ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Meranie kvality života žien počas tehotenstva

Measuring women's quality of life during pregnancy

Lucia Mazúchová*, Simona Kelčíková, Zuzana Dubovická

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav pôrodnej asistencie, Martin, Slovenská republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2017-06-12

Received in revised form:
2017-10-12

Accepted: 2017-11-15

Published online: 2018-03-26

Keywords:

Quality of life

Pregnant women

Risk areas of quality of life

Health promotion

ABSTRACT

The aim of this study was to find out the quality of life of women during pregnancy, which areas of quality of life are the most risky, and to determine the impact of age, parity and period of pregnancy on the quality of life of pregnant women.

The work is a quantitative cross-sectional study. The QOL-GRAV standardized questionnaire was used to assess the quality of life of women during pregnancy. The study consisted of 304 pregnant women (mean age of 27 ± 4.95 years) with a physiological pregnancy. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient ($p < 0.005$) and variance analysis (ANOVA) ($p < 0.05$).

The quality of life during pregnancy has proven to be very good and excellent. The most risky areas of quality of life have been expressed in the partner life satisfaction, physical changes causing limitations, physical activity limitations, and the fears of managing labor. There were no statistically significant differences in the quality of life in relation to age, parity and period of pregnancy.

Assessing quality of life is important in terms of timely preventive measures during pregnancy and should lead to an increase in the quality of care for pregnant women and their well-being, with emphasis on the health of pregnant women.

S Ú H R N

Cieľom práce bolo zistiť, aká je kvalita života žien počas tehotenstva, ktoré oblasti kvality života sú najrizikovejšie, a zistiť vplyv veku, parity a obdobia tehotenstva na kvalitu života tehotných žien.

Práca má charakter kvantitatívnej prierezovej štúdie. Bol použitý štandardizovaný dotazník QOL-GRAV zameraný na posúdenie úrovne kvality života žien počas tehotenstva. Výskumný súbor tvorilo 304 tehotných žien s vekovým priemerom $27 \pm 4,95$ rokov a fyziologickým tehotenstvom. Údaje boli analyzované pomocou deskriptívnej štatistiky, Pearson korelačného koeficientu ($p < 0,005$) a analýzy rozptylu (ANOVA) ($p < 0.05$).

Kvalita života počas tehotenstva sa preukázala vo väčšine na úrovni veľmi dobrá a výborná. Najrizikovejšie oblasti kvality života sa prejavili v spokojnosti s partner-ským životom, telesných zmenách spôsobujúcich obmedzenia, obmedzení fyzickej

Kľúčové slová:

kvalita života

tehotné ženy

rizikové oblasti kvality života

podpora zdravia

* **Korespondenční autor:** Mgr. Lucia Mazúchová, PhD., Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav pôrodnej asistencie, Malá Hora 5, 036 52 Martin, Slovenská republika; e-mail: mazuchova@jfmed.uniba.sk
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.11.004>

aktivity a obavách zo zvládnutia pôrodu. Nezistili sa štatisticky významné rozdiely v kvalite života vo vzťahu k veku, parite a obdobiu tehotenstva.

Posudzovanie kvality života má význam z hľadiska včasných preventívnych opatrení v priebehu tehotenstva a malo by viesť k zvyšovaniu kvality starostlivosti o tehotné ženy a ich osobnej pohody s dôrazom na podporu zdravia tehotných žien.

© 2018 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Tehotenstvo kladie na organizmus ženy veľké nároky, ktoré predstavujú psychickú, somatickú a často i sociálnu záťaž. Prežívanie žien je individuálne a závislé na množstve faktorov a okolnosti, ktoré v rôznej miere ovplyvňujú zdravie a kvalitu života matiek. Diagnostika kvality života sa v súčasnosti stáva relatívne samostatnou medziodborovou oblasťou [1]. Kvalita života zahŕňa rôzne aspekty, ako je zdravie, fyzické pohodlie, duševná a sociálna dimenzia [2]. Sováriová Soósová [3] uvádza ako hlavné ukazovatele kvality života demografické prediktory – vek, pohlavie; sociálno-ekonomické charakteristiky – vzdelanie, sociálny status; kultúrne vplyvy a hodnoty; zdravotné faktory – funkčný stav, služby zdravotnej starostlivosti a osobnostné charakteristiky. Kvalita života v tehotenstve má veľký význam. Abbaszadeh et al. [2] uvádzajú, že počas tehotenstva dochádza k zníženiu vitality u žien, čo vedie k poklesu kvality života aj v priebehu normálneho tehotenstva. Podľa Mogos et al. [4] by zdravie žien malo byť hodnotené na základe zlepšovania kvality života. V posledných desaťročiach koncepcie kvality života čoraz viac využívajú výskumníci, najmä v oblasti zdravotnej starostlivosti. V súčasnej dobe hodnotenie a meranie kvality života poskytuje dôležité informácie v súvislosti s popisom zdravotného stavu rôznych populácií [5]. Posudzovanie kvality života má význam z hľadiska prevencie a liečebných programov používaných v priebehu tehotenstva [6].

