

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

Bc. Veronika Bušková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení péče o ženu s gestačním diabetem mellitem

Diplomová práce

2022

Bc. Veronika Bušková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Veronika Bušková**
Osobní číslo: **Z20370**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Téma práce: **Hodnocení péče o ženu s gestačním diabetem mellitem**
Téma práce anglicky: **Care evaluation of woman with gestational diabetes mellitus**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. ČECH, Evžen, HÁJEK Zdeněk, MARŠÁL Karel a kol. *Porodnictví*. 3. přep. vyd. Praha: Grada, 2014, 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
2. KREJČÍ, Hana. Gestační diabetes mellitus. *Vnitřní lékařství*. 2016, 62(4), 52-61. ISSN 0042-773X.
3. NICHOLS, Lily. *Real food for gestational diabetes: An Effective Alternative to the Conventional Nutrition Approach*. La Vergne, Tennessee: Lightning Source Inc., 2015. ISBN 978-09-862-9500-3.
4. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Porodnictví v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2020, 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.
5. ŠTECHOVÁ, Kateřina a kol. *Dítě diabetické matky, Komplexní pohled na diabetes a těhotenství*. 1. vyd. Semily: GEUM, 2014, 228 s. ISBN 978-80-87969-06-9.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci s názvem Hodnocení péče o ženu s gestačním diabetem mellitem jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27. 04. 2022

Bc. Veronika Bušková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat celé své rodině a přátelům za podporu nejen při psaní této diplomové práce, ale především za podporu během celého studia. Děkuji za veškerá slova útěchy a podpory, když jsem si myslela, že vše vzdám. Děkuji za jakoukoliv motivaci. Dále chci také poděkovat všem svým úžasným kolegům a kolegyním v práci, kteří mě také velmi podporovali a samozřejmě poskytovali i cenné rady, které jsem v průběhu studia využila a také jim děkuji za ochotu si vyměnit veškeré služby, když jsem potřebovala.

V neposlední řadě chci velmi poděkovat své vedoucí práce Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a především za trpělivost.

ANOTACE

Tématem této diplomové práce je hodnocení péče o ženy s gestačním diabetem mellitem. Gestační diabetes mellitus je jedno z nejčastějších onemocnění, které se v těhotenství může vyskytnout. V současné době se udává, že toto onemocnění je diagnostikováno až u 18 % těhotných žen. Toto onemocnění ženy řadí mezi rizikové a dle vážnosti gestačního diabetu mellitu a způsobu jeho terapie je i přizpůsobená péče o ně. Onemocnění s sebou také přináší i rizika možných komplikací, které se přímo odvíjejí od kompenzace gestačního diabetu mellitu. Je proto velmi důležité, aby byly diabetičky správně informované o léčbě a vše tak dobře zvládaly. Důležité je také zmírnit jejich obavy a podpořit je. Spokojenost pacientů, konkrétně těhotných diabetiček, se neodvíjí jen od perfektní zdravotní péče o jejich fyzickou stránku, ale často větší roli hraje lidský přístup, zájem a empatie zdravotníků. Komplexní péče, ačkoli je časově náročnější, by měla být hlavním cílem všech zdravotníků.

Práce je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část. V teoretické části je detailně popsáno onemocnění gestační diabetes mellitus. Dále je popsána psychika těhotných žen a v krátkosti i kvalita poskytované péče, zejména zaměřena na spokojenost pacientů. Empirická část je vedena kvalitativním designem průzkumného šetření. Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit míru spokojenosti oslovených žen, kterým byl diagnostikován gestační diabetes mellitus, s poskytnutou péčí od zdravotnického personálu během těhotenství a porodu. Dalšími cíli bylo zjistit průběh těhotenství a porodu u žen s GDM a také jsem se zajímala o psychiku žen. Informantkami byly ženy, kterým byl v těhotenství zjištěn GDM a v době šetření byly po porodu.

KLÍČOVÁ SLOVA

gestační diabetes mellitus, zdravotní péče, spokojenost, těhotenství, porod

TITLE

Care evaluation of woman with gestational diabetes mellitus.

ANNOTATION

The topic of this diploma thesis is evaluation of nursing women with gestational diabetes mellitus. Gestational diabetes mellitus is one of the most common conditions possibly appearing during pregnancy. Nowadays, it is stated that up to 18 % of pregnant women are diagnosed with this condition. Women diagnosed with gestational diabetes mellitus belong to the high-risk pregnancy group and depending on the process of diabetes, the right care needs to be chosen. The condition includes risks of possible complication which depend directly on the seriousness of the disease. It is therefore important for a diabetic to be properly informed about the management to be able to cope well with everything. Another important thing is to alleviate the stress and worries of the women diagnosed with this condition and to support them. The level of satisfaction of the patients depends not only on a perfect medical care of their physical condition but very often there is a more significant role affecting the happiness and it is the approach, interest and empathy of healthcare professionals towards the patients. Despite being more time-consuming, the complex care should be the main objective of all health workers.

The thesis is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part there are the condition of gestational diabetes mellitus characterised in detail, a description of a state of mind of expecting women and there is also mentioned a quality of a medical care with the focus on patients' satisfaction. The empirical part is based on a qualitative design of exploration survey. The main objective of the survey was to ascertain the level of satisfaction of women diagnosed with gestational diabetes mellitus that have been provided with medical care by health workers during the pregnancy and delivery. Other objectives were to find out the course of a pregnancy and childbirth occurring in women diagnosed with GDM and I was also interested in women's mental condition. The respondents of the survey were women diagnosed with GDM within pregnancy and during the survey were after giving birth.

KEYWORDS

gestational diabetes mellitus, health care, satisfaction, pregnancy, childbirth

OBSAH

Úvod.....	13
Cíle práce	14
Teoretická část	15
1 Gestační diabetes mellitus	15
1.1 Gestační diabetes mellitus obecně	15
1.2 Rozdělení gestačního diabetu – doporučené postupy	15
1.3 Patofyziologie gestačního diabetu mellitu	16
1.4 Rizikové faktory pro vznik.....	16
1.5 Diagnostika a screening gestačního diabetu mellitu	17
1.5.1 Glykémie na lačno	17
1.5.2 Orální glukózový toleranční test (oGTT)	18
1.6 Rizika pro matku a plod	18
1.6.1 Rizika pro matku:.....	18
1.6.2 Rizika pro plod/novorozence	19
1.7 Léčba	21
1.7.1 Dieta a pohyb	21
1.7.2 Inzulinoterapie	22
1.7.3 Léčba PAD.....	22
1.8 Péče o těhotné s GDM.....	22
1.8.1 Těhotenská péče.....	23
1.8.2 Role porodní asistentky v péči o těhotné ženy s GDM.....	23
1.8.3 Diabetologická péče.....	25
1.9 Vedení porodu.....	25
1.9.1 Role porodní asistentky při porodu.....	26
1.10 Šestinedělí.....	27
1.10.1 Role porodní asistentky po porodu	27

1.10.2	Novorozenec matky s GDM	28
1.11	Poporodní sledování	28
2	Psychika těhotných žen.....	30
2.1	Psychické změny v těhotenství	30
2.1.1	První trimestr	30
2.1.2	Druhý trimestr.....	31
2.1.3	Třetí trimestr	32
2.2	Adaptační mechanismy na těhotenství.....	32
2.2.1	Syndrom couvade	33
2.3	Těhotenství jako životní krize.....	33
2.3.1	Nepříznivé psychologicko–sociální faktory ovlivňující těhotenství a plod.....	34
3	Kvalita poskytované péče	37
3.1	Kvalita zdravotní péče.....	37
3.2	Měření a hodnocení kvality.....	37
3.3	Spokojenost pacientů	38
3.3.1	Faktory ovlivňující spokojenost.....	39
3.3.2	Metody měření.....	41
4	Souhrn.....	43
	Průzkumná část.....	44
5	Metodika průzkumu.....	44
5.1	Cíle a průzkumné otázky.....	44
5.2	Metodika průzkumu	45
5.3	Charakteristika informantek.....	46
5.4	Zpracování získaných dat.....	49
6	Obsahová analýza	51
6.1	Péče v těhotenství.....	51
6.1.1	Diagnostika GDM.....	51

6.1.2	Léčba GDM	52
6.1.3	Zdravotnická péče po určení diagnózy	54
6.2	Péče při porodu a po porodu	57
6.2.1	Průběh porodu.....	57
6.2.2	Průběh péče krátce po porodu.....	61
6.3	Psychika těhotných žen s diagnózou GDM	63
6.4	Spokojenost.....	67
6.4.1	Spokojenost se zdravotníky a zdravotnickou péčí	67
6.4.2	Spokojenost s informovaností a edukací	69
6.4.3	Nedostatky poskytnuté péče	70
7	Diskuze	72
8	Závěr	84
9	Použité zdroje	86
10	Přílohy.....	92

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Charakteristika informantek	47
Tabulka 2 Způsob porodu a míry novorozenců	58

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ACOG	The American Congress of Obstetricians and Gynecologists
CTG	Kardiotokografický záznam
ČDS	Česká diabetologická společnost
ČGPS	Česká gynekologická a porodnická společnost
DM1	Diabetes mellitus I. typu
DM2	Diabetes mellitus II. typu
FC	Focus group – skupinový rozhovor
GBS	Group B Streptococcus (<i>Streptococcus agalactiae</i>)
GDM	Gestační diabetes mellitus
GIT	Gastrointestinální trakt
HAPO	Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome
HbA1c	Glykovaný hemoglobin
hPL	Humánní placentární laktogen
IADPSG	Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups
oGTT	Orální glukózový toleranční test
PAD	Perorální antidiabetika
RDS	Respiratory distress syndrom
s.c.	Sectio caesaera (císařský řez)
t. g.	Týden gravidity
TNF alfa	Tumor necrosis faktor alfa
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VEX	Vakuumextraktor
VVV	Vrozená vývojová vada

ÚVOD

Diabetes mellitus, laicky cukrovka, je souhrnné označení pro chronická metabolická onemocnění, jejichž hlavním, společným příznakem je hyperglykémie. Tato onemocnění vznikají při poruše metabolismu sacharidů, konkrétně absolutním nebo relativním nedostatkem inzulínu v těle. (Lebl a kol., 2018, str. 18–19) V posledních letech byl zaznamenán vysoký nárůst diabetiků v populaci. Dle údajů ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky) pro rok 2018, je v České republice evidováno 1 019 000 diabetiků. (ÚZIS ČR, 2018) A dle České diabetologické společnosti lze očekávat, že v roce 2030 bude v Česku více než jeden milion a čtvrt diabetiků. Jedná se o celosvětový trend ve vývoji diabetu mellitu, proto o tomto onemocnění již hovoříme jako o epidemii diabetu mellitu. (Česká diabetologická společnost, Národní diabetologický program 2012-2022)

V oblasti porodnictví také zaznamenáváme nárůst počtu gestačních diabetiček. Tento nárůst kopíruje celosvětový trend vývoje diabetu mellitu, který je popsán výše. Záchyt gestačního diabetu mellitu (GDM) v České republice je až u 18% těhotných. (Krejčí, 2016) GDM je jedno z nejčastějších onemocnění, které ženu v průběhu těhotenství může postihnout. Toto onemocnění může narušit průběh těhotenství i průběh a vedení porodu. V neposlední řadě může ovlivňovat i psychiku ženy. Poprvé je toto onemocnění diagnostikováno v těhotenství, nejčastěji po 24. týdnu gravidity, po absolvování orálně glukózového tolerančního testu. (Čech a kol., 2014, str. 355) Tato diagnóza s sebou přináší řadu změn, hlavně ve stravování, ale také velké množství instrukcí a je žádoucí, aby se žena zvládla všem změnám rychle přizpůsobit a nové návyky si rychle osvojila. Proto je důležitá správná informovanost, edukace a následná vzájemná spolupráce ženy se zdravotníky.

Tato diplomová práce se zabývá péčí o ženy s gestačním diabetem mellitem a jejich celkovou (ne)spokojeností s průběhem péče v průběhu těhotenství s tímto onemocněním. Při své práci na porodním sále se často setkávám se ženami, kterým v průběhu těhotenství byl diagnostikován gestační diabetes mellitus. Bohužel ne vždy mi přijde, že jsou ženy spokojené s péčí a s informacemi, které jim byly o tomto onemocnění poskytnuty. Proto jsem chtěla zjistit, zda jsou mé domněnky správné, kde oslovené ženy vidí největší chyby a naopak s čím spokojené jsou. Zároveň mě také zajímalo, jestli toto onemocnění ženy ovlivnilo a pokud ano, v jakých oblastech.

CÍLE PRÁCE

Teoretické cíle práce

Přiblížit problematiku GDM a popsat péči zdravotníků o ženy s GDM na základě vypracovaných doporučených postupů. Popsat psychické změny, kterými ženy v těhotenství prochází a popsat kvalitu zdravotnické péče a faktory, které ovlivňují spokojenost klientů s poskytovanou péčí.

Veškeré sdílené informace v této diplomové práci jsou z odborné literatury a vědeckých článků. K získání těchto zdrojů, aby mohlo být dosaženo teoretického cíle, byla ve Vědecké knihovně v Plzni vypracována rešerše. Další zdroje byly nalezeny pomocí databáze PubMed a vyhledávače Google Scholar.

Průzkumné cíle práce

Průzkumnými cíli této diplomové práce jsou:

1. Zjistit průběh těhotenství a porodu u oslovených žen s GDM.
2. Zjistit, zda se oslovené informantky domnívají, že jejich onemocnění a následná léčba ovlivnila jejich psychiku a pokud ano, tak jak.
3. Zjistit jaká je míra spokojenosti oslovených žen, kterým byl diagnostikován gestační diabetes mellitus, s poskytnutou péčí od zdravotnického personálu během těhotenství a porodu ve vybraném zdravotnickém zařízení.
4. Zjistit, co osloveným ženám nejvíce chybělo v rámci poskytované zdravotnické péče.

Pro dosažení těchto cílů jsem zvolila kvalitativní výzkum. Těchto cílů bylo dosaženo na základě provedení polostrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny s oslovenými informantkami.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se zabývám celkově onemocněním gestační diabetes mellitus. Dále se zmiňuji o psychice těhotných žen, kterou právě GDM může ovlivňovat a také se věnuji kvalitě péče, především spokojenosti pacientů jakožto hlavnímu indikátoru kvality péče, protože spokojenost se zdravotní péčí a zdravotnickým personálem je jeden z cílů mého průzkumného šetření v průzkumné části práce.

