ORIGINAL ARTICLE

KVALITA ŽIVOTA ŽEN V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ: STUDIE POMOCÍ OHNISKOVÝCH SKUPIN

Quality of life of women in pregnancy period: A study based on focus groups

Eva Vachková¹, Jiří Mareš²¹Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství²Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství

Summary

In the contribution, the authors deal with the assessment of the quality of life of women in the period of their physiological pregnancy. The work first summarizes still existing knowledge concerning the research of the quality of life in the period of pregnancy obtained in abroad and describes methodological approaches to the examination of the quality of life in pregnant women. The targets of the research study were as follows: 1. Mapping of experiencing changes resulting from pregnancy and effects of these changes on the quality of life; 2. Identification of variables considerably affecting the quality of life in this period from the viewpoint of the women; 3. Accumulation of data for a proposal of questionnaire items for a new specific questionnaire, which would be able to sensitively detect the quality of life in pregnant women. The research sample included $n = 23$ pregnant women (in second to third trimesters) aged on average 32 years, $s = 2.64$. The data were acquired with the help of a qualitative method of focus groups, and at a further stage of the research, the methodology was based on a work by Strauss and Corbin (1999), particularly with the use of so called grounded theory. The data acquired were analyzed by encoding (open, axial and selective). The main outcome of the qualitative research study is a causal theoretical model summarizing opinions of women concerning the way of affecting the quality of life by physiological pregnancy. The authors identified those variables (associated with the quality of life), which were most considerably perceived by women affected by pregnancy. The qualitative methods made possible deeper assessment of experiencing the pregnancy and quality of life. The data obtained were used for a compilation of a specific questionnaire, which could be useful in determining the quality of life in a larger group of pregnant women.

Key words: pregnancy – quality of life – focus groups – methods – questionnaire – WHOQOL-BREF – grounded theory

Souhrn

Autoři se v příspěvku zabývají hodnocením kvality života žen v období fyziologického těhotenství. Práce nejprve shrnuje dosavadní poznatky o výzkumech kvality života v období těhotenství v zahraničí a přibližuje metodické přístupy ke zkoumání kvality života u těhotných žen. Cílem této výzkumné studie bylo: 1. zmapovat prožívání změn, které těhotenství přináší, a vliv těchto změn na kvalitu života; 2. identifikovat proměnné, které z pohledu žen výrazně ovlivňují kvalitu života v tomto období; 3. získat podklady pro tvorbu dotazníkových položek

nového, specifického dotazníku, který by dovolil citlivě zachytit kvalitu života těhotných žen. Výzkumný vzorek $n = 23$ těhotných žen (ve 2. až 3. trimestru), jejichž věkový průměr byl 32, $s = 2,64$. Data byla získána pomocí kvalitativní metody ohniskových skupin a v další fázi výzkumu se metodický postup opíral o práci Strausse a Corbinové (1999), konkrétně využil tzv. zakotvenou teorii (grounded theory). Získaná data byla analyzována kódováním (otevřeným, axiálním a selektivním). Hlavním výstupem kvalitativní výzkumné studie je kauzální teoretický model, který shrnuje názory žen na to, jak fyziologické těhotenství ovlivňuje kvalitu života. Autoři identifikovali ty proměnné (související s kvalitou života), které těhotné ženy vnímaly nejvíce ovlivněné těhotenstvím. Kvalitativní metoda umožnila hlubší hodnocení prožívání těhotenství a kvality života. Získané poznatky byly využity ke konstrukci specifického dotazníku, který by mohl sloužit ke zjišťování kvality života u většího souboru těhotných žen.

Klíčová slova: těhotenství – kvalita života – ohniskové skupiny – metody – dotazník – WHOQOL-BREF – zakotvená teorie

ÚVOD

Výzkumy kvality života se v posledním desetiletí rozběhly do značné šíře. Nejvíce to platí o výzkumech, které se v zahraničí označují souhrnným názvem *Health-Related Quality of Life* (HRQL). Tento termín se obtížně překládá do češtiny, neboť v angličtině *health* má neutrální odstín, označuje celou škálu projevů zdraví i nemoci; odpovídá přibližně českému termínu „zdravotní stav“. V této studii se zabýváme kvalitou života žen v období fyziologického těhotenství, což je specifický stav, který není ani nemocí, ani normálním zdravotním stavem ženy.