Cieľom práce bolo zistiť, aká je kvalita života žien počas tehotenstva, ktoré oblasti kvality života sú najrizikovejšie, a zistiť vplyv veku, parity a obdobia tehotenstva na kvalitu života tehotných žien.

Metodika a charakteristika súboru

Pre tento výskum bol zvolený dizajn prierezovej kvantitatívnej štúdie vykonanej na základe dotazníkového šetrenia. Na zber relevantných údajov, dosiahnutie stanovených cieľov bol použitý štandardizovaný dotazník QOL-GRAV, zameraný na posúdenie kvality života žien počas tehotenstva. Ide o špecifický tehotenský dotazník, ktorý má skríningový charakter a ktorý bol použitý na základe súhlasu autorky dotazníka Evy Vachkovej [7]. Pôvodná česká verzia dotazníka bola preložená do slovenského jazyka. Nástroj nebol validizovaný v slovenskom jazyku, avšak prešiel validizáciou v českom jazyku. Kultúrnu špecifikáciu pri preklade dotazníka z češtiny do slovenčiny sme riešili metódou spätného prekladu v spolupráci s viacerými od-

borníkmi v slovenskom jazyku. Následne bol vytvorený spätný preklad do primárneho českého jazyka v spolupráci s viacerými odborníkmi v českom jazyku, pričom prekladatelia nepoznali originálnu verziu nástroja v českom jazyku. Vzniklo nám niekoľko verzií prekladu (vzájomne na sebe nezávislých), ktoré boli vo väčšine zhodné.

V úvode dotazníka boli zaradené identifikačné položky (vek, trimester, parita, problémy počas tehotenstva) potrebné k charakteristike výskumného súboru. Dotazník pozostával z 9 otázok, hodnotených na päťbodovej Likertovej škále, pričom jednotlivé odpovede zodpovedali známkovaniu v škole, najlepšie hodnotenie bolo 1, najhoršie bolo 5. U QOL-GRAV platí, že čím je nižšia hodnota skóre, tým je vyššia kvalita života a absencia problémov súvisiacich so špecifickými zmenami v tehotenstve. Dotazník sa týkal hodnotenia 4 domén: fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie. Na základe celkového počtu bodov sa hodnotila kvalita života ako výborná, veľmi dobrá, dobrá, nie príliš dobrá. Ide o validný a reliabilný nástroj pre hodnotenie kvality života fyziologických tehotných žien (Cronbachov alfa koeficient $\alpha_c = 0,87$).

Údaje boli analyzované pomocou deskriptívnej štatistiky, Pearson (r) korelačného koeficienta ($p < 0,005$) a ANOVA (F) ($p < 0,05$).

Zrozumiteľnosť dotazníka bola overená pilotnou štúdiou s 5 tehotnými ženami, ktoré boli oslovené na základe osobných kontaktov. Na základe pilotáže s cieľom modifikovať problematické formulácie možných položiek sa text menil iba v dvoch otázkach, a to v zmysle formálnych úprav (slovosled, interpunkčné znamienka). S realizáciou výskumu bol získaný súhlas Etickej komisie Žilinského samosprávneho kraja. Zvolil sa kombinovaný spôsob administrácie dotazníkov v troch gynekologických ambulanciách. Na základe osobného kontaktu počas prenatálnych poradní boli oslovené tehotné ženy, ktoré podpísali informovaný súhlas so zaradením do štúdie a ktoré boli následne inštruované o jeho vyplnení. Dotazník sa vyplňal v tlačenej forme alebo elektronicky na základe dobrovoľného poskytnutia emailovej adresy, na ktorú bol preposlaný „link“ odkaz na dotazník. Dotazníky v celom rozsahu pre tlačnú a elektronickú formu boli rovnaké. Responsibilita osobne distribuovaných dotazníkov bola 87,50 % ($n = 70$) a elektronicky získaných dotazníkov bola 95,38 % ($n = 248$). Celkovo z 318 dotazníkov boli 2 vyradené z dôvodu nesprávneho alebo neúplného vyplnenia a 12 bolo vyradených z dôvodu vyraďovacích kritérií (závažnejšie problémy žien počas tehotenstva). Keďže dotazník bol určený pre ženy s fyziologickým tehotenstvom, respondentky, ktoré v tejto položke uviedli závažnejšie problémy, ktoré predurčovali patologické tehotenstvo, boli zo štúdie vyradené.