1 GESTAČNÍ DIABETES MELLITUS

Tato kapitola pojednává o onemocnění gestační diabetes mellitus. Nalezneme v ní diagnostiku, možné komplikace, které s sebou nese, dále také možnosti léčby a diabetologickou a těhotenskou péči. Díky mé profesi porodní asistentky se velmi často setkávám se ženami, kterým byl GDM v těhotenství diagnostikován. Byla bych ráda, kdyby těmto ženám byla vždy poskytnuta kvalitní péče ve všech oblastech, a zároveň si myslím, že porodní asistentka se může dost podílet na péči o těhotné s GDM. Tato kapitola je stěžejní v této diplomové práci, protože těhotné s GDM tvoří soubor informantek v praktické části diplomové práce.

1.1 Gestační diabetes mellitus obecně

Gestační diabetes mellitus je označován jako porucha glukózové tolerance různého stupně a poprvé se tato porucha objeví a je diagnostikována v těhotenství a spontánně vymizí během šestinedělí. Záchyt GDM je až u 18 % těhotných žen. (Binder a kol., 2020, str. 175; Krejčí, 2016, str. 53)

1.2 Rozdělení gestačního diabetu – doporučené postupy

Dle doporučených postupů dělíme gestační diabetes mellitus na dvě skupiny

1. **GDM s nízkým rizikem** - do této skupiny se řadí ženy, které splňují všechny následující podmínky:

- Léčba pouze dietou nebo malými dávkami metforminu (do 1000 mg/den) nebo malými dávkami inzulínu (do 10 j./den),
- Uspokojivá kompenzace,
- Eutrofický plod dle vyšetření ultrazvukem,
- Bez dalších přidružených rizik.

Prenatální péči o tyto diabetičky zajišťuje obvodní gynekolog a mohou rodit ve kterékoliv porodnici.

2. GDM se zvýšeným rizikem – do této skupiny se řadí ženy, které splňují kteroukoliv z následujících podmínek:

- Léčba vyššími dávkami inzulínu (nad 10 j./den) nebo vyššími dávkami metforminu (nad 1000 mg/den),
- Neuspokojivá kompenzace,
- Abnormální růst plodu dle vyšetření ultrazvukem,
- Přidružené riziko, např. obezita (BMI pregestačně ≥ 30), hypertenze, nadměrný hmotnostní přírůstek matky v těhotenství.

Prenatální péči o tyto diabetičky zajišťuje perinatologické centrum intenzivní péče nebo perinatologické centrum intermediární péče a tam by také tyto těhotné diabetičky měly родit. (Sbírka doporučených postupů, č. 5, 2019)

1.3 Patofyziologie gestačního diabetu mellitu

Vznik gestačního diabetu mellitu má podobné rysy s diabetem II. stupně. Základním předpokladem je inzulínová rezistence, která v průběhu těhotenství roste a vrcholu dosahuje mezi 24.-30. týdnem gravidity. V tomto období nejčastěji dochází ke vzniku GDM a proto v tomto období podstupují těhotné ženy tzv. orální glukózový toleranční test.

Za příčinu inzulínové rezistence v těhotenství je považována fetoplacentární jednotka. Na začátku těhotenství může docházet i ke zlepšení citlivosti vůči inzulínu, nicméně od druhého trimestru inzulínová rezistence roste spolu s placentou a plodem. Ve druhé polovině těhotenství pak produkce antiinzulárně působících placentárních hormonů dosahuje vrcholu. Jedná se především o kortisol a hPL (humánní placentární laktogen). Dále se na inzulínové rezistenci podílí rostoucí koncentrace TNF-alfa (tumor necrosis factor alfa), resistinu a leptinu. TNF-alfa je v posledních letech uváděn jako jeden z nejvýznamnějších zdrojů vzniku inzulínové rezistence v těhotenství. Dále interleukin-6 a interleukin-10 jsou další z řady cytokinů, které produkuje placenta, a jsou považovány za zdroj vzniku inzulínové rezistence. (Pelikánová a kol., 2018, str. 630; Štechová a kol., 2014, str. 62)

1.4 Rizikové faktory pro vznik

Mezi další faktory, které mohou zapříčinit vznik GDM, kromě výše uvedených placentárních hormonů, se řadí např.:

Věk: těhotné nad 25 let (u žen do 25 let je riziko vzniku GDM necelé 1 %, zatímco riziko u žen nad 30 let dosahuje až 8,5 %)

Osobní anamnéza: obezita (u obézních žen se vyskytují vysoké hladiny TNF- alfa), hypertenze, záchyt glykosurie na začátku těhotenství (záchyt může značit možnou vznikající poruchu glukózové tolerance)

Rodinná anamnéza: zátěž diabetu mellitu v rodině (především DM2 (diabetes mellitus II. typu) v matčině linii)

Porodnická anamnéza: GDM v minulém těhotenství (riziko pro další graviditu je 60– 90 %), předchozí porod makrosomického plodu, porod mrtvého plodu bez známé příčiny, opakované potraty v anamnéze, hypertenze a preeklampsie v minulých graviditách (Binder a kol. 2020, str. 175; Goldmannová a kol., 2019, str. 278)

1.5 Diagnostika a screening gestačního diabetu mellitu

V minulosti byl prováděn screening GDM jen u žen, které měly zvýšené riziko výskytu GDM. Vzhledem k tomu, že se ukázalo, že některé anamnestické údaje jsou nespolehlivé a určité procento žen s GDM bylo opomenuto, byl tento postup označen za nedostatečný. Aby se předešlo všem možným komplikacím, které GDM představuje, a zároveň se správně diagnostikovaly všechny těhotné, byl v České republice v roce 2009 zaveden celoplošný dvoustupňový screening. (Krejčí, 2016, str. 54)

V roce 2010 International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) vydala nový doporučený postup pro screening GDM, který se opírá o výsledky studie HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome). Tento postup doporučila používat Česká diabetologická společnost (ČDS) v roce 2013 a v roce 2018 jej definitivně přijala i Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS). Do té doby stále platilo doporučení, které vydalo WHO v roce 2008, viz příloha C. (Binder a kol., 2020, str. 175)

1.5.1 Glykémie na lačno

První stupeň screeningu začíná v prvním trimestru, kdy se všem těhotným ženám vyšetřuje glykémie na lačno v žilní plazmě. Pokud je výsledek roven nebo větší než 5,1 mmol/l, provede se kontrolní odběr. Je-li výsledek kontrolního odběru v rozmezí 5,1–6,9 mmol/l, jedná se o GDM. Odběry nelze provést v ten samý den.

Pokud je jeden výsledek pozitivní a druhý negativní, tak žena podstupuje tříbodový orálně glukózový toleranční test (oGTT) již v prvním trimestru.

V případě, že je výsledek glykémie na lačno roven nebo větší než 7,0 mmol/l, nebo je hodnota glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}) rovna nebo větší než 48 mmol/l, jedná se o GDM a kontrolní náběr se neprovádí.

Ženy, kterým byl v prvním trimestru diagnostikován GDM, jsou odeslány do diabetologické poradny a druhý stupeň screeningu již nepodstupují. (Binder a kol., 2020, str. 176; Pelikánová a kol., 2018 str. 631)

1.5.2 Orální glukózový toleranční test (oGTT)

Všechny ženy, které měly v prvním trimestru negativní výsledek, podstupují mezi 24.–28. týdnem gravidity druhý stupeň screeningu na GDM. Jedná se o orálně glukózový toleranční test, kdy se žena dostaví na lačno (minimálně 8 hodin od posledního jídla), odebere se jí vzorek žilní krve a poté vypije 75 g glukózového roztoku. Další odběry se provádí po 60 a po 120 minutách.

Gestační diabetes mellitus je diagnostikován, pokud je alespoň jedna hodnota oGTT zvýšená: Glykémie na lačno je rovna nebo větší než 5,1 mmol/l = pozitivní výsledek. Glykémie po 60 minutách je rovna nebo větší než 10 mmol/l = pozitivní výsledek. Glykémie po 120 minutách je rovna nebo větší než 8,5 mmol/l = pozitivní výsledek. (Binder a kol., 2020, str. 176; Goldmannová a kol., 2019, str. 278)

1.6 Rizika pro matku a plod

Těhotenství, ve kterém je diagnostikován GDM, je označováno za rizikové, a to jak pro matku, tak i pro plod. Míra rizika vzniku možných komplikací přímo závisí na kompenzaci gestačního diabetu mellitu. (Procházka a kol., 2020, str. 247) Díky skvělé prenatální péči, která v České republice je, se neseťkáváme tak často s komplikacemi. Nicméně GDM s sebou jistá rizika nese. Zde jsou uvedeny ty nejčastější, se kterými se můžeme setkat.

1.6.1 Rizika pro matku:

Mezi nejčastější rizika pro ženu při nedostatečné kompenzaci gestačního diabetu mellitu patří především: vznik polyhydramnionu, hypertenze a preeklampsie, recidivující urogenitální infekce, porodní poranění nebo operační porod, perzistující diabetes mellitus nebo jeho rekurence v dalším těhotenství.

Mezi běžnou příčinu zvýšeného objemu vody plodové (**polyhydramnionu**), mimo jiných, patří gestační diabetes mellitus. S ohledem na společnou etiologii, bývá polyhydramnion

spojen také s makrosomií plodu. (Hamza, Herr, Solomayer et al., 2013; Roztočil a kol., 2020, str. 234)

U diabetiček se také mnohem častěji vyskytuje **hypertenzní onemocnění**. S tím je spojeno i vyšší riziko vzniku **preeklampsie**. Uvádí se, že frekvence preeklampsie je dvakrát větší u diabetiček než u zdravých žen. Nejčastěji se preeklampsie objevuje jako komplikace těhotných diabetiček ve třetím trimestru. Proto v rámci základní porodnické péče o těhotné patří pravidelné sledování krevního tlaku. (Hájek a kol. 2004, str. 152; Roztočil a kol., 2020, str. 234)

Dále je obecně známo, že těhotné s GDM jsou náchylnější k **urogenitálním infekcím**. Zvýšená glykémie ve vaginální tkáni zvyšuje adhezi a růst plísní a bakterií. Nejčastěji se jedná o kvasinkovou infekci, kterou způsobuje *Candida albicans*. (Zhang, Xinhong et al., 2018; Roztočil a kol., 2020, str. 234)

Dalšími možnými komplikacemi mohou být **větší porodní poranění a operační porod**. Tyto komplikace jsou spojeny především s velkými plody. Bývá prodloužená II. doba porodní. Velká hlavička špatně a pomalu prostupuje porodními cestami. Největší problém pak bývá při vybavení ramének plodu. Hrozí dystokie a poranění plodu. Je nutná rozsáhlá epiziotomie a dále hrozí velké ruptury perinea a pochvy. Kvůli velkému odhadu plodu může být indikován císařský řez, který přináší další rizika např. větší krevní ztrátu, tromboembolie, infekce, špatné hojení operační rány apod. (Pařízek a kol., 2012, str. 136, Štechová a kol., 2014, str. 69)

V neposlední řadě ženám hrozí riziko **perzistujícího diabetu mellitu** anebo také jeho **následná rekurence v další graviditě**. Záchyt diabetu mellitu v graviditě nemusí být jen těhotenskou komplikací. Může se jednat pouze o první záchyt jiného typu diabetu mellitu. Proto ženy po porodu podstupují znovu diabetologické vyšetření a v případě, že diabetes po porodu nevyvizí, dojde k překlasifikování typu diabetu mellitu.

Co se týče další gravidity, je velké riziko, že ženě bude opět diagnostikován GDM. Riziko vzniku GDM v další graviditě je 60–90 %. (Hájek a kol., 2004, str. 359; Roztočil a kol., 2020, str. 234)

1.6.2 Rizika pro plod/novorozence

Mezi nejčastější rizika pro plod a následně novorozence při nedostatečné kompenzaci gestační diabetu mellitu ženy v těhotenství patří především: diabetická fetopatie a s ní spojená

makrosomie plodu a poporodní trauma novorozence, intrauterinní úmrtí plodu, respiratory distress syndrom a riziko vzniku nějakého druhu diabetu mellitu v dětství či v adolescenci.

Je známo, že plody diabetiček bývají velmi často ohroženy **diabetickou fetopatií**. Jedná se o soubor komplikací, které ohrožují plod. O této patologii hovoříme od druhého trimestru. Typickým projevem fetopatie je **makrosomie**. Z důvodu hyperglykémie bývají novorozenci makrosomní (jejich porodní váha je větší než 4000 g (některé publikace uvádějí váhu větší než 4500 g)). Makrosomie je zároveň spojena s organomegalií, nejzávažnější je v tomto případě postižení srdce, protože hrozí riziko vzniku arytmií. Dále je makrosomie spojena s asymetrickým ukládáním tuků, především v oblasti břicha, ramen a krku.

Porod velkého plodu může vést i k **poporodním traumatům novorozence**. Při porodu hrozí dystokie ramének, při které může dojít ke zlomenině klíčku nebo také k paréze brachiálního plexu. Při ukončení porodu per VEX nebo per forceps se může vyskytnout subarachnoideální krvácení. (Štechová a kol., 2014, str. 177)

Zároveň je plod při diabetické fetopatii ohrožen hypoglykemií po porodu a to až v 50 %, hyperbilirubinemií, hypokalcii a rozvojem RDS (respiratory distress syndrom). (Procházka a kol., 2020, str. 248; Štechová a kol., 2014, str. 122-127)

Dále všechny plody diabetických žen jsou ke konci gravidity ohroženy **náhlým intrauterinním úmrtím**. Uvádí se, že toto riziko je až 4x vyšší u diabetiček oproti zdravým ženám. Příčiny nejsou vždy zcela zřejmé. Jako možná příčina se uvádí hypoxie plodu na základě nepoměru zvýšené poptávky kyslíku makrosomního plodu a nabídky od matky. Další příčiny hypoxie plodu mohou být placentární cévní změny, preeklampsie, hyperglykémie anebo fetální hyperinzulinismus. (Štechová a kol., 2014, str. 69; Procházka a kol., 2020, str. 249)

Jak už bylo zmíněno výše, novorozenec diabetičky bývá často nadměrně velký, nicméně se chová jako nezralý. V tomto případě hlavní roli hraje inzulin, který blokuje vliv kortizolu na fibroblasty v plicích, které následně nedostatečně syntetizují fosfolipidy a brání tak tvorbě surfaktantu. Nedostatek surfaktantu vede k dýchacím potížím a může vést i k rozvoji **RDS (respiratory distress syndrom)**. Dříve se RDS u novorozenců diabetiček objevoval až 6x častěji oproti novorozencům zdravých žen, v dnešní době, díky skvělé neonatologické péči, se vyskytuje jen u 1 % novorozenců diabetiček. (Štechová a kol., 2014, str. 127; Procházka a kol., 2020, str. 248)

Ačkoliv většina dětí ztratí své makrosomické proporce během raného dětství, mají nadále větší **sklony ke zvýšené tělesné hmotnosti** během svého předškolního věku. V adolescentském věku mají zvýšený podíl tukové tkáně. To vede k vyššímu sklonu k obezitě v pozdějším věku a také k vytvoření inzulínové rezistence a **následnému vzniku diabetu mellitu, nejčastěji DM2**. (Štechová a kol., 2014, str. 181)

1.7 Léčba

Hlavním cílem léčby GDM je dosažení normálních hodnot glykémie, aby se předešlo komplikacím, které toto onemocnění představuje. Přípustné glykémie jsou: na lačno do 5,3 mmol/l, 1 hodina po jídle do 7,8 mmol/l a 2 hodiny po jídle do 6,7 mmol/l. (Roztočil a kol, 2017, str. 306–307)

1.7.1 Dieta a pohyb

Prvním krokem v kompenzaci gestačního diabetu mellitu je změna dietního režimu a následně zvýšení fyzické aktivity.

