHOQOL – BREF

Autor a rok vzniku: pracovní skupina WHOQOL, 1998; autor české verze: Dragomirecká, Bartoňová, 2006 (Vaachková, 2014).

Generický dotazník WHOQOL-BREF byl použit i v této bakalářské práci a jeho bližší charakteristika je uvedena ve výzkumné části (s. 40-41).

Specifické:

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

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

Dotazník je složen z 30 položek a zkoumá 4 oblasti kvality života (tělesné symptomy/přítěžující faktory, únava, emoce a omezení). Hodnotí nauzeu a zvracení

a současně i jejich dopad na kvalitu života těhotné ženy. „Vypovídá o oblastech kvality života, které jsou pro ženu důležité a negativně nauzeou a zvracením ovlivněné.“ (Vachková, 2014, s. 42)

QOL-GRAV

Autor a rok vzniku: Vachková, Mareš, Ježek, 2013.

Jedná se o specifický dotazník použitý v této bakalářské práci a jeho bližší charakteristika je uvedena ve výzkumné části na straně 41.

2.6.3 Kvalitativní metody měření kvality života v souvislosti s těhotenstvím

Skupinový rozhovor-studie pomocí ohniskových skupin (focus group)

Skupina s maximálně 5-7 účastníky a jedním moderátorem debatuje na předem zvolené téma (ohnisko) strukturovaným rozhovorem. Téma je srozumitelné všem účastníkům debaty. Moderator diskuzi zaznamenává a usměrňuje její průběh (Vachková, 2014).

2.6.4 Smíšené metody měření kvality života v souvislosti s těhotenstvím

SEIQoL (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)

Autor a rok vzniku: O'Boyle, McGee a Joyce, 1993 (Vachková, 2014).

Principem této metody je rozhovor omezený na nejdůležitější témata pro dotazovaného. Jedinec si zde stanoví 5 pro sebe důležitých životních cílů např. rodina, finance apod. (Vachková, 2014), u kterých následně hodnotí jejich relativní důležitost a stupeň jejich reálného dosahování (Vachková, Čermáková, Mareš, 2013).

EMPIRICKÁ ČÁST

3. Cíle výzkumu

Cílem empirické části bakalářské práce je u fyziologicky těhotných žen:

1. Zjistit a porovnat kvalitu života v druhém a třetím trimestru těhotenství.
2. Zjistit a porovnat kvalitu života těhotných žen v Středočeském kraji (okres Mělník) a Královéhradeckém kraji.
3. Zhodnotit vliv vybraných demografických proměnných (věk, vzdělání, gravidita) na plánování rodičovství.
4. Zjistit a porovnat četnost somatických a psychických změn v druhém a třetím trimestru těhotenství.
5. Porovnat kvalitu života zjištěnou pomocí generického dotazníku WHOQOL-BREF a specifickou kvalitu života zjištěnou pomocí specifického dotazníku QOL-GRAV.

4. Metodika výzkumu

Ke sběru empirických dat pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila metodu kvantitativního výzkumu pomocí anonymního dotazníkového šetření. Byly použity dva typy dotazníků, generický dotazník WHOQOL-BREF (příloha 2) a specifický dotazník QOL-GRAV (příloha 3). V úvodu jsem budoucí maminky požádala o vyplnění doplňující otázky týkající se kraje, ve kterém bydlí (příloha 1). Soustředila jsem se na dva konkrétní kraje – Královéhradecký a Středočeský (okres Mělník).

WHOQOL-BREF

Dotazník WHOQOL-BREF obsahuje celkem 26 otázek sdružených do čtyř oblastí/domén: fyzické zdraví (7 otázek), prožívání (6 otázek), sociální vztahy (3 otázky) a prostředí (8 otázek). První dvě otázky hodnotí celkovou kvalitu života (Q1) a spokojenost se zdravotním stavem (Q2) viz. tabulka 1. Jednotlivé položky jsou hodnocené od 1 do 5, přičemž vyšší číslo znamená vyšší kvalitu života v dané oblasti/doméně. Ve třech negativně formulovaných otázkách se při vyhodnocování dotazníku výsledné skóre obrací (1=5).

Tab. 3: Přehled oblastí a položek WHOQOL – BREF (Dragomerická, Bartoňová, 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
Doména 4	Prostředí	q8	osobní bezpečí
		q9	životní 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

QOL-GRAV

Unidimenzionální specifický dotazník (příloha 3) má celkem 9 položek (tabulka 2) zjišťujících kvalitu života ovlivněnou těhotenstvím. Autoři při jeho tvorbě vycházeli z výsledků kvalitativního výzkumu (studie pomocí ohniskových skupin) a také z výsledků kvantitativního výzkumu (WHOQOL-BREF). Je zde použita hodnotící škála od 1 do 5. Obecně způsob bodování odpovídá školnímu známkování. Interpretace hodnocení je čím nižší výsledná hodnota, tím vyšší je kvalita života a absence problémů (specifických změn v těhotenství) (Vachková, 2014).

Tab. 4: Položky dotazníku QOL-GRAV (Vachková, 2014 s. 160)

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

5. Zpracování získaných dat

Výsledky výzkumu jsou zpracovány ve formě tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Excel 2010. Statistická analýza dat byla provedena pomocí programu NCSS 9. Metody použité k vyhodnocení získaných dat:

- deskriptivní statistika;
- párový t-test;
- dvouvýběrový t-test;
- jednofaktorová analýza rozptylu s post hoc Fisherovým LSD testem;
- Kruskal-Wallisova neparametrická analýza s post hoc Dunnovým testem.

Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti $\alpha = 0,050$.

6. Výběr a charakteristika respondentů

Vzhledem k tématu a zaměření této bakalářské práce bylo stěžejním úkolem získat k opakované spolupráci respondentky ve druhém a třetím trimestru gravidity, aby bylo možné získat dostatečně reprezentativní množství relevantních údajů.

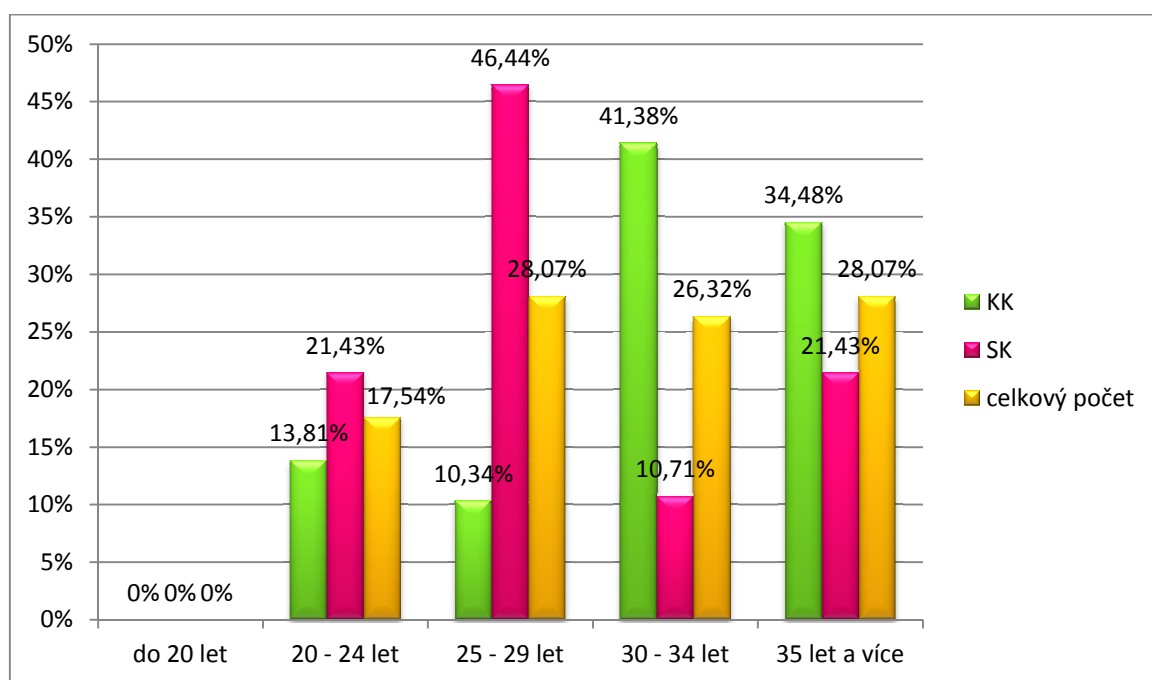
Výzkumná šetření probíhala od července 2014 do února 2015 ve čtyřech ordinacích obvodních gynekologů. Dvě gynekologické ordinace jsou v Kralupech nad Vltavou a dvě v Jaroměři. Respondentky byly vybrány cíleně. Bylo nutné získat nejen souhlas příslušných orgánů, ale především zdravotnický personál v ordinacích ke spolupráci. Respondentky obdržely od zdravotnického personálu mezi 20. – 28. týdnem těhotenství a 36. - 40. týdnem těhotenství vždy jeden soubor dotazníků (WHOQOL – BREF, QOL – GRAV) a úvodní informace včetně indikátorů k příslušnosti k regionu, ve kterém bydlí. Celkově bylo do ordinací gynekologů doručeno 200 dotazníkových souborů. V II. trimestru těhotenství bylo rozdáno celkem 91 dotazníkových souborů, zpět bylo získáno 78 souborů, tj. návratnost 85,71%. V III. trimestru bylo rozdáno 78 dotazníkových souborů a získáno bylo už jen 57 souborů, tj. návratnost 73,07%. V obou trimestrech byly osloveny stejné ženy. Pro výzkumné účely byl použit srovnávací soubor o velikosti 57 respondentek. Pro zařazení do výzkumného šetření bylo třeba, aby respondentky vyhovovaly základním kritériím: těhotná žena po přirozeném otěhotnění, která je ochotna vyplnit anonymní dotazník opakovaně v II. a III. trimestru těhotenství, rozumí otázkám v dotazníku, je schopna poskytnout relativní údaje a souhlasí se zpracováním získaných dat.

Výzkumný soubor těhotných žen/respondentek byl dále statisticky zpracován, rozdělen dle demografických proměnných - kraje, věku, vzdělání, zaměstnání a rodinného stavu. Ze Středočeského kraje (okres Mělník) řádně vyplnilo dotazník 28 žen, v Královéhradeckém kraji (Jaroměř a okolí) 29 žen. Nejmladší ženě bylo 21 let a nejstarší ženě 41 let (tab. 5). Průměrný věk těhotných žen, které se zúčastnily výzkumu, byl 30,4 roků. Se základním vzděláním byly 2 ženy, se středním 33 žen, vyšší odborné vzdělání udávalo 11 žen a vysokoškolsky vzdělaných bylo 11 žen (tab. 6). Zaměstnaných bylo 33 žen, nezaměstnané byly 4 ženy, studující byla 1 žena a na mateřské dovolené bylo 19 žen (tab. 7). Svobodných bylo 19 žen, vdaných bylo 36 žen, 1 žena byla rozvedená a 1 vdova (tab. 8). U nadpoloviční většiny žen (24 osob) šlo o těhotenství druhé, 23 žen bylo těhotných poprvé, 9 žen potřetí a vícekrát byla těhotná jen jedna žena (tab. 9).

Tab. 5: Věková struktura respondentek

Věková struktura	Královéhradecký kraj		Středočeský kraj		Celkem	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 20 let	0	0	0	0	0	0
20-24 let	4	13,81	6	21,43	10	17,54
25-29 let	3	10,34	13	46,44	16	28,07
30-34 let	12	41,38	3	10,71	15	26,32
35 let a více	10	34,48	6	21,43	16	28,07
Celkem	29	100,0	28	100,0	57	100,0

Graf 1: Věková struktura respondentek

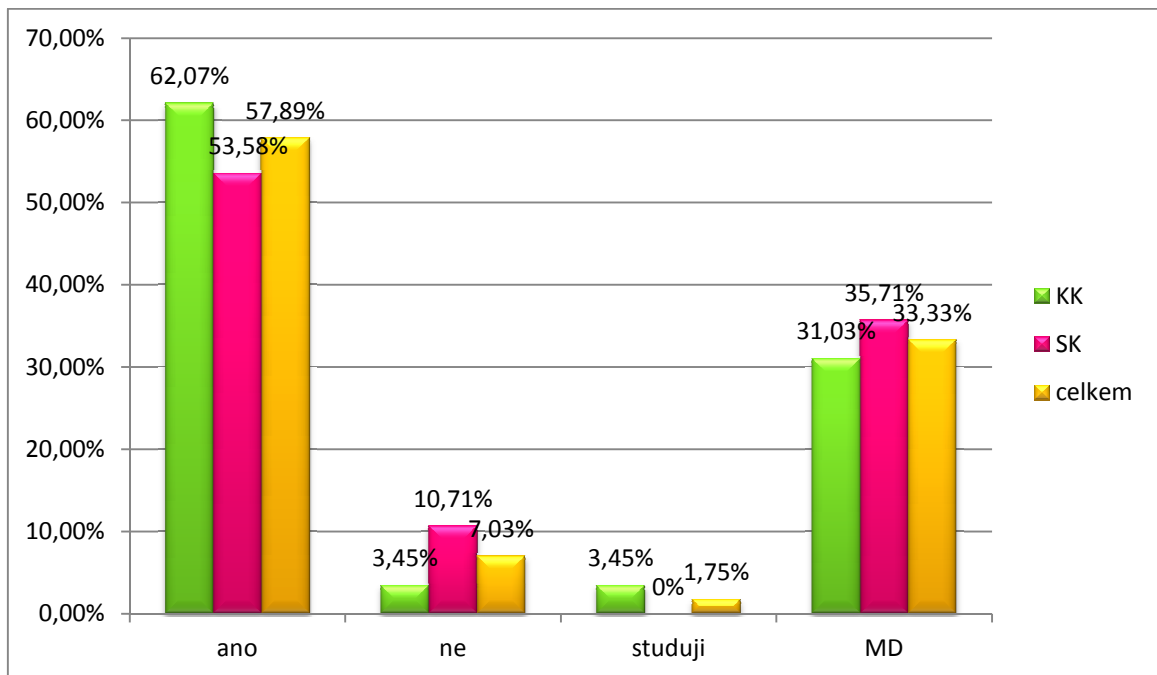


Těhotné ženy v obou krajích byly starší 20 let. Nejvíce respondentek se shodným procentuálním zastoupením 28,07 % (16 osob) bylo v kategoriích 25 – 29 let a 35 let a více. Dále pak 26,32 % (15 osob) v kategorii 30 – 34 let a 17,54 % (10 osob) v kategorii 20 – 24.

Tab. 6: Zaměstnání respondentek

Zaměstnání	Královéhradecký kraj		Středočeský kraj		Celkem	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	18	62,07	15	53,58	33	57,89
ne	1	3,45	3	10,71	4	7,03
studuji	1	3,45	0	0	1	1,75
MD	9	31,03	10	35,71	19	33,33
Celkem	29	100,0	28	100,0	57	100,0

Graf 2: Zaměstnání respondentek

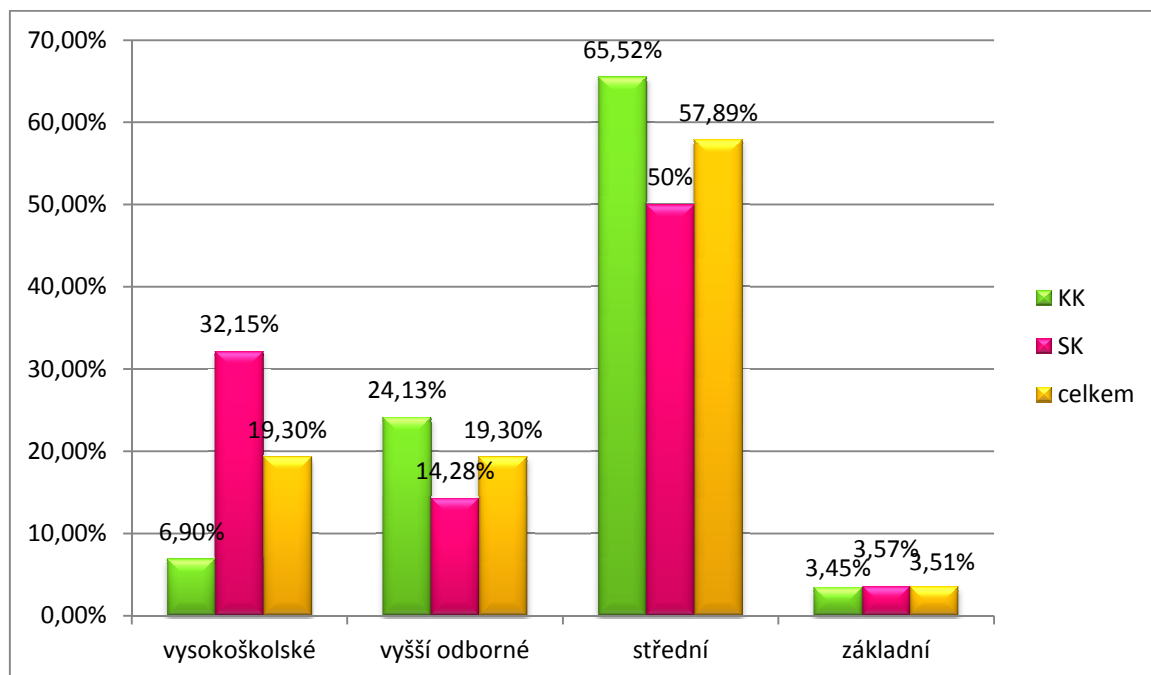


Zaměstnaných žen bylo v obou krajích celkem 57,89 % (33 osob), 33,33 % (19 osob) těhotných žen bylo na mateřské dovolené, 7,03 % (4 osoby) dotazovaných bylo dle výsledků bez zaměstnání a 1,75 % (1 osoba) respondentek byla studující.

Tab. 7: Vzdělání respondentek

Vzdělání	Královéhradecký kraj		Středočeský kraj		Celkem	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vysokoškolské	2	6,90	9	32,15	11	19,30
Vyšší odborné	7	24,13	4	14,28	11	19,30
Střední	19	65,52	14	50	33	57,89
Základní	1	3,45	1	3,57	2	3,51
Celkem	29	100,0	28	100,0	57	100,0

Graf 3: Vzdělání respondentek

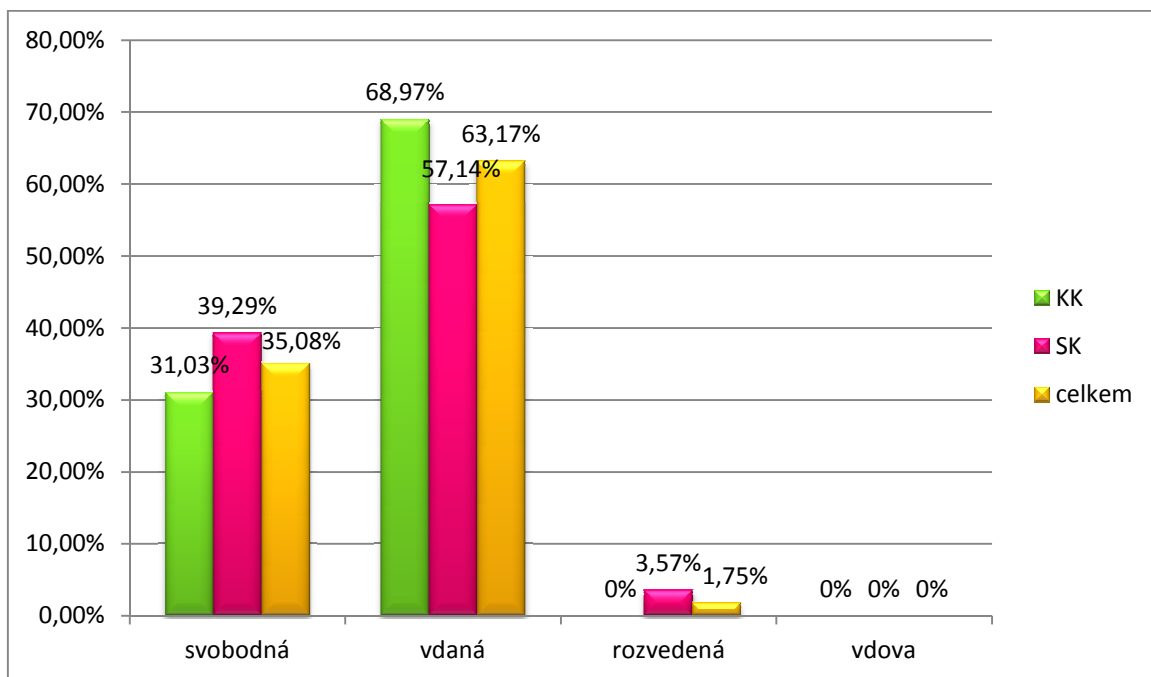


57,89 % (33 osob) respondentek z celkového počtu dotazovaných byla se středním vzděláním. Ženy vysokoškolsky vzdělané byly zastoupeny v 19,30 % (11 osob), stejně tak i ženy s vyšším odborným vzděláním. 3,51 % (2 osoby) dotazovaných uvedlo vzdělání základní.

Tab. 8: Čestnost respondentek dle rodinného stavu

Rodinný stav	Královéhradecký kraj		Středočeský kraj		Celkem	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Svobodná	9	31,03	11	39,29	20	35,08
Vdaná	20	68,97	16	57,14	36	63,17
Rozvedená	0	0	1	3,57	1	1,75
Vdova	0	0	0	0	0	0
Celkem	29	100,0	28	100,0	57	100,0

Graf 4: Rodinný stav respondentek

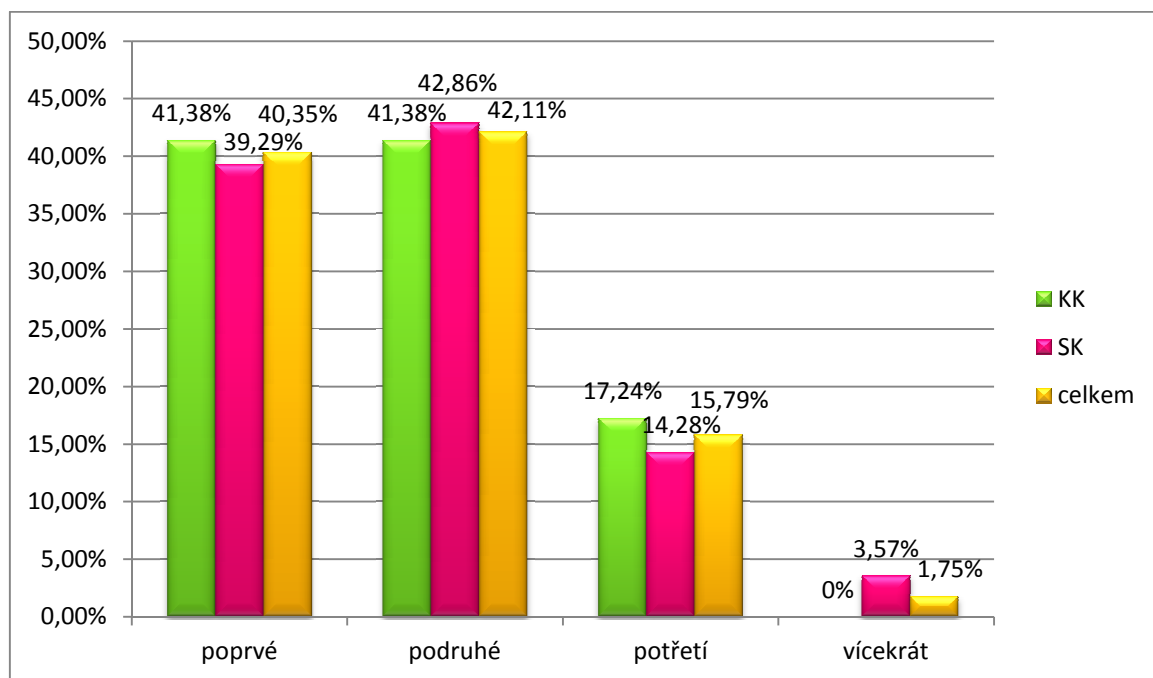


Vdaných žen bylo v obou krajích celkem 63,2 % (36 osob), 35,1 % (20 osob) bylo svobodných a 1,8 % (1 osoba) respondentek bylo rozvedených.

Tab. 9: Četnost dle gravidity respondentek

Gravidita	Královéhradecký kraj		Středočeský kraj		Celkem	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Poprvé	12	41,38	11	39,29	23	40,35
Podruhé	12	41,38	12	42,86	24	42,11
Potřetí	5	17,24	4	14,28	9	15,79
Vícekrát	0	0	1	3,57	1	1,75
Celkem	29	100,0	28	100,0	57	100,0

Graf 5: Gravidita respondentek



Poprvé bylo těhotných maminek 40,35 % (23 osob), 42,11 % (24 osob) respondentek bylo těhotných podruhé a 15,79 % (9 osob) bylo těhotných potřetí. Vícekrát bylo těhotných 1,75 % (1 osoba) respondentek.

7. Vyhodnocení dotazníku WHOQOL - BREF

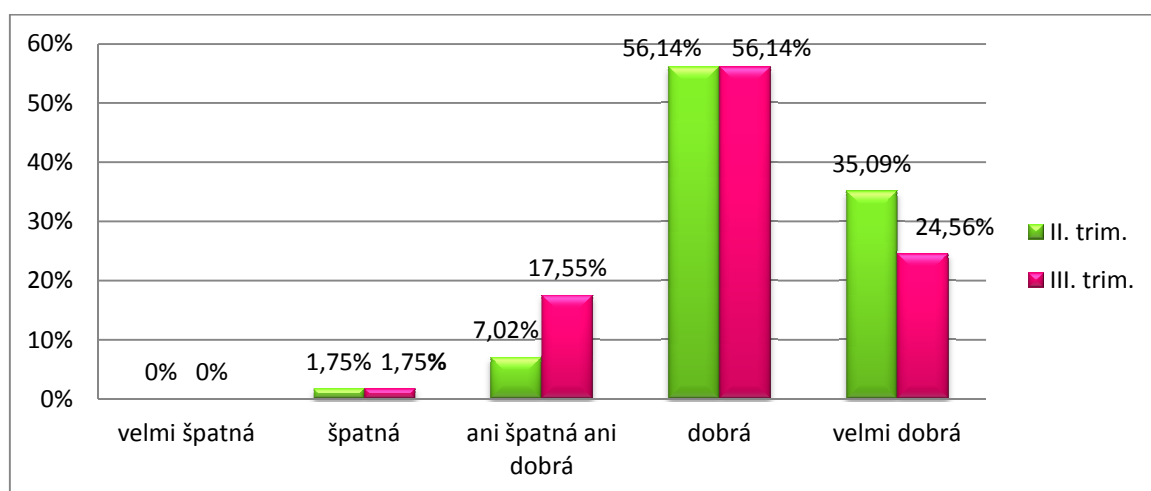
Plné znění dotazníku viz příloha č. 2.

Otázka č. 1: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Tab. 10: Hodnocení kvality života

odpověď		velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	4	32	20	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	7,02	56,14	35,09	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	10	32	14	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	17,55	56,14	24,56	100,0

Graf 6: Hodnocení kvality života



Ve II. trimestru těhotenství velká část respondentek tedy 56,14 % (32 osob) hodnotila kvalitu svého života jako dobrou. 35,09 % (20 osob) respondentek ji hodnotilo jako velmi dobrou. 7,02 % (4 osoby) dotazovaných konstatovalo, že kvalitu života vnímají neutrálně, ani špatnou ani dobrou. 1,75 % (1 osoba) charakterizuje kvalitu života jako špatnou.