Pre účely štúdie bolo súhrnne použitých 304 dotazníkov. Zber výskumných dát bol realizovaný v období novembar 2015 – január 2017.

Súbor

Výskumný súbor tvorilo 304 respondentiek s vekovým priemerom 27 rokov ($SD \pm 4,95$). Výber respondentiek bol zámerný. Pre súbor boli vopred určené zaraďovacie (inkluzívne) kritéria: aktuálna a fyziologická tehotnosť a informovaný súhlas respondentky so zaraďením do štúdie. Medzi vyradovacie (exkluzívne) kritériá patrili problémy počas tehotenstva, ktoré predurčujú patologické tehotenstvo. Za závažnejšie problémy sa považovali: hroziaci potrat, krvácanie z rodidiel, hroziaci predčasný pôrod, skoré skracovanie krčka maternice, otváranie bránky krčka maternice, prejavy Rh inkompatibility, preeklampsia, hypertenzia, gestačný diabetes mellitus, viacpočetné tehotenstvo, nedostatočná placentárna výživa plodu, podozrenie na vývojovú chybu plodu, ochorenia matky postihujúce orgány ako napr. srdce, pľúca, obličky, pečeň, mozog, genetické ochorenia a infekčné ochorenia matky.

Z výskumnej vzorky bolo 63,16 % prvorodičiek, 22,37 % druhorodičiek a 14,47 % viac rodičiek. Z hľadiska trimestrov bolo 14,14 % v I. trimestri, 37,17 % v II. trimestri a 49,34 % v III. trimestri tehotenstva. Tehotenstvo bez problémov prebiehalo u 62,50 % respondentiek a u 37,50 % s menšími problémami (časté močenie, bolesti hlavy, bolesti krížov, ranná nevoľnosť, kŕče v dolných končatinách a iné).

Výsledky

Najviac žien (55,60 %) deklarovalo veľmi dobrú kvalitu života, 33,89 % výbornú, 9,86 % dobrú a 0,65 % nie príliš dobrú kvalitu života počas tehotenstva (tab. 1).

Tabuľka 1 – Kvalita života tehotných žien

	N	%
Výborná	103	33,89
Veľmi dobrá	169	55,60
Dobrá	30	9,86
Nie príliš dobrá	2	0,65
Spolu	304	100,00

Legenda: Na základe celkového počtu bodov sa hodnotila kvalita života ako výborná (9–18 bodov), veľmi dobrá (19–27 bodov), dobrá (28–36 bodov), nie príliš dobrá (37–45 bodov).

Vo všetkých položkách väčšina respondentiek vyberala škálové možnosti 1 (vôbec nie) a 2 (mierne), čo vyjadruje pozitívne odpovede v súvislosti s ich kvalitou života. Priemerná škálová hodnota odpovedí bola najvyššia v položke týkajúcej sa pocitov, že im telesné zmeny súvisiace s tehotenstvom neumožnia robiť, čo potrebujú ($2,49 \pm 1,01$), v obmedzení fyzickej aktivity ($2,41 \pm 1,12$) a v položke týkajúcej sa obáv zo zvládnutia pôrodu ($2,37 \pm 1,19$) (tab. 2).

Priemerné dosiahnuté skóre v škále kvality života bolo najlepšie u žien mladšieho veku ($17,29 \pm 3,36$), potom stredného veku ($17,30 \pm 5,01$) a najhoršie u žien staršieho veku ($25,66 \pm 6,03$). Vplyv veku sa testoval výpočtom Pearson korelačného koeficientu. Na hladine významnosti $p < 0,005$ nebola preukázaná štatistická významnosť ($r = 0,04$; $p = 0,46$) medzi vekom a kvalitou života tehotných žien.