Doporučuje se dieta s omezením příjmu sacharidů na 250–300 g za den. Jídlo by se mělo rozdělit do více menších porcí, aby se dávka sacharidů rozprostřela do celého dne a zabránilo se tak hyperglykémii. Důležité je i příjem kvalitních zdrojů bílkovin a tuků (např. ryby, kvalitní maso, zakysané mléčné výrobky, vejce, ořechy, semena, avokádo...). Těhotným ženám se doporučuje, aby byl denní minimální příjem bílkovin 80 g. Dále je potřebný i dostatečný příjem zeleniny, vitamínů B1, B2, C, D, E a příjem vápníků, hořčíku a železa. (Krejčí, 2016, str. 57; Nichols, 2015, str. 33)

Potraviny, které se naopak nedoporučují a těhotné ženy by se jim měly vyhnout, jsou potraviny s vysokým obsahem rafinovaných sacharidů. Jedná se o potraviny, které jsou chudé na vlákninu, rychle se vstřebávají a zvyšují glykémii. Jsou to např. instantní produkty (instantní nudle, instantní ovesná kaše...), bílá rýže, produkty z bílé mouky (chléb, bagety, preclíky, brambůrky...). Dále je dobré se vyhnout umělým sladidlům (aspartam, sacharin...) a transmastným kyselinám (margaríny, smažená jídla, fastfoodová jídla...). Dále by těhotné s GDM měly omezit potraviny s vysokým obsahem cukru (dorty, bonbony, zmrzlina, koblíhy, slazené nápoje...). (Nichols, 2015, str. 37–41)

Co se týče pohybu, je známo, že fyzická aktivita snižuje hodnoty krevní glukózy, zlepšuje inzulínovou citlivost a snižuje potřebu užívání inzulínu či antidiabetik. Cvičení zvyšuje svalovou hmotu, snižuje tělesný tuk, posiluje svalstvo pánevního dna a zlepšuje aerobní

kapacitu. Dále pomáhá zmírnit stres, úzkost a deprese. (Čech a kol., 2014, str. 356) Ženy, které v těhotenství pravidelně cvičí, mívají většinou kratší porod a méně se u nich vyskytuje ukončení těhotenství císařským řezem. Dle ACOG (The American Congress of Obstetricians and Gynecologists) se doporučuje těhotným ženám cvičit středně náročné cvičení 30 a více minut několik dní v týdnu, pokud to jejich stav dovoluje.

Ženy léčící těhotenskou cukrovku pouze dietou a fyzickou aktivitou si měří hladiny glykémie pomocí glukometru třikrát až čtyřikrát za týden. (Nichols, 2015, str. 74–75; Krejčí, 2016, str. 58)

1.7.2 Inzulinoterapie

Pokud nedojde k normalizaci glykemií pomocí dietního omezení, přistupuje se k dalšímu kroku léčby a tím je terapie inzulinem. Terapii inzulinem je nutné zahájit zhruba u 5–30 % těhotných s GDM. Inzulinové programy jsou individuální pro každou těhotnou. V těhotenství se dává přednost rychle účinkujícím humánním inzulinům. Správnou inzulinoterapii má na starost diabetolog se zkušenostmi s léčbou diabetu mellitu v těhotenství. Selfmonitoring glykémie u těhotných léčící GDM pomocí inzulinu probíhá několikrát denně. (Binder a kol., 2020, str. 176; Roztočil a kol., 2017, str. 307)

1.7.3 Léčba PAD

Další možností léčby při selhání dietetických opatření je léčba pomocí PAD (perorální antidiabetika). V současné době se s touto léčbou často setkáváme jako alternativou léčby inzulinem. V léčbě GDM se využívají především glyburid a metformin. Glyburid je starší perorální antidiabetikum a jeho užívání je bezpečné od 12. t. g. Užívání metforminu u těhotných je povoleno od roku 2014. Jedná se o lék volby při špatné kompenzaci GDM hlavně u těhotných s nadváhou a obezitou, u kterých se dá předpokládat možná inzulinová rezistence. (Krejčí, 2016, str. 58; Štechová a kol., 2014, str. 67)

1.8 Péče o těhotné s GDM

Péče o těhotné s GDM je v zásadě velmi podobná jako péče o ostatní těhotné. Výjimku tvoří častější ultrazvukové kontroly, které jsou zaměřené na včasné odhalení růstové anomálie, v případě GDM se jedná o odhalení makrosomie plodu. Další výjimkou jsou častější kontroly ke konci gravidity včetně točení kardiokografických záznamů. Biometrie by se dle doporučení měla provést na konci 36. týdne gravidity. Porodnická péče je samozřejmě ještě doplněna o diabetologickou péči. (Binder a kol., 2020, str. 176)

1.8.1 Těhotenská péče

U těhotné s diagnózou GDM se provádí všechna nepravidelná vyšetření (odběry krve v prvním a ve třetím trimestru, screening VVV (vrozených vývojových vad), vaginorektální stěr na GBS (Group B Streptococcus)) a všechna pravidelná vyšetření (vyšetření moči, měření krevního tlaku, kontrola hmotnosti). Jak je již uvedeno výše, častěji se provádí ultrazvukové vyšetření. Ultrazvuk hraje důležitou roli při sledování těhotenství u ženy s GDM. Doporučuje se ho provádět v rozmezí 3–4 týdnů od stanovení diagnózy GDM. Od 36. týdne gravidity by se měl ultrazvuk na základě doporučení provádět každý týden. Kardiotokografické záznamy by se měly pravidelně točit nejpozději od 38. t. g. (Čech a kol., 2014, str. 356; Štechová a kol. 2014, str. 68)

1.8.2 Role porodní asistentky v péči o těhotné ženy s GDM

Veškeré kompetence porodní asistentky najdeme zakotvené v zákoně 424/2004 Sb. ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů (příloha D). Je třeba na úvod zmínit, že do kompetencí porodní asistentky nespadá jen péče o těhotné a rodící ženy a ženy po porodu. Své uplatnění může nalézt i v gynekologii, v neonatologii či na operačních sálech. (Procházka a kol., 2020, str. 26) Nicméně v této kapitole se budeme věnovat právě péči o těhotné ženy.

V kompetencích porodní asistentky nalezneme, že sleduje ženu s fyziologickým těhotenstvím bez odborného dohledu. Ženy s GDM se však řadí do rizikového těhotenství, proto je nutná spolupráce s gynekologem, ale také je nutná spolupráce s diabetologií. V průběhu těhotenství funguje porodní asistentka především jako odborník, který ženě poskytuje odborná vyšetření a připravuje jí na porod. Dále je porodní asistentka také rádkyně a průvodkyně těhotenstvím (a později i průvodkyně porodem). V České republice, mimo jiné, nachází své uplatnění v rámci gynekologických ambulancí v soukromém nebo veřejném sektoru. V ambulancích se podílí na vedení těhotenské poradny spolu s lékařem. Těhotným ženám sleduje a měří fyziologické funkce, obstarává krevní odběry, vyšetřuje ženy a také asistuje lékaři při vyšetřeních těhotné. Dále poskytuje ženám rady a informace o těhotenství a prevenci komplikací. Rady se mohou týkat například typických těhotenských obtíží např. pálení žáhy, strie, ale také např. správné životosprávy v těhotenství, cvičení apod. Dále informuje o možných odborných vyšetřeních např. oGTT, genetická vyšetření... Také natáčí kardiotokografické záznamy. U těhotných s GDM se doporučuje začít natáčet nejpozději od 38. týdne gravidity. V konečné fázi těhotenství může provádět předporodní přípravu. (Procházka a kol., 2020, str. 26; Čech a kol., 2014 str. 85-86) Další uplatnění může porodní asistentka najít jako komunitní porodní asistentka, nicméně v České republice tato služba není

tak častá. Jako komunitní porodní asistentka poskytuje komplexní péči. Ženu dobře zná a často se tak mezi těhotnou a porodní asistentkou vytváří silný vztah, který je dobrý pro navození důvěry, tím pro těhotnou je snadné se svěřit se svými problémy a zároveň tak dostat cenné informace. (Lorenzová, Raisnerová, 2020, str. 93)

U žen, kterým v průběhu těhotenství je diagnostikován GDM, je velmi důležitá a správná edukace. Na edukaci žen s GDM se může ve spolupráci s lékařem podílet i porodní asistentka. Samozřejmě se očekává, že porodní asistentka bude mít kvalitní znalosti v oblasti diabetologie. Důležité je ženám vysvětlit dané onemocnění, možná rizika při nedostatečné kompenzaci GDM, dále je potřebné zdůraznit riziko rozvoje DM2 a nutnost diabetologických kontrol po porodu. (Pelikánová a kol., 2018, str. 290)

Ženy jsou také seznámeny s dietními opatřeními. Zde je důležité vše podrobně vysvětlit. Pouhé předání informačního letáčku je nedostačující. Ženám by měl být vysvětlen rozdíl mezi jednoduchými a složitými sacharidy, měly by být upozorněny na rizikové potraviny s vysokým glykemickým indexem a obsahem nevhodných tuků. Dále by měly být poučeny o nutnosti časového odstupu mezi jídly obsahující sacharidy, o způsobu počítání sacharidů a o potřebě dostatečného příjmu kvalitních zdrojů bílkovin a tuků. Zdůraznit by se měla důležitost konzumace zeleniny a edukovat o pitném režimu. (Krejčí, 2016, str. 58; Čech a kol., 2014, str. 356)

Ženy by nadále měly být edukovány o důležitosti fyzické aktivity nejen z hlediska snižování hladiny glykémie v krvi, ale také z hlediska dobré přípravy na porod. Zde může porodní asistentka seznámit ženy s možnostmi cvičení během těhotenství. (Krejčí, 2016, str. 58; Nichols, 2015, str. 74)

Porodní asistentka dále může edukovat ženy i v oblasti přípravy na porod, následném vedení porodu a šestinedělí, kde je důležité ženy upozornit, že může být opožděn nástup laktace z důvodu GDM a v kojení je podpořit. (Štechová a kol., 2014, str. 65)

V neposlední řadě by měla porodní asistentka–edukátorka poskytnout další edukační materiály, kde žena může vyhledat další informace, které budou kvalitní. (Krejčí, 2016, str. 52)

Je také důležité si uvědomit, že velké množství instrukcí může ženám způsobovat problémy. Je ale také třeba, aby si porodní asistentka uvědomila, že nedostatek informací a nevědomost

budí v ženách úzkost, a proto by ženám měla dát pocit, že se nemusí bát na cokoliv zeptat a v případě dotazů vše laskavě vysvětlit. (Štechová, 2015, str. 147)

1.8.3 Diabetologická péče

Všechny těhotné, u kterých se potvrdí diagnóza gestačního diabetu mellitu, musí být sledovány diabetologem, který zajistí pravidelné kontroly a kompenzaci GDM až do porodu. Diabetologická péče je velmi individuální, odvíjí se na základě míry rizika GDM, kompenzace GDM a dalších možných komplikací. (Štechová a kol., 2014, str. 68)

Vstupní vyšetření by mělo zahrnovat stanovení glykovaného hemoglobinu. Pokud je tato hodnota zvýšená, tak se jedná o ukazatel pozdního záhytu GDM. Jako součást komplexní péče o diabetičky je doporučováno během vstupního vyšetření provést ještě screening tyreopatií a renální a jaterní vyšetření. (Pelikánová a kol., 2018, str. 632; Krejčí, 2016, str. 56)

Průběžné další kontroly zahrnují rozbor glykemických profilů, kontroly hmotnostního přírůstku a měření krevního tlaku. Při hypertenzi je nutná kontrola proteinurie k vyvrácení či potvrzení preeklampsie. Optimální váhový přírůstek je do 16 kg. (Krejčí, 2016, str. 56-57)

Orientační sledování glykosurie a ketonurie se neprovádí. Pozitivní výsledek je označován jako za faktor vyššího stupně stresu, který u těhotné není žádoucí a špatná kompenzace GDM je patrná z glykemických profilů.

Dále je ke zvážení provádět laboratorní kontroly glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}), krevního obrazu, celkové bílkoviny, kreatininu a jaterních testů jednou za měsíc, ačkoliv to v doporučených postupech není. Především hodnota glykovaného hemoglobinu je ukazatel, zda těhotná dodržuje režim i ve chvílích, kdy se neměří. Uspokojivá hodnota HbA_{1c} je do 40 mmol/l. (Pelikánová a kol., 2018, str. 632)

1.9 Vedení porodu

Pokud se u žen neobjeví jiné komplikace, které by byly překážkou vaginálního porodu, mohou ženy s GDM родit vaginálně. GDM není přímá indikace k císařskému řezu. Z důvodu rizika náhlého intrauterinního úmrtí plodu v termínu a po termínu by ženy neměly přenášet. Doporučuje se ukončit těhotenství do vypočítaného termínu porodu, tedy do 40+0 t. g. (Čech a kol., 2014, str. 356)

U žen, které mají normální hodnoty glykémie, léčí se dietou a mají normální ultrazvukový nálezn, lze vyčkat s ukončením těhotenství do 41+0 t. g. Plod však musí být pečlivě sledován ultrazvukem a musí se pravidelně monitorovat srdeční akce plodu.