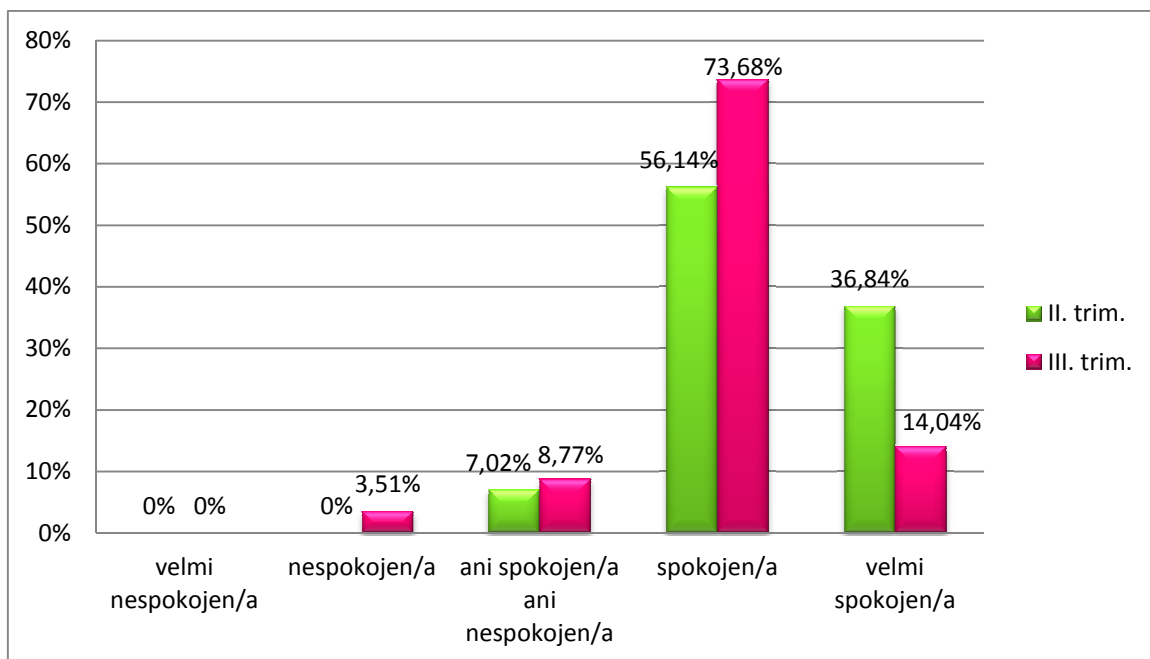
Ve III. trimestru těhotenství opět nadpoloviční většina respondentek tedy 56,14 % (32 osob) hodnotila kvalitu života jako dobrou, 24,56 % (14 osob) jako velmi dobrou, 17,55 % (10 osob) ani dobrou ani špatnou a 1,75 % (1 osoba) jako špatnou.

Otázka č. 2: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Tab. 11: Spokojenost se zdravím

odpověď		velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	0	4	32	21	57
	relativní četnost (%)	0	0	7,02	56,14	36,84	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	2	5	42	8	57
	relativní četnost (%)	0	3,51	8,77	73,68	14,04	100,0

Graf 7: Spokojenost se zdravím



Ve II. trimestru bylo celkem 56,14 % (32 osob) respondentek spokojeno se svým zdravím, 36,84 % (21 osob) velmi spokojeno se zdravím, jen 7,02 % (4 osoby) dotazovaných se vyjádřilo neutrálně a to ani spokojen/a ani nespokojen/a.

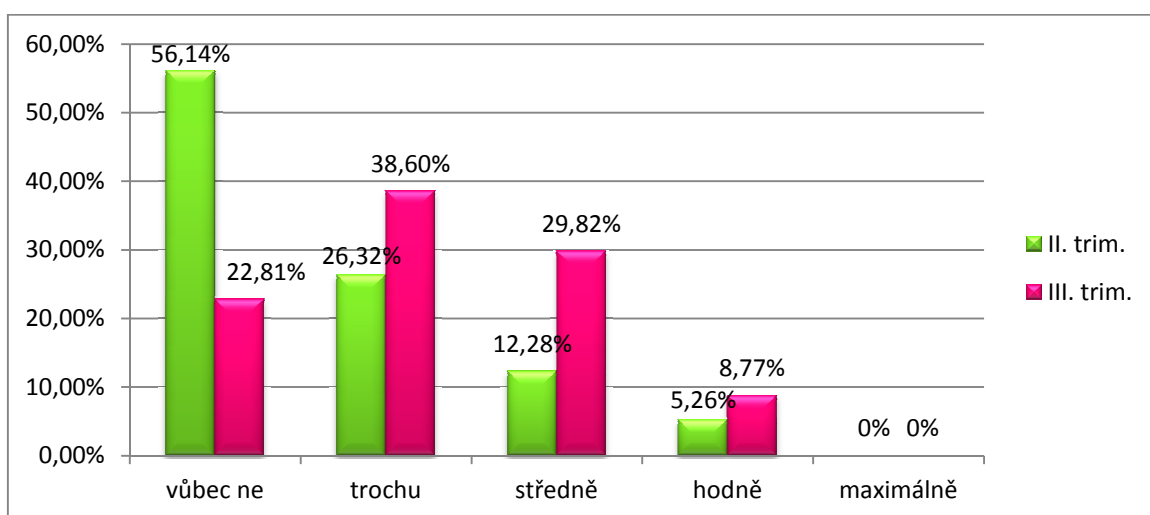
Ve III. trimestru bylo spokojeno se svým zdravím celkem 73,68 % (42 osob) dotazovaných, 14,04 % (8 osob) se cítilo být velmi spokojených, 8,77 % (5 osob) se vyjádřilo neutrálně. Jen 3,51 % (2 osoby) těhotných se cítila být nespokojena se svým zdravím.

Otázka č. 3: Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

Tab. 12: Jak bolest brání v tom, co potřebují respondentky dělat

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	32	15	7	3	0	57
	relativní četnost (%)	56,14	26,32	12,28	5,26	0	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	13	22	17	5	0	57
	relativní četnost (%)	22,81	38,60	29,82	8,77	0	100,0

Graf 8: Bolest a nepříjemné pocity



Nadpoloviční většina respondentek tj. 56,14 % (32 osob) v II. trimestru nepocítovala bolest a nepříjemné pocity. U 26,32 % (15 osob) respondentek se bolest vyskytovala trochu, 12,28 % (7 osob) prožívalo bolest na střední úrovni. V 5,26 % se vyskytovala hodně.

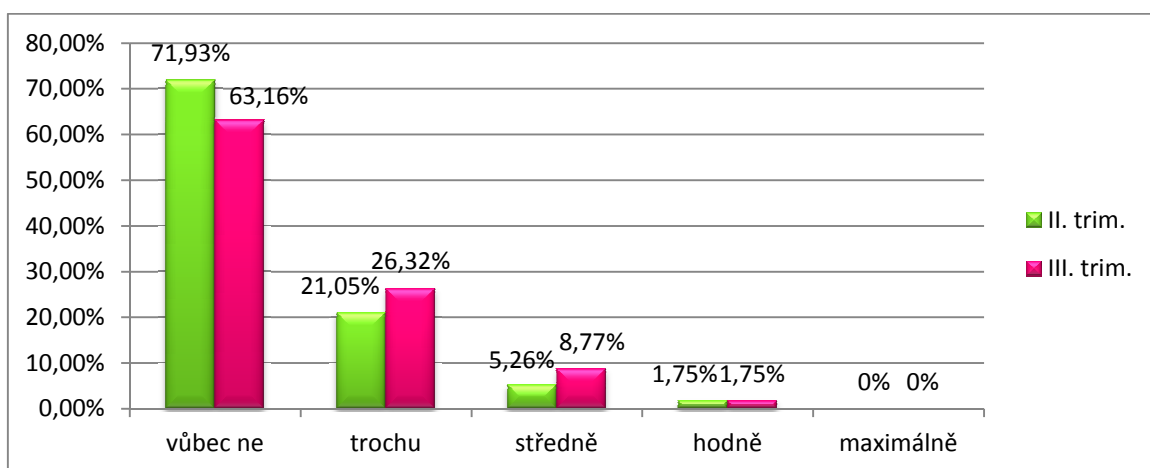
V III. trimestru těhotenství se bolest vyskytovala v 38,60 % (20 osob) občas. V 29,82% se bolest vyskytovala často a 22,81 % (13 osob) respondentek se cítilo být zcela bez potíží.

Otázka č. 4: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

Tab. 13: Jak moc potřebují respondentky lékařskou péči

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	41	12	3	1	0	57
	relativní četnost (%)	71,93	21,05	5,26	1,75	0	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	36	15	5	1	0	57
	relativní četnost (%)	63,16	26,32	8,77	1,75	0	100,0

Graf 9: Závislost na lékařské péči



V II. trimestru těhotenství se nadpoloviční většina respondentek tj. 71,93 % (41 osob) domnívá, že nepotřebuje lékařskou péči vůbec. 21,05 % (12 osob) si myslí, že péči potřebují trochu. V 5,26 % se domnívají, že středně a 1,75 % (1 osoba) si myslí, že hodně.

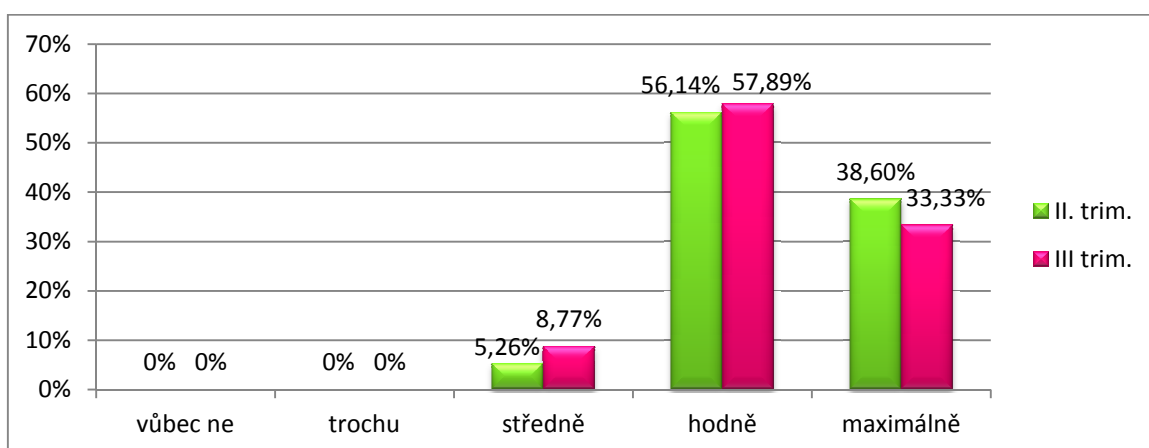
V III. trimestru nepotřebuje lékařskou péči vůbec 63,16 % (36 osob), trochu 26,32 % (15 osob), středně si myslí 8,77 % (5 osob) a 1,75 % (1 osoba) se domnívá, že potřebuje lékařskou péči hodně.

Otázka č. 5: Jak moc Vás těší život?

Tab. 14: Potěšení respondentek ze života

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	0	3	32	22	57
	relativní četnost (%)	0	0	5,26	56,14	38,60	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	0	5	33	19	57
	relativní četnost (%)	0	0	8,77	57,89	33,33	100,0

Graf 10: Potěšení ze života



V II. trimestru se k této otázce nadpoloviční většina respondentek tj. 56,14 % (32 osob) postavila pozitivně a jejich život je těší hodně. V 33,33 % (19 osob) je těší maximálně a pouze v 5,26 % (3 osoby) je život těší středně.

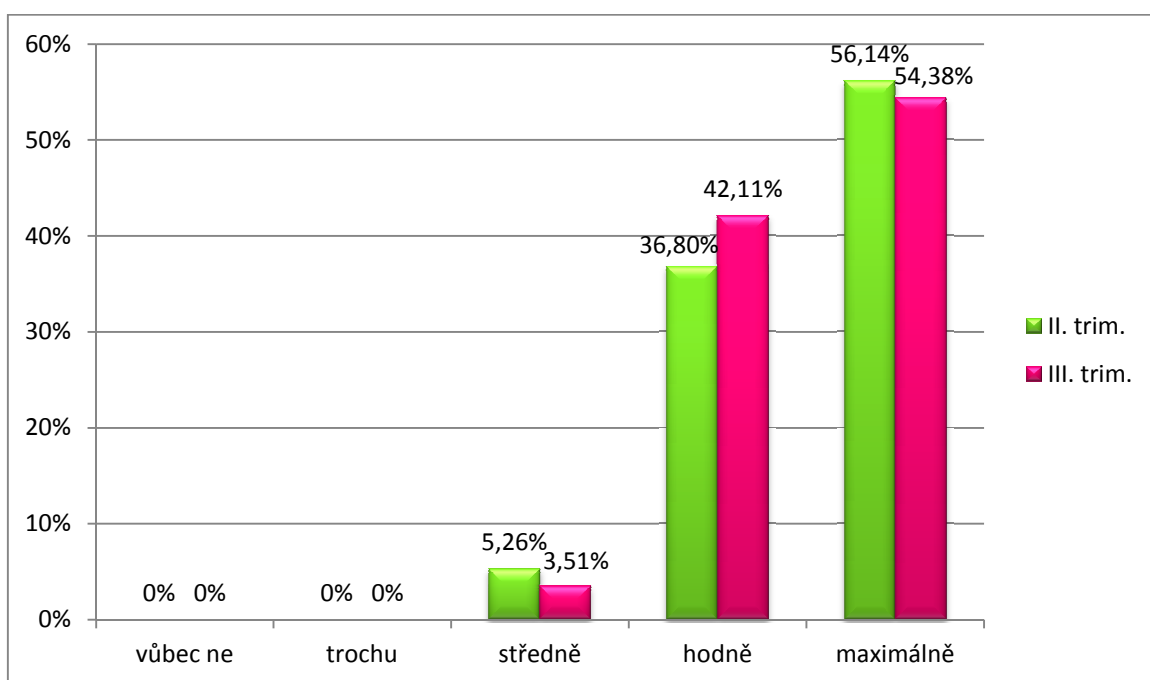
V III. trimestru jsou výsledky téměř shodné. 57,89 % (33 osob) si myslí, že je život těší hodně, 33,33 % (19 osob) se těší ze života maximálně a 8,77 % (5 osob) respondentek těší život středně.

Otázka č. 6: Na kolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

Tab. 15: Smysl života

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	0	3	22	32	57
	relativní četnost (%)	0	0	5,26	38,60	56,14	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	0	2	24	31	57
	relativní četnost (%)	0	0	3,51	42,11	54,38	100,0

Graf 11: Smysl života



Ve II. trimestru těhotenství uvádí 56,14 % (32 osob) těhotných žen, že jejich život má smysl maximálně a 36,80 % (22 osob) respondentek hodně. Pocit střední smysluplnosti má 5,26 % (3 osoby).

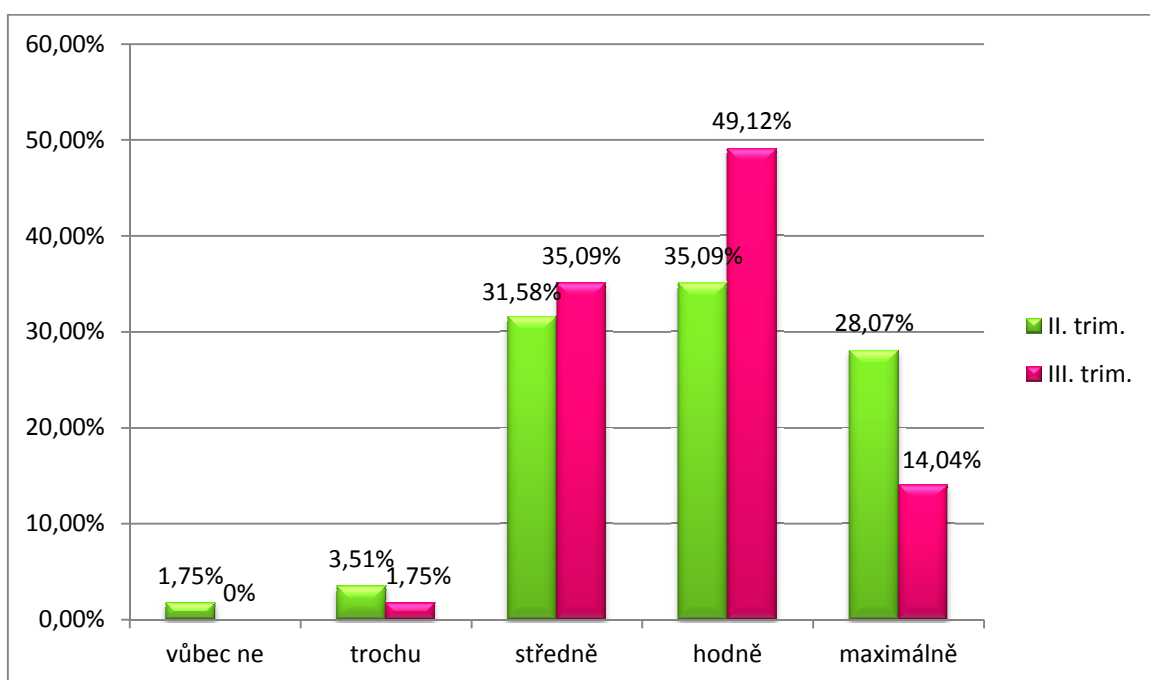
V III. trimestru těhotenství má pro 54,38 % (31 osob) respondentek smysl života maximálně, hodně pro 42,11 % (24 osob) respondentek a 3,51 % (2 osoby) respondentek má střední pocit smysluplnosti.

Otázka č. 7: Jak se dokážete soustředit?

Tab. 16: Soustředěnost respondentek

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	1	2	18	20	16	57
	relativní četnost (%)	1,75	3,51	31,58	35,09	28,07	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	20	28	8	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	35,09	49,12	14,04	100,0

Graf 12: Soustředěnost respondentek



V II. trimestru těhotenství se 35,09 % (20 osob) respondentek dokáže hodně soustředit, středně 31,58 % (18 osob) respondentek, maximálně 28,07 % (16 osob) respondentek, v malé míře tj. trochu 3,51 % (2 osoby) respondentek a vůbec se nedokáže soustředit 1,75 % (1 osoba) dotazovaných.

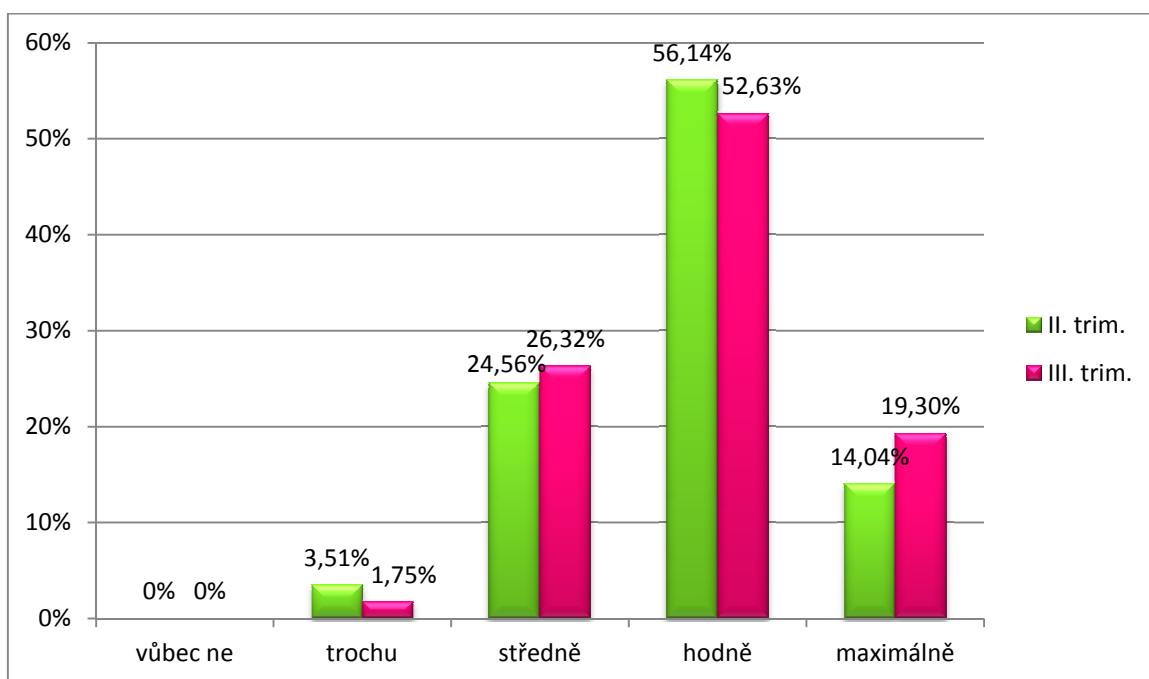
V III. trimestru těhotenství se 49,12 % (28 osob) respondentek dokáže hodně soustředit, středně 35,09 % (20 osob), maximálně 14,04 % (8 osob) a 1,75 % (1 osoba) respondentek se dokáže soustředit jen trochu.

Otázka č. 8: Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Tab. 17: Pocit bezpečí respondentek v každodenním životě

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	3	14	32	8	57
	relativní četnost (%)	0	3,51	24,56	56,14	14,04	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	15	30	11	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	26,32	52,63	19,30	100,0

Graf 13: Pocit bezpečí respondentek v každodenním životě



V II. trimestru těhotenství má pocit hodně velkého bezpečí v každodenním životě 56,14 % (32 osob) respondentek. Střední pocit bezpečí v každodenním životě má 24,56 % (14 osob) dotazovaných, maximální pocit bezpečí má 14,04 % (8 osob) a 3,51 % (2 osoby) respondentek má pocit bezpečí v každodenním životě jen trochu.

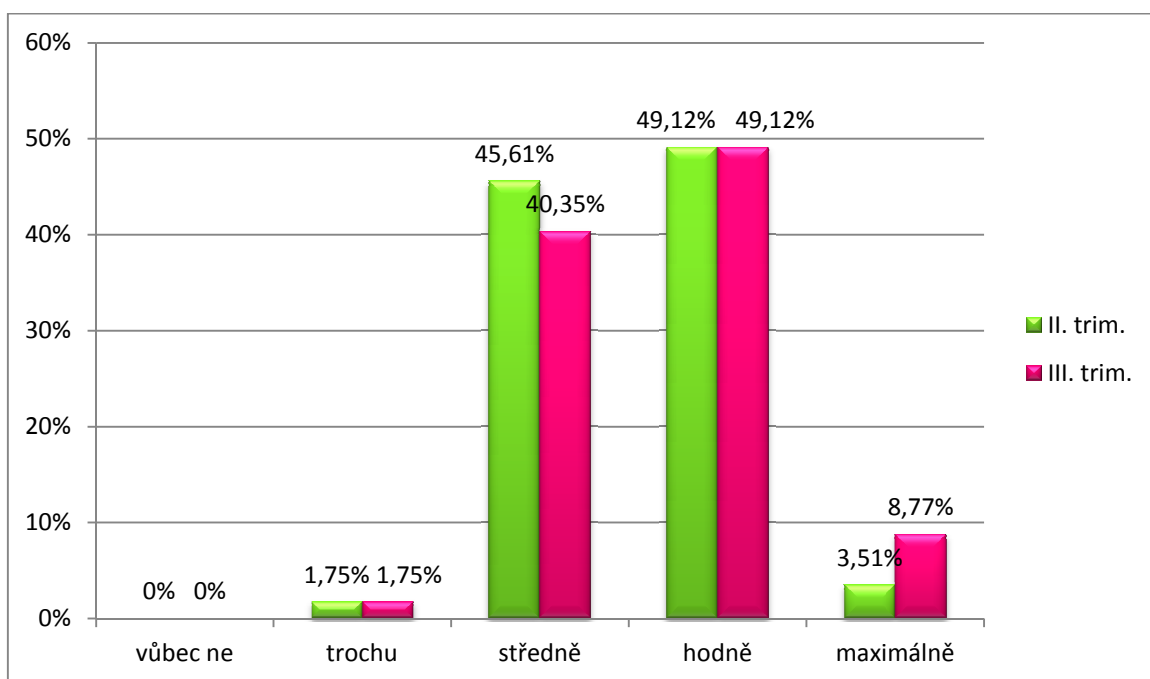
Ve III. trimestru těhotenství má 52,63 % (30 osob) respondentek pocit bezpečí v každodenním životě hodně velký. Střední pocit bezpečí má 26,32 % (15 osob) respondentek, maximální 19,30 % (11 osob) a 1,75% (1 osoba) dotazovaných odpovědělo, že mají pocit bezpečí v každodenním životě jen trochu.

Otázka č. 9: Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

Tab. 18: Prostředí, ve kterém respondentky žijí

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	26	28	2	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	45,61	49,12	3,51	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	23	28	5	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	40,35	49,12	8,77	100,0

Graf 14: Prostředí, ve kterém respondentky žijí



V II. trimestru těhotenství uvádí 49,12 % (28 osob) respondentek, že prostředí, ve kterém žijí, je hodně zdravé. Středně zdravé prostředí uvádí 45,61 % (26 osob), maximálně zdravé prostředí, ve kterém žijí, je zaznamenáno u 3,51 % (2 osoby) dotazovaných. 1,75% (1 osoba) respondentek si myslí, že prostředí, ve kterém žijí, je jen trochu zdravé.

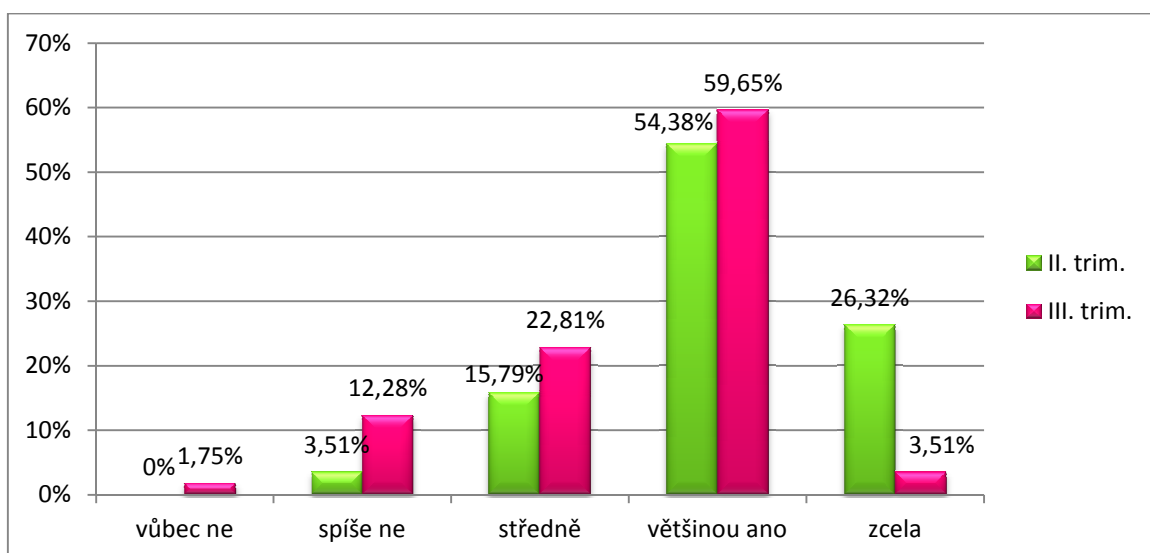
V III. trimestru těhotenství uvádí 49,12 % (28 osob) respondentek, že prostředí, ve kterém žijí, je hodně zdravé. Středně zdravé je pro 40,35 % (23 osob) respondentek, maximálně zdravé je pro 8,77 % (5 osob) a trochu zdravé je pro 1,75 % (1 osoba).

Otázka č. 10: Máte dost energie pro každodenní život?

Tab. 19: Energie pro každodenní život

odpověď		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	2	9	31	15	57
	relativní četnost (%)	0	3,51	15,79	54,38	26,32	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	1	7	13	34	2	57
	relativní četnost (%)	1,75	12,28	22,81	59,65	3,51	100,0

Graf 15: Energie pro každodenní život



V II. trimestru těhotenství 54,38 % (31 osob) respondentek udává, že mají většinou dostatek energie pro každodenní život. 26,32 % (15 osob) respondentek udává, že mají zcela dostatek energie pro život. Se středně velkým množstvím energie v každodenním životě žije 15,79 % (9 osob) dotazovaných a 3,51 % (2 osoby) respondentek je přesvědčeno, že jim dostatek energie spíše chybí.