Studium zahraničních pramenů potvrdilo, že zájem badatelů se zatím soustřeďuje na obtíže, problémy, na patologické aspekty těhotenství, které negativně ovlivňují kvalitu života těhotných žen. Zahraniční badatelé zkoumali kvalitu života u těhotných žen ve spojitosti s negativními projevy těhotenství, např. s různou mírou závažnosti nauzei a zvracení (Lacroix et al., 2000; Attard et al., 2002; Koren et al., 2002; Magee et al., 2002; Sherman, Flaxman, 2002; Lacasse et al., 2008). Studovali, jak kvalita života ovlivní konkrétní onemocnění matky, např. gestační diabetes, epilepsie, vrozená srdeční vada, transplantace ledviny (Symon, 2003).

Daleko méně pozornosti bylo zatím věnováno vztahu mezi normálním, fyziologickým průběhem těhotenství a kvalitou života žen v tomto období.

Jaká je situace v České republice? V domácí literatuře nalezneme studie, které se zabývají

dopadem určitého onemocnění na těhotenství – jde o zkoumání rizikového či patologického těhotenství, ale bez konfrontace s kvalitou života (např. Andělová, 2004). Setkáme se také se studiemi, které spíše souvisejí s kvalitou zdravotní péče během prenatálního vyšetřování (např. Smetanová, 1999) a s psychosociální problematikou v těhotenství (např. Baďurová, 2005), ale opět bez přihlédnutí ke kvalitě života ženy.

Naše studie si proto klade tyto cíle: 1. shrnout dosavadní poznatky o výzkumech kvality života v období těhotenství; 2. shrnout metodické přístupy, které se při zkoumání kvality života těhotných žen používají; 3. předložit výsledky kvalitativní sondy, která zachytila klíčové aspekty kvality života, jež ženy prožívají během fyziologického těhotenství.

Změny v těhotenství a jejich dopady na kvalitu života ženy

Těhotenství je životní etapou, během níž v organismu ženy dochází k vývoji a růstu plodu. Toto období, které trvá 10 lunárních měsíců po 28 dnech, bývá běžně členěno jak ze somatického, tak i z praktického hlediska na trimestry.

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

Tělesné změny jsou charakterizovány růstem tkání. Hypertrofují rodidla, prsy, může se projevit i zvýšené ochlupení, hyperplastické procesy postihují akrální části. Dochází k retenci tekutiny ve tkáních, která je způsobena hormonálními vlivy, uvolňují se pánevní spoje prosáknutím chrupavek a vazů, mění se vzhled obličeje. Vlivem hormonu progesteronu relaxuje hladké svalstvo, především v děloze, ale snižuje se peristaltika střev, močových a žlučových cest. Změny postihují i kožní systém, kdy vznikají strie gravidarum (trhlínky), zvýšená pigmentace (chloasma gravidarum, linea nigra). Funkční přizpůsobení se zvýšeným nárokům během těhotenství je charakterizováno zvětšením objemu krve, zvýšením srdeční činnosti, většinou prokrvení ledvin a je celkově zvýšená hormonální a metabolická aktivita (Kudela, 1997; Kobilková et al., 2005; Čech et al., 2006). Naprostá většina těchto změn není trvalá. Po porodu během šestinedělí se organismus ženy navrácí do původního stavu.