U žen s GDM nejčastěji dochází k ukončení těhotenství mezi 38.–40. t. g. Pokud porod v tomto období nezačne spontánně, přistupuje se k indukci porodu pomocí prostaglandinů. (Štechová a kol., 2014, str. 68 – 69; Pelikánová a kol., 2018, str. 632)

1.9.1 Role porodní asistentky při porodu

V současné době platí, že v České republice je porodnická a perinatální péče, která je hrazená ze zdravotního pojištění, poskytovaná pouze v porodnicích. Ženy si mohou vybrat jakoukoliv porodnici, ve které budou rodit, nicméně nemohou si zcela svobodně zvolit porod mimo lékařské zařízení. Porody mimo lékařské zařízení jsou v České republice nelegální. Fyziologický porod mohou vést jak porodní asistentky pracující v dané porodnici, tak i komunitní porodní asistentky. I přesto, že může porodní asistentka pracovat samostatně u fyziologicky běžícího porodu, nalezneme často úzkou spolupráci mezi lékařem a porodní asistentkou. Při příjmu těhotné na porodní sál dochází k doplnění anamnestických údajů lékařem nebo porodní asistentkou. To umožní odhalení dalších případných rizik. Provádí se vstupní vyšetření, nejčastěji lékařem, a porodní asistentka natáčí vstupní kardiografický záznam (CTG). Na základě vyšetření a vyhodnocení záznamu se volí strategie vedení porodu. V kompetencích porodní asistentky je, že může sama o ženu pečovat ve všech dobách porodních, pokud vše běží fyziologicky. Tedy i o ženy s GDM, nicméně v tomto případě je důležitá kooperace mezi porodní asistentkou a lékařem. Porodní asistentka v průběhu první doby porodní kontroluje fyziologické funkce ženy, poslouchá ozvy plodu a 15 minut, natáčí CTG a 2–3 hodiny, provádí vaginální vyšetření, nefarmakologicky tlumí bolest a ve spolupráci s lékařem také farmakologicky. Ukazuje, jak správně dýchat. Dále samozřejmě reaguje na ostatní potřeby rodičky a věnuje pozornost i jejímu psychickému stavu. V případě rozpoznání patologie nebo rizika předává ženu do péče lékaře. (Čech a kol., 2014, str. 190–191) Ve druhé době porodní kontroluje průběh vnitřní rotace a sestup hlavičky porodními cestami. Vhodně polohuje rodičku, aby napomohla dokončení vnitřní rotace hlavičky. Při samotném porodu porodní asistentka chrání hráz, případně, pokud je to nezbytné nutné, provádí epiziotomii. Její další rolí může být první ošetření novorozence. Třetí dobu porodní vede aktivně podáním 5 j Oxytocinu nebo 1 amp. Methylergometrinu, aby se lůžko rychleji odloučilo a zamezilo se větším krevním ztrátám. Po porodu lůžka provádí revizi hrdla a zevních pohlavních orgánů v zrcadlech a kontrolu porodních cest. Lehká poranění sama ošetří. Ve čtvrté době porodní kontroluje retrahování dělohy, krvácení, fyziologické funkce rodičky a její celkový stav. V případě komplikací v průběhu celého

porodu pečuje o rodičku ve spolupráci s lékaři. (Binder, Vavřínková, 2016, str. 64–65; Procházka a kol., 2020, str. 26)

V případě císařského řezu může své uplatnění nalézt na operačním sále v podobě instrumentující porodní asistentky. (Procházka a kol., 2020, str. 26)

1.10 Šestinedělí

Gestační diabetes mellitus většinou po porodu vymizí. Proto po porodu dochází k vysazení léčby, pokud se žena léčila inzulinem nebo antidiabetiky. Jeden až tři dny po vysazení léčby dochází ke kontrole glykemických profilů. (Štechová, 2015, str. 50)

V důsledku diabetu mellitu v graviditě může být nástup laktace opožděn, proto je důležité podpořit ženy v kojení. Kojení přináší mnoho výhod pro novorozence, ale zároveň pomáhá ke zlepšení glukózové tolerance u žen. Ženy, které kojí, mají vyšší citlivost vůči inzulinu. Zároveň kojení mírně snižuje riziko rozvoje diabetu mellitu v budoucnosti. (Štechová a kol., 2014, str. 69)

1.10.1 Role porodní asistentky po porodu

Péče porodní asistentky o ženu po porodu se přizpůsobuje způsobu porodu rodičky. Jinou péči vyžaduje žena po císařském řezu a jinou žena po spontánním porodu.

Ženy po spontánním porodu jsou překládány z porodního sálu na oddělení šestinedělí dvě hodiny po porodu. Při příjmu by měla porodní asistentka seznámit rodičku s chodem oddělení a také se signalizací v případě potřeby. Dále se zajímá o celkový stav rodičky. Kontroluje fyziologické funkce, krvácení po porodu, retrahování dělohy a výšku fundu, který by po porodu měl dosahovat k pupku, a každý následující den by mělo dojít ke snížení výšky fundu o 1 cm. Dále se zajímá o stav poporodního poranění. Také kontroluje močení po porodu. Případně aplikuje léky, dle ordinace lékaře. (Čech a kol., 2014, str. 209)

U žen po císařském řezu také kontroluje celkový stav rodičky. Monitoruje fyziologické funkce, jejichž hodnoty zaznamenává. Sleduje krvácení a retrahování dělohy. Kontroluje průchodnost žilního katetru a dle ordinace lékaře dodržuje infuzní a antibiotickou terapii. Dle potřeby rodičky a dle ordinace lékaře tlumí bolest. Dále kontroluje krytí operační rány, zda neprosakuje. Sleduje diurézu rodičky a pečuje o permanentní močový katetr. Později pomáhá ženě s její mobilizací. (Roztočil a kol., 2017, str. 218)

Co je společné pro obě skupiny žen po porodu je edukační činnost porodní asistentky o režimu šestinedělí. Zde jsem uvedla hlavní oblasti edukace. Rodičky by měly být

edukovány o správné hygieně, především by měly být upozorněny na infekčnost lochií a tedy na důslednou hygienu po použití toalety či manipulaci s vložkami, a také o nutnosti mít dva ručníky. (Koudelková, 2013, str. 46) Dále edukuje ženy v péči o poporodní poranění, v případě císařského řezu informuje ženy, jak pečovat o jizvu. Dále informuje o tom, jak podpořit rychlejší a účinnější zavinování dělohy. Režim šestinedělí se také týká oblasti sexuality. Ženy by se v šestinedělí měly vyvarovat pohlavnímu styku. (Koudelková, 2013, str. 26–27) Ženy by také měly být dostatečně informované o správné životosprávě a možnosti cvičení v šestinedělí a po šestinedělí. U žen, kterým v průběhu těhotenství byl diagnostikován GDM, by mělo dojít k upozornění, že by měly nadále dodržovat zdravý životní styl a více se pohybovat, aby předešly rozvoji jiného druhu diabetu mellitu v pozdějším věku. (Pelikánová, 2018, str. 633) Porodní asistentka dále pomáhá rodičkám s kojením a také s péčí o novorozence. Je třeba zmínit, že péče porodní asistentky o ženy po porodu je možná až do šestého týdne po porodu. Ženy tak mohou využít i návštěvní službu porodních asistentek po propuštění z nemocnice do domácího prostředí, kdy jim porodní asistentka může pomoci se vším výše uvedeným v jejich přirozeném prostředí. Každá žena má ze zákona nárok na porodní asistentku v šestinedělí hrazenou zdravotní pojišťovnou, nicméně k tomu je nutné vystavení poukazu obvodním gynekologem nebo ošetřujícím lékařem v porodnici. (Kailová, Dušová, 2017)

1.10.2 Novorozenec matky s GDM

Novorozenci matek s GDM jsou označováni jako vysoce riziková. Míra rizika se však odvíjí na základě faktorů jako je např. věk a hmotnost matky, parita rodičky, komplikace během těhotenství (hypertenze, infekční onemocnění...), kompenzace GDM v těhotenství, makrosomie plodu, předčasný porod nebo porod císařským řezem, porodní trauma novorozence. U porodu novorozence by měl být přítomen neonatolog znalý v této problematice.

Děti diabetických matek jsou často mnohem více vystaveny většímu riziku obezity a vzniku nějakého druhu diabetu mellitu. Tato rizika lze částečně snížit dobrou kompenzací GDM v těhotenství. (Roztočil a kol., 2017, str. 307–308)

1.11 Poporodní sledování

U žen, kterým byl v graviditě diagnostikován gestační diabetes mellitus, je větší riziko vzniku jiného druhu diabetu mellitu, nejčastěji diabetu mellitu II. stupně. Proto ženy po porodu zůstávají v péči praktického lékaře, anebo diabetologa. 3–6 měsíců po porodu se provede

kontrolní oGTT, další oGTT je indikován za rok a pak se provádí každé 3 roky. Jednou za rok se provádí také kontrola lačné glykémie. (Roztočil a kol., 2020, str. 237; Štechová a kol., 2014, str. 70)

Až u 60 % žen, s předchozím GDM, dojde po 20 letech od porodu k manifestaci diabetu mellitu. Tomu lze zabránit zdravým životním stylem, zejména správnou životosprávou a pravidelnou fyzickou aktivitou. (Pelikánová a kol., 2018, str. 633)

2 PSYCHIKA TĚHOTNÝCH ŽEN

Tato kapitola je věnovaná psychice těhotných žen. Ženy v těhotenství prochází řadou změn a to, jak na změny reagují, jak je prožívají, ovlivňuje průběh těhotenství, ale i porodu. Psychika je velmi důležitá složka osobnosti, která nelze oddělit od fyzické schránky člověka, a proto by zdravotníci měli těhotné ženy (a nejenom těhotné ženy) brát holisticky a věnovat se všem složkám osobnosti, aby dokázali poskytnout kvalitní péči. V této kapitole je psychika žen popsána z obecného hlediska, abychom si uvědomili, jak křehká psychika u těhotných je. Dále jsou popsány adaptační mechanismy na těhotenství a nepříznivé psychologicko-sociální faktory, které ovlivňují těhotenství. Mezi tyto faktory patří i rizikové těhotenství, do kterého se řadí těhotné s GDM. Dále mezi tyto faktory řadíme i těhotenství v pozdějším věku a věk je jeden z rizikových faktorů, který může vést k rozvoji GDM. Svou roli na vznik GDM může hrát i tíživá socioekonomická situace, kdy pro ženy je obtížnější kvalitní stravování. V průzkumném šetření jsem se, mimo jiné, zabývala, jakým způsobem ovlivnilo toto onemocnění psychiku oslovených žen.

2.1 Psychické změny v těhotenství

Už od počátku gravidity dochází v organismu ženy ke změnám. Tyto změny jsou jak somatické povahy, tak samozřejmě i psychické. Psychické změny jsou na jedné straně ovlivněny fyzickými změnami a na druhé straně hrají roli sociální a ekonomické faktory. Intenzita vnímání těchto změn je závislá na osobnosti těhotné ženy a jejím okolím. (Roztočil a kol., 2020, str. 55–56)

Těhotenství je považováno za jednu z vývojových krizí v životě ženy. Jedná se o období plné změn, kdy se žena nachází mezi tím, čím byla, a tím, čím bude. Čeká jí nová životní role, na kterou si přivyká. V této životní etapě dochází k modifikaci starých vzorců chování, od některých dojde k úplnému opuštění, a dochází k doplnění nové formy chování. (Čech a kol., 2014, str. 63; Vágnerová, 2000, str. 350)

Těhotenství lze i z psychologického hlediska rozdělit na tři období, tři trimestry. (Roztočil a kol., 2020, str. 56)

2.1.1 První trimestr

Hlavním cílem prvního období je přijetí těhotenství. Pro první trimestr je charakteristické, že žena je zaměřená na sebe a na své tělo. Začíná pozorovat první známky těhotenství a prostřednictvím prvního odborného vyšetření se začíná ztotožňovat s těhotenstvím a s tím, že v ní žije živý tvor, který po narození změní způsob života celé rodiny. (Bašková, 2015,

str. 9). Ženy také často v tomto období vyhledávají kontakt se svou matkou. Tento čas je typický pro tzv. ambivalentní (protikladné) pocity. Žena se na jednu stranu začíná těšit na miminko, ale na druhé straně se objevují pochyby, strach z časně ztráty, rozladěnost, přecitlivělost, nejistota, strach z okolních faktorů, které by mohly vést k poškození plodu. Mohou se také objevit nevyřešené konflikty mezi ženou a mužem, které sahají daleko do minulosti. Tyto spory nesouvisí přímo s těhotenstvím, ale prostřednictvím těhotenství jsou opět aktualizovány. Ženy jsou velmi citlivé na to, jak partner reaguje na jejich prožívání těhotenství a též na jejich těhotenské potíže. (Pečená, 1999, str. 152; Ratislavová, 2008, str. 26)

Svou roli zde hraje také porodní asistentka. Jejím úkolem je vyslechnutí ženy, mít dostatek času na rozhovor s ní, akceptovat její pocity a popř. jí může doporučit, kde hledat pomoc jak v psychologické, tak i v sociální oblasti. (Ratislavová, 2008, str. 26)

2.1.2 Druhý trimestr

Hlavním cílem druhé fáze je přijetí plodu jako nezávislého a samostatného jedince. Začátek druhého období je považován od doby, kdy žena začne cítit první pohyby plodu. Od prvních pohybů si žena začne plně uvědomovat existenci plodu. Začíná být také viditelné těhotenské břicho a též může vidět plod na ultrazvukovém vyšetření. (Bašková, 2015, str. 10) V druhém trimestru převládají spíše pozitivní pocity. Žena se cítí dobře po fyzické stránce, spolupracuje se zdravotnickým personálem a snaží se vést zdravý životní styl. Aktivně vyhledává cvičení pro těhotné, plavání, informace o předporodních kurzech apod. Objevují se u ní fantazie a sny o nenarozeném dítěti. Představy, zda to bude hoch či děvče. Žena má potřebu vědět, co nejvíce. Vyhledává informace o tom, jak se dítě vyvíjí, jak roste. (Pečená, 1999, str. 153) Jak bylo zmíněno výše, plně si uvědomuje existenci plodu, a proto s ním komunikuje, nejčastěji prostřednictvím dotyků. Ačkoliv jsou pro toto období charakteristické pozitivní pocity, jsou také ženy, které mají nějakou špatnou zkušenost z minulého těhotenství, mají zdravotní problém anebo jsou úzkostné. U takových žen se objevují zvýšené obavy z předčasného porodu, z porušeného vývoje plodu. Také s větším napětím čekají na výsledky genetického vyšetření. (Ratislavová, 2008, str. 26)

Ve druhém trimestru porodní asistentka navazuje kontakt s ženou během kontrol, podává jí informace a může jí pomoci se začleněním do skupiny těhotných žen, kde si ženy mohou navzájem sdělovat své pocity, obavy, plány...Žena se může dozvědět informace, které jí znervózní, proto porodní asistentka by měla být odborníkem, který vše citlivě uvede

na pravou míru. Zároveň je potřeba dobrá spolupráce zdravotnického týmu, aby žena dostávala jednotné a kvalitní informace. (Ratislavová 2008, str. 26)