Priemerné dosiahnuté skóre v škále kvality života bolo najlepšie u viacrodičiek ($19,73 \pm 5,53$), potom u druhorodičiek ($20,75 \pm 4,85$) a nakoniec u prvorodičiek ($20,89 \pm 5,11$). Na základe analýzy rozptylu (ANOVA) neboli medzi jednotlivými skupinami podľa parity na hladine významnosti $p < 0,05$ štatisticky významné rozdiely v kvalite života tehotných ($F = 0,93$; $p = 0,396$).

Priemerné dosiahnuté skóre v škále kvality života sa preukázalo najlepšie u žien v I. trimestri tehotenstva ($20,02 \pm 4,16$), potom v III. trimestri ($20,47 \pm 5,14$) a nakoniec v II. trimestri tehotenstva ($21,24 \pm 5,41$). Na základe analýzy rozptylu (ANOVA) medzi jednotlivými skupinami podľa obdobia tehotenstva neboli na hladine významnosti $p < 0,05$ štatisticky významné rozdiely v kvalite života ($F = 1,16$; $p = 0,316$).

Diskusia

Väčšina žien deklarovala veľmi dobrú a výbornú kvalitu života počas tehotenstva (tab. 1). Aj podľa iných štúdií väčšina žien mala nadpriemernú alebo priemernú kvalitu života [8, 9]. Podľa štúdie Shisheghar et al. [10] bolo preukázané, že sociálna podpora nepriamo a kvalita života priamo ovplyvňujú priebeh tehotenstva, z čoho vyplýva potreba zo strany zdravotníkov venovať pozornosť opatreniam na posilnenie sociálnej podpory, kvality života a zníženiu stresu a jeho následkov počas tehotenstva. Napriek zisteným pozitívnym výsledkom je potrebné zaoberať sa kvalitou života tehotných žien a venovať osobitnú pozornosť a špeciálnu starostlivosť zvlášť tým tehotným ženám, ktoré majú nižšiu kvalitu života. Meranie kvality života tehotných žien je dôležité pri plánovaní individuálnej a konkrétnej starostlivosti o matku a dieťa. Priemerná škálová hodnota odpovedí v súčasnej štúdii bola najvyššia, čo vyjadruje najhoršiu spokojnosť s partnerským životom (tab. 2). Aj podľa štúdie Balíkovej a Bužgovej [8] bol zistený štatisticky významný rozdiel v kvalite života u žien slobodných a žien vydatých, pričom vydaté ženy prekvapujúco vykazujú nižšiu kvalitu života. Oblasť spokojnosti s partnerom zo strany pôrodných asistentiek nemožno ovplyvniť, avšak je potrebné vedieť, že aj táto oblasť má vplyv na kvalitu života tehotných žien. Ďalšími oblasťami, ktoré sa ukázali na základe priemernej škálovej hodnoty výraznejšie, boli položky týkajúce sa pocitov, že im telesné zmeny súvisiace s tehotenstvom neumožnia robiť, čo potrebujú, a obmedzujú fyzickú aktivitu (tab. 2). Podľa štúdie Bahadorana a Mohamadirizi [11] sa taktiež prejavil vplyv obmedzenia fyzickej aktivity v tehotenstve na kvalitu života, preto vnímame za významné venovať väčšiu pozornosť tomuto problému. Správna a adekvátna fyzická aktivita počas tehotenstva má veľký vplyv na zdravie matky a rast plodu. Shakeri et al. [12] preukázali, že vhodný cvičebný program s miernou in-

Tabuľka 2 – Opisné charakteristiky jednotlivých položiek kvality života

Otázky (QOL-GRAV)	1	2	3	4	5	X	SD	Med.
N = 304 (100 %)	n_i f_i (%)	n_i f_i (%)	n_i f_i (%)	n_i f_i (%)	n_i f_i (%)			
Do akej miery máte pocit, že Vám psychické zmeny súvisiace s týmto tehotenstvom neumožňujú robiť to, čo potrebujete?	139 (45,72)	110 (36,18)	45 (14,80)	6 (1,98)	4 (1,31)	1,93	0,87	2
Ako veľmi sa obávate, že nevládnete starostlivosť o domácnosť?	135 (44,40)	101 (33,22)	45 (14,80)	17 (5,59)	6 (1,98)	1,88	0,99	2
Ako veľmi sa obávate, že nevládnete zdarne donosiť plod?	116 (38,16)	95 (31,25)	50 (16,44)	34 (11,18)	9 (2,96)	2,09	1,12	2
Ako veľmi sa obávate, že nevládnete pôrod?	82 (26,97)	101 (33,22)	63 (20,72)	40 (13,16)	18 (5,92)	2,37	1,19	2
Bola ste nútená v tomto tehotenstve obmedziť fyzickú aktivitu?	69 (22,70)	111 (36,51)	68 (22,37)	39 (12,82)	17 (5,60)	2,41	1,12	2
Ako ste teraz spokojná s partnerským životom?	110 (36,18)	45 (14,80)	139 (45,72)	6 (1,97)	4 (1,31)	3,37	1,41	4
Ako ste teraz spokojná so svojim spoločenským životom?	68 (22,37)	134 (44,08)	51 (16,78)	40 (13,16)	11 (3,62)	2,29	1,05	2
Ako ste teraz spokojná s tým, ako sa Vám darí prispôbiť sa tomuto tehotenstvu?	72 (23,68)	161 (52,96)	56 (18,42)	13 (4,28)	2 (0,66)	2,05	0,81	2