Pro ženu je těhotenství více než somatickou záležitostí, ve které akceptuje nejprve dítě jako součást sebe sama, zvyká si na jeho představu jako samostatné bytosti. Mění se postupně z těhotné ženy v matku (Vágnerová, 2000; Leifer, 2004). Charakterem psychických změn se jednotlivé trimestry také navzájem liší. V prvním trimestru se těhotná žena uzavírá a zaměřuje se sama na sebe; často bývá rozladěná, emočně labilní, její nálady se střídají. Nejdůležitější úlohou pro ženu během tohoto trimestru je přijetí těhotenství. Ve druhém trimestru žena poprvé pocítí pohyby plodu a začne si jej uvědomovat jako samostatnou lidskou bytost. Úlohou tohoto trimestru je právě přijetí plodu jako samostatného jedince. V poslední třetině těhotenství žena opět prožívá ambivalentní pocity: na jedné straně se obává předčasného porodu, má starosti o zdraví plodu; na druhé straně by již ráda porodila co nejdříve a soustřeďuje se na blížící se termín porodu. Úlohou této závěrečné fáze těhotenství je připravit se na porod a na budoucí mateřství (Roztočil a kol., 2001). Jen málo žen k těhotenství přistupuje bez starostí. Pocity napětí i obavy může vyvolávat očekávání, jak těhotenství přijme partner. Je

pravděpodobné, že tyto nepříjemné až negativní pocity jsou přímo úměrné plánovanosti těhotenství a pevnosti partnerského vztahu. Míra stresu může být ovlivněna duševní zralostí osobnosti a charakteru (Čech et al., 2006). Z výše uvedených charakteristik je zřejmé, že těhotenství výrazně ovlivňuje kvalitu života ženy a navíc se prožívaná kvalita života ještě mění v čase.

Metodické přístupy při zkoumání kvality života u těhotných žen

Diagnostika kvality života se stává relativně samostatnou mezioborovou oblastí, ve které každoročně přibývají nové diagnostické nástroje nebo se starší nástroje modifikují (Mareš a kol., 2008). Při výzkumu kvality života těhotných žen lze využít tří diagnostických přístupů: kvantitativních (např. dotazníků), kvalitativních (např. rozhovorů) a smíšených, které kombinují oba předchozí, aby posilovaly jejich přednosti a zeslabovaly jejich nedostatky. Specifický přístup ke zjišťování kvality života představují individualizované metody, které staví do centra pozornosti jedince. Umožňují mu, aby sám zhodnotil míru závažnosti, důležitosti, spokojenosti s oblastmi života, které sám volí. Těchto nástrojů je v současné době celá řada, mezi ty nejznámější patří např. Cantrillova žebříčková škála, Flanaganova škála kvality života, Profil subjektivní kvality života a Systém individuálního hodnocení kvality života (SEIQOL). Poslední jmenovanou metodu uvedl do České republiky J. Křivohlavý (2001). I individualizované nástroje mají své výhody (např. nabízí unikátní pohled na kvalitu života jedince, čas a úsilí věnované jejich vývoji jsou srovnatelné s vývojem standardizovaných dotazníků) a nevýhody (např. charakteristická je pracnost a časová náročnost i požadavky na vyšší kognitivní schopnosti klientů) (Mareš a kol., 2008).

Přesto je stále nejpoužívanější přístup kvantitativní, jehož nespornou výhodou je možnost získání velkého množství dat pomocí standardizovaných generických nebo specifických dotazníků. Tab. 1 shrnuje údaje o nejpoužívanějších nástrojích.

Tabulka 1 Dotazníkové metody, které se používají v zahraničí pro zjišťování kvality života těhotných žen

Zkoumaný problém	Nástroj	Autoři
Nauzea a zvracení	Nausea Vomiting Pregnancy QOL (NVP QOL)	Magee et al. (2002, Kanada)
	Pregnancy Unique Questionnaire Emesis (PUQE)	Koren et al. (2002, Kanada)
	McGill Nausea Questionnaire	Lacroix et al. (2000, Kanada)
	Rhodes' scores (RI)	Attard et al. (2002, Kanada)
Dráždivý močový měchýř	Urogenital Distress Inventory (UDI)	van Brummen et al. (2006, Holandsko)
	Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)	van Brummen et al. (2006, Holandsko)
Bolesti zad	Nottingham Health Profile (NHP)	Olsson, Nilsson-Wikmar (2004, Švédsko)
	Disability Rating Index (DRI)	Olsson, Nilsson-Wikmar (2004, Švédsko)
	Pregnancy Mobility Index (PMI)	van de Pol et al. (2006, Holandsko)
Úzkost a deprese	Finnish modification of SF of the Beck Depression Inventory and Anxiety	Kurki et al. (2000, Finsko)
	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Sjöström et al. (2004, Švédsko)

V zahraničních studiích převažuje přístup, který se opírá spíše o obecně použitelné, tedy generické dotazníky typu SF-36 (Nicholson et al., 2006). Specifické dotazníky (s výjimkou nauzei a zvracení v těhotenství) nejsou zatím pro výzkum těhotných žen vytvořeny.