2.1.3 Třetí trimestr

Hlavním cílem poslední fáze, a především poslední 4 týdny před porodem, je příprava na porod a existenci nového člena rodiny. Pro toto období je charakteristické tzv. stavění hnízda. (Bašková, 2015, str. 10) Jinak řečeno, žena zařizuje prostředí pro dítě, nakupuje vybavičku a připravuje se na porod. Pokud by tato příprava zcela chyběla, může to značit závažnou psychickou poruchu. Tato fáze je opět emočně velmi náročná. Objevují se silné protichůdné pocity zranitelnosti, obavy o průběh těhotenství, strach z porodu. Ženský organismus je fyzicky zatížený. Vyskytuje se také únava, nespavost a tělesná nepohoda. Těhotenství se ženě může jevit jako nekonečné. Těhotná zároveň cítí blížící se porod. (Ratislavová, 2008, str. 26; Stadelmann, 2009, str. 127) S blížícím se porodem se však v ženě probouzí obavy a objevuje se strach z bolesti, strach z komplikací, strach o své zdraví a zdraví dítěte, strach ze zodpovědnosti za rodičovství, obavy, jak bude zvládat novou roli a péči o miminko apod. Může se v extrémních případech objevit i strach ze smrti. Studie poukazují na souvislost, že strach z porodu zvyšuje riziko následného ukončení těhotenství akutním císařským řezem. (Čech a kol., 2014, str. 63; Ratislavová, 2008, str. 27)

V tomto období poskytuje porodní asistentka především porozumění, podporu a doprovod. V rámci předporodní přípravy pomáhá ženě posílit její sebedůvěru, víru ve vlastní schopnosti porodit a postarat se o dítě. Může ženě pomoci s výběrem porodnice, ve které bude rodit. (Ratislavová, 2008, str. 27)

2.2 Adaptační mechanismy na těhotenství

V průběhu gravidity a po narození dítěte se vyvíjí mateřská identita. Ta je naprosto specifická pro každé dítě. Žena se začíná adaptovat na mateřskou roli a tím se vyrovnává s vývojovou krizí, která jí provázela během těhotenství. Proces převzetí mateřské role tvoří několik adaptačních procesů. Cílem těchto procesů je integrovat vlastní osobu do nové životní úlohy. (Roztočil a kol. 2017, str. 114; Bašková, 2015, str. 11)

Jedny z možných adaptačních mechanismů na těhotenství jsou:

Imitace: jedná se o aktivní operaci, kdy žena napodobuje chování osob, které v dané roli jsou nebo v ní byly a tím se snaží osvojit danou úlohu. Typickým příkladem v těhotenství je oblékání se do těhotenského oblečení.

Hraní rolí: je chování, během kterého si žena snaží vyzkoušet svou úlohu v konkrétních situacích, např. žena vyhledává situace, kdy se může starat o malé dítě.

Fantazie: jedná se o představy o vlastním dítěti. Fantazie může mít podobu obav, přání, snů apod.

Introjekce a projekce: pomocí operace introjekce si žena všimá chování osob ve svém okolí v dané roli a představuje si samu sebe ve stejné situaci. Poté provede projekci a vyhodnotí, jestli tento způsob chování je vhodný a přijme ho (akceptace), nebo není vhodný a odmítne jej (negace).

Smutnění: jedná se o operaci, během které si žena uvědomuje, že se bude muset vzdát prvků svého minulého já, které jsou v rozporu s novou rolí. Objevuje se smutek a nostalgie, protože žena ví, už to nikdy nemůže navrátit zpět a být přesně stejná. (Roztočil a kol., 2020, str. 56–57)

2.2.1 Syndrom couvade

V některých případech se mohou vyskytnout těhotenské změny i u otce dítěte. Jedná se o somatické změny, nejčastěji o bolest zubů, náhlý váhový přírůstek, GIT obtíže... Příznaky obvykle začínají mezi třetím a čtvrtým měsícem gravidity a postupně klesají. Jejich výskyt se znovu objevuje v posledních dvou měsících gravidity. V tomto případě není zjištěna žádná souvislost s případnými problémy žen. Pravděpodobně se jedná o vyjádření úzkosti. (Roztočil a kol., 2020, str. 57)

2.3 Těhotenství jako životní krize

Těhotenství bývá též označováno jako jedna z krizí v životě ženy. Konkrétně se jedná o vývojovou (životní) krizi, kdy dochází k přechodu z jednoho životního stadia do druhého, tzv. přechod do následující životní etapy. Velkou zátěž pro většinu žen představuje zejména první těhotenství. Ženy jsou citlivé, objevují se obavy např. z porodu, ze změn postavy, ze změny životního stylu, z možných špatných výsledků vyšetření. Pokud mají z minulého těhotenství negativní zkušenost (potrat, rizikové těhotenství, anomálie u plodu...) může dojít k tomu, že se ženy začnou následujícímu těhotenství vyhýbat a jen při pomýšlení na možnou graviditu se začnou objevovat negativní pocity. (Paulík, 2010, str. 69; Kebza, 2015, str. 6, 8)

Z výše uvedeného vyplývá, že psychika matky hraje zásadní roli pro přijetí mateřské role a pro přijetí dítěte. Žena by měla prožívat těhotenství ve chvíli, kdy se cítí být pro mateřství připravena a dítě opravdu chce. Právě negativní psychická vyladěnost ženy je jedním

z rizikových faktorů pro prenatální vývoj dítěte, který komplikuje ranou interakci matka–dítě v období před narozením. Negativní psychickou vyladěnost mohou způsobit i nepříznivé psychologické faktory, které následně ovlivňují těhotenství i plod. (Šulová, 2010, str. 19)

2.3.1 Nepříznivé psychologicko–sociální faktory ovlivňující těhotenství a plod

Je důležité, aby se žena cítila v těhotenství co nejvíce dobře po psychické stránce. Bohužel ne vždy tomu tak je. Existují psychologicko–sociální faktory, které mohou psychickou pohodu ovlivnit. V tomto případě psychická nepohoda může ovlivnit i průběh léčby GDM a celkovou kompenzaci GDM. Dekompensace následně vede k možným komplikacím, které byly výše již uvedeny. Tyto faktory stěžují přizpůsobení se těhotenství a také se některé mohou podílet na vzniku GDM a nebo také ovlivnit samotnou léčbu GDM:

Rizikové a patologické těhotenství:

O rizikovém těhotenství hovoříme tehdy, když žena vstupuje do těhotenství s nějakým rizikovým faktorem, který se zatím negativně neprojevil. Tyto faktory jsou zjišťovány na základě rodinné anamnézy, osobní anamnézy nebo klinických, laboratorních a screeningových vyšetření. Ženy trpící GDM jsou zařazovány do rizikového těhotenství.

Ve chvíli, kdy se rizikový faktor negativně projeví a začne komplikovat těhotenství, tak hovoříme o patologickém těhotenství. (Čech a kol., 2014, str. 237–238)

Jakákoliv komplikace, která se během těhotenství vyskytne, představuje pro ženu stres a nejistotu. Objevují se pocity úzkosti a strachu, které jsou díky labilnější psychice v graviditě, vnímány velmi intenzivně. Všechny zásahy do těhotenství, které jsou pro těhotnou ženu nestandardní, představují nejistotu a pochybnosti. Důležité je, aby ženy dostávaly jednotné a kvalitní informace a také podpora důvěry ve zdravotnické zařízení a ve zdravotní personál. (Ratislavová, 2008, str. 33)

Lydon K. ve své pilotní studii, kde porovnává psychiku u zdravých těhotných oproti těhotným s GDM, zmiňuje, že pro ženy představuje diagnóza GDM zvýšený stupeň stresu, který je spojen s požadavky na dodržování léčebného režimu a se strachem z nepříznivých výsledku pro matku i plod. (Lydon K., 2012)

Ženy v těžké sociální nebo ekonomické situaci

Sem řadíme ženy svobodné, opuštěné, sociálně izolované, ženy žijící v nevyhovujících ekonomických a sociálních podmínkách. Na základě izolace a opuštěnosti jsou ženy

frustrované z neuspokojení základních potřeb, z nedostatku lásky a podpory. Ženy jsou depresivní a častěji rodí předčasně. Po porodu se u nich může vyskytnout odmítavý postoj k péči o dítě. (Ratislavová, 2008, str. 30) U všech těhotných je kladen důraz na správnou životosprávu a celkově na zdravý životní styl. U těhotných diabetiček je tento požadavek ještě o trochu větší. Bohužel ne všechny těhotné ženy si mohou dovolit kvalitní a pravidelnou stravu. Nevyvážené a špatné stravování může v těhotenství vést k běžným obtížím jako nauzea, zvracení a zácpa, ale také k těhotenské anemii, hyperglykemiím nebo hypoglykemiím u GDM, k hypertenzním onemocněním apod. (Beckert at. al, 2019; Williamson, 2006, str. 51–52)

Věk ženy nad 35 let

Pokud se jedná o první těhotenství v pozdějším věku, tak ženy bývají úzkostnější, objevují se obavy, že těhotenství může skončit neúspěchem, že se mohou vyskytnout nějaké komplikace apod. Také se může objevit konflikt mezi potřebami ženy a potřebami dítěte. (Ratislavová, 2008, str. 29) V současné době roste trend odkládání těhotenství do pozdějšího věku. Mnohem více přibývá prvorodiček ve věku 30 let a více a ojedinělé nejsou ani prvorodičky ve věku 40 let. S vyšším věkem se nicméně právě pojí i riziko vzniku GDM. (Lampinena et al., 2009, str. 36) Riziko vzniku GDM u žen nad 30 let dosahuje až 8,5 % a s přibývajícím věkem se zvyšuje. (Binder a kol., 2020, str. 175)

Neúspěch v předchozí graviditě

Skutečnost, že předchozí těhotenství skončilo potratem nebo porodem mrtvého plodu, negativně ovlivňuje ženu v následujícím těhotenství. Pocity matek po předchozím neúspěchu bývají různě. Ženy mohou být úzkostnější. Dále se může objevit neschopnost emočního angažování se z důvodu strachu opětovného neúspěchu. Naopak jsou i ženy, které toto těhotenství mohou prožívat jako jedinečné. (Ratislavová, 2008, str. 30) Zároveň opakované potraty nebo porod mrtvého plodu bez známé příčiny jsou opět jedni z rizikových faktorů vedoucí ke vzniku GDM. (Goldmannová a kol., 2019, str. 278)

Věk ženy pod 20 let

V tomto věku vyvstává především problém motivace k těhotenství. Může jít o těhotenství nechtěné, ale i chtěné, kdy se dívka snaží urychlit proces dospění v ženu a osamostatnit se. Chce získat zájem okolí, nicméně spíše se objevuje izolace od vrstevníků a s ní spojená samota, dále pak nedostatek podpory ať již od partnera nebo rodiny. Psychika mladých dívek

není dostatečně schopná, aby odolala psychickým nárokům situace, a dívka není schopna uvažovat dospěle a objektivně vnímat realitu, proto často jedná impulsivně a nedospěle. Zároveň matky v dospívajícím věku hledají svojí vlastní identitu, snaží se porozumět svým touhám, tvoří si žebříček hodnot. Mladé a neprovdané ženy častěji rodí děti s nízkou porodní hmotností, tyto děti pak mají v dospívání větší sklony k trestní činnosti. (Ratislavová, 2008, str. 29) GDM se nemusí týkat jen těhotných ve vyšším věku, toto onemocnění se může vyskytnout i u mladých žen, ačkoliv to není tak časté. Což dokazuje i studie Talawara a Venkateshe z roku 2013, která byla provedena v Indii. Studie, mimo jiné, ukazuje, že výskyt GDM mezi mladými rodičkami byl zastoupen v malé míře. (Talawar, Venkatesh, 2013, str. 82) Mladé, nezletilé dívky mohou jednat nedospěle a může u nich chybět zodpovědnost (viz popsáno výše), která je u dodržování léčby GDM důležitá. Vyrovnávají se samotným těhotenstvím a tím, že je čeká nová role a do toho zasáhne onemocnění. To může být dost stresující a proto i následná léčba GDM nemusí být adekvátní a vhodná. Kateřina Anderlová uvádí: „*Neléčený anebo špatně léčený GDM ohrožuje správný vývoj plodu a může vést u matky a jejího plodu nejen k perinatálním komplikacím, ale způsobuje i řadu dlouhodobých komplikací, které ovlivňují budoucí zdraví dítěte a matky.*“ (Anderlová, 2021, str. 366)

3 KVALITA POSKYTOVANÉ PÉČE

V této kapitole se v krátkosti zabývám kvalitou zdravotní péče a jejím měřením. Vzhledem k tomu, že jeden z hlavních indikátorů kvality péče je spokojenost pacientů, zabývám se také tímto tématem. Zmiňuji faktory, které ovlivňují spokojenost pacientů a také metody měření spokojenosti. V průzkumné části se také věnuji tomuto tématu a zajímalo mne, zda byly oslovené informantky spokojené s poskytnutou zdravotní péčí, případně co jim nejvíce chybělo nebo v čem shledávaly největší nedostatky.

3.1 Kvalita zdravotní péče

„Čím větší je vědecké poznání a možnosti, čím výkonnější jsou zařízení pro diagnostiku a terapii, tím obtížnější je najít dobrého lékaře, ba lékaře vůbec.“ (Karl Jaspers, 1883–1916)

Pokud chceme definovat pojem kvalita, musíme zohlednit mnoho proměnlivých faktorů např. prostředí, legislativa, požadavky zákazníků atd... Nelze proto tento pojem definovat jednoznačně, proto i v literatuře nalezneme několik definic z řad odborníků. (Bednařík, 2018, str. 4) Bednařík (2018) ve své publikaci uvádí mnoho definic kvality zdravotní péče z řad různých odborníků, kteří se tímto pojmem zabývali. Mimo jiných zmínil např. tyto definice:

Dle WHO lze definovat kvalitu jako souhrn výsledků, které byly dosaženy v prevenci, diagnostice a léčbě, určených na základě potřeb obyvatelstva dle lékařských věd a praxe.