Legenda: N – počet respondentov; n_i – absolútna početnosť; f_i – relatívna početnosť; 1 – vôbec nie; 2 – mierne; 3 – stredne; 4 – veľmi; 5 – v obrovskej miere; X – priemerná škálová hodnota odpovedí; SD – štandardná odchýlka; Med – medián. Posledné tri otázky, ktoré boli opačne formulované, sme rekódovali (hodnota 5 = hodnota 1).

Tabuľka 3 – Vplyv veku, parity a obdobia tehotenstva na kvalitu života

	N (%)	Mean (SD)	r^*	p
Mladší vek	7 (2,30)	17,29 (3,36)	0,04 F*	9,46 p
Stredný vek	222 (73,02)	17,30 (5,01)		
Starší vek	75 (24,68)	25,66 (6,03)		
Prvorodička	192 (63,16)	20,89 (5,11)	0,93 F*	0,396 p
Druhorodička	68 (22,37)	20,75 (4,85)		
Viacerodička	44 (14,47)	19,73 (5,53)		
I. trimester	43 (14,14)	20,02 (4,16)	1,16 F*	0,316 p
II. trimester	113 (37,17)	21,24 (5,41)		
III. trimester	148 (48,68)	20,47 (5,14)		

Legenda: r^* – Pearson korelačný koeficient; p – hladina významnosti $p < 0,005$. F^* – ANOVA; hladina významnosti $p < 0,05$.

tenzitou u žien s normálnym tehotenstvom mal vplyv na zlepšenie zdravia matiek bez poškodenia vyvíjajúceho sa plodu. Tehotné ženy si zvyčajne vyberajú sedavý životný štýl. Obmedzenie fyzickej aktivity u tehotných žien môže vyplývať aj z neinformovanosti a z toho vznikajúcich zbytočných obáv. Je potrebná informovanosť o význame fyzickej aktivity počas tehotenstva, o pozitívnych účinkoch pohybových aktivít a ich zodpovedajúcej intenzite. Fyzická aktivita v tehotenstve prispieva k pocitu pohody, zvýšené-

mu sebedovomiu, lepšiemu obrazu tela, k znižovaniu úzkosti a depresie a rýchlemu a jednoduchému prispôbeniu sa zmenám v tehotenstve [12]. Aj Guskowska et al. [13] uvádzajú, že pravidelné fyzické cvičenie počas tehotenstva môže predstavovať faktor v prevencii duševných porúch u tehotných žien. Zo strany pôrodných asistentiek sa žiada organizovať aktivity pre podporu zdravia, fyzickej aktivity a podporu kvality života. Pôrodné asistentky ako jeden z hlavných zdravotníckych praktikov hrajú dôležitú úlohu, aby sa dosiahol cieľ zdravie pre všetkých, najmä tehotných žien [11]. Pri hodnotení kvality života skúmaných respondentiek sa preukázala rizikovejšia aj položka týkajúca sa obavy zo zvládnutia pôrodu (tab. 2). Strach z pôrodu sa podľa niektorých štúdií preukázal ako jeden z najčastejších prežívaných strachov v tehotenstve [14, 15]. Obavy zo zvládnutia pôrodu ovplyvňujú ženy rôznym spôsobom, začínú pochybovať sami o sebe, cítia sa neisté, čo môže pôsobiť na ich kvalitu života. Tehotné ženy, ktoré sa boja pôrodu, potrebujú zo strany pôrodných asistentiek počas tehotenstva a pôrodu veľa pomoci [16]. Tehotné ženy v súvislosti s prežívaním strachu z pôrodu sú ovplyvnené zdravotníkmi (pôrodné asistentky, sestry, gynekológovia) a interakciami s nimi [17]. Vzhľadom k tejto skutočnosti sa pôrodným asistentkám pri poskytovaní starostlivosti o tehotné ženy odporúča zameriavať sa nielen na fyzické, ale aj psychosociálne faktory. V zmysle podporovať tehotné ženy k úspešnému zvládaniu zmien a k udržiavaniu celkového zdravia. Súčasné štúdiá skúmala rozdiely v kvalite života z hľadiska veku. Na základe priemerného dosiahnutého skóre v škále kvality života sa neprejavili výrazné rozdiely v priemeroch podľa veku. Najlepšia kvalita života sa preukázala u žien mladšieho, potom stredného a najhoršia u žien staršieho veku, avšak štatisticky významné rozdiely vplyvu veku na kvalitu života tehotných žien sa nepreukázali (tab. 3).