Kvalitativní metody se používají méně často, přestože už sám termín kvalita života naznačuje, že jej lze jen omezeně postihnout dotazníkovými metodami v celé jeho bohatosti. V dostupné literatuře jsme našli jen dva kvalitativní výzkumy věnované kvalitě života během těhotenství. Luke et al. (1999) studovali únavu a její dopady u těhotných žen. Vedli rozhovory s 213 těhotnými ženami v jednotlivých trimestrech a zjistili, že riziko prenatální morbidity, které bylo největší ve druhém trimestru, bylo významně zvýšené stresem a únavou žen. Sherman a Flaxman

(2002) zkoumali nauzeu a zvracení u těhotných žen. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru u 5 432 těhotných žen s odporem k určitému jídlu a u 6 239 žen s těhotenskými chutěmi zjistili, že nekomplikovaná nauzea a zvracení je důsledkem správné funkce mateřského organismu (podrobněji viz dále).

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

Poté, co jsme přiblížili širší kontext zvolené problematiky, můžeme přejít k vlastní výzkumné studii.

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

Charakteristika souboru

Soubor $n = 23$ žen, jejichž věkový průměr byl 32 let ($s = 4,95$). Nejvíce byly zastoupeny prvorodičky – 15 žen, 6 žen byly druhorodičky a 2 ženy měly rodit potřetí. Délka gestace se pohybovala od 16. týdne gravidity do 39. týdne gravidity; průměrné stáří těhotenství bylo 33. týden ($s = 4,27$). Většina zúčastněných žen měla středoškolské vzdělání (17 osob), vysokoškolsky vzdělaných žen bylo 5 a jen jedna žena měla základní vzdělání. Celkem 5 žen byly zdravotními sestrami. Všechny ženy uvedly, že žijí ve spokojeném a harmonickém partnerském vztahu.

Volba těhotných žen byla dána dostupností a ochotou porodních asistentek z Hradce Králové zprostředkovat kontakt s těhotnými ženami a dále ochotou těhotných žen se výzkumného šetření zúčastnit.

METODIKA

Pro naši výzkumnou studii jsme zvolili metodu ohniskových skupin (*focus groups*). Celkem jsme zrealizovali 7 ohniskových skupin. Maximální počet v jedné ohniskové skupině bylo

5 těhotných žen a minimální počet 3 těhotné ženy. Diskuse v ohniskových skupinách probíhaly podle jednotného scénáře a podle fází ohniskové skupiny. Odehrávaly se v prostředí, které ženy znaly – v místnosti, v níž se konají speciální kurzy zaměřené na přípravu k porodu. Téma pro diskusi v ohniskových skupinách bylo: Vliv těhotenství na kvalitu života těhotné ženy. Výzkumná otázka zněla: Jak subjektivní prožívání těhotenství ovlivnilo kvalitu vašeho života? Diskuse se se svolením zúčastněných žen nahrávaly a nahrávky byly přepsány do protokolů. Protokoly byly analyzovány pomocí metody zakotvené teorie (Strauss, Corbinová, 1999). Kódy byly systematicky seřazeny a byla provedena jejich kategorizace. Mezi jednotlivými kategoriemi a subkategoriemi na základě axiálního kódování a za pomoci dynamického paradigmatického modelu byla vytvořena spojení, na která navazovaly selektivní kódování a konstrukce kauzálního modelu.

VÝSLEDKY

Metodou zakotvené teorie jsme zjišťovali, které změny ženy v těhotenství subjektivně vnímají a jak tyto změny ovlivňují jejich kvalitu života. Z diskuse v ohniskových skupinách se vynořilo šest hlavních okruhů, v nichž dochází ke změnám: 1. tělesné změny, 2. psychické změny, 3. běžný život, 4. rodinný život, 5. role matky, 6. ekonomický status. Identifikovali jsme rovněž ty proměnné (související s kvalitou života), které těhotné ženy vnímaly jako nejvíce ovlivněné těhotenstvím.