Dle Medicare je kvalita taková míra péče, při které zdravotní služby zvyšují pravděpodobnost žadoucích zdravotních výsledků pro jednotlivé osoby i společnost a tyto služby jsou konzistentní s využíváním současných medicínských znalostí

Palmer a kol. uvádí, že kvalita je dělat správné věci správným způsobem. (Bednařík, 2018, str. 4–5)

Obecně by se dalo říci, že kvalita zdravotní péče je schopnost uspokojovat co nejlépe potřeby pacienta. (Gladkij a kol., 1999, str. 12)

3.2 Měření a hodnocení kvality

Ačkoliv je snaha o poskytnutí co nejkvalitnější péče klientům, často kvalitu měříme a hodnotíme tzv. mírou nekvality (počet komplikací, reoperace, náhlá úmrtí apod.). (Bednařík, 2018, str. 5)

Kvalita je zajišťována a měřena především pomocí předem vypracovaných standardů, norem a klasifikačních systémů. Standardy jsou měřitelná kritéria, ve kterých je obsaženo, co je

nezbytná, základní norma k poskytnutí kvalitní zdravotnické péče. Jedná se tedy o tzv. vodítko, díky kterému se může hodnotit, zda poskytované zdravotnické služby odpovídají požadované úrovni. (Mastiliaková, 2002, str. 16, Jarošová, 2000, str. 75–76)

Na hodnocení kvality zdravotnické péče se nemůže podílet pouze jeden činitel. Na hodnocení by se měli podílet všichni účastníci procesu. Jedná se o:

- Lékaře, kteří poskytují péči.
- Nelékařské zdravotní pracovníky, kteří plní ordinace lékaře a poskytují zdravotní a jinou péči.
- Pacienti, kteří poskytovanou péči přijímají a na základě různých kritérií jsou s ní buď spokojeni, nebo ne.
- Pracovníci managementu – staniční, vrchní sestry, pracovníci ekonomické sféry, pracovníci managementu instituce apod. Ti hodnotí a kontrolují kvalitu péče v rámci oddělení i v rámci celé nemocnice. (Gladkij a kol., 2003, str. 315–316)

Hodnocení je uskutečněno pomocí informačního a monitorovacího systému, který vychází z řady informačních zdrojů. Jedná se o povinně vedené statistické a ekonomické výkazy, z lékařské a ošetrovatelské dokumentace, z dokumentace pro zdravotní pojišťovny, z dotazníkového šetření spokojenosti pacientů, z evidence stížností a písemných pochval apod.

V současné době je věnovaná mimořádná pozornost měření spokojenosti pacientů. Spokojenost pacientů je jedním z hlavních ukazatelů kvality péče. Nejeftivnější a nejlevnější forma k zjištění názorů pacientů je dotazníkové šetření. Pacienti mají možnost anonymně vyjádřit svou (ne)spokojenost a na základě těchto informací může nemocnice zkvalitnit své služby. (Jarošová, 2000, str. 75–76)

System hodnocení kvality by měl být pravidelně kontrolován a zdokonalován. (Gladkij a kol. 1999, str. 26)

3.3 Spokojenost pacientů

Velmi významným ukazatelem kvality péče je spokojenost pacientů. Výsledky spokojenosti pacientů jsou velmi důležité informace o celkové úrovni kvality konkrétní zdravotnické instituce. Pacienti neposuzují jen kvalitu poskytnutého zákroku, ale vnímají i další faktory, které ovlivňují jejich spokojenost. Všimají si například chování a úpravy zevnějšku sester, všímavosti zdravotnického personálu vůči jejich problémům. Hodnotí formu a kvalitu

poskytování informací, spolupráci s rodinnými příslušníky, ale také hodnotí prostředí nemocničního pokoje i nemocniční stravu. (Ondriová a kol., 2013, str. 33)

Ačkoliv spokojenost pacientů je velmi důležitá pro zjišťování kvality péče, je velmi těžké tento pojem definovat. Proto existuje několik modelů, které se spokojeností pacientů zabývají a snaží se jí definovat. První model je postaven na hodnocení spokojenosti v definovaných dimenzích zdravotnické péče. Odborníci se neustále snaží určit ty dimenze, které jsou pro posouzení kvality nejdůležitější. U nás se jedná o tyto dimenze:

- Spokojenost klientů s technickou kvalitou péče, odbornými kompetencemi a chováním zdravotnického personálu.
- Spokojenost klientů s podáváním informací o chorobě a o jejím průběhu, diagnosticko-terapeutických postupech, ordinovaných medikamentech a dalším pokračování léčby po ukončení hospitalizace.
- Spokojenost klientů s čistotou a hygienou v nemocničním zařízení, se stravou, jejím servírováním a s celkovým režimem péče. (Ondriová a kol., 2013, str. 33)

Druhý model, který se zabývá spokojeností pacientů, je model postavený na splnění přání pacienta. Tady je spokojenost definována jako vztah mezi tím, co si pacient přál, a co mu nakonec bylo poskytnuto.

Třetí model je pragmatický model spokojenosti. V něm nalezneme důležité faktory, které ovlivňují spokojenost pacienta. Tento model se snaží tyto faktory propojit a sledovat vztahy mezi nimi. Nejdůležitějším faktorem je samotné onemocnění, od kterého se vše odvíjí. (Payne a kol., 2005, str. 265–266)

3.3.1 Faktory ovlivňující spokojenost

To, jak je pacient spokojen či nespokojen ovlivňuje jeho další chování. Pokud je spokojený pravděpodobně při dalším zdravotním problému navštíví zdravotnické zařízení znovu. Pokud je pacient nespokojený, hledá změnu – změnu lékaře nebo změnu zdravotnického zařízení. (Ondriová a kol., 2013, str. 35)

(Ne)spokojenost pacientů ovlivňuje mnoho faktorů. Jedná se především o tyto:

Faktory související s lékařem. Obecně platí, že pacienti jsou více spokojeni u lékařů, kteří jsou starší, důkladnější a mají na ně dostatek času. Pro pacienty je také hodně důležité, aby lékař byl vstřícný, laskavý, dovedl dobře vše vysvětlit a povzbudit. (Mareš, 2009, str. 63)

Faktory související se sestrou. Pacienti velmi pozitivně hodnotí, pokud je sestra trpělivá, empatická, přátelská, ochotná poradit, profesionálně zdatná, rychlá... Pokud je sestra přísná, jedná s pacienty neosobně, kárá je nebo jim přikazuje, pak se u pacientů zvyšuje míra nespokojenosti. (Mareš, 2009, str. 63)

Faktory související s pacientem. Osobnostní a charakterní rysy pacientů samozřejmě také ovlivňují, jak pacient dané prostředí a danou situaci vnímá. Každý pacient je individuální osobnost. A to, co pro někoho může představovat problém a je důvodem jeho nespokojenosti, může někomu dalšímu připadat bezpředmětné. Proto právě nejvíce výzkumů bylo zaměřeno na zvláštnosti pacientů. Sledovalo se zejména věk (starší pacienti bývají tolerantnější), pohlaví (ženy bývají častěji ambulantně ošetřeny než muži), vzdělání (vzdělanější pacienti bývají kritičtější), socioekonomické postavení, příslušnost k majoritě či minoritě (příslušníci menšiny bývají méně spokojeni). Nespokojenější bývají pacienti, kteří jsou úzkostní, podezřívavý, nepřátelští nebo také cholericí. (Payne a kol., 2005, str. 274–275)

Faktory s poskytovanou zdravotní péčí. Tady velmi záleží, o jaký druh onemocnění se jedná. Zda se jedná o psychický či somatický problém, zda se jedná o akutní nebo chronické onemocnění. Speciální skupinu tvoří těhotné a rodící ženy. Spokojenost pacientů se odvíjí od výsledků péče (zda došlo ke zlepšení nebo zhoršení stavu). Dále pacienti hodnotí organizaci zdravotnické péče (jak probíhá objednávání, ordinační hodiny, délka čekání...).

Faktory související s prostředím poskytované zdravotní péče. Jedná se především o dostupnost zdravotnického zařízení (jak vzdálené je od místa bydliště pacienta, možnost hromadné dopravy ke zdravotnímu zařízení, bezbariérový přístup...), vybavenost zdravotnického zařízení, prostředí nemocničních pokojů (možnost nadstandardní pokojů, vlastní koupelna nebo sdílená, možnost ledničky na pokoji apod.) (Mareš, 2009, str. 63)

Faktory související s uspokojováním potřeb pacienta. Jedná se o nejdůležitější faktor, který vede ke spokojenosti pacientů. Z holistického pohledu dělíme potřeby na biologické, psychické, sociální a duchovní. Mezi biologické patří potřeba jídla, tekutin, vzduchu a další, které jsou potřebné k přežití. Mezi psychické potřeby se řadí potřeba jistoty, péče a lásky. Do sociálních potřeb jsou zařazeny potřeby sociálního kontaktu, potřeby komunikace a informovanosti. Do duchovních potřeb se řadí potřeby hodnotového systému života, cílů života a náboženských tradic. (Plevová a kol., 2011, str. 88–89) Nejznámější dělení potřeb, je pyramida dle Maslowa viz příloha E.

Faktory, které ovlivňují spokojenost těhotných a rodičích žen. Veškeré výše uvedené faktory ovlivňují samozřejmě i těhotné a rodičí ženy. Nicméně tyto ženy tvoří jakousi jistou speciální skupinu, neboť těhotné a rodičí ženy nejsou pacientkami v běžném slova smyslu. Procházejí přirozeným, ač rizikovým, procesem a chtějí být v tomto procesu aktivním účastníkem. Spokojenost těchto žen se čím dál více stává aktuálním a mediálně frekventovaným tématem a zároveň se toto téma dostává do popředí zájmu nejen psychologů. (Takács a kol., 2011, str. 9) V průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí bývají ženy extrémně citlivé a vnímavé na prostředí, ve kterém se nachází. Pro tyto ženy je nejzásadnější přístup personálu. Schopnost empatie, milého slova, podpory... to vše vyvolává v ženách pocit jistoty a bezpečí. Dále velmi oceňují komunikační vlastnosti personálu, pokud se s nimi jedná v symetrické úrovni a zdvořile. Dalším důležitým faktorem, který ovlivňuje spokojenost těchto žen je dostatečná informovanost. Dostatečná informovanost budí v ženách jistotu, ale i mají pocit vlastních kompetencí. Naopak nedostatečná informovanost vyvolává stres a úzkost. Dalším důležitým faktorem, který ovlivňuje spokojenost je respektování intimity ženy. Co se týče výběru porodnice, ženy si vybírají porodnice a jsou v nich více spokojené, pokud porodnice také dbá na přání ženy a také podporuje prvotní kontakt matka–dítě. (Takács, Kodyšová, 2011, str. 201–202)

3.3.2 Metody měření

Zjišťování a následné hodnocení spokojenosti pacientů se provádí především z těchto třech důvodů:

- Potřebujeme vědět, jak vnímají, prožívají a hodnotí zdravotní péči sami pacienti. Nestačí jen pohled zdravotnického personálu nebo vnějších nezávislých pozorovatelů.
- Potřebujeme zhodnotit průběh péče v čase, tedy celý proces poskytování zdravotní péče, aby se včas rozpoznaly případné problémy a mohly se řešit.
- Potřebujeme zhodnotit poskytovanou zdravotní péči jako celek, její kvalitu (jako nejspolehlivější metoda pro posuzování kvality zdravotní péče je považováno systematické monitorování spokojenosti pacientů). (Mareš, 2009, str. 63–64)

Nejčastěji se pro sběr informací o spokojenosti pacientů využívá anketa, rozhovor a dotazníkové šetření.

Anketa—jedná se o nejjednodušší výzkumnou techniku, ve které se nejčastěji využívá systém uzavřených otázek. Jsou levné a rychlé. Jejich nevýhodou je nízká návratnost a samotný výběr respondentů. (Ondřiová a kol., 2013, str. 35)

Rozhovor—jedná se o interakci mezi respondentem a tazatelem s cílem získat informace prostřednictvím otázek. Rozhovor může být individuální (tazatel–respondent), nebo skupinový (tazatel–skupina respondentů). Skupinový rozhovor tzv. focus group (FG) je označován za objektivní a efektivní metodu k vyhodnocování spokojenosti. Jedná se o důležitý manažerský nástroj k získávání informací a zpětné vazby. FG je možné provádět s interními i externími zákazníky. Ve zdravotnickém zařízení se jedná o klienty, skupiny zaměstnanců, dodavatelé, studenty anebo veřejnost. (Payne a kol. 2005, str. 270)

Dotazníkové šetření—tato metoda se při sledování spokojenosti využívá nejčastěji. Jedná se o soubor standardizovaných otázek na předem připraveném formuláři. V dotazníku by měly být obsaženy všechny problémy, na které chceme znát odpovědi. Dotazník by neměl být moc dlouhý, protože pacienti neradi vyplňují sáhodlouhé papíry. Obecně se uvádí, že dotazník by měl ideálně obsahovat 20–30 otázek. Většina respondentů uvádí, že preferují anonymní dotazníky, nicméně pro seriózní vyhodnocení by měl dotazník obsahovat identifikační údaje, jako jsou věk, pohlaví, vzdělání atd. Otázky by měly být uzavřené i otevřené. (Mareš, 2009, str. 672; Payne a kol., 2005, str. 271–272)

Spokojenost rodiček je pro porodnice velmi důležitá. Již jsem zmiňovala, že ženy se mohou svobodně rozhodnout, ve které porodnici chtějí родit. Jejich rozhodnutí se zcela jistě odvíjí od recenzí (ne)spokojených rodiček nebo také od doporučení známých, přátel a rodiny. Zároveň si v posledních letech můžeme všimnout, že požadavky těhotných žen na péči se neustále zvyšují. Aby mohlo docházet ke zvyšování kvality poskytované péče a také k uspokojování veškerých potřeb rodiček, je důležité, aby nemocnice měla zpětnou vazbu a mohla tak na případné nedostatky reagovat. Nejčastějším typem ke zjištění spokojenosti bývá právě dotazník, jakožto rychlá metoda ke zjištění potřebného. Čím více spokojené rodičky jsou, tím je větší šance, že se v další graviditě opět rozhodnou pro stejnou porodnici a zároveň svým doporučením mohou ovlivnit i rozhodnutí ostatních těhotných žen o výběru porodnice. Spokojenost pacientů je jedním z hlavních indikátorů kvality péče a i z toho důvodu jsem se zabývala spokojeností žen s GDM s poskytnutou péčí.