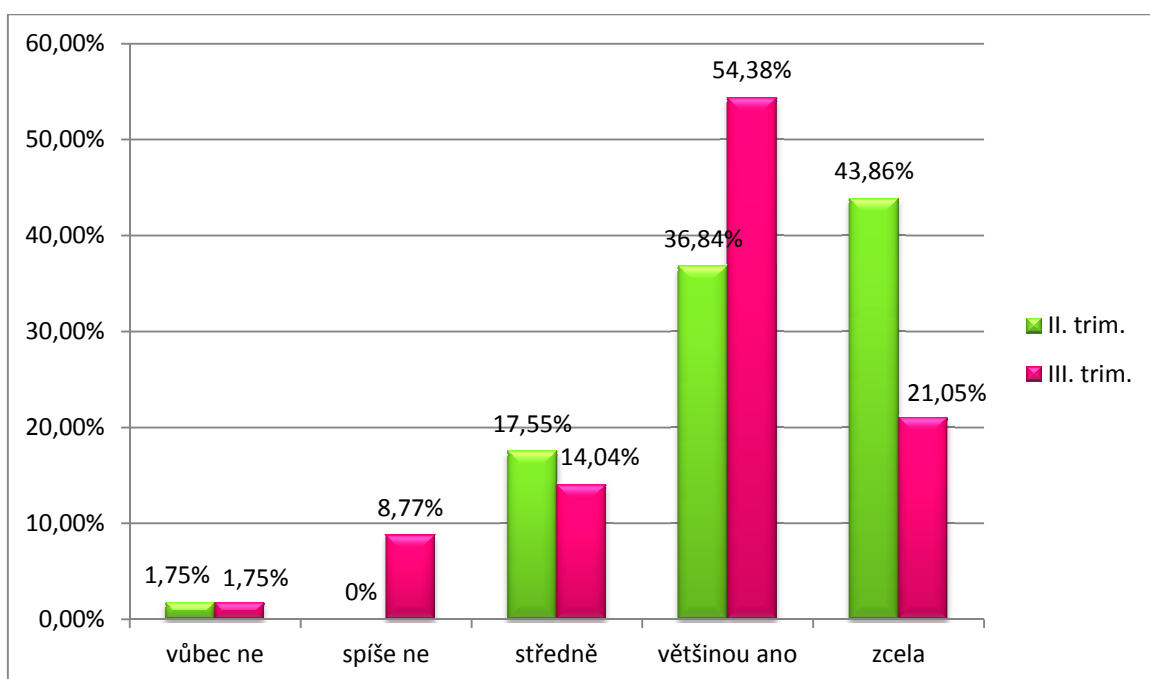
V III. trimestru těhotenství má 59,65 % (34 osob) respondentek většinou dostatek energie pro každodenní život, středně velké množství energie v každodenním životě má 22,81 % (13 osob) respondentek, 12,28 % (7 osob) respondentek je přesvědčeno, že jim každodenní energie spíše chybí. 3,51 % (2 osoby) respondentek má zcela dostatek energie v každodenním životě a 1,75 % (1 osoba) respondentek udává, že nemá vůbec energii pro každodenní život.

Otázka č. 11: Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

Tab. 20: Tělesný vzhled

odpověď		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	1	0	10	21	25	57
	relativní četnost (%)	1,75	0	17,55	36,84	43,86	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	1	5	8	31	12	57
	relativní četnost (%)	1,75	8,77	14,04	54,38	21,05	100,0

Graf 16: Tělesný vzhled



V II. trimestru těhotenství zcela dokáže akceptovat svůj tělesný vzhled 43,86 % (25 osob) respondentek, většinou ano 36,84 % (21 osob) respondentek, středně 17,55 % (10 osob) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek nedokáže vůbec akceptovat svůj tělesný vzhled.

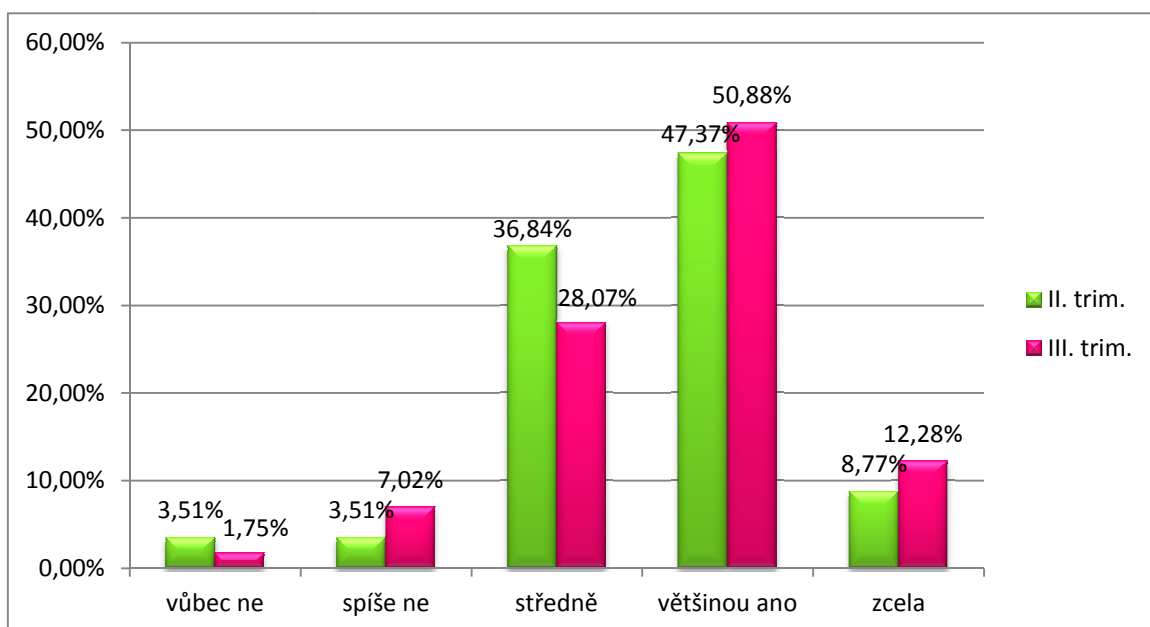
V III. trimestru těhotenství dokáže většinou akceptovat svůj tělesný vzhled 54,38 % (31 osob) respondentek, zcela 21,05 % (12 osob) respondentek, středně 14,04 % (8 osob) respondentek, spíše ne 8,77 % (5 osob) respondentek a vůbec ne 1,75 % (1 osoba) respondentek.

Otázka č. 12: Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Tab. 21: Dostatek peněz k uspokojení potřeb

odpověď		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	2	2	21	27	5	57
	relativní četnost (%)	3,51	3,51	36,84	47,37	8,77	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	1	4	16	29	7	57
	relativní četnost (%)	1,75	7,02	28,07	50,88	12,28	100,0

Graf 17: Dostatek peněz k uspokojení potřeb



V II. trimestru těhotenství si většina respondentek tj. 47,37 % (27 osob) myslí, že má dostatek peněz k uspokojení svých potřeb. 36,84 % (21 osob) respondentek si myslí, že jejich finanční prostředky jsou na střední úrovni. Zcela dostatek financí má 8,77 % (5 osob) respondentek, 3,51 % (2 osoby) respondentek si myslí, že jejich finanční prostředky jsou nedostatečné a 3,51 % (2 osoby) respondentek nemá vůbec dostatek finančních prostředků k uspokojování svých potřeb.

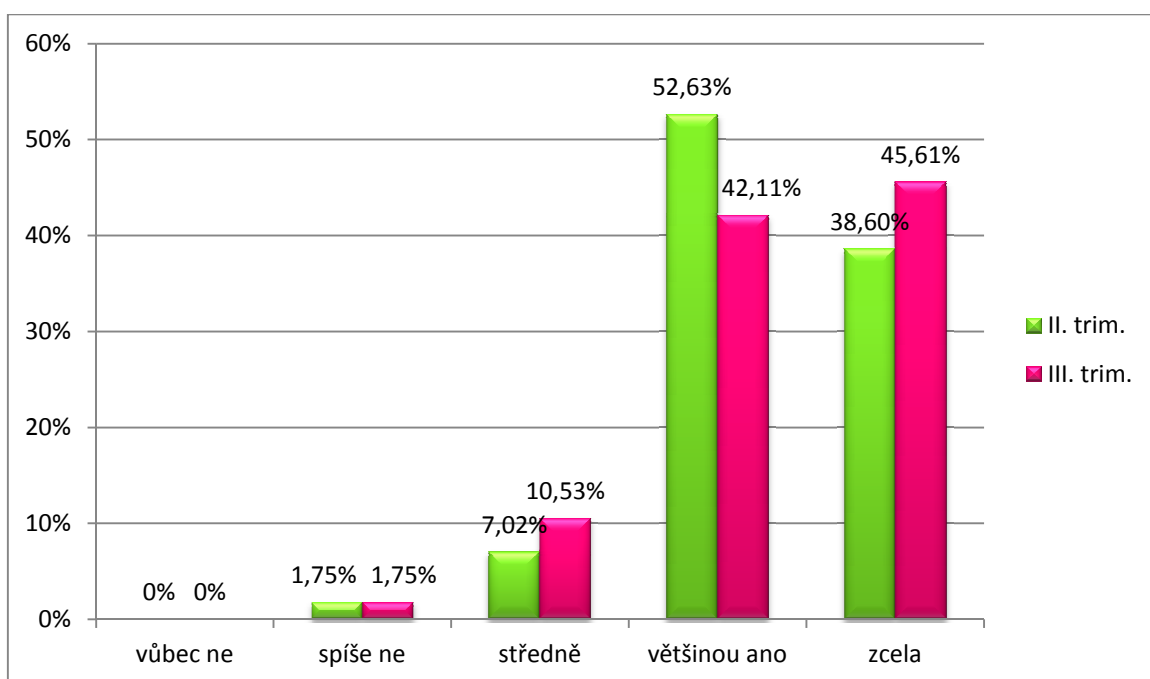
V III. trimestru těhotenství má většinou dostatek finančních prostředků 50,88 % (29 osob) respondentek. Střední úroveň finančních prostředků má 28,07 % (16 osob) respondentek, zcela dostatek financí má 12,28 % (7 osob) respondentek. 3,51 % (2 osoby) respondentek si myslí, že jejich finanční prostředky jsou nedostatečné a 3,51 % (2 osoby) nemá vůbec finanční prostředky k uspokojování svých potřeb.

Otázka č. 13: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Tab. 22 : Přístup k informacím pro každodenní život

odpověď		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	4	30	22	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	7,02	52,63	38,60	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	6	24	26	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	10,53	42,11	45,61	100,0

Graf 18: Přístup k informacím pro každodenní život



V II. trimestru těhotenství má většinou dostatek informací 52,63 % (30 osob) respondentek, zcela dostatek informací si myslí, že má 38,60 % (22 osob), středně velké množství informací má 7,02 % (4 osoby) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek si myslí, že má nedostatek informací.

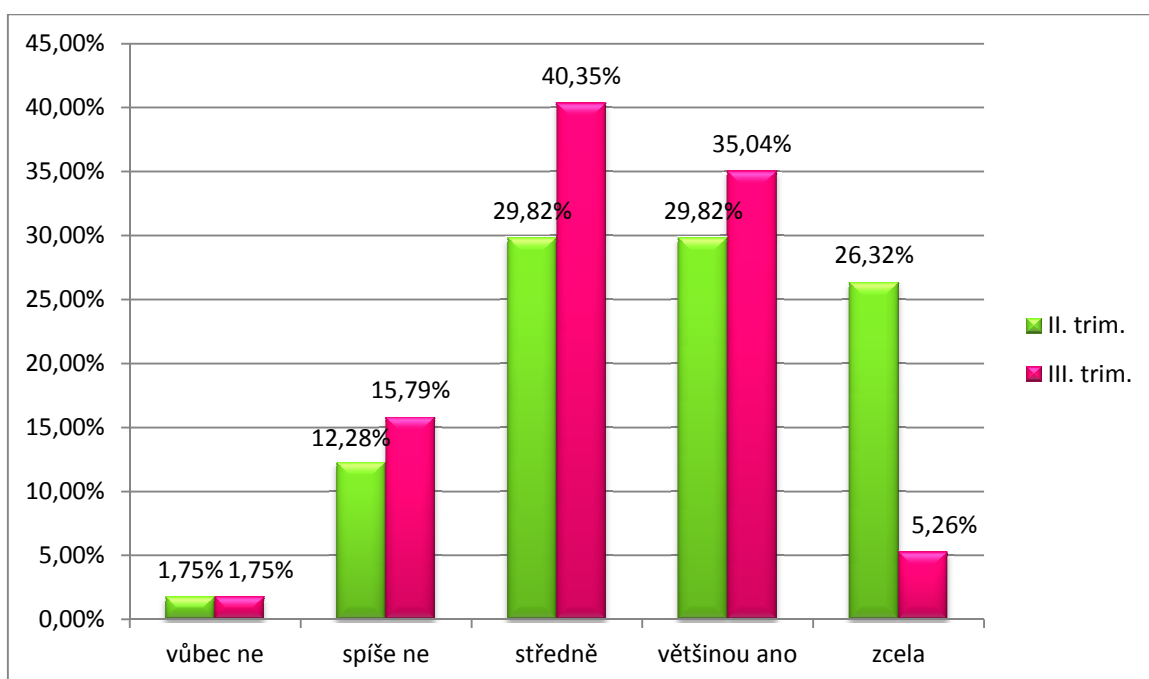
V III. trimestru těhotenství si 45,61 % (25 osob) respondentek myslí, že má zcela dostatečný přístup k informacím, 42,11 % (24 osob) respondentek má většinou dostatek informací, 10,53 % (6 osob) respondentek má středně velké množství informací a 1,75 % (1 osoba) respondentek si myslí, že spíše nemají dostatek informací, které potřebují ve svém životě.

Otázka č. 14 : Máte možnost věnovat se svým zálibám?

Tab. 23: Možnost věnovat se svým zálibám

odpověď		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	1	7	17	17	15	57
	relativní četnost (%)	1,75	12,28	29,82	29,82	26,32	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	1	9	23	20	3	57
	relativní četnost (%)	1,75	15,79	40,35	35,04	5,26	100,0

Graf 19: Možnost věnovat se svým zálibám



V II. trimestru těhotenství se svým zálibám dokáže věnovat většinou 29,82 % (17 osob) respondentek. Stejné procento respondentek, tedy 29,82 % (17 osob), se svým zálibám může věnovat středně. Zcela se věnovat svým zálibám může 26,32 % (15 osob) respondentek, 12,28 % (7 osob) respondentek se spíše nemůže věnovat svým zálibám a 1,75 % (1 osoba) respondentek se svým zálibám nemůže věnovat vůbec.

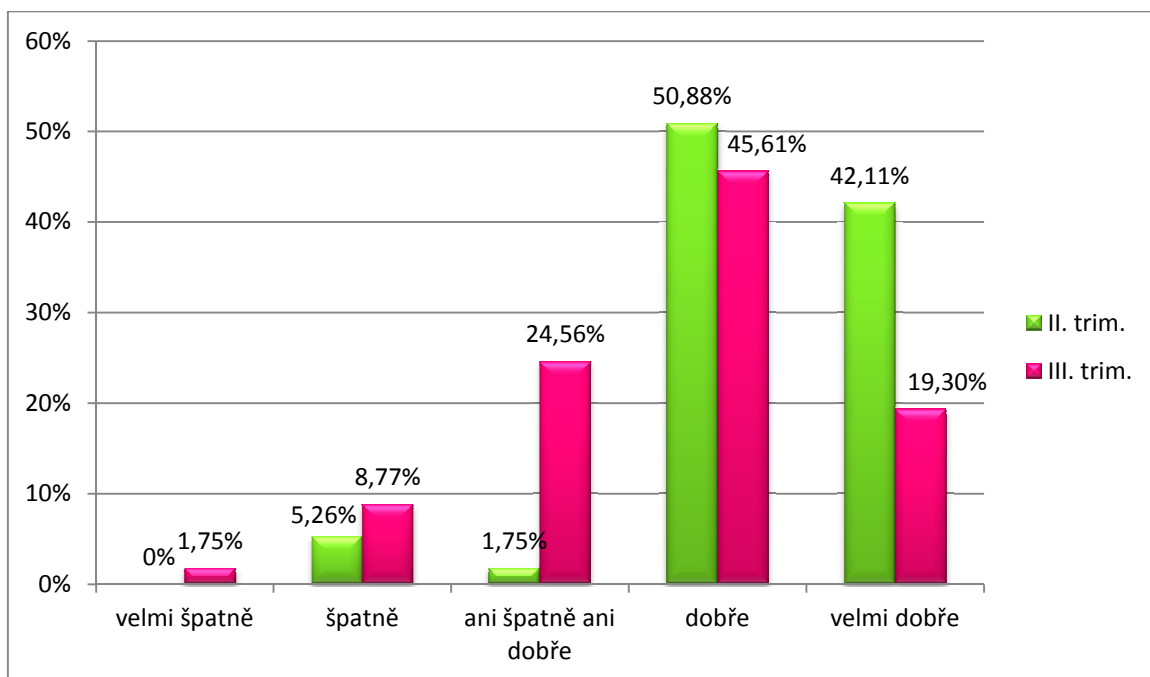
V III. trimestru těhotenství se svým zálibám může středně věnovat 40,35 % (23 osob) respondentek, většinou 35,04 % (20 osob) respondentek, spíše ne 15,79 % (9 osob) respondentek, zcela 5,26 % (3 osoby) respondentek a vůbec ne 1,75 % (1 osoba) respondentek.

Otázka č. 15: Jak se dokážete pohybovat?

Tab. 24: Možnost pohybu

odpověď		velmi špatně 1	špatně 2	ani špatně ani dobře 3	dobře 4	velmi dobře 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	3	1	29	24	57
	relativní četnost (%)	0	5,26	1,75	50,88	42,11	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	1	5	14	26	11	57
	relativní četnost (%)	1,75	8,77	24,56	45,61	19,30	100,0

Graf 20: Možnost pohybu



V II. trimestru těhotenství se dobře dokáže pohybovat 50,88 % (29 osob) respondentek, velmi dobře 42,11 % (24 osob) respondentek, špatně 5,26 % (3 osoby) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek ani dobře ani špatně.

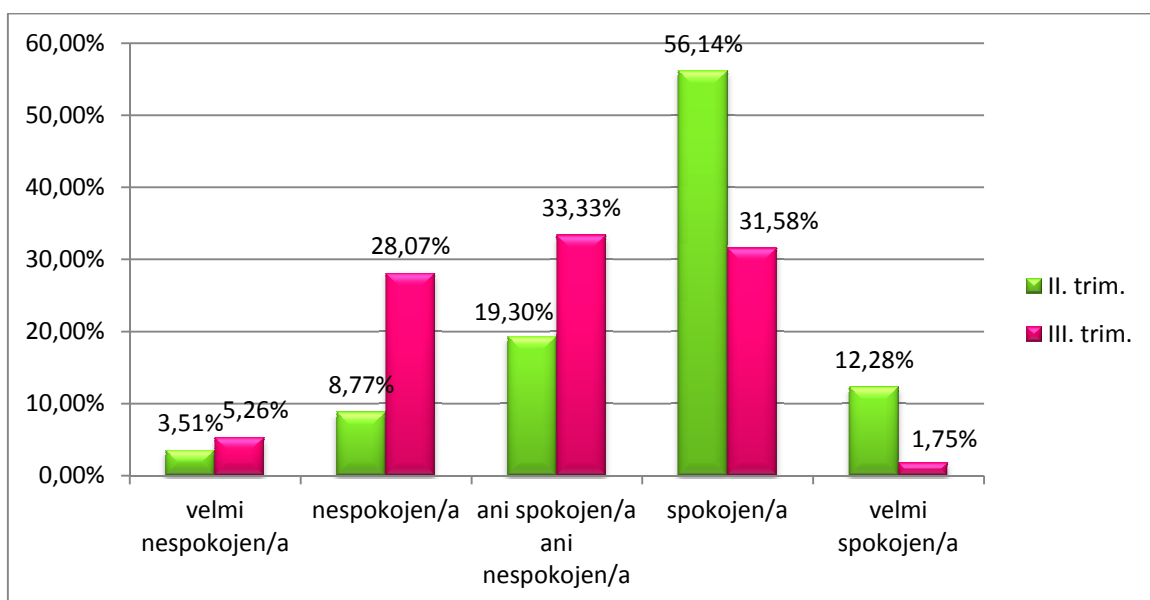
V III. trimestru těhotenství se dobře dokáže pohybovat 45,61 % (26 osob) respondentek, ani špatně ani dobře 24,56 % (14 osob) respondentek, velmi dobře 19,30 % (11 osob) respondentek, špatně 8,77 % (5 osob) a velmi špatně 1,75 % (1 osoba) respondentek.

Otázka č. 16: Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

Tab. 25: Spokojenost se spánkem

odpověď		velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	2	5	11	32	7	57
	relativní četnost (%)	3,51	8,77	19,30	56,14	12,28	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	3	16	19	18	1	57
	relativní četnost (%)	5,26	28,07	33,33	31,58	1,75	100,0

Graf 21: Spokojenost se spánkem



V II. trimestru těhotenství se cítí být spokojeno se svým spánkem 56,14 % (32 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 19,30 % (11 osob) respondentek, velmi spokojeno 12,28 % (7 osob) respondentek, nespokojeno 8,77 % (5 osob) respondentek a 3,51 % (2 osoby) respondentek se cítí být velmi nespokojeno se svým spánkem.

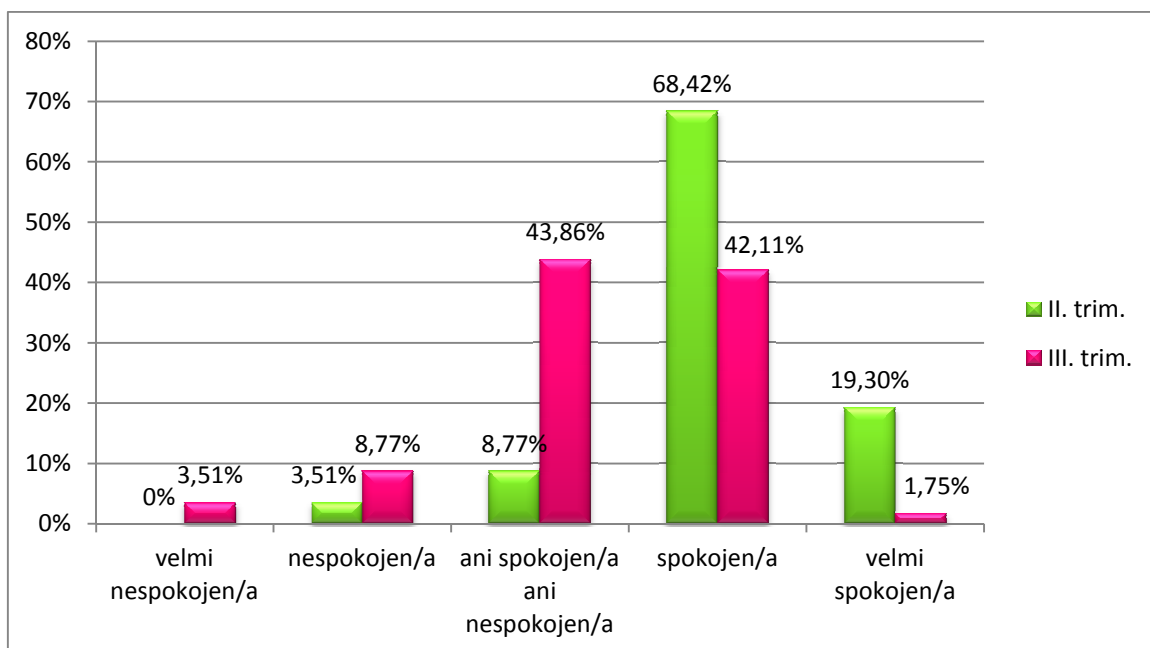
V III. trimestru těhotenství se cítí být ani spokojeno ani nespokojeno se svým spánkem 33,33 % (19 osob) respondentek, spokojeno 31,58 % (18 osob) respondentek, nespokojeno 28,07 % (16 osob) respondentek, velmi nespokojeno 5,26 % (3 osoby) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek se cítí být velmi spokojeno se svým spánkem.

Otázka č. 17: Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

Tab. 26: Spokojenost s prováděním každodenních činností

odpověď		velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	2	5	39	11	57
	relativní četnost (%)	0	3,51	8,77	68,42	19,30	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	2	5	25	24	1	57
	relativní četnost (%)	3,51	8,77	43,86	42,11	1,75	100,0

Graf 22: Spokojenost s prováděním každodenních činností



V II. trimestru těhotenství je spokojeno se svou schopností provádět každodenní činnosti 68,42 % (39 osob) respondentek, velmi spokojeno 19,30 % (11 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 8,77 % (5 osob) respondentek a nespokojeno je 3,51 % (2 osoby) respondentek.

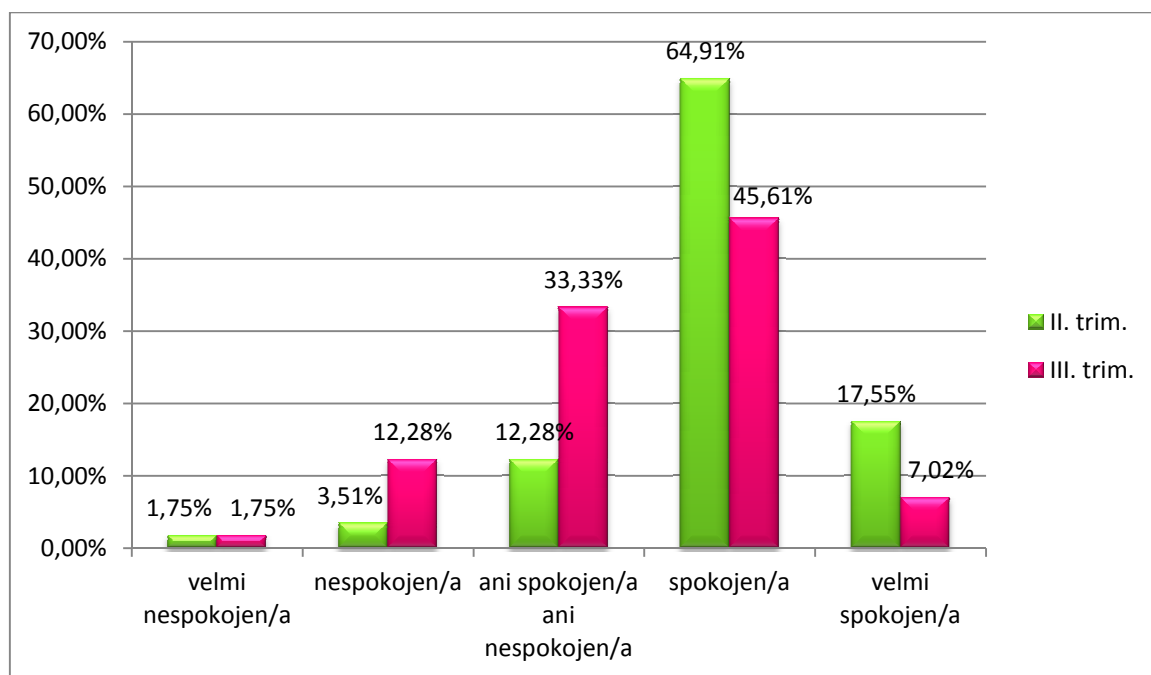
V III. trimestru těhotenství se cítí být neutrálně, tedy ani spokojeno ani nespokojeno 43,86 % (25 osob) respondentek, spokojeno 42,11 % (24 osob) respondentek, nespokojeno 8,77 % (5 osob) respondentek, velmi nespokojeno 3,51 % (2 osoby) respondentek a velmi spokojeno se cítí být 1,75 % (1 osoba) respondentek.

Otázka č. 18: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Tab. 27: Spokojenost s pracovním výkonem

odpověď		velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	1	2	7	37	10	57
	relativní četnost (%)	1,75	3,51	12,28	64,91	17,55	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	1	7	19	26	4	57
	relativní četnost (%)	1,75	12,28	33,33	45,61	7,02	100,0

Graf 23: Spokojenost s pracovním výkonem



V II. trimestru těhotenství se cítí být spokojeno se svým pracovním výkonem 64,91 % (37 osob) respondentek, velmi spokojeno 17,55 % (10 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 3,51 % (2 osoby) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek se cítí být velmi nespokojeno se svým pracovním výkonem.