Příčinné podmínky všech těchto změn, projevy změn, kontext, v němž se změny uskutečňují, intervenující proměnné, strategie jednání žen a vnímané důsledky změn přibližuje paradigmatický model (tab. 2).

Tabulka 2 Paradigmatický dynamický model vlivu těhotenství na kvalitu života

Příčinné podmínky	Jev	Kontext	Intervenující podmínky	Strategie jednání a interakce	Následky
1. Tělesné změny	Nauzea, zvracení, bolesti (zad, kloubů, DK), poruchy spánku	Negativní pocity	Prenatální vyšetření – intervence lékaře	Akceptace tělesných změn	„... patří to k těhotenství“
2. Psychické změny	Únava	Náladovost, konfliktnost, plačtivost, přecitlivělost	Plánované těhotenství	Relaxační techniky	Uvědomění si změn – sebereflexe
	Strach, úzkost	Nepřipravenost, výbušnost, impulzivita, zvýšená agresivita	Neplánované těhotenství	Sociální opora (tolerance partnera)	
3. Běžný život	Zaměstnání	Význam profese	Udržení pracovní pozice, kontaktů	Dočasnost změn	Změna priorit v hodnotovém systému
	Společenský život	Vyhýbání se společenským prostorám	Zaměření se na domov (pohostinnost)		
	Volnočasové aktivity	Omezení sportovních aktivit	Kompenzační činnost (četba, jazyky, studium)		
4. Rodinný život	Partnerský vztah	Ovlivnění sexuálního života	Změna životního stylu – „rodinný krb“	Dělba domácích prací a povinností	Upevnění vztahu
	Rodiče	Příbuzenské vztahy		Poskytování rad – rodičovská opora	Vzor rodičovské role
	Kamarádi a přátelé	Jednostranné zaměření komunikace			
5. Role matky	Odpovědnost Potřebnost	Pozitivní pocity	Patřit někomu a někam (rodinné zázemí)	Vzájemné obdarování láskou	Harmonické vztahy
				Pochopit rozdíl očekávání a reality	Vychovat dobrého člověka
				Dát dobrý základ do života	
6. Ekonomický status	Zvýšení výdajů	Snížení ekonomického statusu	Preference těhotenství	Prospěch a potřeby dítěte	Plánování rodinného rozpočtu

1. Pokud jde o tělesné změny a jejich negativní prožívání, pak se jednalo v prvním trimestru o potíže související se zažívacím traktem (nauzeou a zvracením, pálením žáhy, zácpou, nechutenstvím, poruchami trávení). Potíže spojené s nauzeou a zvracením udávalo 50 % našich těhotných žen.

Další problémy, které ženy udávaly ve druhém a třetím trimestru, se týkaly bolesti kloubů, zad, ale i bolestivého vnímání pohybů plodu a křečí dolních končetin. V našem výzkumu si těhotné ženy stěžovaly také na poruchy spánku a na dechové potíže. Celkově lze říci, že u žen s neplánovaným těhotenstvím byly negativní somatické prožitky intenzivnější než u žen s plánovaným těhotenstvím.

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

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

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

3. Běžný život je v našem šetření charakterizován zaměstnáním, společenským životem a volnočasovými aktivitami. Vliv těhotenství na zaměstnání byl jak kladný, tak i záporný. Záleží na atraktivitě a typu pracovní činnosti, na postavení a finančním ohodnocení ženy. Kladný vliv na pracovní život má těhotenství v tom smyslu, že odsune zaměstnání a s ním související kariéru na nižší hodnotový stupeň, přeorientuje ženu na rodinu. V několika případech těhotenství řešilo i problém nespokojenosti a odchodu ze zaměstnání. U téměř poloviny žen odchod na mateřskou dovolenou znamenal úlevu od fyzické námahy. Negativní vliv byl spojován se strachem z izolace, ztráty kontaktu, se zachováním odborné erudice, ze ztráty výhodné nebo funkční pracovní pozice. V našem souboru jsme zaznamenali změnu v postoji k zaměstnání před těhotenstvím a v těhotenství, ve kterém těhotná žena upřednostňuje budoucí mateřství před kariérou, dochází tak k posunu v hodnotovém systému (tab. 3). V této souvislosti jsme v něm zachytili zajímavé rozdíly u žen, které nebyly pracovnícemi ve zdravotnictví, a u zdravotních sester.