4 SOUHRN

Jak již bylo několikrát zmíněno, GDM je jedno z nejčastějších onemocnění, které může těhotné ženy potkat. Nárůst gestačních diabetiček zcela kopíruje celosvětový nárůst diabetiků v populaci a nyní již hovoříme o epidemii diabetu mellitu. Nicméně mám pocit, že se toto onemocnění nebere zcela vážně tak, jak by mělo a to i přesto, že GDM s sebou nese i rizika mnoha více či méně vážných komplikací pro matku i plod. Jedna z nejčastějších komplikací je riziko větší porodní hmotnosti dítěte a s tím spojené riziko většího porodního poranění nebo riziko operativního porodu. Toto samo o sobě může ženy dost zneklidnit a vylekat, nehledě na to, že takové informace, a mnoho dalších, jsou obsaženy a tučně zvýrazněny ve všech článcích o GDM na maminkovských webech. Dále samozřejmě nastává i změna ve stylu stravování, což může být pro některé dost nepříjemné a zároveň nedostatek informací může vést ke špatné dietě. Myslím si, že cílem zdravotníkům by mělo být poskytnutí skvělé zdravotní péče, která by měla být spojená s kvalitním předáváním informací a také s dobrou edukací. Dle mého, je důležitý individuální přístup k ženám a dobrá komunikace. Zároveň si myslím, že je velmi důležitá spolupráce mezi lékařem a porodní asistentkou, neboť se domnívám, že porodní asistentka může společně s lékařem ženy nejenom edukovat o onemocnění, ale také si může vyslechnout jejich problémy a obavy a poradit jim. A z osobních zkušeností vím, že ženy se častěji svěřují právě porodním asistentkám, ať už v ambulancích nebo přímo na porodním sále. I z tohoto důvodu je velmi důležité, aby porodní asistentky byly v tématice GDM vzdělané a zvládly tak poskytnout co nejlepší péči, která povede ke spokojenosti žen.

Zajímalo mě, zda jsou gestační diabetičky spokojené s péčí, které se jim dostává, nebo zda by si přály něco změnit. Je péče zdravotníků, zejména porodních asistentek, o ženy s GDM hodnotná a dostačující?

PRŮZKUMNÁ ČÁST

5 METODIKA PRŮZKUMU

Tato diplomová práce je teoreticko–průzkumná. K získání potřebných dat v průzkumné části byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl zaměřen na hodnocení péče o ženu s gestačním diabetem mellitem. Získaná data byla anonymizovaná.

Průzkumné šetření probíhalo od února 2022 do konce března 2022 v nemocnici okresního typu. Informantky byly se žádostí o podílení se na průzkumu osloveny na oddělení šestinedělí. Následně se rozhovory uskutečnily v klidných kavárnách po propuštění informantek z porodnice. Šetření bylo ukončeno po dosažení saturace dat.

Šetření probíhalo za souhlasu vrchní sestry a primáře oddělení a samozřejmě se souhlasem všech informantek, které se průzkumu zúčastnily.

V rozhovoru byly obsaženy různé typy otázek a na základě odpovědí informantek byl průzkum vyhodnocován. Na začátku každého rozhovoru byly kladeny identifikační otázky (věk, parita...), následovaly otázky týkající se rodinné, osobní a gynekologické anamnézy informantky a dále se otázky odvíjely od cílů diplomové práce. Nejdříve byly pokládány základní otázky na základní oblasti a dle průběhu rozhovoru byly následně rozvíjeny.

5.1 Cíle a průzkumné otázky

Cílem průzkumné části této diplomové práce je odpovědět na průzkumné otázky, které vycházejí ze stanovených průzkumných cílů.

V této diplomové práci jsou stanoveny tyto cíle:

Teoretický cíl: Přiblížit problematiku GDM a popsat péči zdravotníků o ženy s GDM na základě vypracovaných doporučených postupů. Popsat psychické změny, kterými ženy v těhotenství prochází a popsat kvalitu zdravotnické péče a faktory, které ovlivňují spokojenost klientů s poskytovanou péčí.

Průzkumný cíl 1: Zjistit průběh těhotenství a porodu u žen s GDM.

Průzkumný cíl 2: Zjistit, zda se oslovené informantky domnívají, že jejich onemocnění a následná léčba ovlivnila jejich psychiku a pokud ano, tak jak.

Průzkumný cíl 3: 1. Zjistit jaká je míra spokojenosti oslovených žen, kterým byl diagnostikován gestační diabetes mellitus, s poskytnutou péčí od zdravotnického personálu během těhotenství a porodu ve vybraném zdravotnickém zařízení.

Průzkumný cíl 4: Zjistit, co osloveným ženám nejvíce chybělo v rámci poskytované zdravotnické péče.

Na základě stanovených průzkumných cílů byly definovány tyto průzkumné otázky:

Průzkumná otázka 1: Jak probíhalo těhotenství a porod u oslovených žen s GDM?

Průzkumná otázka 2: Jak moc ovlivnilo onemocnění a následná léčba a péče psychiku oslovených žen?

Průzkumná otázka 3: Jaká je míra spokojenosti oslovených žen, kterým byl diagnostikován gestační diabetes mellitus, s poskytnutou péčí od zdravotnického personálu během těhotenství a porodu ve vybraném zdravotnickém zařízení?

Průzkumná otázka 4: Co osloveným ženám nejvíce chybělo v rámci poskytované zdravotnické péče?

5.2 Metodika průzkumu

Pro zpracování mé diplomové práce jsem si vybrala kvalitativní design průzkumného šetření. Pomocí kvalitativního výzkumu získáváme podrobné informace. Analýza vychází z velkého počtu informací o malém počtu jedinců. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je vytvoření holistického obrazu zkoumané problematiky. (Hendl, Remr, 2017, str. 67)

Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor a studium zdravotnické dokumentace. Polostrukturovaný rozhovor obsahuje souhrn témat, která chce průzkumník probrat, zároveň zaručuje, že dostane odpovědi na všechna témata. Velkou výhodou je také, že tazatel může přizpůsobovat otázky k situaci. (Hendl, Remr, 2017, str. 83–84)

Nejdříve byla vytvořena struktura rozhovoru (viz příloha B) a poté byly následně vybrané ženy oslovovány se žádostí o podílení se na průzkumu této diplomové práce. Pokud souhlasily, byly s nimi sjednány schůzky. Informantky byly vybírané na základě studia zdravotnické dokumentace, kde bylo zjištěno, zda se informantky v těhotenství léčily s gestačním diabetem mellitem. Rozhovory se konaly s každou oslovenou ženou zvlášť. Během rozhovorů byly vytvořeny soukromé poznámky, zapsané na papír, které sloužily k lepšímu pochopení informací a k lepšímu zpracování dat. Rozhovory se svolením

informantek byly také nahrávány a později přepsány do elektronické podoby. Doplnění či upřesnění některých informací, probíhalo prostřednictvím e-mailové komunikace. Po realizaci rozhovorů se šesti informantkami bylo dosaženo saturace dat a šetření bylo ukončeno.

Na začátku každého rozhovoru došlo k představení mé osoby a následně byl informantce sdělen účel rozhovoru. Každá informantka byla požádána o podepsání informovaného souhlasu (příloha A) a byla seznámena se zachováním anonymity a také s možností odstoupení od průzkumného šetření.

5.3 Charakteristika informantek

Informantky pro toto průzkumné šetření byly vybírány na základě těchto kritérií:

1. Informantky se v těhotenství léčily s GDM a jsou po porodu.
2. Informantkám byl v průběhu těhotenství poprvé diagnostikován GDM.
3. Informantky navštěvovaly gynekologickou ambulanci ve vybrané nemocnici a následně v ní i rodily.
4. Informantky dobrovolně souhlasily s účastí v průzkumném šetření.

Bod číslo 1 byl zvolen z důvodu zaměření diplomové práce na ženy, které se v těhotenství léčily s GDM a mohou zpětně celkově zhodnotit toto onemocnění a zdravotnickou péči. Bod č. 2 byl zvolen z důvodu, aby se zamezilo čerpání informací o tomto onemocnění z předešlé gravidity. Bod č. 3 byl zvolen z důvodu výzkumu v dané nemocnici a nedošlo tak k míchání informací z různých zdravotnických zařízení a bylo možné zhodnotit poskytovanou péči na daném pracovišti z pohledu oslovených. Účast v průzkumném šetření byla zcela dobrovolná, z tohoto důvodu byl zvolen bod č. 4.

Všechny vybrané informantky navštěvovaly v rámci těhotenské poradny gynekologickou ambulanci vybrané nemocnice a následně v této nemocnici i rodily. Všem informantkám byl poprvé v těhotenství diagnostikován gestační diabetes mellitus, dříve s tímto onemocněním neměly žádnou zkušenost. Tímto každá z nich splnila předem určené podmínky, a proto se všechny mohly zúčastnit průzkumného šetření, se kterým byly předem obeznámeny. Informantky jsou v diplomové práci označeny jako informantky A, B, C, D, E a F; (I (A)–I (F)).

Tabulka 1 Charakteristika informantek

Informantka	Věk	Gravida/Parita	Diagnóza GDM	Léčba	Způsob porodu
Informantka A	24 let	II grav./ II para	10. t. g. z lačné glykémie	GDM na dietě	Spontánní – vaginální, ve 40+6 t. g.
Informantka B	40 let	I grav./ I para	10. t. g z lačné glykémie	GDM na inzulinu	Indukovaný - akut. císařský řez, ve 38+5 t. g.
Informantka C	26 let	I grav./ I para	27. t. g. po oGTT	GDM na dietě	Spontánní – vaginální, ve 39+3 t. g.
Informantka D	32 let	II grav./I para	27. t. g. po oGTT	GDM na dietě	Indukovaný – vaginální, ve 39+1 t. g.
Informantka E	36 let	III grav./ III para	28. t. g. po oGTT	GDM na dietě	Indukovaný – císařský řez, ve 38+5 t. g.
Informantka F	18 let	I grav./ I para	9. t. g. z lačné glykémie	GDM na dietě	Indukovaný – vaginální, ve 39+0 t. g.

Informantka A

Informantce A je 24 let. Jednalo se o její druhé těhotenství. GDM jí byl diagnostikován hned po absolvování prvních náběrů, tedy v 10. týdnu gravidity z lačné glykémie. Jako léčba GDM byly zvoleny dietní opatření. Porod se rozběhl spontánně ve 40+6 t. g. Informantka A porodila zdravou holčičku 3960 g/50 cm. V rodině informantky A se vyskytuje diabetes mellitus II. typu. Tímto onemocněním trpí matka i otec informantky a obě babičky.

Informantka B

Informantce B je 40 let a rodila poprvé. GDM jí byl diagnostikován na začátku těhotenství v 10. t. g. z lačné glykémie. Ze začátku byly doporučeny dietní omezení jako terapie gestačního diabetu mellitu, nicméně hodnoty byly stále vysoké, proto se přistoupilo k léčbě inzulinem. Porod byl indukován ve 38+5 t. g. z důvodu hrozící diabetické fetopatie plodu. V průběhu porodu nastala alterace ozev plodu a porod byl ukončen akutním císařským řezem z důvodu hrozící hypoxie plodu. Informantce se narodil zdravý chlapec 4100 g/52 cm. V rodině informantky se vyskytuje diabetes mellitus I. typu, kterým trpí otec informantky.

Informantka má 3 sestry, u každé z nich byl v těhotenství diagnostikován GDM. Z dalších rizikových faktorů pro vznik GDM lze uvést i věk informantky.

Informantka C

U informantky C, která je ve věku 24 let, se jednalo o její první těhotenství. GDM zde byl diagnostikován ve 27. t. g. po absolvování oGTT. V tomto případě byla zvolena dieta jako způsob léčby GDM. Rodila spontánně, vaginálně ve 39+3 t. g. Narodil se jí zdravý chlapec, 3800 g/52 cm. I v tomto případě se v rodině informantky vyskytoval diabetes mellitus, konkrétně DM2 u dědečka informantky, který je už po smrti.

Informantka D

Informantce D je 32 let. Nyní se jednalo o její druhé těhotenství, ale první porod, neboť informantka v minulosti spontánně potratila. O diagnóze GDM se dozvěděla ve 27. t. g. po absolvování oGTT. I v tomto případě byla pouze dieta jako způsob terapie. Porod byl indukován právě z důvodu GDM a většího váhového odhadu miminka. Informantka rodila vaginálně ve 39+1 t. g. Narodila se jí zdravá dcera 4090 g/49 cm. I u této informantky se vyskytuje diabetes mellitus II. typu a konkrétně u její babičky.

Informantka E

Informantce E je 36 let. Jednalo se o její třetí těhotenství i třetí porod, nicméně to bylo první těhotenství, kde jí byla sdělena diagnóza GDM. Ta byla zjištěna po absolvování oGTT ve 28. t. g. I u této informantky postačily dietní opatření ke kompenzaci GDM. Porod byl indukován ve 38+5 t. g. z důvodu GDM, většího váhového odhadu dítěte a z důvodu vyššího věku informantky. Z důvodu nepostupujícího porodu, byl informantce proveden císařský řez. Informantka porodila zdravého chlapce 4310 g/50 cm. V rodině informantky se žádný druh diabetu mellitu nevyskytuje, nicméně její věk lze považovat jako rizikový faktor pro vznik GDM.

Informantka F

Informantce F je 18 let. Jednalo se o její první těhotenství. GDM byl zjištěn na začátku těhotenství v 9.t. g. z lačné glykémie. Léčba probíhala dietou. Porod byl indukovaný, ale ne z důvodu GDM, ale z důvodu špatné kompenzace gestační hypertenze. Informantka rodila vaginálně ve 39+0 t. g. a narodil se jí zdravý chlapec 3820 g/51 cm. V rodině informantky se vyskytuje DM2 u matky a babičky informantky. Další rizikový faktor pro vznik GDM

v tomto případě byla i obezita informantky, která před těhotenství vážila 107 kg a v době porodu vážila 117,6 kg.

Celkový počet informantek byl tedy šest. Nejmladší informantce bylo 18 let a nejstarší 40 let. Průměrný věk informantek je 29,3 let. U třech informantek (50 %) byl diagnostikován GDM na začátku těhotenství z lačné glykémie a u třech informantek (50 %) byl diagnostikován GDM po absolvování oGTT mezi 24.–28. týdnem gravidity. Pět informantkám stačilo v terapii GDM dodržovat doporučená dietní omezení a jedna informantka musela v terapii GDM přistoupit k aplikaci inzulínu. U čtyř informantek byl porod indukovaný a z toho dvě informantky porodily vaginálně a dvě císařským řezem. U zbylých dvou informantek se porod rozběhl sám a informantky porodily vaginálně. Nejmenší miminko vážilo 3800 g a největší vážilo 4310 g. Největší rizikový faktor pro rozvinutí GDM byl výskyt nějakého druhu diabetu mellitu v rodině. Zátěž rodinné anamnézy byla u pěti informantek. Za další rizikový faktor lze označit i věk informantek. Starší 25ti let byly celkem čtyři informantky. Další rizikový faktor byla obezita, ta se objevila u jedné informantky.