Podľa štúdie Balíkovej a Bužgovej [8], kde sa kvalita života u tehotných žien posudzovala dotazníkom SF-12, bol zistený štatisticky významný rozdiel v kvalite života v závislosti na veku ($p = 0,020$). Ženy nad 29 rokov uviedli nižšiu kvalitu života než ženy mladšie. Vzhľadom k zistenému možno konštatovať, že zo strany pôrodných asistentiek je pri správaní tehotenstvom potrebné sústrediť väčšiu pozornosť ženám staršieho veku. Súčasná štúdia analyzovala aj rozdiely v kvalite života podľa parity. Priemerné dosiahnuté skóre v škále kvality života sa preukázalo najlepšie u viacrodičiek, potom u druhorodičiek a nakoniec u prvorodičiek (tab. 3). Na základe analýzy rozptylu (ANOVA) neboli medzi skupinami zistené štatisticky významné rozdiely v kvalite života tehotných žien. V štúdiu Balíkovej a Bužgovej [8] boli pri porovnávaní priemerných hodnôt kvality života podľa parity zistené štatisticky významné rozdiely v kvalite života prvorodičiek a viacrodičiek ($p < 0,001$). U prvorodičiek bola zistená vyššia kvalita života oproti viacrodičkám. Porovnateľne bolo zistené aj v štúdiu Mousavi et al. [18], kde sa taktiež preukázala vyššia kvalita života u prvorodičiek ako viacrodičiek. Je zaujímavé, že v súčasnej štúdiu sa preukázala u prvorodičiek nižšia kvalita života. Zrejme boli u nich silnejšie prežívané nové neznáme pocity, z ktorých môžu vyplývať rôzne neistoty, obavy, čo mohlo vplyvať na kvalitu života. Súčasná štúdia zisťovala rozdiely v kvalite života aj podľa obdobia tehotenstva. Preukázalo sa, že priemerné dosiahnuté skóre v škále kvality života bolo najlepšie u žien v I. trimestri tehotenstva, potom v III. trimestri a nakoniec v II. trimestri tehotenstva. Na základe analýzy rozptylu (ANOVA) neboli z hľadiska trimestrov zistené štatisticky významné rozdiely v kvalite života (tab. 3). V štúdiu Fernandese a Vido [19] sa taktiež nepotvrdili významné rozdiely v kvalite života vo vzťahu k trimestrom. Naše zistenia sú zaujímavé vzhľadom k predpokladu, že najlepším obdobím tehotenstva z tohto aspektu sa očakáva II. trimester a náročnejším obdobím je I. a hlavne III. trimester. Domnievame sa, že súbor respondentiek v II. trimestri ovplyvnili prebiehajúce prenatálne vyšetrenia a skriningy, ktoré mohli vyvolať zvýšené obavy. Respondentky pri hodnotení kvality života počas tehotenstva ju zrejme nehodnotili vo vzťahu k trimestrom, ale celkovo, čo taktiež mohlo ovplyvniť výsledky. Fernandes a Vido [19] zistili, že tehotné ženy v I. trimestri prezentovali vyššiu kvalitu života ako tehotné v II. trimestri. Podľa štúdie Vachkovej et al. [20] najlepšie bola hodnotená kvalita života v II. trimestri tehotenstva. V štúdiu Bai et al. [21] bolo preukázané, že príznaky ako častá nevoľnosť, vracanie a únava, ktoré sú u žien na začiatku tehotenstva, čiže v I. trimestri, majú negatívny dopad na kvalitu života. V III. trimestri môžeme predpokladať zhoršenú kvalitu života oproti predchádzajúcim trimestrom napríklad v dôsledku zvýšenej hmotnosti, porúch spánku, zníženej sexuality. Bolo zistené, že nadváha v III. trimestri tehotenstva súvisela s nízkou kvalitou života [22]. Čo sa týka zhoršeného spánku, bolo preukázané, že v porovnaní s I. trimestrom tehotenstva sa riziko nízkej kvality spánku zvyšuje $2,11\times$ v II. trimestri ($p = 0,048$) a $1,86\times$ v III. ($p = 0,054$) [23]. Na kvalitu života môže mať vplyv aj sexualita. Bolo preukázané, že sexuálna dysfunkcia je najväčšia v III. trimestri tehotenstva [24, 25].