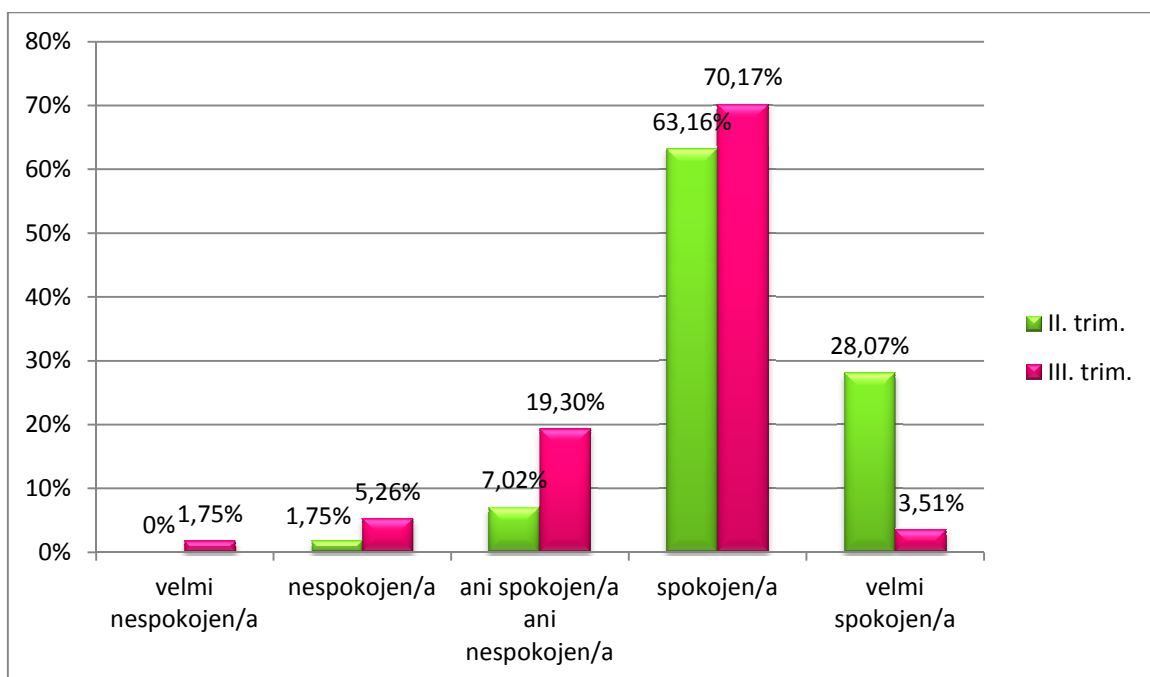
V III. trimestru těhotenství se cítí být spokojeno se svým pracovním výkonem 45,61 % (26 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 33,33 % (19 osob) respondentek, nespokojeno 12,28 % (7 osob) respondentek, velmi spokojeno 7,02 % (4 osoby) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek se cítí být velmi nespokojeno se svým pracovním výkonem.

Otázka č. 19: Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

Tab. 28: Spokojenost sama se sebou

odpověď		velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	4	36	16	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	7,02	63,16	28,07	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	1	3	11	40	2	57
	relativní četnost (%)	1,75	5,26	19,30	70,17	3,51	100,0

Graf 24: Spokojenost sama se sebou



V II. trimestru těhotenství je spokojených samo se sebou 63,16 % (38 osob) respondentek, velmi spokojeno 28,07 % (16 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 7,02 % (4 osoby) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek je nespokojeno samo se sebou.

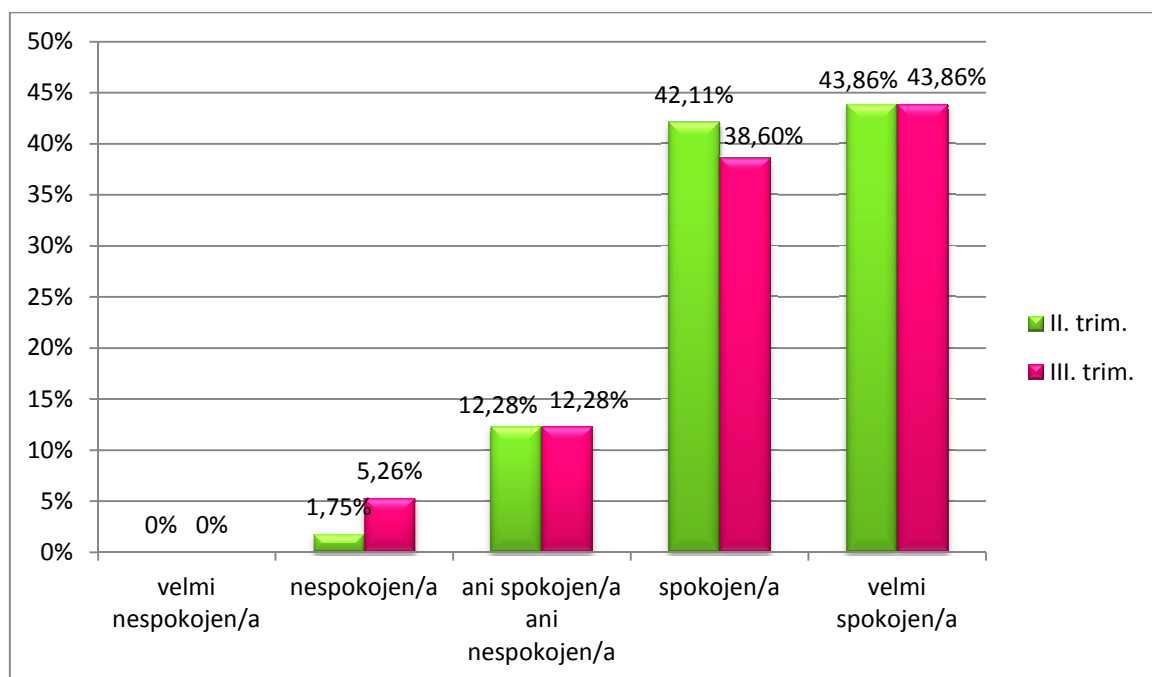
V III. trimestru těhotenství je spokojených samo se sebou 70,17 % (40 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 19,30 % (11 osob) respondentek, nespokojeno 5,26 % (3 osoby) respondentek a velmi spokojeno je samo se sebou 3,51 % (2 osoby) respondentek.

Otázka č. 20: Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

Tab. 29: Spokojenost s osobními vztahy

odpověď		velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	7	24	25	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	12,28	42,11	43,86	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	3	7	22	25	57
	relativní četnost (%)	0	5,26	12,28	38,60	43,86	100,0

Graf 25: Spokojenost s osobními vztahy



V II. trimestru těhotenství je velmi spokojeno se svými osobními vztahy 43,86 % (25 osob) respondentek, spokojeno 42,11 % (24 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 12,28 % (7 osob) respondentek a 1,75 % (1 osoba) dotázaných se necítí být spokojeny se svými osobními vztahy.

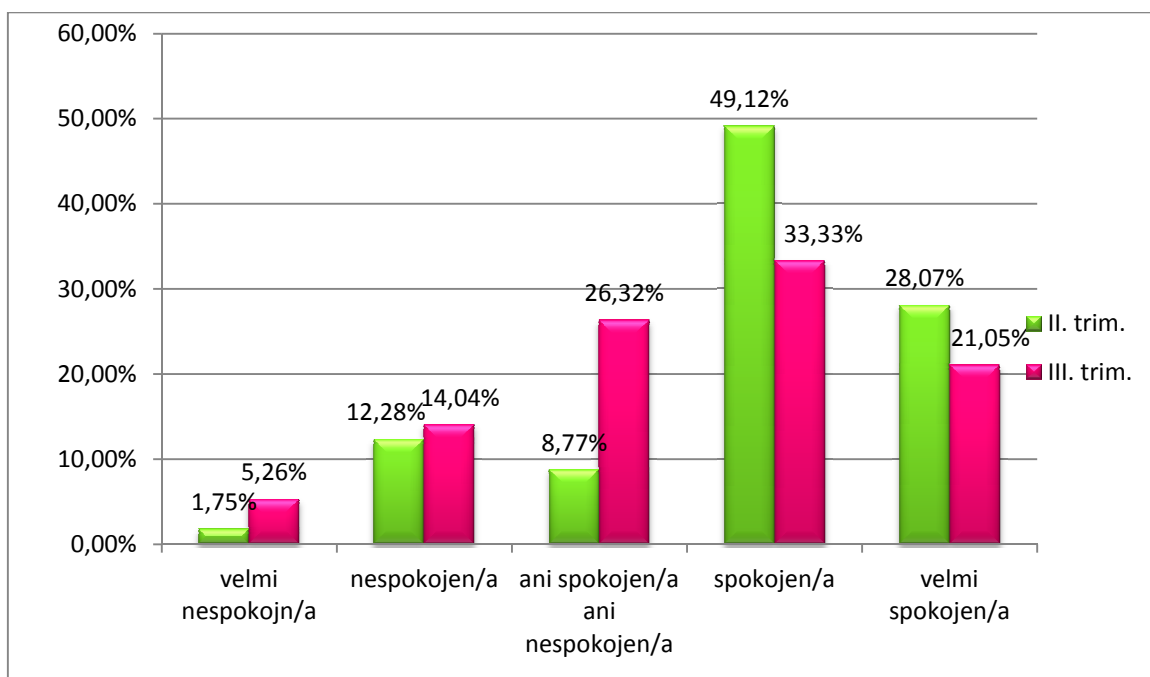
V III. trimestru těhotenství se cítí být spokojeno se svými osobními vztahy 43,86 % (25 osob) respondentek, spokojeno 38,60 % (22 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 12,28 % (7 osob) respondentek a 5,26 % (3 osoby) respondentek se necítí být se svými osobními vztahy spokojeno.

Otázka č. 21: Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

Tab. 30: Spokojenost se sexuálním životem

odpověď		velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	1	7	5	28	16	57
	relativní četnost (%)	1,75	12,28	8,77	49,12	28,07	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	3	8	15	19	12	57
	relativní četnost (%)	5,26	14,04	26,32	33,33	21,05	100,0

Graf 26: Spokojenost se sexuálním životem



V II. trimestru těhotenství se cítí být spokojeno se svým sexuálním životem 49,12 % (28 osob) respondentek, velmi spokojeno 28,07 % (16 osob) respondentek, nespokojeno 12,28 % (7 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 8,77 % (5 osob) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek je velmi nespokojeno se svým sexuálním životem.

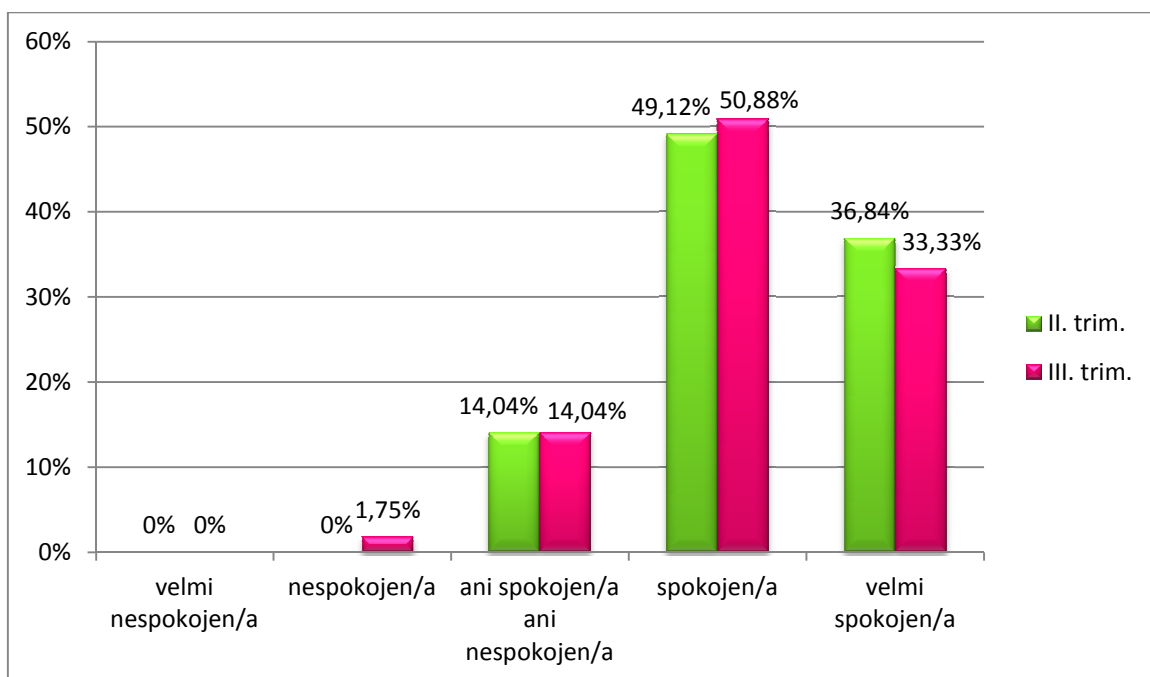
V III. trimestru těhotenství se cítí být spokojených se svým sexuálním životem 33,33 % (19 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 26,32 % (15 osob) respondentek, velmi spokojeno 21,05 % (12 osob) respondentek, nespokojeno 14,04 % (8 osob) respondentek a velmi nespokojeno je 5,26 % (3 osoby) respondentek.

Otázka č. 22: Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Tab. 31: Spokojenost s podporou přátel

odpověď		velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	0	8	28	21	57
	relativní četnost (%)	0	0	14,04	49,12	36,84	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	8	29	19	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	14,04	50,88	33,33	100,0

Graf 27: Spokojenost s podporou přátel



V II. trimestru těhotenství je spokojeno s podporou přátel 49,12 % (28 osob) respondentek, velmi spokojeno 36,84 % (21 osob) respondentek a 14,04 % (8 osob) respondentek je ani spokojena ani nespokojena.

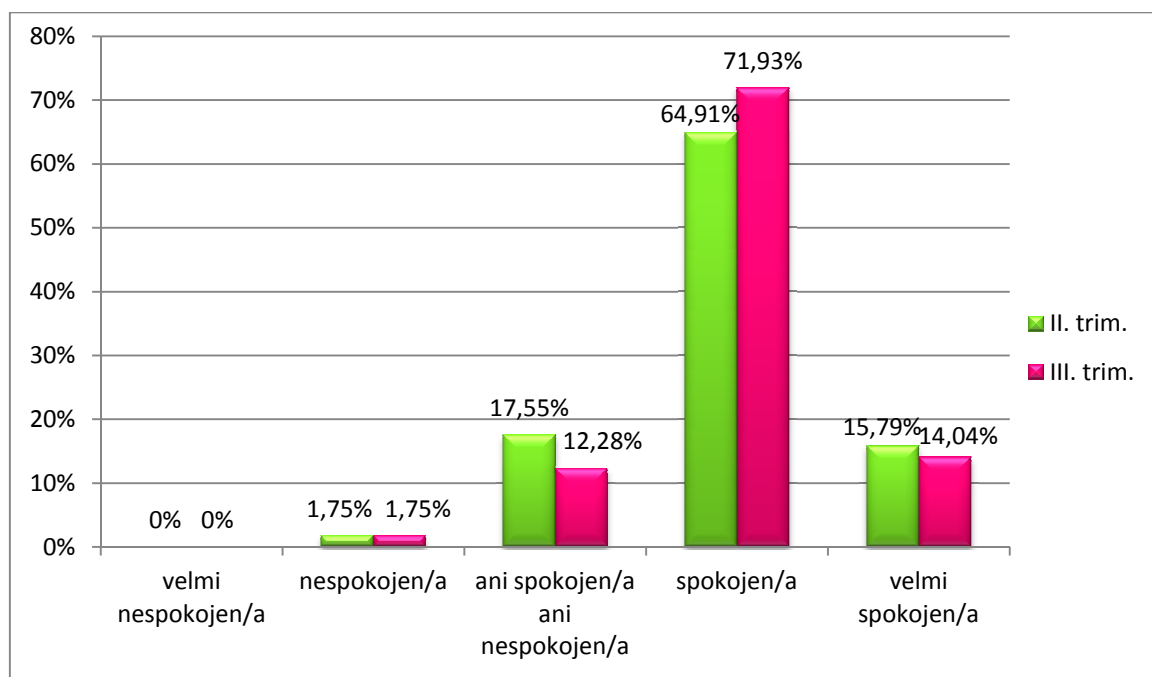
V III. trimestru těhotenství je spokojených s podporou přátel 50,88 % (29 osob) respondentek, velmi spokojeno 33,33 % (19 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 14,04 % (8 osob) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek se cítí být nespokojených s podporou přátel.

Otázka č. 23: Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

Tab. 32: Spokojenost s podmínkami pro život

odpověď		velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	10	37	9	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	17,55	64,91	15,79	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	7	41	8	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	12,28	71,93	14,04	100,0

Graf 28: Spokojenost s podmínkami pro život



V II. trimestru těhotenství se cítí být spokojeno s podmínkami v místě, kde žijí, 64,91 % (37 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 17,55 % (10 osob) respondentek, velmi spokojeno 15,79 % (9 osob) a 1,75 % (1 osoba) respondentek není spokojených s podmínkami v místě, kde žijí.

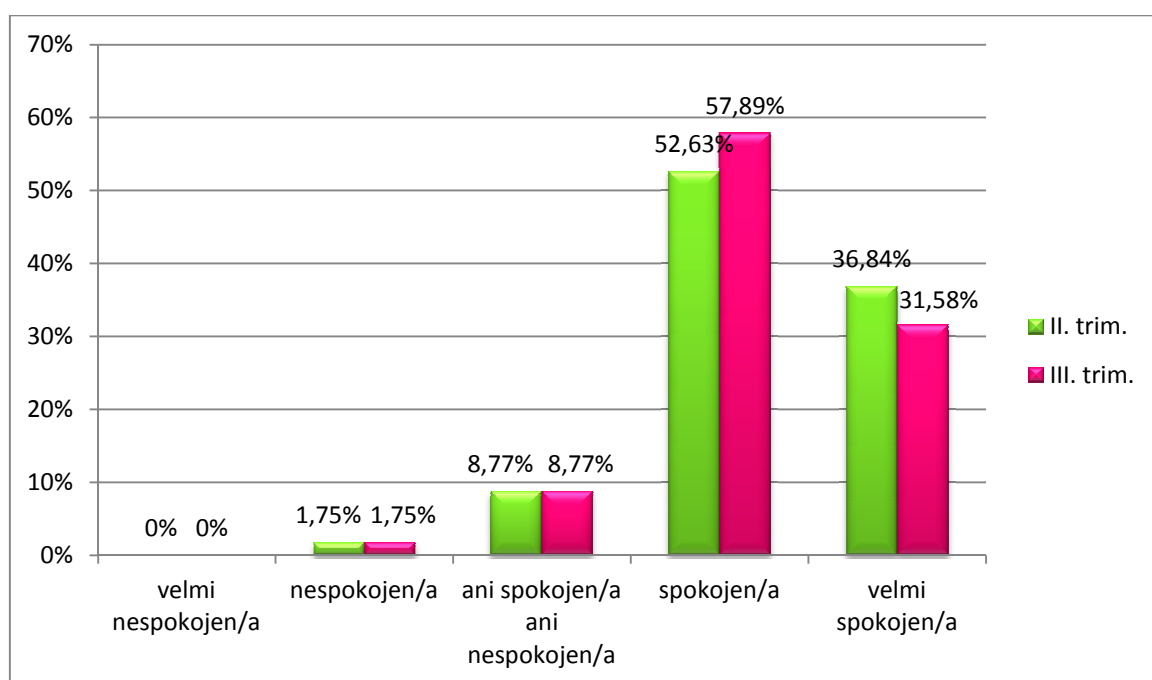
V III. trimestru těhotenství se cítí být spokojených s podmínkami v místě, kde žijí, 71,93 % (41 osob) respondentek, velmi spokojeno 14,04 % (8 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 12,28 % (7 osob) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek je nespokojeno s podmínkami pro život v místě, kde žijí.

Otázka č. 24: Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

Tab. 33: Spokojenost s dostupností zdravotní péče

odpověď		velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	5	30	21	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	8,77	52,63	36,84	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	5	33	18	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	8,77	57,89	31,58	100,0

Graf 29: Spokojenost s dostupností zdravotní péče



V II. trimestru těhotenství je spokojeno s dostupností zdravotní péče 52,63 % (30 osob) respondentek, velmi spokojeno 36,84 % (21 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 8,77 % (5 osob) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek není spokojeno s dostupností zdravotní péče.

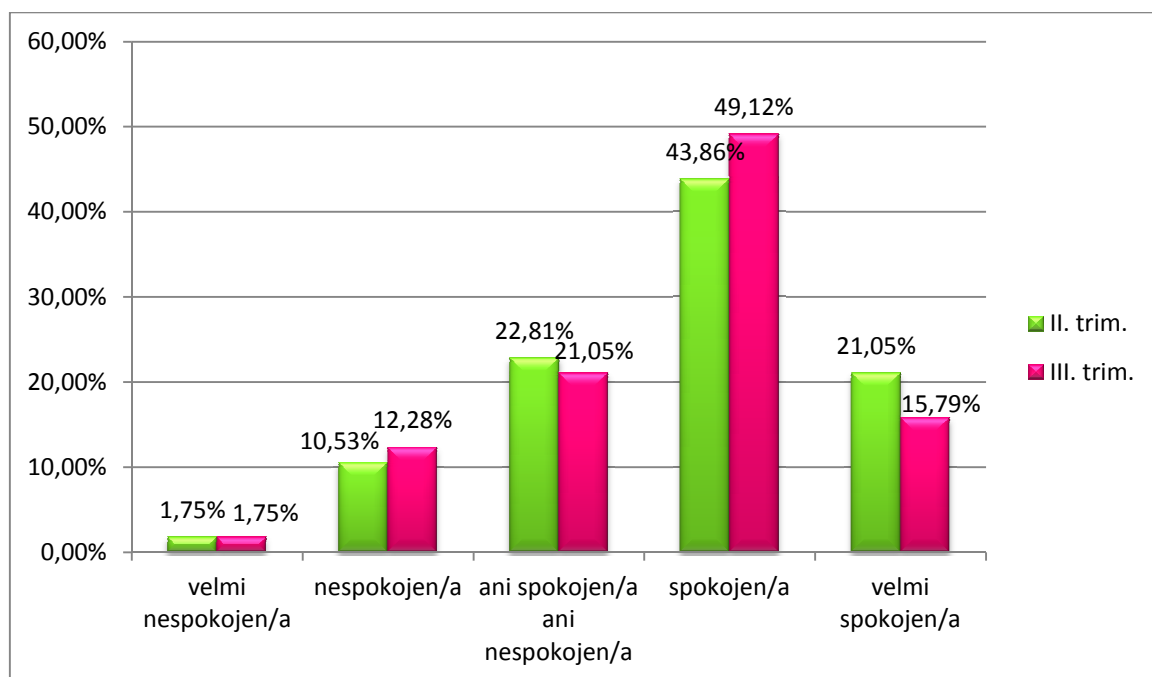
V III. trimestru těhotenství je spokojeno s dostupností zdravotní péče 57,89 % (33 osob) respondentek, velmi spokojeno je 31,58 % (18 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 8,77 % (5 osob) a nespokojeno je 1,75 % (1 osoba) respondentek.

Otázka č. 25: Jak jste spokojen/a s dopravou?

Tab. 34: Spokojenost s dopravou

odpověď		velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	1	6	13	25	12	57
	relativní četnost (%)	1,75	10,53	22,81	43,86	21,05	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	1	7	12	28	9	57
	relativní četnost (%)	1,75	12,28	21,05	49,12	15,79	100,0

Graf 30: Spokojenost s dopravou



V II. trimestru těhotenství je spokojeno s dopravou v místě, kde bydlí, 43,86 % (25 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 22,81 % (13 osob) respondentek, velmi spokojeno 21,05 % (12 osob) respondentek, nespokojeno 10,53 % (6 osob) a velmi nespokojeno s dopravou je 1,75 % (1 osoba) respondentek.

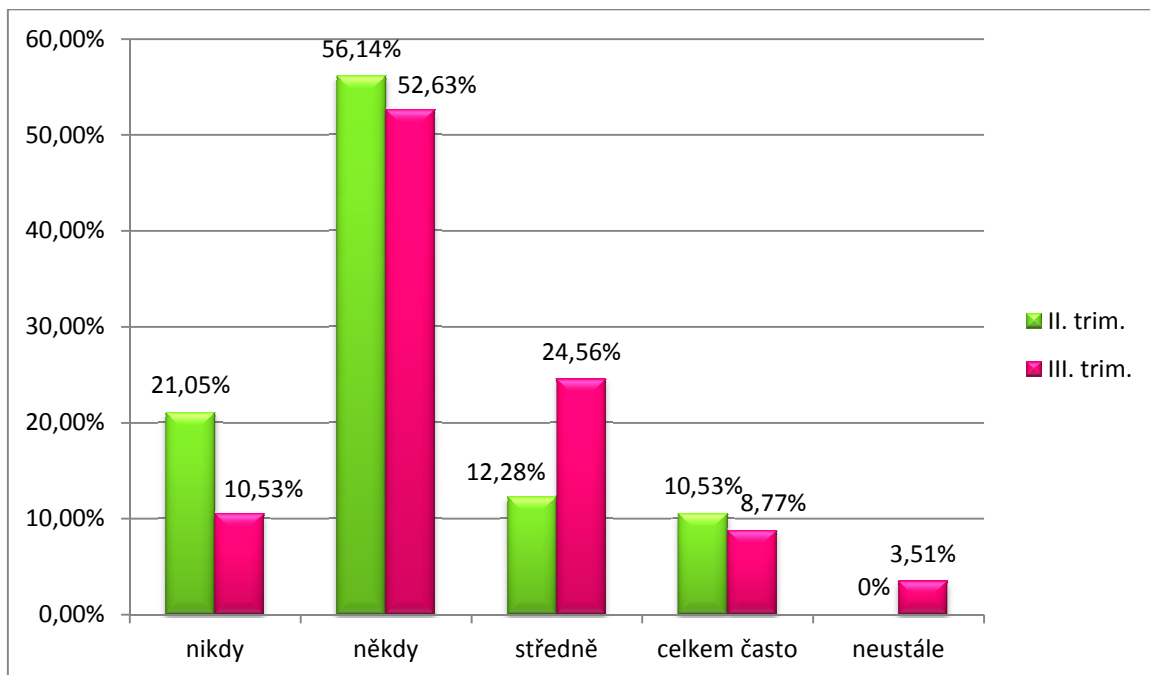
V III. trimestru těhotenství je spokojeno s dopravou 49,12 % (28 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno je 21,05 % (12 osob) respondentek, velmi spokojeno je 15,79 % (9 osob) respondentek, nespokojeno 12,28 % (7 osob) respondentek a 1,75 % (1 osoba) respondentek je velmi nespokojeno s dopravou v místě bydliště.

Otázka č. 26: Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Tab. 35: Tab. 35 Prožívání negativních pocitů

odpověď		nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	12	32	7	6	0	57
	relativní četnost (%)	21,05	56,14	12,28	10,53	0	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	6	30	14	5	2	57
	relativní četnost (%)	10,53	52,63	24,56	8,77	3,51	100,0

Graf 31: Prožívání negativních pocitů



V II. trimestru těhotenství prožívá někdy negativní emoce 56,14 % (32 osob) respondentek, nikdy 21,05 % (12 osob) respondentek, středně často 12,28 % (7 osob) respondentek a celkem často prožívá negativní emoce 10,53 % (6 osob) respondentek.

V III. trimestru těhotenství prožívá někdy negativní emoce 52,63 % (30 osob) respondentek, středně často 24,56 % (14 osob) respondentek, nikdy 10,53 % (6 osob) respondentek, celkem často 8,77 % (5 osob) respondentek a neustále 3,51 % (2 osoby) respondentek.

Tab. 36: Průměrné skóry položek u těhotných žen a u běžné populace

položky	II. trim. (průměrný skór)	III. trim. (průměrný skór)	populační norma (průměrný skór)
Q1 Kvalita života	4,25	4,04	3,82
Q2 Spokojenost se zdravím	4,30	3,98	3,68
q3 bolest a nepříjemné pocity	1,67	2,25	4,03
q4 závislost na lékařské péči	1,37	1,49	4,16
q5 potěšení ze života	4,33	4,25	3,83
q6 smysl života	4,51	4,51	3,86
q7 soustředění	3,84	3,75	3,55
q8 osobní bezpečí	3,79	3,89	3,24
q9 životní prostředí	3,54	3,65	2,85
q10 energie a únava	4,04	3,51	3,62
q11 přijetí tělesného vzhledu	4,21	3,84	3,90
q12 finanční situace	3,54	3,65	2,87
q13 přístup k informacím	4,28	3,32	3,87
q14 záliby	3,67	3,25	3,33
q15 pohyblivost	4,30	3,72	4,27
q16 spánek	3,65	2,96	3,61
q17 každodenní činnosti	3,98	3,30	3,76
q18 pracovní výkonnost	3,93	3,44	3,76
q19 spokojenost se sebou	4,18	3,68	3,57
q20 osobní vztahy	4,28	4,21	3,75
q21 sexuální život	3,89	3,51	3,64
q22 podpora přátel	4,23	4,16	3,85
q23 prostředí v okolí bydliště	3,95	3,98	3,54
q24 dostupnost zdravotní péče	4,25	4,19	3,70
q25 doprava	3,72	3,65	3,19
q26 negativní pocity	2,12	2,42	3,47
Doména 1 – Fyzické zdraví	16,49	14,40	15,55
Doména 2 – Prožívání	16,63	15,74	14,78
Doména 3 – Sociální vztahy	16,54	15,84	14,98
Doména 4 – Prostředí	15,37	15,29	13,30

V tabulce 36 jsou porovnány průměrné skóry jednotlivých položek a domén u těhotných žen v II. a III. trimestru těhotenství s běžnou, relativně zdravou populací.