Tabulka 3 Změna hodnotového systému žen před těhotenstvím a v těhotenství

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

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

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

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

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

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

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

Hlavním výstupem kvalitativní výzkumné sondy je teoretický model, který shrnuje názory žen na to, jak fyziologické těhotenství ovlivňuje kvalitu života. Model identifikovaných kauzálních vztahů je zachycen na obr. 1.

Obr. 1 Výsledný kauzální model vlivu těhotenství na kvalitu života

Model, k němuž jsme dospěli, má šest nových proměnných: příprava na roli matky, změna hodnot, sebereflexe, akceptace změn, obohacení života, pocit odpovědnosti, které ovlivňují a konceptualizují kvalitu života zdravé těhotné ženy (tab. 4).

V případě fyziologického těhotenství v souvislosti s kvalitou života těhotné ženy dominuje budoucí role matky a příprava na tuto životní roli. Tento ústřední fenomén vede k akceptování těhotenských změn, k uvědomování si sebe sama, k získání a potvrzení vyššího společenského statusu, který je prezentován obohacením jejího života. Dochází k pozitivním změnám

v hodnotovém systému (např. preference zdraví, rodiny), který zpětně ovlivňuje uznání bio-psycho-sociálních změn a vzájemné propojení s odpovědností, jež směřuje k hlavnímu významu těhotenství, a sice k přípravě na roli matky. Příprava na roli matky představuje nový pozitivní smysl života. Kvalita života fyziologicky těhotné ženy se zvyšuje i v případě negativních tělesných, psychických i sociálních změn s uvědomováním si budoucího mateřství. Kvalitu života v těhotenství výrazně ovlivňuje vědomí uskutečnění společensky uznávaného poslání ženy stát se matkou.

Tabulka 4 Strukturování kvality života v těhotenství podle modelu kvality života Veenhovenové (2000) a kauzálního modelu (modif. autory)

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

DISKUSE

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

že nauzea udávaná těhotnými ženami se podobá svým charakterem a intenzitou nauzei, kterou trpí pacienti podstupující chemoterapii. Vliv nauzei a zvracení v těhotenství na kvalitu života byl zjišťován Attardem et al. (2002). K výzkumu použili generický dotazník SF-36. Jejich výsledky prokázaly, že nauzea a zvracení v těhotenství významně redukuje kvalitu života. Problematicke nauzei a zvracení se rovněž věnovali Koch a Frissora (2003). Došli k závěru, že téměř 80 % těhotných žen trpí nauzeou v prvním trimestru těhotenství. Další výzkumný tým (Koren et al., 2002) se zabýval také nauzeou a zvracením jako nejběžnějším stavem v těhotenství. Účelem této studie bylo zhodnotit přesnost výpovědí těhotných žen o symptomech nauzei a zvracení. Lane (2007) definovala nauzeu a zvracení jako multifaktorální stav odrážející se nepříznivě na kvalitě života a zdraví matky i plodu. V roce 2008 byla ověřena validita specifického dotazníku modi-

fikovaného PUQE (Pregnancy Unique Questionnaire Emesis) vytvořeného ke zjišťování vztahu mezi kvalitou života a nauzeou a zvracením těhotných autory Lacassem et al. (2008).