Výsledky predkladanej štúdie poukazujú na skutočnosť, že kvalita života počas tehotenstva sa preukázala u väčšiny respondentiek ako veľmi dobrá a výborná. Najrizikovejšie oblasti kvality života sa prejavili v spokojnosti s partnerským životom, telesných zmenách spôsobujúcich obmedzenia, obmedzení fyzickej aktivity a v obavách zo zvládnutia pôrodu. Nezistili sa štatisticky významné rozdiely v kvalite života vo vzťahu k veku, parity a obdobiu tehotenstva. Používanie skriningových nástrojov na hodnotenie kvality života tehotných žien môžu pomôcť pôrodným asistentkám v rámci klinickej praxe k identifikácii problémov a ich vývoja v čase a pri odhaľovaní zmien v kvalite života. Ide o dôležité anamnestické údaje, ktoré môžu pôrodným asistentkám pomôcť pri nadviazaní komunikácie a pri riešení zistených problémov.

Uvedené výsledky a zistenia je potrebné vnímať vzhľadom na limity výskumu. Limity výskumu sú v adaptácii výskumného nástroja, ktorý neprešiel lingvistickou validáciou. Validita a reliabilita preloženého dotazníka v našom socio-kultúrnom prostredí nebola overená. Nie je preto známe, či nástroj skutočne meral to, čo bolo zámerom autorky dotazníka v českom jazyku a či bol dostatočne presný a spoľahlivý i na Slovensku. Nami upravená verzia dotazníka bola použitá len pre účely tejto štúdie. Limitáciu predstavuje zámerný výber respondentiek, v dôsledku ktorého je možné závery interpretovať a generalizovať len na uvedený výberový výskumný súbor. Ďalšie limity štúdie vidíme v nerovnomernom rozložení súboru pri porovnávaní kvality života podľa veku, parity a podľa obdobia tehotenstva, čo mohlo značne skresliť výsledky. Taktiež pri hodnotení kvality života z hľadiska porovnávaní medzi trimestrami by bolo ideálne vykonať prospektívnu štúdiu, čiže poskytnúť dotazník tým istým ženám opakovane $3\times$ v I., II. a III. trimestri tehotenstva, čím by sa porovnávala tá istá vzorka žien v jednotlivých obdobiach tehotenstva a výsledky by boli dôveryhodnejšie. Pri hodnotení kvality života mohli zohrať významnejšiu úlohu iné faktory (napr. osobnostné, sociálna podpora, vzdelanie, informovanosť o tehotenstve, chcené/nechcené tehotenstvo) ako tie, ktoré sme hodnotili. Našu štúdiu môžeme považovať za parciálnu. Aj napriek uvedeným limitáciám si myslíme, že štúdia priniesla podnetné výsledky.

Záver

Tehotenstvo je obdobie, kedy by sa žena mala zvlášť starať o svoje zdravie a kedy by sa jej mala venovať zvýšená pozornosť a starostlivosť aj zo strany pôrodných asistentiek. Napriek zisteným pozitívnym výsledkom je potrebné zaoberať sa kvalitou života s dôrazom na skrining v oblasti kvality života tehotných žien a venovať osobitnú pozornosť a špeciálnu starostlivosť zvlášť tým tehotným ženám, ktoré majú nižšiu kvalitu života. Posudzovanie kvality života má význam z hľadiska včasných preventívnych opatrení v priebehu tehotenstva a malo by viesť k zvyšovaniu kvality starostlivosti o tehotné ženy a ich osobnej pohody s dôrazom na zvyšovanie ich kvality života.

Konflikt záujmov

Autorky prehlasujú, že nie sú si vedomí žiadneho konfliktu záujmov týkajúceho sa uvedeného príspevku.