U otázek Q1 a Q2 byl zaznamenán vyšší průměrný skór v II. trimestru těhotenství než v trimestru III. a zároveň byly tyto hodnoty vyšší, než je průměrný skór u běžné populace 3,82.

V doméně 1 byl zaznamenán vyšší průměrný skór u těhotných žen v II. trimestru těhotenství než v III. trimestru. Průměrný skór běžné populace 15,55 je vyšší než průměrný skór těhotných žen v II. trimestru a nižší než u žen v III. trimestru těhotenství.

Doména 2, 3 a 4 získaly opět v II. trimestru těhotenství vyšší průměrný skór než v III. trimestru těhotenství, zároveň jsou obě tyto hodnoty vyšší, než průměrný skór u běžné populace pro doménu 2 -14,78, doménu 3 – 14,98 a doménu 4 – 13,30.

8. Vyhodnocení dotazníku QOL – GRAV

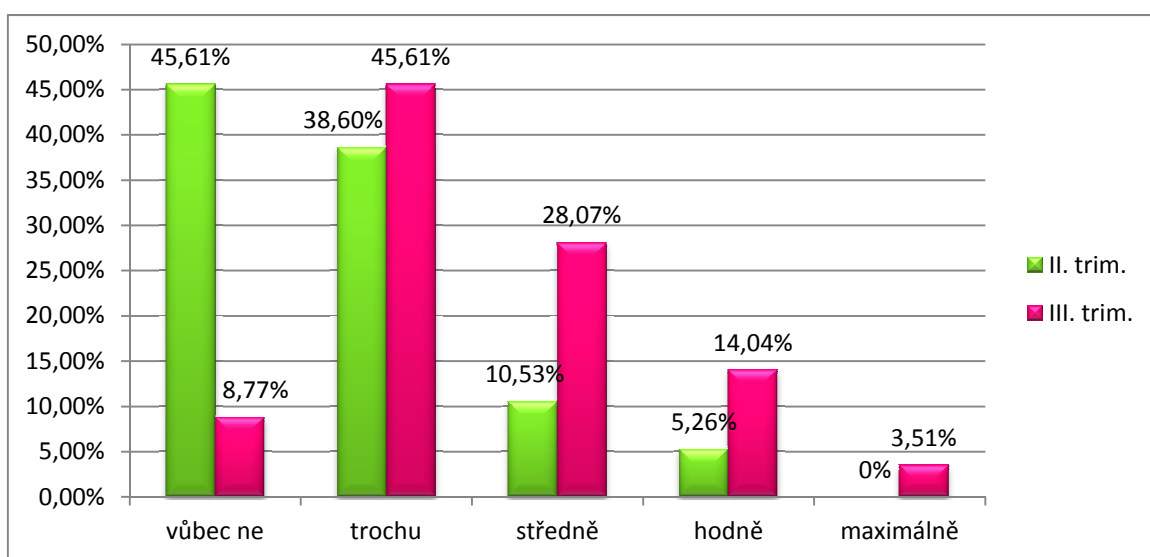
Plné znění dotazníku viz. příloha č. 3.

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

Tab. 37: Tělesné změny

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	26	22	6	3	0	57
	relativní četnost (%)	45,61	38,60	10,53	5,26	0	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	5	26	16	8	2	57
	relativní četnost (%)	8,77	45,61	28,07	14,04	3,51	100,0

Graf 32: Tělesné změny



V II. trimestru těhotenství si 45,61 % (26 osob) respondentek myslí, že tělesné změny související s tímto těhotenstvím jim vůbec nevytváří překážku v tom, co potřebují dělat. 38,60 % (22 osob) respondentek si myslí, že trochu, středně 10,53% (6 osob) respondentek a hodně pociťuje změny 5,26% (3 osoby) respondentek.

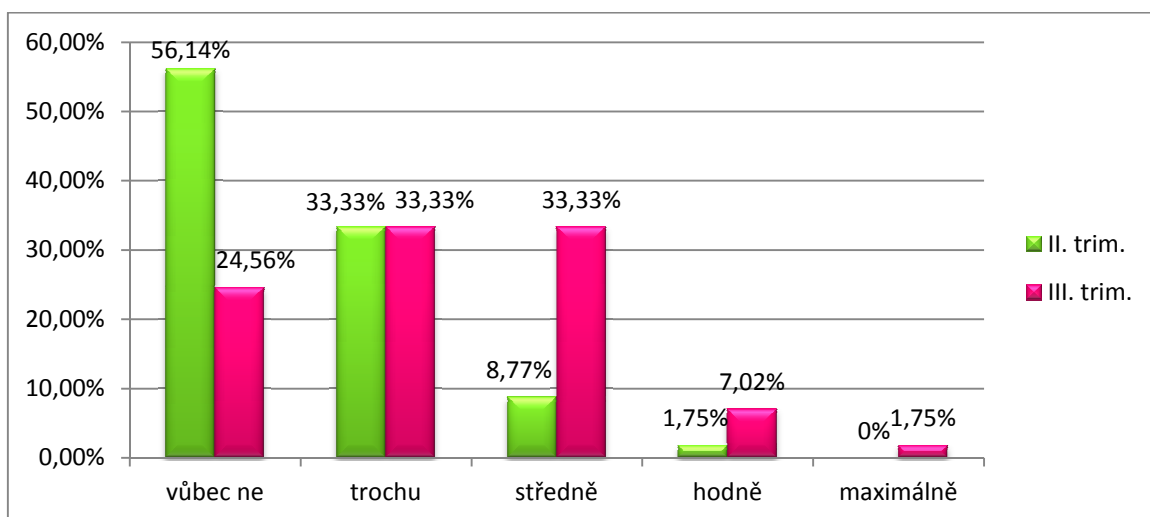
V III. trimestru těhotenství si 45,61% (26 osob) respondentek myslí, že jim tělesné obtíže trochu vytvářejí překážku v tom, co potřebují dělat. 28,07% (16 osob) respondentek si myslí, že středně, 14,04% (8 osob) respondentek uvádí, že hodně, vůbec ne 8,77% (5 osob) respondentek a maximálně 3,51% (2 osoby) respondentek.

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

Tab. 38: Psychické změny

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	32	19	5	1	0	57
	relativní četnost (%)	56,14	33,33	8,77	1,75	0	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	14	19	19	4	1	57
	relativní četnost (%)	24,56	33,33	33,33	7,02	1,75	100,0

Graf 33: Psychické změny



V II. trimestru těhotenství se 56,14 % (32 osob) respondentek domnívá, že jim psychické změny související s tímto těhotenstvím vůbec nebrání v tom, co potřebují dělat. Trochu omezují 33,33 % (19 osob) respondentek, středně 8,77 % (5 osob) respondentek a hodně omezují 1,75 % (1 osoba) respondentek.

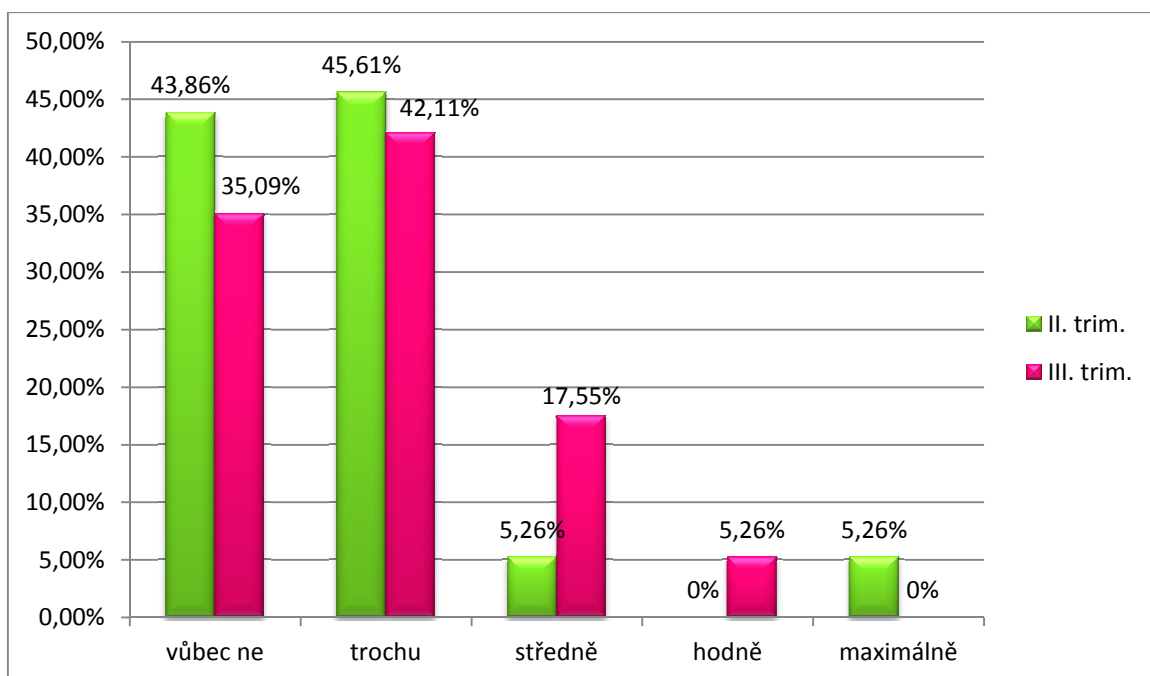
V III. trimestru těhotenství trochu omezují psychické změny v tomto těhotenství 33,33 % (19 osob) respondentek. Středně je omezují u 33,33 % (19 osob) respondentek, vůbec je neomezují u 24,56 % (14 osob) respondentek, hodně u 7,02 % (4 osoby) respondentek a maximálně u 1,75 % (1 osoba) respondentek.

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

Tab. 39: Péče o domácnost

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	25	26	3	0	3	57
	relativní četnost (%)	43,86	45,61	5,26	0	5,26	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	20	24	10	3	0	57
	relativní četnost (%)	35,09	42,11	17,55	5,26	0	100,0

Graf 34: Péče o domácnost



V II. trimestru těhotenství má trochu obavy ze zvládnutí péče o domácnost 45,61 % (26 osob) respondentek. Vůbec žádné obavy nepociťuje 43,86 % (25 osob) respondentek, střední obavy má 5,26 % (3 osoby) respondentek a 5,26 % (3 osoby) pociťují maximální obavy ze zvládnutí péče o domácnost.

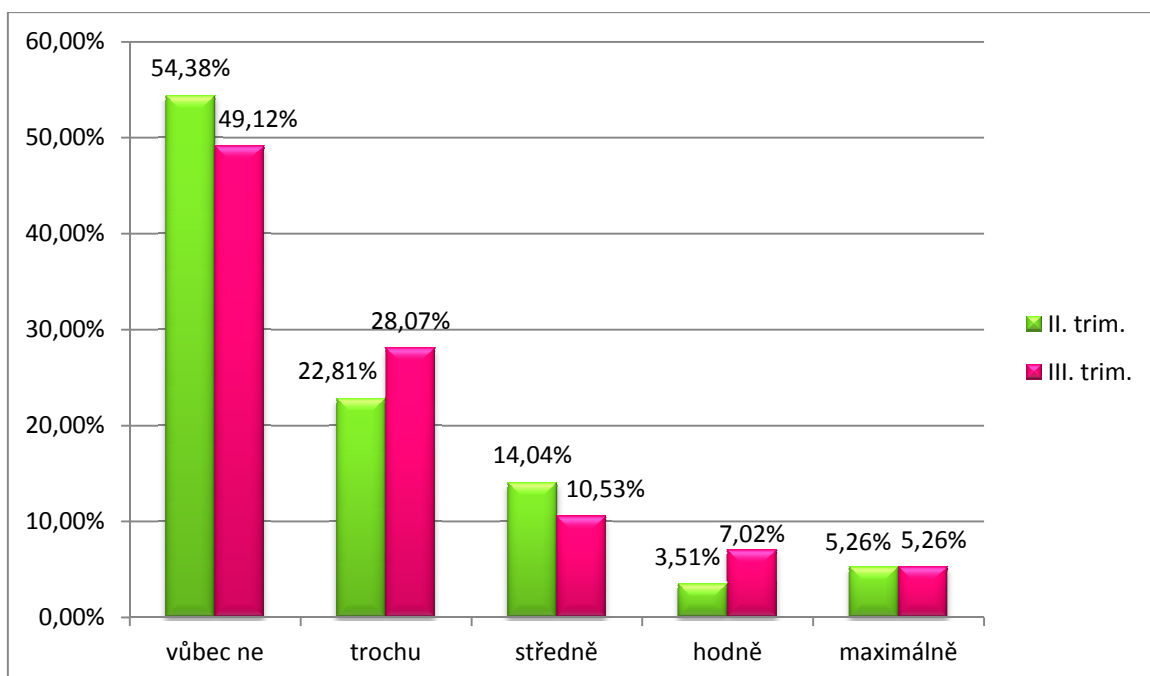
V III. trimestru těhotenství má trochu obavy ze zvládnutí péče o domácnost 42,11 % (24 osob) respondentek. Vůbec žádné obavy nepociťuje 35,09 % (20 osob) respondentek, střední obavy byly zaznamenány u 17,55 % (10 osob) respondentek a hodně velké obavy u 5,26 % (3 osoby) respondentek.

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

Tab. 40: Obava o průběh těhotenství

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	31	13	8	2	3	57
	relativní četnost (%)	54,38	22,81	14,04	3,51	5,26	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	28	16	6	4	3	57
	relativní četnost (%)	49,12	28,07	10,53	7,02	5,26	100,0

Graf 35: Obava o průběh těhotenství



V II. trimestru těhotenství nemá vůbec žádné obavy o zdárné donošení plodu 54,38 % (31 osob) respondentek, trochu má obavy 22,81 % (13 osob) respondentek, střední obavy má 14,04 % (8 osob) respondentek, hodně velké obavy má 7,02 % (4 osoby) respondentek a maximální obavy pociťuje 5,26 % (3 osoby) respondentek.

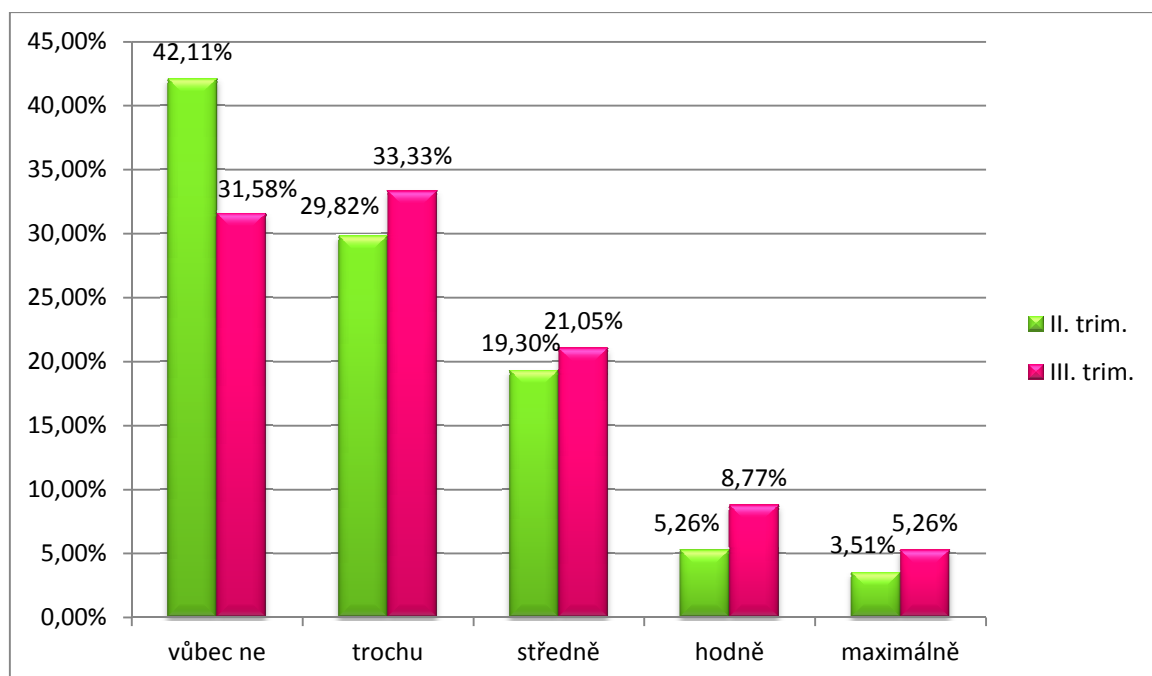
V III. trimestru těhotenství nemá vůbec žádné obavy o zdárné donošení plodu 49,12 % (28 osob) respondentek, trochu pociťuje obavy 28,07 % (16 osob) respondentek, střední obavy má 10,53 % (6 osob) respondentek, hodně velké 7,02 % (4 osoby) respondentek a maximální obavy pociťuje 5,26 % (3 osoby) respondentek.

Otázka č. 5: Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?

Tab. 41: Obavy z porodu

odpověď		vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5	celková četnost
II. trim.	absolutní četnost (n)	24	17	11	3	2	57
	relativní četnost (%)	42,11	29,82	19,30	5,26	3,51	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	18	19	12	5	3	57
	relativní četnost (%)	31,58	33,33	21,05	8,77	5,26	100,0

Graf 36: Obavy z porodu



V II. trimestru těhotenství nemá vůbec žádné obavy z porodu 42,11 % (24 osob) respondentek, trochu se porodu obává 29,82 % (17 osob) respondentek, středně 19,30 % (11 osob) respondentek, hodně 5,26 % (3 osoby) respondentek a maximální obavy z porodu se objevily u 3,51 % (2 osoby) respondentek.

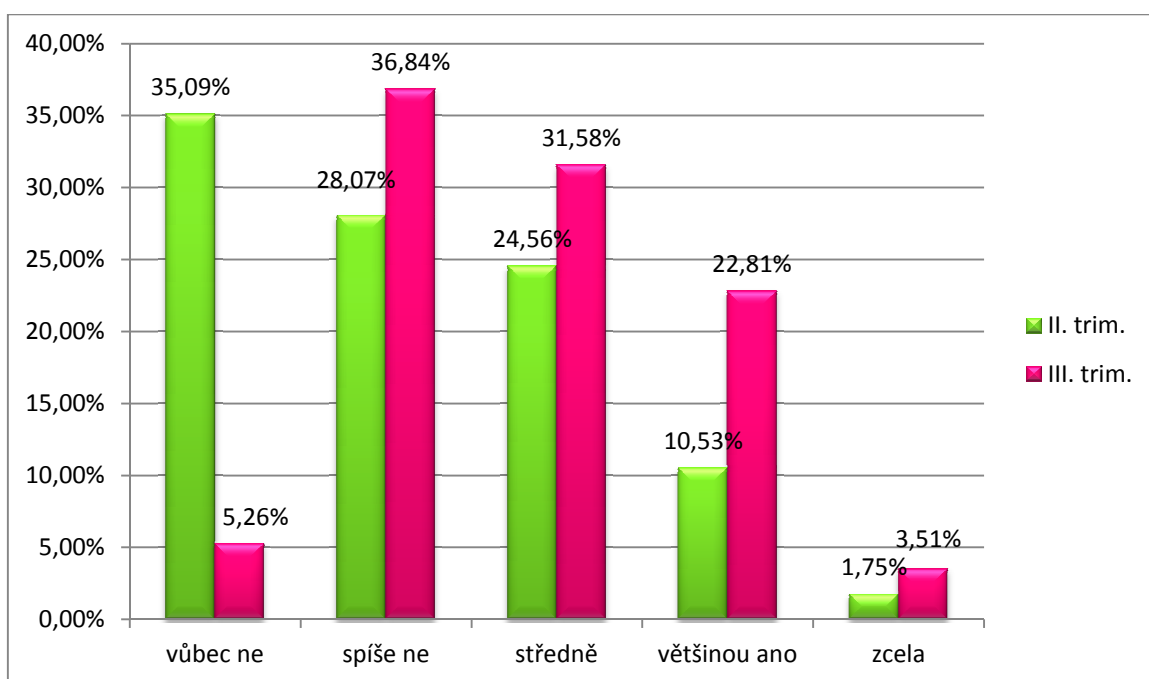
V III. trimestru těhotenství má 33,33 % (19 osob) respondentek obavy jen trochu, u 31,58 % (18 osob) respondentek nebyly zaznamenány vůbec, středně se porodu obává 21,05 % (12 osob) respondentek, hodně 8,77 % (5 osob) respondentek a maximálně 5,26 % (3 osoby) respondentek.

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

Tab. 42: Fyzická aktivita

odpověď		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	20	16	14	6	1	57
	relativní četnost (%)	35,09	28,07	24,56	10,53	1,75	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	3	21	18	13	2	57
	relativní četnost (%)	5,26	36,84	31,58	22,81	3,51	100,0

Graf 37: Fyzická aktivita



V II. trimestru těhotenství nemuselo vůbec omezit svou fyzickou aktivitu 35,09 % (20 osob) respondentek a spíše nemuselo 28,07 % (16 osob) respondentek. 24,56 % (14 osob) respondentek muselo omezit fyzickou aktivitu středně, většinou ano 10,53 % (6 osob) respondentek a zcela omezit 1,75 % (1 osoba) respondentek.

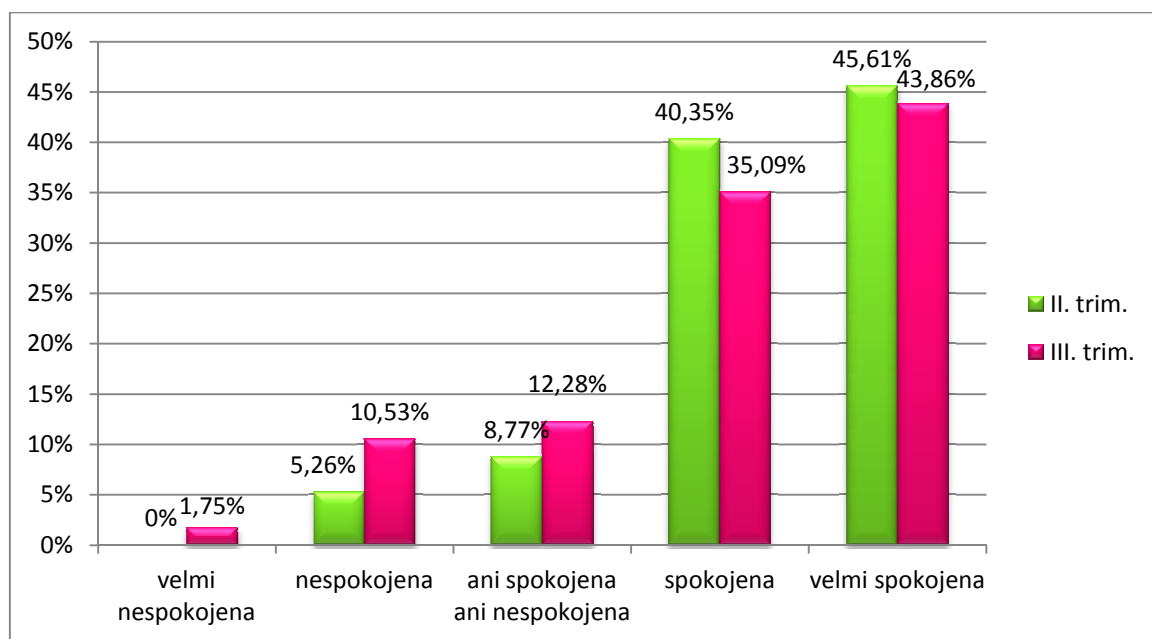
V III. trimestru těhotenství spíše nemuselo omezit fyzickou aktivitu 36,84 % (21 osob) respondentek, středně 31,58 % (18 osob) respondentek, většinou ano 22,81 % (13 osob) respondentek, vůbec ne 5,26 % (3 osoby) respondentek a zcela omezit ji muselo 3,51 % (2 osoby) respondentek.

Otázka č. 7: Jak jste teď spokojena s partnerským životem?

Tab. 43: Spokojenost s partnerským životem

odpověď		velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	3	5	23	26	57
	relativní četnost (%)	0	5,26	8,77	40,35	45,61	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	1	4	7	20	25	57
	relativní četnost (%)	1,75	10,53	12,28	35,09	43,86	100,0

Graf 38: Spokojenost s partnerským životem



V II. trimestru těhotenství se cítí být velmi spokojeno s partnerským životem 45,61 % (26 osob) respondentek. Spokojeno se cítí být 40,35 % (23 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 8,77 % (5 osob) respondentek a nespokojeno se cítí být 5,26 % (3 osoby) respondentek.

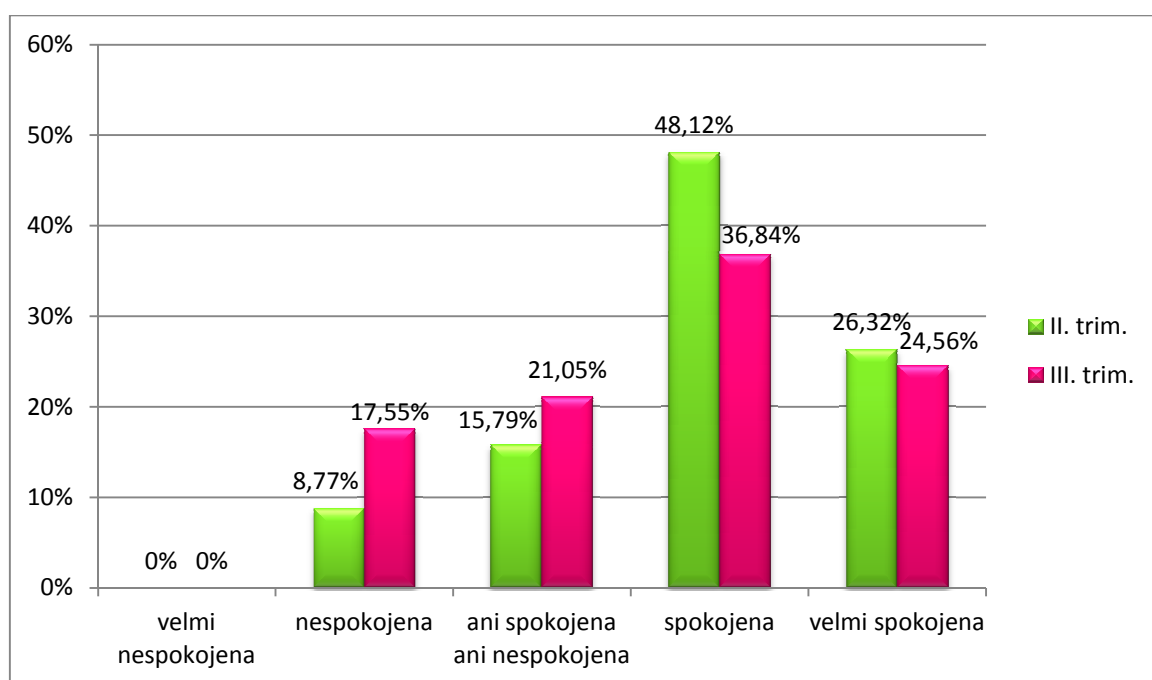
V III. trimestru těhotenství se cítí být spokojeno s partnerským životem 43,86 % (25 osob), spokojeno 35,09 % (20 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 12,28 % (7 osob) respondentek a nespokojeno je 10,53 % (6 osob) respondentek.

Otázka č. 8: Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?

Tab. 44: Spokojenost se společenským životem

odpověď		velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	5	9	28	15	57
	relativní četnost (%)	0	8,77	15,79	48,12	26,32	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	10	12	21	14	57
	relativní četnost (%)	0	17,55	21,05	36,84	24,56	100,0

Graf 39: Spokojenost se společenským životem



V II. trimestru těhotenství se cítí být spokojeno se společenským životem 48,12 % (28 osob) respondentek, 26,32 % (15 osob) respondentek se cítí být velmi spokojeno se svým společenským životem, ani spokojeno ani nespokojeno je 15,79 % (9 osob) respondentek a 8,77 % (5 osob) respondentek se cítí být nespokojeno.