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

2. V našem výzkumu byl negativní dopad psychických změn jednoznačně reprezentován zvýšenou únavou. Luke et al. (1999) zkoumali roli únavy a domácích prací na prenatální morbiditu. Získané výsledky potvrdily, že únava v těhotenství významně přispívá k prenatální morbiditě. Vzhledem k názoru, že vliv psychosociálních faktorů je sporný, snažili se objasnit Neggers et al. (2006) vztah mezi psychosociálním profilem, zdravotními doporučeními a výsledkem těhotenství. Zjistili, že u žen se špatným psychosociálním profilem a těch,

kteří trpěli depresí během těhotenství, je zvýšené riziko porodit dítě s hypotrofií nebo předčasně nezralého novorozence. Pro praxi je důležité zjištění, že neplánované těhotenství mělo mnohem větší vliv na negativní psychické prožitky, než tomu bylo u somatických potíží.

3. Rizikovost zaměstnání se mění s postojem ženy k zaměstnání. Dříve bylo těhotenství prioritou a jeho ochrana včetně pracovní neschopnosti, event. hospitalizace byla akceptována bez výhrad. Nyní má většina žen obavy ze ztráty zaměstnání, obavy z konkurence, a proto preventivní opatření odmítají. K tomu přispělo i současné organizačně-ekonomické hledisko a jeho směr příklánějící se spíše k ambulantní péči než k ústavní. Jsou uváděny poklesy hospitalizovaných těhotných žen hlavně u dlouhodobé hospitalizace (Štembera, 2004).

Naše výsledky nepotvrdily snížení kvality života v těhotenství, tak jak jsou prezentovány ve výše uváděných studiích. Tato skutečnost může být vysvětlena ze dvou důvodů. Za prvé jak u nás, tak i v zahraničí převažují výzkumy zaměřené na negativní aspekty těhotenství, výzkumy shromažďující pozitivní aspekty těhotenství v podstatě chybí. Těhotné ženy s rizikovým a patologickým těhotenstvím mají mnohem výraznější obtíže související s jejich zdravotním stavem, včetně nejisté prognózy ukončení těhotenství, a kvalita života je v tomto případě spíše redukována. Za druhé výsledky našeho kvalitativního výzkumu nelze zobecňovat vzhledem k účelovému výběru těhotných žen, jejich ochotou výzkumu se zúčastnit. Domníváme se, že to, co skutečně fyziologické těhotenství s kvalitou života provádí, zjistíme až pomocí specifického kvantitativního nástroje. Naše kvalitativní studie nebyla prováděna za účelem definovat kvalitu života v těhotenství, ale proniknout do problému kvality života, která je prožívána v omezeném časovém období fáze života ženy, definovat proměnné, které kvalitu života v těhotenství mohou ovlivnit a měnit.

ZÁVĚR

Předpokládali jsme, že realistické výpovědi těhotných žen (založené na osobních zkušenostech) nám pomohou zmapovat celou škálu

názorů a jednotlivých proměnných pro účely budoucího dotazníkového výzkumu. Ohniskové skupiny nám pomohly identifikovat hlavní kategorie, které jednak ovlivňují kvalitu života v těhotenství a jednak zahrnují pojem kvality života v těhotenství. Jedním ze znaků kvalitativního výzkumu je, že zkoumaný soubor nemusí být rozsáhlý. Stačí, že zachytí všechny hlavní názory zkoumané populace a přiblíží dalších osob už nepřináší nové informace. V této studii nám šlo o získání subjektivního pohledu žen na fyziologické těhotenství, na jeho prožívání a hodnocení těch oblastí kvality života, které jsou těhotenstvím nejvíce ovlivněny, a definování nových proměnných charakterizujících kvalitu života fyziologicky těhotných žen.

Zjištěné poznatky byly využity ke konstrukci specifického nástroje, který lze použít ke zjišťování kvality života u větších souborů těhotných žen. V současné době probíhá longitudinální studie u 200 těhotných žen, u kterých chceme specifický dotazník pro těhotné ověřit.

Poděkování

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

Podpořeno programem PRVOUK P37/09.