LITERATÚRA

- [1] Vachková E, Mareš J. Kvalita života žen v období tehotenství: studie pomocí ohniskových skupin. *Kontakt* 2012;14(3):286–97.
- [2] Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of life among pregnant women. *Journal of Hayat* 2009;15(1):41–8.
- [3] Sováriová Soósová M. Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 2016;7(3):484–93.
- [4] Mogos ME, August EM, Salinas-Miranda AA, Sultan DH, Salihu HM. A systematic review of quality of life measures in pregnant and postpartum mothers. *Applied Research in Quality of Life* 2013;8(2):219–50.
- [5] Ghaforifard S, Rostamineiad M, Nasrolahi A, Darabi S, Sokhtezari S. Evaluating the association between quality of life and physical activity in female student children scientific. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2013;21(2):144–51.
- [6] Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari Jafarabadi M, Shiri F, Ghanbari-Homayi S. Feasibility, reliability, and validity of the Iranian version of the quality of life questionnaire for pregnancy. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2016;18(9):e35382.
- [7] Vachkova E, Jezek S, Mares J, Moravcova M. The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. *Health and Quality of Life Outcomes* 2013;11:214. Doi:10.1186/1477-7525-11-214.
- [8] Balíková M, Bužgová R. Quality of women's life with nausea and vomiting during pregnancy. *Ošetrovatelství a porodní asistence* 2014;5(1):29–35.
- [9] Dotlic J, Terzic M, Janosevic S, Babic D, Ristanovic M, Pekmezovic T. Health related quality of life during pregnancy. *Health MED* 2012;6(3):990–6.
- [10] Shishehgar S, Mahmoodi A, Dolatian M, Mahmoodi Z, Bakhtiary M, Alavi Majd H. The relationship of social support and quality of life with the level of stress in pregnant women using the PATH model. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2013;15(7):560–5.
- [11] Bahadoran P, Mohamadirizi S. Relationship between physical activity and quality of life in pregnant women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2015;20(2):282–6.
- [12] Shakeri M, Fekri S, Shahnavaz A, Shakibazadeh E. Effectiveness of a group-based educational program on physical activity among pregnant women. *Hayat* 2012;18(3):1–9.
- [13] Guskowska M, Langwald M, Dudziak D, Zaremba A. Influence of a single physical exercise class on mood states of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2012;34(2):98–104.
- [14] Petersen JJ, Paulitsch MA, Guethlin C, Gensichen J, Jahn A. A survey on worries of pregnant women – testing the German version of the Cambridge worry scale. *BMC Public Health* 2009;9:490. Doi: 10.1186/1471-2458-9-490.
- [15] Haines HM, Rubertsson CH, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMS Pregnancy and Childbirth* 2012;12:55. Doi:10.1186/1471-2393-12-55.
- [16] Nilsson CH, Lungren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2009;25(2):1–9.
- [17] Klabbers GA, van Bakel HJA, van den Heuvel MMA, Vingerhoets AJJM. Severe fear of childbirth: its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics* 2016;25(1):107–27.
- [18] Mousavi SA, Mortazavi F, Chaman R, Ajami ME. Comparing the quality of life and psychological state of multiparous and primiparous women in ante-and postnatal periods: A cohort study. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2013;17(5):332–5.
- [19] Fernandes RAQ, Vido MB. Pregnancy and quality of life: assessment during the gestational trimester. *OBJN* 2009;11(1):8.
- [20] Vachková E, Mareš J, Ježek S. Kvalita života a její proměny v čase v souvislosti s těhotenstvím. In: Bašková M, Bubeníková M (Eds). *Výskum ako východisko praxe založenej na dôkazoch*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine; 2013, pp. 277–89.
- [21] Bai G, Korfage IJ, Groen EH-D, Jaddoe VWV, Mautner E, Raat H. Associations between nausea, vomiting, fatigue and health-related quality of life of women in early pregnancy: the Generation R study. *PLoS ONE* 2016;11(11):e0166133.
- [22] Safarzadeh A, Boryri T, Khojasteh F, NavvabiRigi SD. Evaluation of quality of life and pregnancy outcome in overweight pregnant women in Zahedan. *Journal of Pain & Relief* 2013;2(3):124. Doi:10.4172/2167-0846.1000124.
- [23] Sut HK, Asci O, Topac N. Sleep quality and health-related quality of life in pregnancy. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2016;34(4):302–9.
- [24] Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(4):1023–9.
- [25] Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39(6):1165–72.