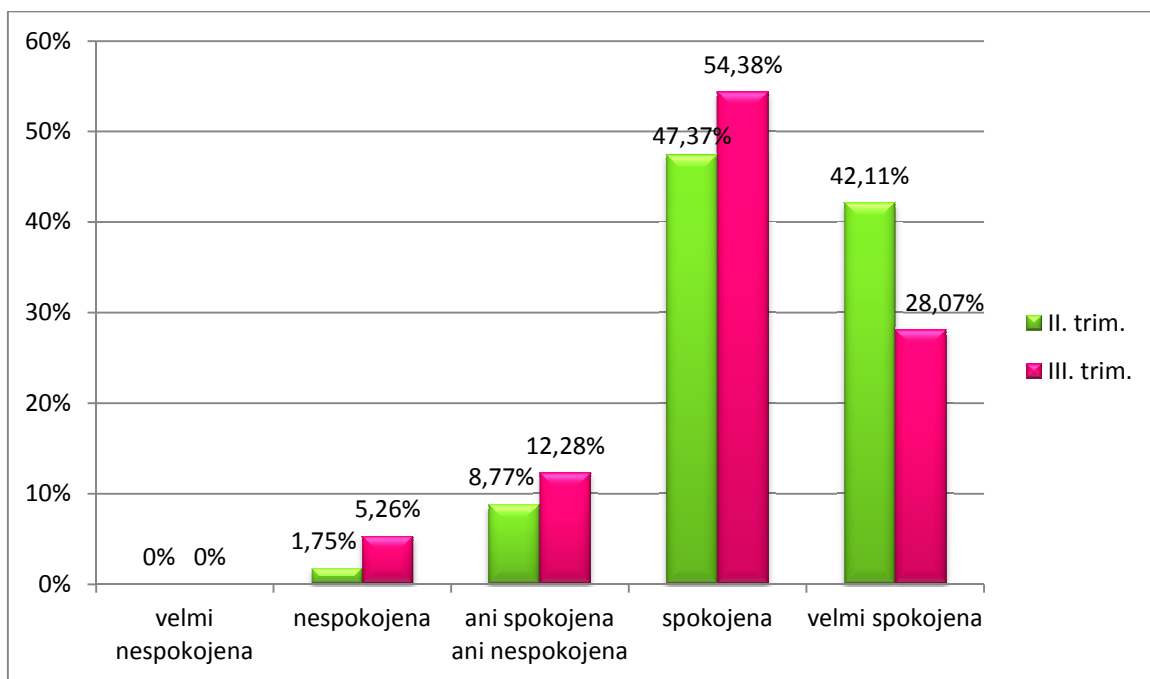
V III. trimestru těhotenství se cítí být spokojeno se společenským životem 36,84 % (21 osob) respondentek, velmi spokojeno 24,56 % (14 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno 21,05 % (12 osob) respondentek a 17,55 % (10 osob) respondentek je se společenským životem nespokojeno.

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

Tab. 45: Adaptace na těhotenství

odpověď		velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena	celková četnost
		1	2	3	4	5	
II. trim.	absolutní četnost (n)	0	1	5	27	24	57
	relativní četnost (%)	0	1,75	8,77	47,37	42,11	100,0
III. trim.	absolutní četnost (n)	0	3	7	31	16	57
	relativní četnost (%)	0	5,26	12,28	54,38	28,07	100,0

Graf 40: Adaptace na těhotenství



V II. trimestru těhotenství je 47,37 % (27 osob) respondentek spokojeno s tím, jak se jim daří přizpůsobit se tomuto těhotenství. Velmi spokojeno s přizpůsobením se těhotenství je 42,11 % (24 osob) respondentek, ani spokojeno ani nespokojeno je 8,77 % (5 osob) respondentek a nespokojeno s přizpůsobením se těhotenství je 1,75 % (1 osoba) respondentek.

V III. trimestru těhotenství je spokojeno s přizpůsobením se těhotenství 54,38 % (31 osob) respondentek, velmi spokojeno 28,07 % (16 osob) respondentek, ani spokojeno ani

nespokojeno je 12,28 % (7 osob) respondentek a 5,26 % (3 osoby) respondentek není spokojena s tím, jak se jim daří přizpůsobit se tomuto těhotenství.

Tab. 46: Průměrné skóry položek dotazníku QOL – GRAV

Položky	II. trim. (průměrný skór)	III. trim. (průměrný skór)
1. Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat, to, co potřebujete?	1,75	2,58
2. Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete?	1,56	2,28
3. Jak moc se obáváte, že nezvládnete péči o domácnost?	1,77	1,93
4. Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	1,82	1,91
5. Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	1,98	2,23
6. Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	2,16	2,82
7r. Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	1,74	1,88
8r. Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	2,07	2,32
9r. Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	1,67	1,95
Celkový průměrný skór (celkový skór) QOL-GRAV	1,84	2,21

Průměrná těhotenská kvalita života byla v II. trimestru těhotenství vyjádřena průměrným skórem 1,84, v III. trimestru 2,21. Dle interpretace výsledků autorů dotazníku, je těhotenská kvalita života žen v II. trimestru těhotenství označována za výbornou, kdy těhotenství pro těhotnou ženu nepředstavuje zátěž a pozitivně ovlivňuje její kvalitu života. V III. trimestru těhotenství je těhotenská kvalita života označována za velmi dobrou, kdy těhotenství pro těhotnou ženu představuje jen mírnou zátěž, ale nevyžaduje konzultaci s lékařem.

8.1 Somatické změny a jejich zvládací strategie

Tab. 47: Četnost somatických změn

somatické změny	II. trimestr			III. trimestr		
hmotnostní přírůstek	8	4	1	6	9	2
bolest zad	6	1	4	12	6	4
varixy	4	2	-	4	2	-
omezení hybnosti	3	2	-	9	2	3
pálení žáhy	2	-	-	5	1	3
křeče do nohou	2	-	-	1	1	-
zvětšující se objem břicha	2	-	-	1	1	-
otoky	1	2	1	7	5	-
nauzea	1	-	1	-	-	-
zácpa	1	-	1	1	1	1
bolest – tvrdnutí břicha	1	-	-	-	2	-
vyšší tlak	1	-	-	-	-	1
bolest hlavy	1	-	-	-	-	-
únava	1	-	-	-	-	-
bolest prsou	1	-	-	-	-	-
dušnost	-	2	-	1	7	2
výtok	-	2	-	-	-	-
bolest DK, pánve	-	1	-	1	1	2
časté nutkání na močení	-	1	1	-	-	-
alergie	-	-	-	1	-	-
žádné somatické změny	22	40	48	8	17	39
celkem těhotných žen	57	57	57	57	57	57

Ze somatických změn na prvním místě ženám v II. trimestru těhotenství nejvíce vadil hmotnostní přírůstek (8), bolest zad (6), varixy (4), omezení hybnosti (3), nulový výskyt změn uvedlo 22 těhotných žen.

V III. trimestru byla na prvním místě označována bolest zad (12), omezení hybnosti (9), otoky (7), hmotnostní přírůstek (6), pálení žáhy (5), nulový výskyt změn uvedlo 8 těhotných žen.

Tab. 48: Zvládací strategie somatických změn

zvládací strategie somatických změn	II. trimestr			III. trimestr		
pohyb, cvičení	6	4	-	5	1	2
nepřejídat se, nejíst večer	3	2	-	-	1	-
elastické punčocháče	3	1	-	4	1	-
odpočinek, relaxace	2	1	1	10	5	2
gymnastický balón	1	1	1	2	1	-
smíření se s tím	1	1	1	4	1	-
správná výživa, úprava stravy	4	1	-	-	2	3
dostatek spánku	1	-	-	-	-	-
změna životního stylu	1	-	-	-	-	-
pomoc blízkých (rodiny)	1	-	-	-	-	-
magnézium	1	-	-	-	-	-
„boty si obouvám lžící, tkaničky si zavazuji na vyvýšeném místě“	1	-	-	-	-	-
zvýšená poloha dolních končetin, studená sprcha	-	2	-	5	1	-
omezení fyzické činnosti	-	1	-	-	1	-
zvýšená hygiena	-	1	-	-	-	-
vláknina	-	-	1	-	1	-
těhotenský pás	-	-	1	-	-	2
změna matrace	-	-	1	-	-	-
mléko	-	-	-	1	-	1
pomalejší tempo, pomalejší chůze	-	-	-	-	2	2
antacida	-	-	-	1	-	-
nemyslet na to	-	-	-	1	-	-
procházky	-	-	-	1	1	-
Lactulosa	-	-	-	1	-	1
vyhýbání se alergenům	-	-	-	1	-	-
teplá sprcha	-	-	-	1	-	-
masáže	-	-	-	1	-	-
žádné strategie	32	42	51	19	39	44
celkem těhotných žen	57	57	57	57	57	57

Ze zvládacích strategií somatických změn se u těhotných žen na prvním místě v II. trimestru těhotenství objevily pohyb a cvičení (6), správná výživa a úprava stravy (4), nepřejídat se a nejíst večer (3), elastické punčocháče (3), odpočinek a relaxace (2). Žádné zvládací strategie uvedlo 32 těhotných žen.

V III. trimestru těhotenství se ze zvládacích strategií na prvním místě objevily odpočinek a relaxace (10), pohyb a cvičení (5), zvýšená poloha dolních končetin a studená

sprcha (5), elastické punčocháče (4), smíření se s tím (4). Žádné zvládací strategie uvedlo 19 těhotných žen.

8.2 Psychické změny a jejich zvládací strategie

Tab. 49: Četnost psychických změn

Psychické změny	II. trimestr			III. trimestr		
poruchy spánku	13	-	1	18	5	2
přecitlivělost	8	3	1	4	3	1
strach	3	1	3	2	5	-
nervozita	2	1	1	5	2	2
stres	1	-	-	1	-	-
náladovost	1	-	-	-	-	-
úzkost	-	2	2	-	1	-
plačtivost	-	2	1	4	2	1
deprese	-	1	-	-	1	1
únava	-	-	-	1	-	-
agresivita	-	-	-	-	2	4
žádné psychické změny	29	47	48	22	36	46
celkem těhotných žen	57	57	57	57	57	57

Z psychických změn se na prvním místě v II. trimestru těhotenství objevily poruchy spánku (13), přecitlivělost (8), strach (3), nervozita (2). Nulový výskyt změn uvedlo 29 těhotných žen.

V III. trimestru těhotenství se na prvním místě objevily poruchy spánku (18), nervozita (5), přecitlivělost (4), plačtivost (4), žádné změny uvedlo 22 těhotných žen.

Tab. 50: Zvládací strategie psychických změn

zvládací strategie psychických změn	II. trimestr			III. trimestr		
odpočinek, relaxace	4	1	1	6	2	1
nechat emoce proběhnout	3	-	-	2	1	1
pozitivní myšlení, pozitivní přístup	2	2	-	2	2	1
četba, film	2	-	1	1	-	2
nemyslet na to	1	-	-	2	-	-
psychický klid, zachovat klid	1	-	-	2	2	2
„zanadávat si“	1	-	-	-	-	-
nebrat si to	1	-	-	-	-	-
zaměstnat se	1	-	-	-	-	-
procházky v přírodě	-	1	1	-	1	1
popovídat si s partnerem	-	1	-	-	1	-
pohyb	-	1	-	-	-	-
bylinné čaje	-	-	1	-	1	-
popovídat si s přáteli	-	-	1	-	-	-
vyhýbat se konfliktním situacím, nestresovat se	-	-	-	1	-	1
spánek	-	-	-	4	-	-
pravidelný režim	-	-	-	-	1	-
nespěchat	-	-	-	1	-	-
čokoláda	-	-	-	1	-	-
předporodní kurz	-	-	-	1	-	-
uvědomování si změn	-	-	-	-	1	-
žádné strategie	41	51	52	34	45	49
celkem těhotných žen	57	57	57	57	57	57

Ze zvládacích strategií psychických změn se u těhotných žen na prvním místě v II. trimestru těhotenství objevily odpočinek a relaxace (4), nechat emoce proběhnout (3), pozitivní myšlení a pozitivní přístup (2), četba a film (2), žádné strategie uvedlo 41 těhotných žen.

V III. trimestru těhotenství se na prvním místě objevily odpočinek a relaxace (5), spánek (4), nechat emoce proběhnout (2), pozitivní myšlení a pozitivní přístup (2), nemyslet na to (2), psychický klid a zachovat klid (2), žádné strategie uvedlo 34 těhotných žen.

9. Statistické vyhodnocení kvality života těhotných žen

9.1 Porovnání kvality života těhotných žen v II. a III. trimestru těhotenství

Tab. 51: Kvalita života těhotných žen v II. a III. trimestru těhotenství

Hodnotící položky kvality života		II. trim.	III. trim.	významnost p
		průměrný skór	průměrný skór	
WHOQOL-BREF	Q1 Kvalita života	4,25	4,04	0,0093
	Q2 Spokojenost se zdravím	4,30	3,98	0,00022
	Doména 1 – Fyzické zdraví	16,49	14,40	0,000
	Doména 2 – Prožívání	16,63	15,74	0,00003
	Doména 3 – Sociální vztahy	16,54	15,84	0,0013
	Doména 4 – Prostředí	15,37	15,29	0,11
QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,84	2,21	0,000

Zvolená hladina významnosti je $\alpha = 0,050$

Kvalita života těhotných žen je hodnocena jako vyšší v II. trimestru těhotenství. Statisticky významný rozdíl mezi oběma trimestry byl dosažen párovým t-testem ve všech oblastech, kromě oblasti mapující prostředí ($p=0,11$), ve kterém těhotné ženy žijí.

9.2 Porovnání kvality života těhotných žen ve Středočeském a Královéhradeckém kraji

Tab. 52: Kvalita života žen ve Středočeském a Královéhradeckém kraji

kraj	hodnotící položky kvality života		II. trim.	III. trim.	významnost p
			průměrný skór	průměrný skór	
Královéhradecký kraj	WHOQOL-BREF	Q1 Kvalita života	4,03	3,90	0,29
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,14	3,90	0,07
		Doména 1 – Fyzické zdraví	15,68	14,11	0,002
		Doména 2 – Prožívání	16,02	15,68	0,18
		Doména 3 – Sociální vztahy	16,41	15,77	0,046
		Doména 4 – Prostředí	14,88	15,12	0,9
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,98	2,22	0,022
Středočeský kraj	WHOQOL-BREF	Q1 Kvalita života	4,46	4,18	0,0049
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,46	4,07	0,00096

kraj	hodnotící položky kvality života		II. trim.	III. trim.	významnost p
			průměrný skór	průměrný skór	
		Doména 1 – Fyzické zdraví	17,33	14,69	0,000004
		Doména 2 – Prožívání	17,26	15,81	0,000
		Doména 3 – Sociální vztahy	16,67	15,90	0,014
		Doména 4 – Prostředí	15,88	15,46	0,066
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,68	2,20	0,000

Těhotné ženy v Královéhradeckém kraji i v kraji Středočeském, hodnotí celkovou kvalitu svého života jako vyšší v II. trimestru těhotenství, což je zřejmé jak z údajů získaných a zpracovaných v dotazníku WHOQOL – BREF, tak v dotazníku QOL - GRAV.

Odlišné hodnocení v Královéhradeckém kraji vidíme pouze v oblasti prostředí. Tato oblast byla hodnocena vyšším průměrným skórem v III. trimestru těhotenství. Párovým t-testem byl zjištěn statisticky významný rozdíl v oblasti fyzického zdraví ($p=0,002$), sociálních vztahů ($p=0,046$) a v těhotenské kvalitě života ($p=0,022$).

U těhotných žen ve Středočeském kraji byl párovým t-testem dosažen statisticky významný rozdíl ve všech hodnotících položkách kromě oblasti prostředí ($p=0,066$).

Dvouvýběrovým t-testem byl dosažen statisticky významný rozdíl mezi oběma kraji pouze v hodnocení kvality života ($p=0,021$) a spokojenosti se zdravím ($p=0,038$) v II. trimestru těhotenství. Těhotné ženy ze Středočeského kraje hodnotí kvalitu svého života a spokojenost se zdravím v II. trimestru jako vyšší než ženy z kraje Královéhradeckého.

Statisticky významný rozdíl prokázaný dvouvýběrovým t-testem mezi oběma kraji se projevil při hodnocení ukazatelů kvality života v II. a III. trimestru v oblasti prožívání ($p=0,021$) a v těhotenské kvalitě života ($p=0,0097$).

9.3 Posouzení vlivu demografických proměnných na kvalitu života

Kvalita života těhotných žen dle věkových skupin

Tab. 53: Kvalita života těhotných žen dle věkových skupin

věková kategorie	hodnotící položky kvality života		II. trim.	III. trim.	významnost p
			průměrný skór	průměrný skór	
do 20 let	WHOQOL- BREF	Q1 Kvalita života	-	-	-
		Q2 Spokojenost se zdravím	-	-	-
		Doména 1 – Fyzické zdraví	-	-	-
		Doména 2 – Prožívání	-	-	-
		Doména 3 – Sociální vztahy	-	-	-
		Doména 4 – Prostředí	-	-	-
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	-	-	-
20-24 let	WHOQOL- BREF	Q1 Kvalita života	4,20	4,10	0,37
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,50	4,00	0,052
		Doména 1 – Fyzické zdraví	16,63	14,86	0,00076
		Doména 2 – Prožívání	17,00	16,47	0,27
		Doména 3 – Sociální vztahy	18,00	17,47	0,17
		Doména 4 – Prostředí	15,40	15,20	0,17
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,59	2,12	0,00007
25-29 let	WHOQOL- BREF	Q1 Kvalita života	4,25	4,06	0,27
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,44	4,00	0,0089
		Doména 1 – Fyzické zdraví	17,50	14,96	0,00018
		Doména 2 – Prožívání	17,46	15,71	0,00093
		Doména 3 – Sociální vztahy	16,42	15,42	0,0096
		Doména 4 – Prostředí	15,81	15,44	0,016
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,64	2,19	0,000
30-34 let	WHOQOL- BREF	Q1 Kvalita života	4,13	3,67	0,014
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,20	3,80	0,016
		Doména 1 – Fyzické zdraví	15,58	12,99	0,0027
		Doména 2 – Prožívání	15,51	14,71	0,13
		Doména 3 – Sociální vztahy	15,64	14,93	0,24
		Doména 4 – Prostředí	15,00	14,87	0,65
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	2,11	2,28	0,29
35 let a více	WHOQOL- BREF	Q1 Kvalita života	4,38	4,31	0,67
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,13	4,13	1
		Doména 1 – Fyzické zdraví	16,25	14,86	0,022
		Doména 2 – Prožívání	16,63	16,29	0,048
		Doména 3 – Sociální vztahy	16,58	16,08	0,24
		Doména 4 – Prostředí	15,25	15,59	1
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,93	2,22	0,0096

Kvalita života těhotných žen je ve všech věkových kategoriích hodnocena jako vyšší v II. trimestru těhotenství. Pouze v kategorii 35 let a více je hodnocena spokojenost se zdravím stejným průměrným skórem jak v II. trimestru, tak v III. trimestru těhotenství. Oblast prostředí je hodnocena vyšším průměrným skórem v III. trimestru těhotenství.

Párovým t-testem byl dosažen statisticky významný rozdíl ve věkové kategorii 20 - 24 let v oblasti fyzického zdraví ($p=0,00076$) a v těhotenské kvalitě života ($p=0,00007$). V kategorii 25 - 29 let ve všech oblastech kromě hodnocení kvality života ($p=0,27$). V kategorii 30 - 34 let v hodnocení kvality života ($p=0,014$), spokojenosti se zdravím ($p=0,016$) a v oblasti fyzického zdraví ($p=0,0027$). V kategorii 35 let a více v oblasti fyzického zdraví ($p=0,022$), prožívání ($p=0,048$) a v hodnocení těhotenské kvality života ($p=0,0096$).

Jednofaktorová analýza rozptylu s post hoc Fisherovým LSD testem prokázala statisticky významný rozdíl v oblasti prožívání ve III. trimestru těhotenství pro věkové kategorie 20 - 24 let (průměrný skóre = 16,47) x 30 - 34 let (průměrný skóre = 14,71) a pro věkové kategorie 30 - 34 let (průměrný skóre = 14,71) x 35 let a více (průměrný skóre = 16,29; viz tab. 54).

Tab. 54: Jednofaktorová analýza rozptylu s post hoc Fisherovým LSD test pro doménu 2 v III. trimestru těhotenství

Fisher's LSD Multiple-Comparison Test			
Group	Count	Mean	Different From Groups
20-24	10	16,47	30-34
25-29	16	15,71	-
30-34	15	14,71	20-24, 35 let a více
35 let a více	16	16,29	30-34

Kruskal – Wallisova neparametrická analýza s post hoc Dunnovým testem prokázala statisticky významný rozdíl v těhotenské kvalitě života pro věkové kategorie 25 - 29 let ($p = 0,000$) x 30 - 34 let ($p = 0,29$; viz tab. 55).

Tab. 55: Kruskal-Wallisova neparametrická analýza s post hoc Dunnovým testem pro těhotenskou kvalitu života v III. trimestru těhotenství

Kruskal-Wallis Multiple-Comparison Z-Value Test (Dunn's Test)				
Těhotenská kvalita života	20-24	25-29	30-34	35-41
20-24	0.0000	0.3797	2.0789	1.4669
25-29	0.3797	0.0000	2.7873 $p<0.05$	2.1055
30-34	2.0789	2.7873	0.0000	0.7161
35-41	1.4669	2.1055	0.7161	0.0000
Regular Test: Medians significantly different if z-value > 3.2905				

Vliv vzdělání na kvalitu života

Tab. 56: Vliv vzdělání na kvalitu života

vzdělání	hodnotící položky kvality života		II. trim.	III. trim.	významnost p
			průměrný skór	průměrný skór	
vysokoškolské	WHOQOL-BREF	Q1 Kvalita života	4,55	4,55	1
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,45	4,09	0,051
		Doména 1 – Fyzické zdraví	16,99	15,27	0,0003
		Doména 2 – Prožívání	17,03	15,88	0,015
		Doména 3 – Sociální vztahy	17,09	16,97	0,78
		Doména 4 – Prostředí	16,64	16,32	0,21
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,70	2,05	0,00025
vyšší odborné	WHOQOL-BREF	Q1 Kvalita života	4,27	4,18	0,59
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,00	3,82	0,34
		Doména 1 – Fyzické zdraví	15,58	13,87	0,049
		Doména 2 – Prožívání	16,42	15,33	0,036
		Doména 3 – Sociální vztahy	15,76	14,42	0,088
		Doména 4 – Prostředí	14,45	14,73	1
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	2,00	2,24	0,15
střední	WHOQOL-BREF	Q1 Kvalita života	4,18	3,85	0,0057
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,36	4,00	0,0031
		Doména 1 – Fyzické zdraví	16,62	14,34	0,00001
		Doména 2 – Prožívání	16,71	15,84	0,0024
		Doména 3 – Sociální vztahy	16,61	15,92	0,0073
		Doména 4 – Prostředí	15,27	15,18	0,34
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,84	2,26	0,000
základní	WHOQOL-BREF	Q1 Kvalita života	3,50	3,50	-
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,00	4,00	-
		Doména 1 – Fyzické zdraví	16,57	13,44	-
		Doména 2 – Prožívání	14,33	15,67	-
		Doména 3 – Sociální vztahy	16,67	16,00	-
		Doména 4 – Prostředí	15,00	14,50	-
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,72	2,06	-

Těhotné ženy hodnotí kvalitu svého života vyšší v II. trimestru těhotenství i po rozdělení do určitých kategorií vzdělání. Pouze v případě žen s vyšším odborným vzděláním je nižším průměrným skórem v II. trimestru těhotenství než v III. trimestru těhotenství hodnocena oblast prostředí. Těhotné ženy se základním vzděláním nebyly pro malý počet respondentek (2 osoby) zařazeny do statistického zpracování.

Párovým t-testem byl dosažen statisticky významný rozdíl u žen s vysokoškolským vzděláním v oblasti fyzického zdraví ($p=0,0003$), prožívání ($p=0,015$) a v těhotenské kvalitě života ($p=0,00025$). U žen s vyšším odborným vzděláním v oblasti fyzického zdraví

($p=0,049$) a prožívání ($p=0,036$). U žen se středoškolským vzděláním byl dosažen statisticky významný rozdíl ve všech hodnotících položkách kromě oblasti prostředí ($p=0,34$).

Kruskal-Wallisovou neparametrickou analýzou s post hoc Dunnovým testem byl dosažen statisticky významný rozdíl v oblasti prostředí v II. trimestru těhotenství. Výrazně se od sebe liší hodnocení této položky u žen se středním vzděláním (průměrný skóre=15,25) a žen s vysokoškolským vzděláním (průměrný skóre=16,64). Dále pak u žen s vysokoškolským vzděláním (průměrný skóre=16,64) a žen s vyšším odborným vzděláním (průměrný skóre=14,45; viz tab. 57).

Tab. 57: Kruskal-Wallisova neparametrická analýza s post hoc Dunnovým testem pro doménu 4 v II. trimestru těhotenství

Kruskal-Wallis Multiple-Comparison Z-Value Test (Dunn's Test)			
Doména 4	střední	vysokoškolské	vyšší odborné
střední	0.0000	2.4049 p<0.05	1.0264
vysokoškolské	2.4049	0.0000	2.8016 p<0.05
vyšší odborné	1.0264	2.8016	0.0000
Regular Test: Medians significantly different if z-value > 3.2905			

Statisticky významný rozdíl byl dosažen i v hodnocení kvality života v III. trimestru těhotenství. Těhotné ženy s vysokoškolským vzděláním v III. trimestru těhotenství hodnotí svou kvalitu života jako vyšší (průměrný skóre=4,55) než ženy se vzděláním středním (průměrný skóre=3,85; viz tab. 58).

Tab. 58: Kruskal-Wallisova neparametrická analýza s post hoc Dunnovým testem pro položku Q1 v III. trimestru těhotenství

Kruskal-Wallis Multiple-Comparison Z-Value Test (Dunn's Test)			
Q1	střední	vysokoškolské	vyšší odborné
střední	0.0000	2.8998 p<0.05	1.3057
vysokoškolské	2.8998	0.0000	1.3016
vyšší odborné	1.3057	1.3016	0.0000
Regular Test: Medians significantly different if z-value > 3.2905			

Vliv gravidity na kvalitu života

Tab. 59: Vliv gravidity na kvalitu života

gravidita	hodnotící položky kvality života		II. trim.	III. trim.	významnost P
			průměrný skór	průměrný skór	
poprvé	WHOQOL-BREF	Q1 Kvalita života	4,22	3,91	0,031
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,33	4,00	0,0029
		Doména 1 – Fyzické zdraví	16,65	14,43	0,00001
		Doména 2 – Prožívání	16,64	15,71	0,0081
		Doména 3 – Sociální vztahy	17,04	16,52	0,059
		Doména 4 – Prostředí	15,70	15,63	0,68
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,74	2,19	0,00062
podruhé	WHOQOL-BREF	Q1 Kvalita života	4,20	4,00	0,096
		Q2 Spokojenost se zdravím	4,32	4,00	0,017
		Doména 1 – Fyzické zdraví	16,43	14,06	0,00015
		Doména 2 – Prožívání	16,45	15,60	0,0083
		Doména 3 – Sociální vztahy	15,84	14,72	0,0036
		Doména 4 – Prostředí	15,00	14,80	0,18
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,92	2,29	0,0017
potřetí	WHOQOL-BREF	Q1 Kvalita života	4,38	4,38	1
		Q2 Spokojenost se zdravím	3,75	3,75	1
		Doména 1 – Fyzické zdraví	16,14	15,14	0,11
		Doména 2 – Prožívání	17,25	16,25	0,081
		Doména 3 – Sociální vztahy	16,83	16,83	0,81
		Doména 4 – Prostředí	15,56	15,88	0,72
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,86	2,06	0,15
vícekrát	WHOQOL-BREF	Q1 Kvalita života	5,00	5,00	-
		Q2 Spokojenost se zdravím	5,00	5,00	-
		Doména 1 – Fyzické zdraví	17,14	16,00	-
		Doména 2 – Prožívání	16,00	16,00	-
		Doména 3 – Sociální vztahy	20,00	20,00	-
		Doména 4 – Prostředí	15,50	15,00	-
	QOL-GRAV	Těhotenská kvalita života	1,78	2,00	-

Těhotné ženy hodnotí kvalitu svého života jako vyšší v II. trimestru těhotenství, i když jsou rozděleny podle toho, kolikrát byly gravidní. Ženy, které byly gravidní vícekrát, nebyly pro malý počet respondentek (1 osoba) zařazeny do statistického zpracování.