LITERATURA

- Andělová K (2004). Diabetes a těhotenství. Zdravotnické noviny ČR. Příloha lékařské listy. 53/16: 18–19. ISSN 044-1996.
- Attard CL, Kohli MA, Coleman S, Bradley C, Hux M, Atanackovic G, Torrance GW (2002). The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. Am J Obstet Gynecol. 186(5 Suppl. Understanding): S220–227.
- Baďurová R (2005). Životní události, vnímaná sociální opora, somatické obtíže a nemoci během těhotenství jako predikátory prenatální mateřské anxiety a deprese. Československá psychologie. 49/5: 399–411. ISSN 0009-062X.
- Čech E et al. (2006). Porodnictví. 2. přeprac a dopl. vyd. Praha: Grada, 544 s.
- Kobilková J et al. (2005). Základy gynekologie a porodnictví. 1. vyd. Praha: Galén, Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 368 s.
- Koch KL, Frissora CL (2003). Nausea and vomiting during pregnancy. Gastroenterol-Clin-North-Am. Mar; 32(1): 201-234 vi. ISSN 0889-8553.
- Koren G, Boskovic R, Hard M, Maltepe C, Navioz Y, Einarson A (2002). Motherisk-PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 186(5 Suppl. Understanding): S228–231.
- Křivohlavý J (2001). Psychologie zdraví. 2. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- Kudela M (1997). Základy gynekologie a porodnictví. 2. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 199 s.
- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstet Gynecol. 95/4: 487–490.
- Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A (2008). Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 198/1: 71.e1–7.
- Lacroix R, Eason E, Melzack R (2000). Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. Am J Obstet Gynecol. 182: 931–937.
- Lane CA (2007). Nausea and vomiting of pregnancy: a tailored approach to treatment. Clin J Obstet Gynecol. 50/1: 154–165.
- Leifer G (2004). Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. 55–80.
- Luke B, Avni M, Min L (1999). Work and pregnancy: The role of fatigue and the „second shift“ on antenatal morbidity. Am J Obstet Gynecol. 181/5 Pt 1: 1172–1179.
- Magee LA, Chandra K, Mazzotta P, Stewart D, Koren G, Guyatt GH (2002). Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 186(5 Suppl. Understanding): S232–238.
- Mareš J a kol. (2008). Kvalita života dětí a dospívajících III. 1. vyd. Brno: MSD spol. s r. o., 235 s.
- Neggens Y, Goldenberg R, Cliver S, Haulth J (2006). The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand. 85/3: 277–285.

19. Nicholson WK, Setse R, Hill-Brigs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR (2006). Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol.* 107/4: 798–806.
20. Olsson C, Nilsson-Wikmar L (2004). Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 83/4: 351–357.
21. Roztočil A a kol. (2001). *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 333 s.
22. Sherman PW, Flaxman SM (2002). Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective. *Am J Obstet Gynecol.* 186(5 Suppl. Understanding): 190–197.
23. Sjöström H, Langius-Eklöf A, Hjertberg R (2004). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 83/12: 1112–1118.
24. Smetanová D (1999). V průběhu těhotenství je důležitá nejen životospráva a kvalitní prenatální péče, ale i dostatek informací. *Zdravotnické noviny, Příloha Lékařské listy.* 48/39: 12–13. ISSN 0044-1996.
25. Strauss A, Corbinová J (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody* zakotvené teorie. 1. vyd. Brno: Sdružení Podané ruce, Albert. ISSN 80-85834-60-X.
26. Symon A (2003). A review of mothers prenatal and postnatal quality of life. In *Health and Quality of Life Outcomes*, 1:38. [online]. [cit. 2009-04-08]. Dostupné z: <http://www.hqlo.com/content/I/138>
27. Štembera Z (2004). *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf, s. 345–375. ISBN 80-7345-021-6.
28. Vágnerová M (2000). *Vývojová psychologie dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání. Praha: Portál, s. r. o., s. 301–373.
29. van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart Ch (2006). What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU Int.* 97/2: 296–300.
30. van de Pol G, de Leeuw JR, van Brumen HJ, Bruinse HW, Heintz AP, van der Vaart Ch (2006). The Pregnancy Mobility Index: A mobility scale during and after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 85/7: 786–791.
31. Veenhoven R (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies.* 1/1: 1–39. ISSN 1389-4978.

✉ **Kontakt:**

Mgr. Eva Vachková, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství, Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové
E-mail: vachkova@lfhk.cuni.cz