Ženy, které byly těhotné potřetí, hodnotily shodným průměrným skórem ve II. a III. trimestru těhotenství následující položky: kvalitu života (průměrný skór=4,38), spokojenost se zdravím (průměrný skór=3,75) a oblast sociálních vztahů (průměrný skór=16,83). Oblast prostředí byla hodnocena touto skupinou vyšším průměrným skórem v III. trimestru těhotenství.

Párovým t-testem byl dosažen statisticky významný rozdíl u žen, které byly gravidní poprvé, ve všech hodnotících položkách kromě oblasti sociálních vztahů ($p=0,059$) a prostředí ($p=0,68$). U žen, které byly gravidní podruhé, se jednalo o všechny položky kromě hodnocení kvality života ($p=0,096$) a oblasti prostředí ($p=0,18$). Statisticky významný rozdíl nebyl dosažen v žádné hodnotící položce u žen, které byly gravidní již potřetí.

Kruskal-Wallisovou neparametrickou analýzou s post hoc Dunnovým testem byl dosažen statisticky významný rozdíl v oblasti hodnocení spokojenosti se zdravím v II. trimestru těhotenství. Výrazně se od sebe liší hodnocení této položky u žen, které byly těhotné poprvé (průměrný skór=4,33) a u žen těhotných potřetí (průměrný skór=3,75) (viz tab. 60).

Tab. 60: Kruskal-Wallisova neparametrická analýza s post hoc Dunnovým testem pro položku Q2 v II. trimestru těhotenství

Kruskal-Wallis Multiple-Comparison Z-Value Test (Dunn's Test)			
Q1	podruhé	poprvé	potřetí
podruhé	0.0000	0.4727	2.3870
poprvé	0.4727	0.0000	2.7238 p<0.05
potřetí	2.3870	2.7238	0.0000
Regular Test: Medians significantly different if z-value > 3.2905			

DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života zdravých těhotných žen v průběhu fyziologického těhotenství.

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření, kterého se zúčastnily těhotné ženy v II. a III. trimestru těhotenství. Výzkumný soubor byl složen z 57 respondentek. Mnou získané výsledky lze částečně porovnat s prací Dušové, Tulisové (2011), které zkoumaly kvalitu života těhotných žen po spontánním otěhotnění, s kvalitou života žen po umělém oplodnění pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Dále pak s Vachkovou (2014), která zkoumala kvalitu života těhotných žen pomocí ohniskových skupin, dotazníku WHOQOL-BREF, těhotenského dotazníku QOL-GRAV a individualizovanou metodou SEIQOL.

Nyní se budeme věnovat jednotlivým cílům, které jsem si stanovila před začátkem výzkumu.

1. Zjistit a porovnat kvalitu života v II. a III. trimestru těhotenství.

Těhotné ženy v mém výzkumném souboru hodnotily svou kvalitu života v II. trimestru jako celkově vyšší ve všech položkách dotazníku WHOQOL-BREF i v těhotenské kvalitě života dotazníku QOL-GRAV. Byla dokonce i vyšší než u běžné populace měřeno dotazníkem WHOQOL-BREF. Při posouzení jednotlivých položek kvality života mezi II. a III. trimestrem těhotenství byl statisticky významný rozdíl dosažen ve všech oblastech, kromě čtvrté domény mapující prostředí, ve kterém se těhotné ženy pohybují a žijí. V průběhu těhotenství došlo jen k mírnému zhoršení vnímání prostředí.

Výzkumná šetření Vachkové (2014) a Dušové, Tulisové (2011) pomocí dotazníku WHOQOL-BREF též zaznamenaly vyšší kvalitu života v II. trimestru těhotenství než v III. trimestru. Statisticky významný rozdíl byl dosažen ve všech 4 doménách hodnotících fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy i prostředí. Nebyl dosažen v porovnání samostatných otázek hodnotících kvalitu života a spokojenost se zdravím těhotných žen. V obou případech byla také kvalita života žen v II. trimestru těhotenství vyšší oproti běžné populaci.

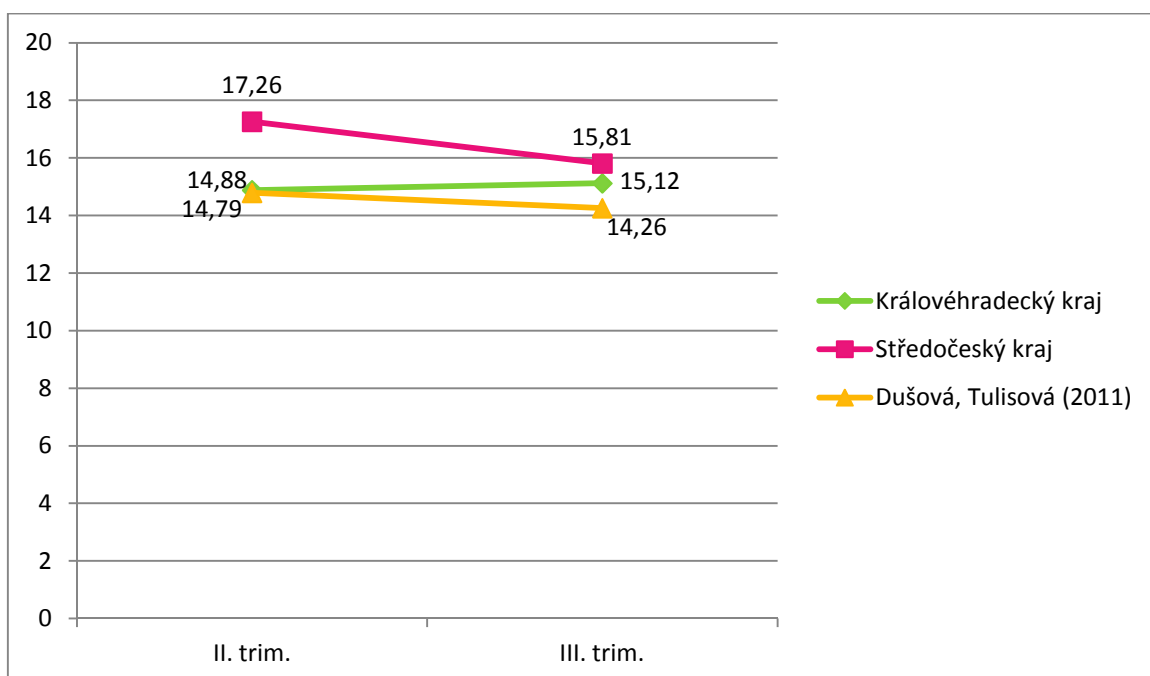
Výzkumné šetření Vachkové (2014) prováděné pomocí těhotenské škály potvrdilo také vyšší kvalitu života těhotných žen v II. trimestru těhotenství než v III. trimestru.

2. Zjistit a porovnat kvalitu života těhotných žen v Středočeském kraji (okres Mělník) a Královéhradeckém kraji.

Při rozdělení výzkumného souboru podle dvou krajů, je stále v II. trimestru těhotenství hodnocena kvalita života jako vyšší. Jsou zde však patrné drobné rozdíly.

Těhotné ženy v Královéhradeckém kraji pociťovaly v průběhu těhotenství drobné zlepšení vnímání v oblasti prostředí, ve kterém žijí, než ženy v kraji Středočeském. Ty hodnotily své prostředí, ve kterém žijí, nepatrně vyšším průměrným skórem v II. trimestru těhotenství než v III. trimestru. S vývojem těhotenství se vnímání prostředí nepatrně zhoršilo (graf 41).

Graf 41: Vnímání prostředí s vývojem těhotenství



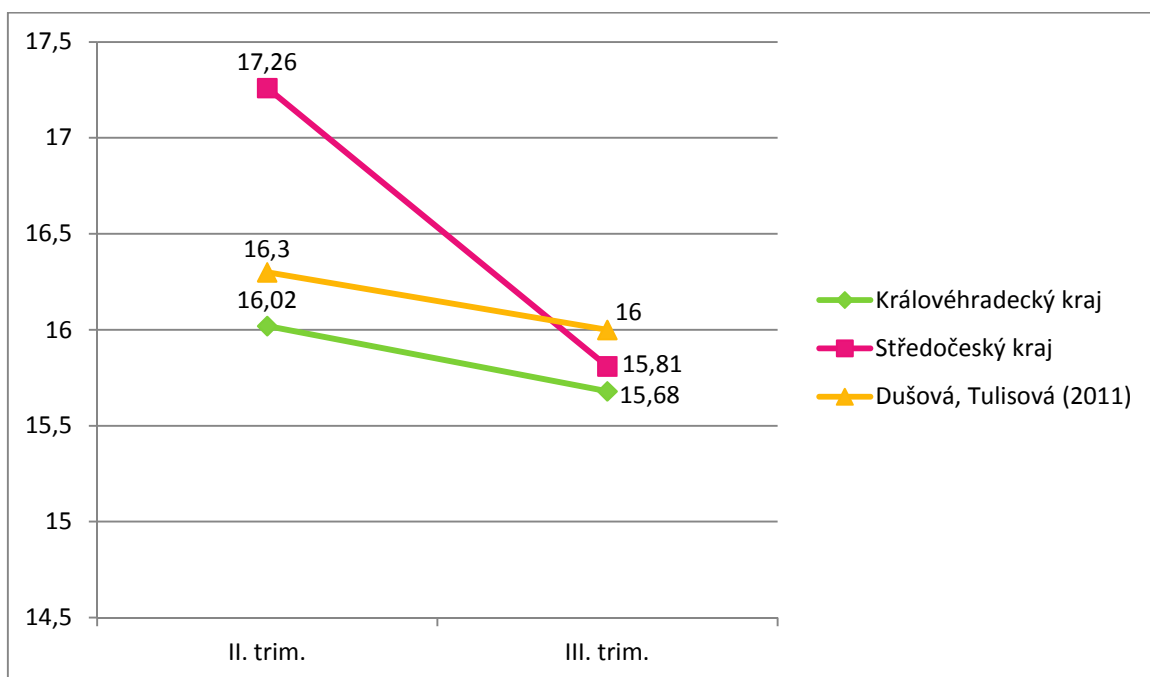
Ženy v Středočeském kraji hodnotily svou kvalitu života v II. trimestru těhotenství ve všech položkách dotazníku WHOQOL-BREF dokonce nepatrně vyšší než ženy v kraji Královéhradeckém, naopak těhotenskou kvalitu jako nižší v obou trimestrech těhotenství.

U těhotných žen v kraji Královéhradeckém nedošlo k tak velkým rozdílům v hodnocení všech oblastí mezi oběma trimestry jako u žen v kraji Středočeském.

Při porovnání hodnocení jednotlivých položek v II. a III. trimestru mezi oběma kraji se zjistil významný rozdíl v hodnocení oblasti prožívání a těhotenské kvality života. Těhotné ženy v kraji Královéhradeckém, hodnotily oblast prožívání v II. trimestru poněkod nižším

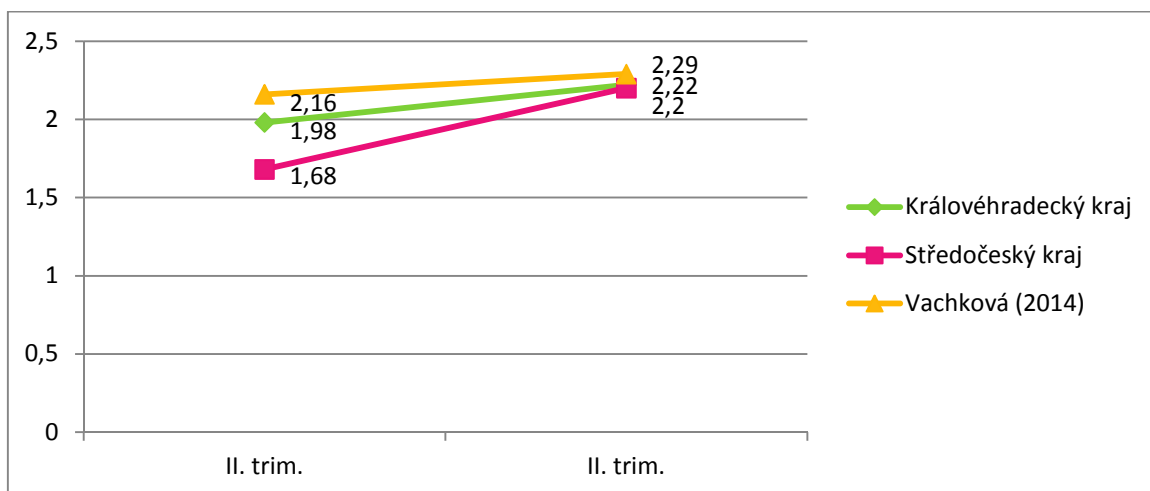
průměrným skóre než ženy v kraji Středočeském, ale jejich hodnocení v III. trimestru je jen nepatrně nižší bez statisticky významného rozdílu. Ženy v Středočeském kraji hodnotily oblast prožívání v III. trimestru s větším rozdílem než v II. trimestru, tedy se statisticky významným rozdílem. Výzkum Dušové, Tulisové (2011) popisuje výsledky v hodnocení podobné s krajem Královéhradeckým (viz graf 42).

Graf 42: Porovnání domény Prožívání v jednotlivých krajích



Těhotné ženy v kraji Královéhradeckém hodnotily těhotenskou kvalitu života v II. trimestru těhotenství vyšším průměrným skóre než ženy v kraji Středočeském, tedy jako nižší. V III. trimestru opět nepatrně vyšším skóre než ženy v Středočeském kraji. U žen v Královéhradeckém kraji nebyl mezi trimestry dosažen statisticky významný rozdíl, tzn. že celkově svou těhotenskou kvalitu života hodnotily lépe než ženy v kraji Královéhradeckém. Ženy v kraji Středočeském vyhodnotily těhotenskou kvalitu života jako vyšší v obou trimestrech, avšak v porovnání mezi oběma trimestry byl dosažen statisticky významný rozdíl. Jejich těhotenská kvalita života se s postupem těhotenství snížila výrazněji než u žen v kraji Královéhradeckém. Výzkumný soubor Vachkové (2014) vykazoval průměrné skóre v obou trimestrech vyšší, než mé dva výzkumné soubory, jejich těhotenská kvalita života byla tedy nižší (velmi dobrá) (viz. graf 43) .

Graf 43: Porovnání průměrných skóre Těhotenské kvalita života (QOL-GRAV) mezi jednotlivými kraji



3. Zhodnotit vliv vybraných demografických proměnných (věk, vzdělání, gravidita) na plánování rodičovství.

Věk. Při rozdělení výzkumného souboru dle věkových skupin, je opět v II. trimestru těhotenství hodnocena kvalita života jako vyšší.

Celkově největších rozdílů bylo zaznamenáno ve věkové kategorii 25 - 29 let. Zde byl dosažen statisticky významný rozdíl ve všech oblastech kromě hodnocení kvality života. Nicméně i zde byla kvalita života velmi dobrá v obou trimestrech těhotenství.

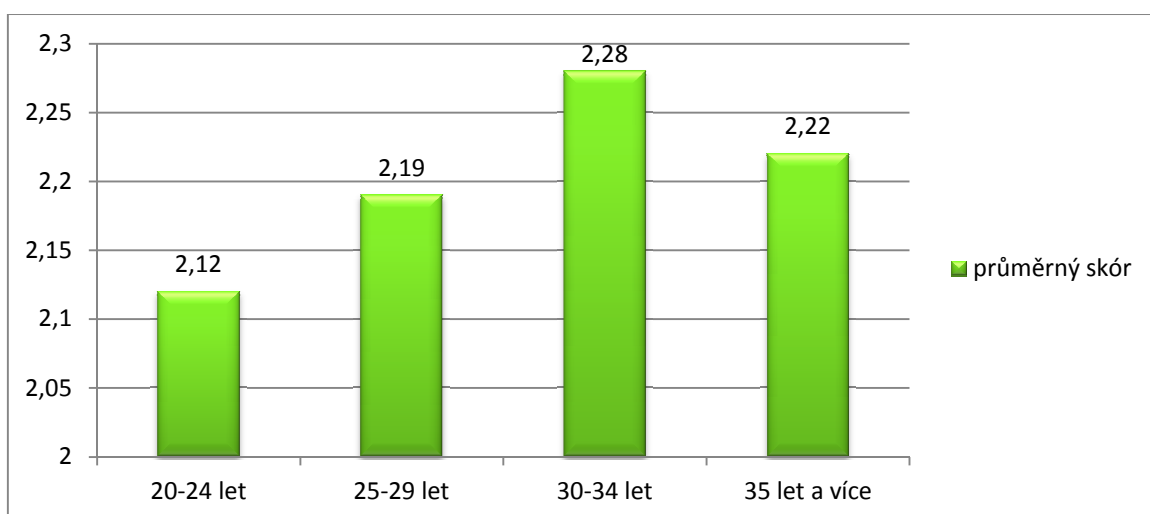
Jednofaktorová analýza rozptylu však prokázala statisticky významný rozdíl v hodnocení oblasti prožívání v III. trimestru těhotenství mezi věkovou kategorií 20 - 24 let a 30 - 34 let, 30 - 34 let a 35 let a více. Tato oblast zahrnovala otázky týkající se radosti ze života, smyslu života, soustředěnosti, akceptování tělesného vzhledu, spokojenosti sama se sebou a frekvence prožívání negativních pocitů. Nejnižším průměrným skórem hodnotily tuto oblast ženy ve věkové kategorii 30 - 34 let (průměrný skór = 14,71), dále pak 25 - 29 let (průměrný skór = 15,71), 35 let a více (průměrný skór = 16,29), nejlépe ji hodnotily ženy z věkové kategorie 20 - 24 let (průměrný skór = 16,47) (viz. graf 44).

Graf 44: Porovnání domény Prožívání v III. trimestru těhotenství mezi jednotlivými věkovými kategoriemi



Statisticky významný rozdíl byl dosažen i v hodnocení těhotenské kvality života v III. trimestru těhotenství pro věkovou kategorii 25 - 29 let a 30 - 34 let. Těhotné ženy ve věkové kategorii 25 - 29 let zde hodnotily těhotenskou kvalitu života průměrným skóre 2,19. Těhotné ženy z věkové kategorie 30 - 34 let průměrným skóre 2,28. Ve věkové kategorii 20 - 24 let byla hodnocena průměrným skóre 2,12 a ve věkové kategorii 35 let a více 2,22 (viz graf 45).

Graf 45: Porovnání Těhotenské kvality života QOL-GRAV v III. trimestru těhotenství mezi jednotlivými věkovými kategoriemi

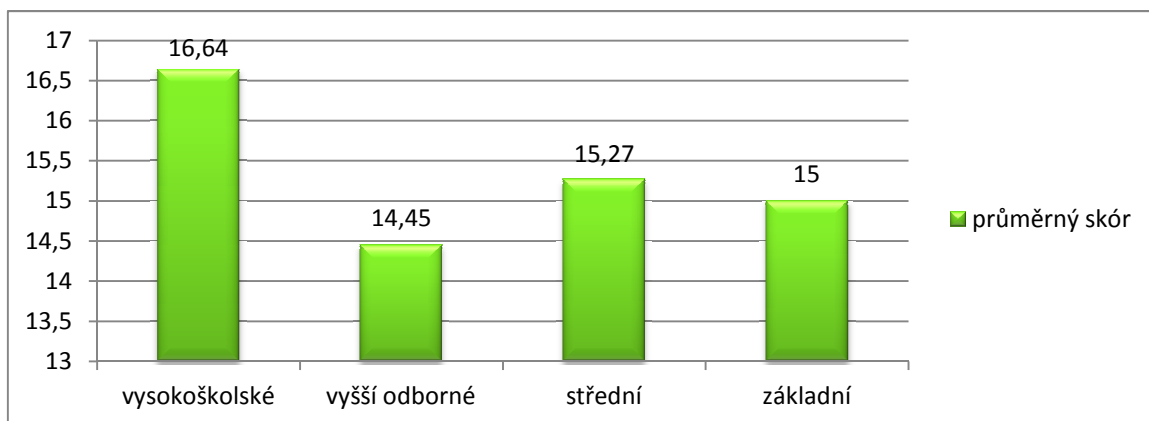


V III. trimestru těhotenství, se s postupným zvyšováním věku snižovala kvalita života v oblasti prožívání a v těhotenské kvalitě života, ke zvýšení došlo u žen ve věkové kategorii 35 let a více.

Výzkumné šetření Vachkové (2014) prokázalo vliv věku na kvalitu života WHOQOL-BREF pouze v jedné položce hodnotící spokojenost se zdravím. Se stoupajícím věkem se snižovala spokojenost se zdravím. V mém výzkumném šetření se spokojenost se zdravím také snižovala se stoupajícím věkem, ale pouze v II. trimestru těhotenství. V III. trimestru těhotenství se tato souvislost neprokázala.

Vzdělání. Ani rozdělení žen dle vzdělání nemělo vliv na celkové hodnocení kvality života. Ta byla opět vyšší v II. trimestru těhotenství. Statisticky významného rozdílu zde bylo dosaženo v oblasti vnímání prostředí v II. trimestru těhotenství a v hodnocení kvality života v III. trimestru těhotenství. Nižší kvalitu života v oblasti vnímání prostředí v II. trimestru těhotenství ženy uváděly s dosaženým středním vzděláním (průměrný skóre = 15,25) oproti ženám s vysokoškolským vzděláním (průměrný skóre = 16,64). Dále pak u žen s vysokoškolským vzděláním (průměrný skóre = 16,64) oproti ženám s vyšším odborným vzděláním (průměrný skóre = 14,45). Ženy se základním vzděláním hodnotily tuto oblast průměrným skóre 15,00 (viz. graf 46).

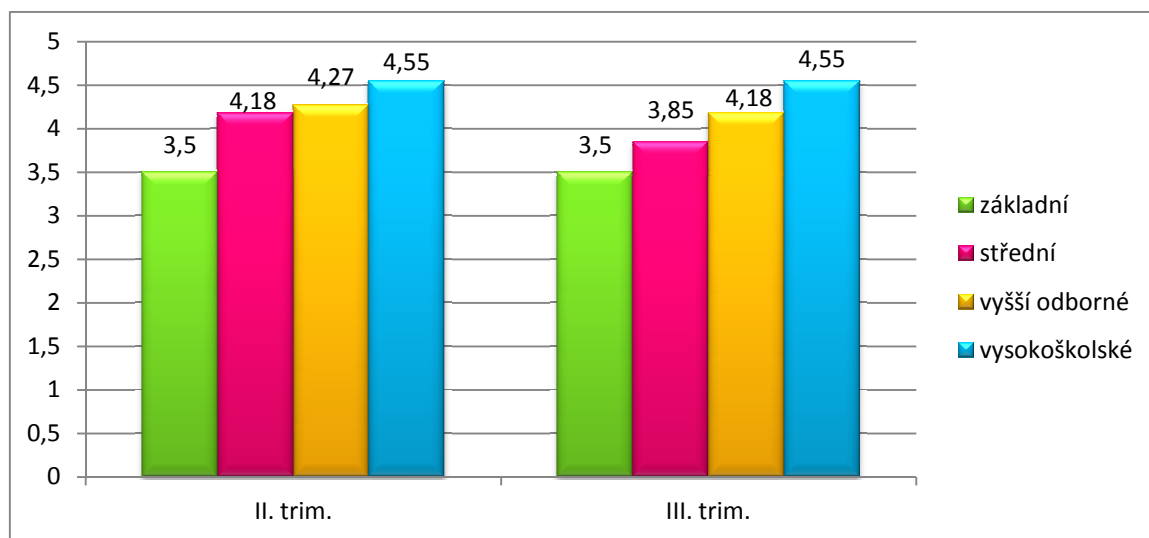
Graf 46: Porovnání vlivu vzdělání na hodnocení domény Prostředí v II. trimestru těhotenství



Při hodnocení kvality života v III. trimestru těhotenství hodnotily tuto položku vyšším průměrným skóre (4,55) ženy s vysokoškolským vzděláním oproti ženám se středoškolským vzděláním (průměrný skóre = 3,85). Nejnižší hodnocení kvality života bylo zaznamenáno u žen se základním vzděláním (průměrný skóre = 3,50), které nebyly pro nedostatečný počet respondentů zahrnuty do statistického zpracování. Dále pak ženy se

středoškolským vzděláním (průměrný skór = 3,85), ženy s vyšším odborným vzděláním (průměrný skór = 4,18) a nejvyšší hodnocení bylo zaznamenáno u žen s vysokoškolským vzděláním (průměrný skór = 4,55). Čím vyšší je dosažená úroveň vzdělání, tím vyšší je hodnocení kvality života v III. trimestru těhotenství (viz graf 47).

Graf 47: Posouzení vlivu vzdělání na hodnocení položky Q1 – Kvalita života WHOQOL-BREF v obou trimestrech těhotenství



Výzkumný soubor Vachkové (2014) prokázal stejné zjištění v hodnocení kvality života. Nejlépe pak oblast prostředí hodnotily ženy s vyšším a vysokoškolským vzděláním. V mém výzkumném souboru ženy s vysokoškolským vzděláním v obou trimestrech těhotenství.

Gravidita. Ani rozdělení žen podle toho, kolikrát byly gravidní, nezměnilo celkové hodnocení kvality života v těhotenství. Opět bylo vyšší v II. trimestru těhotenství. Statisticky významného rozdílu bylo dosaženo v hodnocení spokojenosti se zdravím v II. trimestru těhotenství. Výrazně se od sebe liší hodnocení této položky u žen, které byly těhotné poprvé (průměrný skór=4,33) a u žen těhotných potřetí (průměrný skór=3,75). Ženy, které byly těhotné poprvé, hodnotily položku spokojenost se svým zdravím vyšším průměrným skórem než ženy těhotné potřetí. Čím vícekrát byla žena těhotná, tím nižší byla spokojenost se zdravím v II. trimestru těhotenství. Ženy, které byly těhotné vícekrát, nebyly zařazeny do statistického porovnání pro nedostatečný počet respondentů (1 osoba).

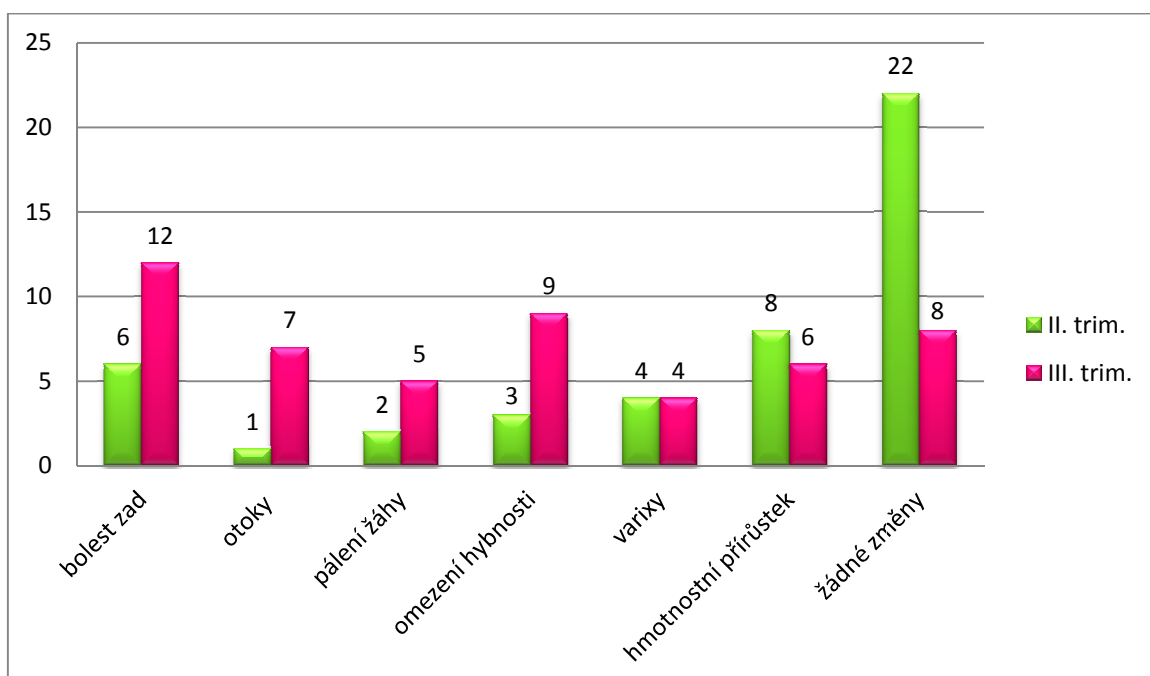
Tento údaj nelze porovnat s žádným dosavadním výzkumem. Výzkum Vachkové (2014) prokázal tuto souvislost s věkem.

4. Zjistit a porovnat četnost somatických a psychických změn v druhém a třetím trimestru těhotenství.

Somatické změny. Ze somatických změn v II. trimestru těhotenství nejvíce těhotným ženám vadí hmotnostní přírůstek (8), bolest zad (6), varixy (4) a omezení hybnosti (3). Žádné somatické změny uvedlo 22 žen.

V III. trimestru těhotenství se zvýšil počet žen, kterým vadí bolest zad (12), omezení hybnosti (9), otoky (7), a pálení žáhy (5). Snížil se počet žen, kterým vadil hmotnostní přírůstek (6), počet žen bez somatických změn (8) a stejnému počtu žen vadily varixy (4) (viz. graf 48).

Graf 48: Četnost somatických změn

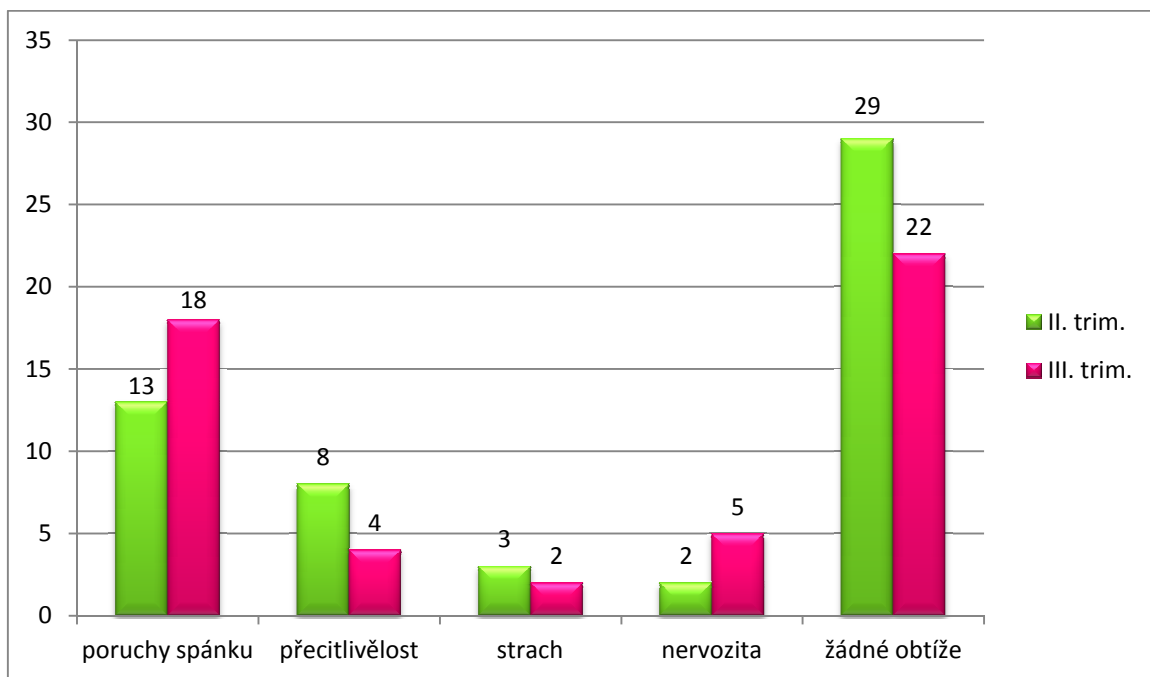


Z výzkumného šetření Vachkové (2014) je patrné, že těhotné ženy v II. trimestru nejvíce obtěžovala bolest zad, hmotnostní přírůstek, pálení žáhy a omezení hybnosti. V III. trimestru omezení hybnosti, bolest zad, hmotnostní přírůstek.

Psychické změny. Z psychických změn se II. trimestru těhotenství nejvíce objevily poruchy spánku (13), přecitlivělost (8), strach (3), nervozita (2), žádné psychické změny uvedlo 29 žen.

Ve III. trimestru se zvýšil počet poruch spánku (18), zvýšila se nervozita (5). Snížil se počet žen s přecitlivělostí (4) a žen bez psychických obtíží (22) (viz. graf 49).

Graf 49: Četnost psychických změn



Ve výzkumném šetření Vachkové (2014) se u těhotných žen v II. trimestru z psychických změn vyskytují poruchy spánku, přecitlivělost a nervozita. V III. trimestru se zvýšil počet poruch spánku, přecitlivělost a nervozita, snížil se počet žen bez psychických obtíží.

5. Porovnat kvalitu života zjištěnou pomocí generického dotazníku WHOQOL-BREF a specifickou kvalitu života zjištěnou pomocí specifického dotazníku QOL-GRAV.

Pro hodnocení kvality života těhotných žen s fyziologickým těhotenstvím lze použít oba výše zmiňované dotazníky. Oba dotazníky zjišťují shodné oblasti kvality života (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a u obou dotazníků byla prokázána vyšší kvalita života těhotných žen v II. trimestru těhotenství. Mezi velká pozitiva specifického dotazníku QOL-GRAV patří především jeho přesnější záchyt specifických prožitků v průběhu těhotenství, jež podstatně ovlivňují právě kvalitu života v těhotenství. Výsledné zjištění je shodné s výzkumem Vachkové (2014).

ZÁVĚR

Za téma bakalářské práce jsem si zvolila výzkum kvality života ženy v období fyziologického těhotenství. V dosud publikovaných pramenech se zpravidla setkáváme s popisem a hodnocením kvality života těhotných ovlivněným nějakou fyziologickou zátěží popř. zdravotními obtížemi přímo souvisejícími s těhotenstvím. V tomto výzkumu nešlo pouze o zaznamenání dopadu fyziologické zátěže na život ženy, či posuzování kvality zdravotní péče, ale pokusila jsem se o komplexní pohled na problematiku jednoho z nejvýznamnějších a nejdůležitějších období v životě ženy i v souvislosti s kvalitou života obecně.

Pro výzkumnou práci je zpravidla stanovena přesná metodologie, ověřené postupy. Zde jsem ke sběru empirických dat pro svou bakalářskou práci zvolila metodu kvantitativního výzkumu pomocí anonymního dotazníkového šetření. Byly použity dva typy dotazníků, generický dotazník WHOQOL-BREF (příloha 2) a specifický dotazník QOL-GRAV (příloha 3). Soustředila jsem se na dva konkrétní kraje – Královéhradecký a Středočeský (okres Mělník). Respondentky, které se průzkumu zúčastnily, opakovaně vyplnily odpovědi ve dvou po sobě jdoucích trimestrech (II. a III. trimestr). Podařilo se získat množství informací a poznatků, které bylo možno konfrontovat s již publikovanými výzkumy, především s prací Dušové, Tulisové (2011) a Vachkové (2014).

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že vyšší kvality života jak obecná tak specifická, byla dosažena v II. trimestru těhotenství. Výzkumného šetření se zúčastnily ženy ve věkovém rozmezí 21 - 41 let. Respondentky měly převážně středoškolské vzdělání, byly zaměstnané, vdané a podruhé těhotné.

Při porovnání hodnot získaných z výzkumu ve dvou různých regionech si lze všimnout, že u žen ve Středočeském kraji došlo k výraznějšímu zhoršení hodnocení kvality života obecné i specifické, než uváděly ženy v kraji Královéhradeckém, které tedy prožívaly své těhotenství lépe.

Výraznou veličinou, která má zřejmý vliv na průběh a prožívání těhotenství je věk. Nejhůře své těhotenství prožívaly a nejhůře se s ním vyrovnávaly ženy ve věkové kategorii 25 - 29 let. Statisticky významného rozdílu bylo dosaženo v oblasti prožívání v III. trimestru. Nejlépe byla tato fáze hodnocena ženami věkové kategorie 20 - 24 let, nejhůře ženami v kategorii 30 - 34 let.

Vliv vzdělání se projevilo při hodnocení vnímání prostředí v II. trimestru těhotenství a v hodnocení kvality života v III. trimestru těhotenství. Oblast prostředí v II. trimestru nejlépe hodnotily ženy s vysokoškolským vzděláním a nejhůře s vyšším odborným vzděláním. Čím vyšší byla úroveň vzdělání respondentek, tím vyšší bylo jejich hodnocení kvality života v III. trimestru.

Při posouzení vlivu gravidity vyplývá, že čím vícekrát byla žena těhotná, tím nižší byla spokojenost se zdravím v II. trimestru těhotenství.

Ze somatických změn v II. trimestru nejvíce těhotným ženám vadil hmotnostní přírůstek, v III. trimestru bolest zad.

Z psychických změn se v II. i III. trimestru nejvíce objevovaly poruchy spánku.

Přínosem této bakalářské práce, kromě získání statisticky zajímavých dat, jež lze dále použít jak v teoretické rovině v následných studiích s tematikou kvality života v období těhotenství, kvality perinatální péče tak i v rovině praktické ve smyslu zlepšení a zefektivnění péče o těhotné ženy. Např. jednou z významných oblastí je komplexní přístup zdravotnického personálu k těhotným ženám při poskytování péče, je žádoucí brát ohledy na momentální stav a kondici, chápat změny a potřeby, které s sebou těhotenství nese.

V současné době probíhá testování zkušebního provozu elektronické verze dotazníku QOL-GRAF (autorů Vachková, Mareš, Ježek, 2014), které bylo zahájeno v lednu tohoto roku. Těhotná žena je po vyplnění 9položkového dotazníku ihned seznámena se slovním hodnocením své kvality života ovlivněné těhotenstvím a podle výše skóre je jí doporučeno konzultovat specifické problémy se svým lékařem (gynekologem).

A samozřejmě by bylo ideální, kdyby faktory podmiňující kvalitu života žen v těhotenství zohledňovala obecně i celá společnost a pojmy jako „ohleduplnost“, „tolerance“, „galantnost“, „vstřícnost“ se měly stát běžnou součástí každodenního života a společenského chování (a nejen vůči těhotným ženám).

ANOTACE

Autor:	Pavčina Tomsová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Kvalita života zdravých těhotných žen v průběhu fyziologického těhotenství
Vedoucí práce:	Mgr. Vachková Eva, PhD.
Počet stran:	126
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2015
Klíčová slova:	těhotenství, kvalita života, WHOQOL-BREF, QOL-GRAV

Bakalářská práce zjišťuje a porovnává kvalitu života zdravých těhotných žen v II. a III. trimestru těhotenství. Zkoumá vliv vybraných demografických proměnných (věk, vzdělání, gravidita) na kvalitu života v těhotenství. Zjišťuje četnost somatických a psychických změn včetně jejich zvládacích strategií v II. a III. trimestru těhotenství.

Teoretická část práce se zabývá shrnutím teoretických poznatků z oblasti těhotenství a kvality života.

Empirickou část tvoří kvantitativní výzkum uskutečněný prostřednictvím generického dotazníku WHOQOL-BREF a unidimenzionálního specifického dotazníku QOL-GRAV u těhotných žen v Královéhradeckém a Středočeském kraji.

ANNOTATION

Autor:	Pavλίna Tomsová
Institution:	Institute of Social Medicine, Faculty of Medicine, Charles University in Hradec Králové, Department of Nursing
Thesis title:	Quality of Life of Healthy Pregnant Women during Their Physiological Pregnancy
Thesis supervisor:	Mgr. Vachková Eva, PhD.
Number of pages:	126
Number of annexes:	3
Year of defense:	2015
Key words:	pregnancy, quality of life, WHOQOL-BREF, QOL-GRAV

This bachelor thesis detects and compares quality of life of healthy pregnant women during II. and III. trimester of pregnancy. It studies effect of demographic factors (age, education, gravidity) on quality of their life during pregnancy. It detects frequency of somatic and psychic changes as well as their coping strategies during II. and III. trimester of pregnancy.

Theoretical part of the thesis summarizes theoretical findings from the area of pregnancy and quality of life.

Empirical part of the thesis includes quantitative research implemented by means of WHOQOL-BREF generic questionnaire and QOL-GRAV specific unidimensional questionnaire filled by pregnant women in Hradec Králové and Central Bohemia Region.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BALÍKOVÁ, M., BUŽGOVÁ, R. Kvalita života žen s nauzeou a zvracením v těhotenství. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2014, 5(1), s. 29-35. ISSN 1804-2740.
2. BAĐUROVÁ, R. Životní události, vnímaná sociální opora, somatické obtíže a nemoci během těhotenství jako predikátory prenatální mateřské axiety a deprese. *Československá psychologie*. 2005, 49(5), s. 399-411. ISSN 0009-062X.
3. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B., a kol. *Porodnictví 2*. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
4. DUŠOVÁ, B., TULISOVÁ, M. Kvalita života žen v těhotenství po spontánním a umělém oplodnění. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2011, 2(3), s. 264-271. ISSN 1804-2740.
5. DRAGOMERICKÁ, 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.
6. DŽUKA, J. (ed.) *Psychologické dimenze kvality života*. Prešov: Prešovská universita, 2004. 519 s. ISBN 80-8068-282-8.
7. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
8. 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.
9. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 5. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1994. 855 s. ISBN 80-04-26059-4.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-4.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie: [radost, naděje, odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí]* 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 195 s. ISBN 80-7178-835-X.
13. KŘIVOHLAVÝ, J. Měření kvality života objektivními ukazateli. In PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví* 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 281-286 ISBN 80-7254-657-0.

14. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 988+5 s. ISBN 80-247-0668-7.
15. MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I.* 1. vyd. Brno: MSD, spol. s. r. o., 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9.
16. MAREŠOVÁ, P. a kol. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví.* Praha: Mladá fronta a. s., 2014. 301 s. ISBN 978-80-204-3153-0.
17. PAŘÍZEK, A. *Knih o těhotenství a dítěti.* 4. vyd. Praha: nakladatelství Galén, 2009. 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
18. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví.* 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
19. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví.* 1. vyd. Praha: Reklamní ateliér AREA s. r. o., 2008. 105 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
20. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
21. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví.* 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
22. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
23. SYMONS, J. *Těhotenství a péče o dítě.* 3. vyd. Čestlice: Rebo Productions CZ, spol. s r. o., 2008. 232 s. ISBN 978-80-7234-939-5.
24. TRČA, S. *Budeme mít děťátko.* 8. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 244 s. ISBN 80-247-0600-8.
25. UNZEITIG, V., MĚCHUROVÁ, A., LUBUŠKÝ, M., *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství. Česká gynekologie.* 2012, 77(3), s. 265-266. ISSN 1210-7832.
26. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
27. VACHKOVÁ, E. MAREŠ, J. *Kvalita života žen v období těhotenství: studie pomocí ohniskových skupin. Kontakt.* 2012, 3 (14), s. 286-297. ISSN 1212-4117.
28. 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.
29. VACHKOVÁ, E. *Kvalita života žen v období těhotenství.* Hradec Králové, 2014. disertační práce (Ph.D.). Universita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové.

30. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER T. *Návykové látky v těhotenství*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2006. 122 s. ISBN 80-7254-829-8.

Internetové zdroje:

1. ERETOVÁ, V. *Oblečení a obuv vhodné pro těhotnou ženu*. [on line] 2009, [cit.2014-09-10] URL: <http://www.porodnice.cz/tehotenstvi-a-z/obleceni-a-obuv-vhodne-pro-tehotnou>
2. BALÍKOVÁ, M. *Kvalita života žen s nauzeou a zvracením v těhotenství*. Ostrava, 2013. diplomová práce (Mgr.). Ostravská universita v Ostravě. Lékařská fakulta [on line] 2014, [cit. 2014-12-07] URL:<http://theses.cz/id/a8oagi>
3. BĚČÁKOVÁ, A. *Ulcerózní kolitida a těhotenství*. Olomouc, 2014. Bakalářská práce (Bc.). Universita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotních věd [on line] 2014, [cit.2014-11-26] URL: <http://theses.cz/id/7yvzx1>
4. HEŘMANOVÁ, E. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. [on line]2012,[cit.2014-10-15] URL:<http://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20-%20OK%20upravena%20studia.pdf>
5. HRAZDILOVÁ, A. *Psychosociální potřeby žen v souvislosti s předčasným porodem*. Brno, 2013. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova universita, Lékařská fakulta [on line] 2014, [cit.2014-11-27]URL: <http://www.theses.cz/id/1biiwe>
6. CHMELÍČKOVÁ, S. *Hypertenze v těhotenství*. Brno, 2014. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova universita, Lékařská fakulta [on line] 2014, [cit.2014-11-26] URL: <http://theses.cz/id/whs76t>
7. JIŘÍČKOVÁ, M. *Kvalita života žen v graviditě*. Ostrava, 2013. diplomová práce (Mgr.). Ostravská universita v Ostravě. Lékařská fakulta [on line] 2003, [cit.2014-12-07] URL:<http://theses.cz/id/u9yi94>
8. KUŽELOVÁ, M. *Historie přípravy těhotných k porodu*. [on line] 2003, [cit.2014-09-23] URL: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2003-2/?pdf=159>
9. MACKOVÁ, L. *Prenatální péče a její vliv na těhotenství*. Zlín, 2009. Bakalářská práce (Bc.). Universita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií [on line] 2009, [cit.2014-11-26] URL: <http://hdl.handle.net/10563/9602>

10. MÜLLEROVÁ, D. *Výživa v těhotenství*. [on line] 2002, [cit.2014-08-31] URL: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vyziva-v-tehotenstvi-148166>
11. POSPÍŠILOVÁ, K. *Obezita v těhotenství, vliv na matku a plod*. Zlín, 2014. Bakalářská práce (Bc.). Universita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií [on line] 2014, [cit. 2014-11-26] URL: <http://theses.cz/id/e0ifp7>
12. STÍSKALOVÁ, V. *Stav psychiky žen v těhotenství, při porodu a v šestinedělí*. Olomouc, 2014. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd [on line] 2014, [cit.2014-11-27] URL: <http://www.theses.cz/id/18jw6h>
13. ŠTEFLOVÁ, E. *Sexuální život žen v graviditě*. [on line] 2007, [cit. 2014-08-30] URL: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2008060102>
14. VESELÁ, A. *Vliv těhotenství na kvalitu života*. Hradec Králové, 2009. Bakalářská práce (Bc.). Universita Karlova v Hradci Králové. Lékařská fakulta. [on line] 2014, [cit. 2014-12-07] URL: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/71910/11554323/>
15. World Health Organisation (2006). Constitution of the World Health Organisation. *Basic documents*. Geneva: World Health Organisation. [on line] 2006, [cit.2014-10-15] URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Model kvality života Centra pro podporu zdraví University Toronto.....	30
Tab. 2: Bližší specifikace vybraných studií zaměřených na zkoumání kvality života v těhotenství.....	35
Tab. 3: Přehled oblastí a položek WHOQOL – BREF (Dragomerická, Bartoňová, 2006, s. 32)	41
Tab. 4: Položky dotazníku QOL-GRAV (Vachková, 2014 s. 160).....	42
Tab. 5: Věková struktura respondentek	44
Tab. 6: Zaměstnání respondentek	45
Tab. 7: Vzdělání respondentek	46
Tab. 8: Čestnost respondentek dle rodinného stavu	47
Tab. 9: Četnost dle gravidity respondentek	48
Tab. 10: Hodnocení kvality života.....	49
Tab. 11: Spokojenost se zdravím.....	50
Tab. 12: Jak bolest brání v tom, co potřebují respondenti dělat	51
Tab. 13: Jak moc potřebují respondenti lékařskou péči.....	52
Tab. 14: Těšení se respondentů ze života	53
Tab. 15: Smysl života	54
Tab. 16: Soustředěnost respondentů	55
Tab. 17: Pocit bezpečí respondentů v každodenním životě.....	56
Tab. 18: Prostředí, ve kterém respondenti žijí.....	57
Tab. 19: Energie pro každodenní život.....	58
Tab. 20: Tělesný vzhled.....	59
Tab. 21: Dostatek peněz k uspokojení potřeb.....	60
Tab. 22 : Přístup k informacím pro každodenní život	61
Tab. 23: Možnost věnovat se svým zálibám.....	62
Tab. 24: Možnost pohybu	63
Tab. 25: Spokojenost se spánkem.....	64
Tab. 26: Spokojenost s prováděním každodenních činností.....	65
Tab. 27: Spokojenost s pracovním výkonem.....	66
Tab. 28: Spokojenost sama se sebou	67
Tab. 29: Spokojenost s osobními vztahy	68
Tab. 30: Spokojenost se sexuálním životem.....	69
Tab. 31: Spokojenost s podporou přátel	70
Tab. 32: Spokojenost s podmínkami pro život	71

Tab. 33: Spokojenost s dostupností zdravotní péče	72
Tab. 34: Spokojenost s dopravou.....	73
Tab. 35: Prožívání negativních pocitů	74
Tab. 36: Průměrné skóry položek u těhotných žen a u běžné populace	75
Tab. 37: Tělesné změny	77
Tab. 38: Psychické změny	78
Tab. 39: Péče o domácnost	79
Tab. 40: Obava o průběh těhotenství.....	80
Tab. 41: Obavy z porodu	81
Tab. 42: Fyzická aktivita	82
Tab. 43: Spokojenost s partnerským životem.....	83
Tab. 44: Spokojenost se společenským životem	84
Tab. 45: Adaptace na těhotenství.....	85
Tab. 46: Průměrné skóry položek dotazníku QOL – GRAV	86
Tab. 47: Četnost somatických změn	87
Tab. 48: Zvládací strategie somatických změn.....	88
Tab. 49: Četnost psychických změn	89
Tab. 50: Zvládací strategie psychických změn.....	90
Tab. 51: Kvalita života těhotných žen v II. a III. trimestru těhotenství.....	91
Tab. 52: Kvalita života žen ve Středočeském a Královéhradeckém kraji	91
Tab. 53: Kvalita života těhotných žen dle věkových skupin	93
Tab. 54: Jednofaktorová analýza rozptylu s post hoc Fisherovým LSD test pro doménu 2 v III. trimestru těhotenství	94
Tab. 55: Kruskal-Wallisova neparametrická analýza s post hoc Dunnovým testem pro těhotenskou kvalitu života v III. trimestru těhotenství	94
Tab. 56: Vliv vzdělání na kvalitu života.....	95
Tab. 57: Kruskal-Wallisova neparametrická analýza s post hoc Dunnovým testem pro doménu 4 v II. trimestru těhotenství.....	96
Tab. 58: Kruskal-Wallisova neparametrická analýza s post hoc Dunnovým testem pro položku Q1 v III. trimestru těhotenství.....	96
Tab. 59: Vliv gravidity na kvalitu života.....	97
Tab. 60: Kruskal-Wallisova neparametrická analýza s post hoc Dunnovým testem pro položku Q2 v II. trimestru těhotenství.....	98

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věková struktura respondentek	44
Graf 2: Zaměstnání respondentek	45
Graf 3: Vzdělání respondentek	46
Graf 4: Rodinný stav respondentek	47
Graf 5: Gravidita respondentek.....	48
Graf 6: Hodnocení kvality života.....	49
Graf 7: Spokojenost se zdravím.....	50
Graf 8: Bolest a nepříjemné pocity	51
Graf 9: Závislost na lékařské péči.....	52
Graf 10: Potěšení ze života	53
Graf 11: Smysl života	54
Graf 12: Soustředěnost respondentů	55
Graf 13: Pocit bezpečí respondentů v každodenním životě.....	56
Graf 14: Prostředí, ve kterém respondenti žijí.....	57
Graf 15: Energie pro každodenní život.....	58
Graf 16: Tělesný vzhled.....	59
Graf 17: Dostatek peněz k uspokojení potřeb.....	60
Graf 18: Přístup k informacím pro každodenní život	61
Graf 19: Možnost věnovat se svým zálibám.....	62
Graf 20: Možnost pohybu	63
Graf 21: Spokojenost se spánkem.....	64
Graf 22: Spokojenost s prováděním každodenních činností.....	65
Graf 23: Spokojenost s pracovním výkonem.....	66
Graf 24: Spokojenost sama se sebou	67
Graf 25: Spokojenost s osobními vztahy	68
Graf 26: Spokojenost se sexuálním životem.....	69
Graf 27: Spokojenost s podporou přátel	70
Graf 28: Spokojenost s podmínkami pro život	71
Graf 29: Spokojenost s dostupností zdravotní péče.....	72
Graf 30: Spokojenost s dopravou.....	73
Graf 31: Prožívání negativních pocitů	74
Graf 32: Tělesné změny	77
Graf 33: Psychické změny	78
Graf 34: Péče o domácnost	79

Graf 35: Obava o průběh těhotenství.....	80
Graf 36: Obavy z porodu	81
Graf 37: Fyzická aktivita	82
Graf 38: Spokojenost s partnerským životem.....	83
Graf 39: Spokojenost se společenským životem	84
Graf 40: Adaptace na těhotenství.....	85
Graf 41: Vnímání prostředí s vývojem těhotenství.....	100
Graf 42: Porovnání domény Prožívání v jednotlivých krajích	101
Graf 43: Porovnání průměrných skóre Těhotenské kvalita života (QOL-GRAV) mezi jednotlivými kraji.....	102
Graf 44: Porovnání domény Prožívání v III. trimestru těhotenství mezi jednotlivými věkovými kategoriemi	103
Graf 45: Porovnání Těhotenské kvality života QOL-GRAV v III. trimestru těhotenství mezi jednotlivými věkovými kategoriemi	103
Graf 46: Porovnání vlivu vzdělání na hodnocení domény Prostředí v II. trimestru těhotenství	104
Graf 47: Posouzení vlivu vzdělání na hodnocení položky Q1 – Kvalita života WHOQOL-BREF v obou trimestrech těhotenství.....	105
Graf 48: Četnost somatických změn.....	106
Graf 49: Četnost psychických změn	107

SEZNAM ZKRATEK

- AB0 – systém antigenů erytrocytů (AB0)
- APACHE II – Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System
- CTG – kardiokardiofraf
- EQ-5D – European Quality of Life Questionnaire
- HBsAg – Hepatitis B surface Antigen
- HCG – humánní choriový gonadotropin
- HIV – Hunam Imunnodeficiency Virus
- HRQoL – Health Related Quality of Life
- LSS – Life Satisfaction Scale
- MANSA – Manchester Short Assesment of Quality of Life
- NHP – Nottingham Health Profile
- NVP QOL – Nauzea and Vomiting of Pregnancy Quality of Life
- OGTT – orální, glukózo-toleranční test
- PSI – Performance Status Index
- Rh – Rhesus faktor
- RHD – systém antigenů erytrocytů (Rhesus)
- UZ – ultrazvuk
- QALY – Quality-Adjusted Life Years
- QoL – Quality of Life
- SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
- SF-12 – Medical Outcomes Study 12 - Item Short Form
- SF-36 – Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form
- SIP – Sickness Impact Profile
- SWB – Subjective Well-Being
- VAS – Visual Analogus Scale
- WHO – World Health Organization
- WHOQOL – World Health Organization Quality of Life
- WHOQOL-BREF – World Health Organization´s Quality of Life Scale - BREF

PŘÍLOHY

Příloha 1: Úvod dotazníku

Milé budoucí maminky,

jmenuji se Pavlína Tomsová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

V rámci své závěrečné bakalářské práce na téma „Kvalita života zdravých těhotných žen v průběhu fyziologického těhotenství“ se na Vás obracím s žádostí o vyplnění dotazníků WHOQOL – BREF a QOL GRAV.

Cílem výzkumného šetření, je zjistit kvalitu Vašeho života v těhotenství. Součástí dotazníků jsou pokyny pro správné vyplnění. Dotazníky jsou anonymní, vyplněné údaje budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a čas

V jakém kraji bydlíte?

(prosím, zaškrtněte křížkem)

- Středočeský kraj – okres Mělník
- Královéhradecký kraj

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.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně ④	maximálně 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.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	① vůbec ne	2 trochu	3 středně	4 hodně	5 maximálně
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtete si laskavě každou otázku, zhodnot'te 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 3

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

Demografické údaje I. II. III. (zakroužkujte ve kterém trimestru jste dotazník vyplnila)

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 vícekrát

Rodit budete (zakroužkujte): poprvé podruhé potřetí vícekrát

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, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

U některých otázek máte prostor pro slovní vyjádření konkrétní odpovědi.

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

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

2. Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. poruchy spánku, plačtivost, přecitlivělost, strach, nervozita, úzkost, deprese, zvýšená agresivita)	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.....

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

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

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
6. 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.

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkují Vám za pečlivé a pravdivé vyplnění dotazníků!