5.4 Zpracování získaných dat

Po ukončení rozhovorů byly nahrané audionahrávky přepsány do textové podoby v programu Microsoft Word. Poté byly texty vtištěny. Texty byly pečlivě přečteny a pomocí metody „tužka a papír“ byly hledány společné znaky v odpovědích informantek. Proběhlo tak otevřené kódování, kdy společným znakům v jednotlivých odpovědích informantek byly přiřazeny kódy. Cílem otevřeného kódování je rozkrýt analyzovaný text. Přepsané a vtištěné rozhovory jsou pečlivě prostudovány a jednotlivým opakujícím se znakům jsou přiřazeny kódy. Cílem těchto kódů je shrnout společné jevy a vytvořit tak obecné kategorie, které usnadní vyhledávání společných odpovědí. Následně byla provedena analýza obsahu. Rozhovory byly následně interpretovány do obecných kategorií na základě společných znaků a témat. (Kutnohorská, 2009, str. 66) Kategorie nalezneme vždy na začátku interpretovaných výsledků z důvodu snadnější orientace v textu.

Byly vytvořeny tyto čtyři kategorie a jejich jednotlivé podkategorie.

1. Péče v těhotenství

- a) Diagnostika GDM
- b) Léčba GDM
- c) Zdravotnická péče po určení diagnózy

2. Péče při porodu a po porodu

- a) Průběh porodu
- b) Průběh péče krátce po porodu

3. Psychika těhotných žen s diagnózou GDM

4. Spokojenost

- a) Spokojenost se zdravotníky a zdravotnickou péčí
- b) Spokojenost s informovaností a edukací
- c) Nedostatky poskytnuté péče

6 OBSAHOVÁ ANALÝZA

V této kapitole jsou interpretována data, která byla získána od informantek v rámci průzkumného šetření. Výsledky jsou popisovány postupně v jednotlivých kategoriích a podkategoriích, které byly vytvořeny na základě analýzy textů.

6.1 Péče v těhotenství

V první kategorii nalezneme odpovědi na první polovinu mé první průzkumné otázky: „*Jak probíhalo těhotenství a porod u oslovených žen s GDM?*“ Odpovědi nám umožní zjistit, jak u žen probíhalo zjištění diagnózy GDM, jak probíhala léčba GDM a také jaká byla péče zdravotníků po odhalení tohoto onemocnění. Všechny informantky odpověděly na veškeré otázky. V této kategorii byly určeny tři následující podkategorie.

6.1.1 Diagnostika GDM

V této podkategorii nalezneme odpovědi, které se týkají prvního okruhu otázek zaměřených na diagnostikování gestačního diabetu mellitu: „*Jak probíhalo určení diagnózy GDM?*“ Tato podkategorie odhaluje, že u třech informantek, konkrétně u I (A), I (B), I (F) bylo toto onemocnění odhaleno při prvních náběrech v rané fázi těhotenství z lačné glykémie mezi 9.–10. týdnem gravidity. Informantka A byla po určení velmi překvapená, protože se jednalo o její druhé těhotenství a při prvním před třemi lety žádné obtíže neměla, tehdy měla fyziologické hodnoty. Uvádí: „*Nečekala jsem to, takže jsem byla docela v šoku. Samozřejmě jsem tušila, že se to může stát, ale nemyslela jsem si, že bych se tak špatně stravovala a nehýbala se. A před třemi lety jsem měla naprosto ukázkové hodnoty, takže...no byla jsem v šoku.*“ Zbylé dvě informantky byly také sice překvapené, ale diagnóza je až tak nešokovala.

U informantek C, D a E bylo toto onemocnění odhaleno až po absolvování oGTT mezi 25.–28.t. g.. Na to navazují mé následné rozvíjející otázky: „*Popište mi průběh oGTT, pokud jste ho absolvovala. Měla jste dostatek informací? Jaké byly Vaše pocity a jaká byla Vaše reakce na výsledek?*“ Všechny informantky shodně uvedly, že měly dostatek informací o tomto testu od svého gynekologa. Informantka D dokonce řekla: „*Já měla tolik informací, že bych o tom mohla dávat přednášky snad ve třech světových jazycích.*“ Nicméně se lišilo prožívání oGTT testu. Zatímco informantky C a E se cítily při absolvování testu dobře a jediné, co jim vadilo, byla dlouhá doba strávená v nemocnici, tak informantka D uvedla, že absolvování testu jí opravdu obtěžovalo: „*...ta sladká voda, to bylo opravdu nechutné. Dostala jsem do ní nějakou příchut' a to se nedalo vůbec vypít, myslela jsem, že se okamžitě na místě vyzvracím a odejdu domů. To bylo snad za trest. Zlatý porod, oproti tomuto.*“ Také

dodává, že jí obtěžovaly náběry, protože má špatné žíly.“ Reakce na výsledek opět všechny informantky překvapil, ale zatímco informantky B a D tušily, že by se u nich tato diagnóza mohla vyskytnout, neboť si v první polovině těhotenství dopřávaly hojně sladkého, tak informantka E byla mnohem více šokovaná a dlouho se nemohla z této diagnózy vzpamatovat. „*Víte, toto bylo moje třetí těhotenství, sice neplánované a věk už taky mám... Ale nikdy u nás žádná cukrovka nebyla. V minulých těhotenstvích jsem nikdy neměla žádné potíže a teď tohle. Šla jsem na ten test, jen aby se neřeklo, pro klid v duši a ono to bylo najednou pozitivní. A teď co? Seděla jsem u gynekologa jako opařená, neschopná slova a vůbec nevím, co mi v tu dobu říkal nebo neříkal. No smířovala jsem se s tím ještě hodně dlouho.*“

Z odpovědí bylo zjištěno, že u třech informantek (I (A, B, F)) byla diagnóza určena hned při prvním stupni screeningu GDM, tedy z lačné glykémie z prvních náběrů v první trimestru těhotenství a tedy již pak neabsolvovaly orálně glukózový toleranční test. U třech informantek (I (C, D, E)) se diagnóza potvrdila až právě po oGTT, tedy po absolvování druhého stupně screeningu GDM. Z odpovědí vyplynulo, že při absolvování oGTT nejvíce obtěžovala informantky dlouhá doba strávená v nemocnici. Na tento fakt si postěžovaly všechny tři dané informantky, neboť v nemocnici strávily něco málo přes dvě hodiny, protože náběry probíhají po 60ti a 120ti minutách od vypití 75 g roztoku glukózy. Informací, dle slov všech informantek, měly dostatek. Všechny tázané informantky byly po zjištění této diagnózy překvapené, zároveň v této podkategorii byl i překvapující fakt, že mnohem více zasaženy diagnózou byly ty informantky (I (A), I (E)), pro které se jednalo už o další těhotenství, a v předchozí graviditě se žádné problémy nevyskytly, proto i od tohoto těhotenství očekávaly, že proběhne bez větších obtíží a jinou možnost si nepřipouštěly. Proto těmto dvěma informantkám trvalo mnohem déle se vzniklé situaci přizpůsobit než zbylým osloveným ženám tomto v průzkumném šetření.

6.1.2 Léčba GDM

Tato podkategorie přináší odpovědi na mé otázky, které se týkaly tohoto okruhu: „*Jaký byl průběh léčby GDM?* Pro pět informantek znamenala léčba GDM pouze vhodná dieta, tedy omezení příjmu sladkostí, pravidelná strava dle jídelníčku, který jim byl doporučen. Zbylá jedna informantka (I (B)) musela přistoupit, kromě diety, k léčbě inzulinem. Pro informantku A a informantku C se, dle jejich slov, stravovací návyky moc nezměnily. I (A) říká: „*Snažila jsem se dietu dodržovat, ale kromě toho, že jsem vyřadila sladké nápoje a většinu sladkého, tak se to moc nezměnilo oproti mému stravování.*“ I (C) zase uvedla: „*Víte, já jsem vždycky byla trochu blázen do zdravého životního stylu, takže jsem se v tom našla, tvořila jsem si*

jídelníčky, studovala potraviny a byla ve svém živlu.“ Obě také podpořily léčbu dietou i cvičením. Obě chodily plavat a na dlouhé procházky. Informantka C ještě chodila na těhotenskou jógu. Ani informantka F neshledávala dietu, jako něco, co by jí výrazně omezovalo. „*Mám nadváhu, takže jsem byla ráda, že v těhotenství tolik nepřiberu.*“

Informantky D a E uvedly, že dodržování diety bylo něco, co je opravdu obtěžovalo a zatěžovalo. Informantka D říká: „*Neznám člověka, kterého by dieta neobtěžovala. Já jsem v minulosti držela ketodietu, okurkovou dietu i tekutou dietu. Takže mám dost zkušeností s dietami. A vždycky mě to obtěžovalo. I tady. Víte, jak je strašné, když si chcete dát svou oblíbenou čokoládu a nemůžete? Byla jsem našťvaná.*“ V podobném duchu hovoří i informantka E, která uvedla, že byla smutná, když si nemohla vzít sladké a vzhledem k tomu, že v předchozích graviditách, nikdy žádnou dietu nemusela dodržovat, tak to pro ni bylo těžké. Nicméně obě se po čase změně životosprávy přizpůsobily.

Informantka B začínala léčit GDM také dietou, nicméně měla dlouhodobě problémy s vysokou lačnou glykemií, proto se u ní muselo přistoupit k podávání dlouhodobého inzulínu na večer. Nejdříve začínala na 4 j a později musela inzulín navýšit na 6 j. Řekla: „*Začala jsem dodržovat dietu a všechny hodnoty byly dobré, kromě lačné glykémie, ta se vždycky vyšplhala až třeba na 6. Na diabetologii mi poradili, abych zavedla do jídelníčku i druhou večeři. To chvíli pomohlo a hodnoty byly v normě. Ale asi od 15. týdne to začalo zase růst. Takže mi dali na večer inzulín.*“ Informantka uvedla, že ze začátku se velmi bála aplikace inzulínu, protože se jedná o aplikaci pomocí injekce, ale když zjistila, že se jedná o velmi malou jehlu a nebolestivý zákrok, tak se její obavy rozplynuly a vše zvládala. Dietu i léčbu považovala za něco, co je nutné, aby byla ona, a především miminko, v pořádku. Problémy s vysokými hodnotami lačné glykémie se objevily také u informantky F, nicméně tam pomohlo do jídelníčku zařadit druhou večeři a hodnoty se tímto dostaly do normy.

Všechny informantky si také měřily glykémii pomocí glukometru. Informantky A, C, D, E, F shodně uvádějí, že první týden po záchytu GDM si měřily glykémii každý den, na lačno, před hlavním jídlem a hodinu po hlavním jídle. Potom si takto měřily glykémii 4x do týdne, informantka C jen 3x do týdne. Informantka B vzhledem k tomu, že GDM léčila pomocí inzulínu, si glykémii měřila každý den na lačno, před hlavním jídlem a hodinu po hlavním jídle. Hodnoty si všechny informantky pečlivě zaznamenávaly do svých deníků, kterými byly na diabetologii vybaveny, a při kontrole tyto hodnoty předkládaly. Na rozvíjející otázku, zda pečlivě dodržovaly dietu, shodně odpovídají všechny informantky, že ano. Nicméně

informantky A a D se přiznaly, že ke konci těhotenství, již tak pečlivé nebyly a jedly vše, na co měly chuť.

Z odpovědí tedy vyplývá, že jako vhodná a dostačující terapie pro většinu informantek, konkrétně pro pět (I (A, C, D, E, F)), byla dieta. Pouze jedna informantka (I (B)) byla nucena v léčbě kromě režimových opatření přistoupit i k aplikaci inzulínu (4 j a následně 6 j inzulínu denně). Je tedy patrné, že všechny informantky v tomto průzkumném šetření spadají do skupiny GDM s nízkým rizikem. Jedna rozvíjející otázka v této podkategorii se zajímala o to, zda léčba pro informantky představovala nějaké omezení. Z odpovědí informantek vyplynulo, že léčba pro všechny jistý druh omezení představovala, hlavně tedy ve změně a dodržování stravovacích návyků. Každopádně u každé z nich bylo vnímání těchto omezení jiné. Nejsnadněji se režimovým opatřením přizpůsobily dvě informantky (I (A, C)), které již před těhotenstvím žily zdravým životním stylem, proto pro ně tyto změny nebyly nikterak výrazné. Nejvíce zasaženy změnami, které onemocnění GDM přineslo, byly informantky D a E. U informantky D hrály roli špatné zkušenosti z dodržování diet v průběhu dosavadního života. U informantky E to pravděpodobně pramenilo i ze špatného psychického rozpoložení, které se dostavilo po určení diagnózy GDM. Co se týče dodržování léčby, tak dvě informantky (I (A, D)) se zmínily, že ke konci těhotenství již dietu nedodržovaly tak pečlivě. Důvodem byly u obou dlouhodobé dobré výsledky z veškerých kontrol i dlouhodobé fyziologické hodnoty glykemií. Zbýlé čtyři informantky tvrdily, že dietu dodržovaly až do porodu. Poslední rozvíjející otázka v této kategorii se týkala komplikací v průběhu léčby GDM. Komplikace se vyskytla jen u dvou informantek (I (B), I (F)), kde se objevil problém v podobě vyšších lačných glykemií. U obou informantek byl problém ze začátku řešen stejně, a to přidáním druhé večeře do jídelníčku. Zatímco u informantky F se problém tímto vyřešil, tak informantka B musela nakonec přistoupit k léčbě inzulínem. Aplikace inzulínu u informantky B také vedla ke změně péče jak na diabetologii, tak i v těhotenské poradně, kdy byly navýšen počet kontrol. Podrobně je to uvedeno v následující podkategorii.

6.1.3 Zdravotnická péče po určení diagnózy

Tato podkategorie přináší odpovědi na otázky zařazené do tohoto okruhu: „*Jak probíhala následná péče gynekologa, diabetologa, popř. porodní asistentky po diagnostice GDM?*“ Opět informantky A, C, D, E a F uvádí téměř totožné odpovědi. Tedy, že do těhotenské poradny chodily ve stejném intervalu jako zdravé těhotné ženy. Informantka A řekla: „*Péče probíhala normálně, chodila jsem na kontroly, vždy se mi dělal ultrazvuk, aby se kontrolovala velikost plodu a jak dítě prospívá. Doktor se mi vždycky zeptal, jestli si měřím cukr a jestli je*

vše v normě. *Přečetl si zprávu od paní doktorky z diabetologie. Toť vše.*“ Informantka D a E ještě dodaly, že se jim začal mnohem dříve natáčet CTG, od 36. t. g. Informantka C vyzdvihla péči svého gynekologa, který se, dle jejích slov, zajímal o veškeré její těhotenské obtíže a vždy na ní měl dostatek času, aby s ní vše prokonzultoval. Naopak byla lehce zklamaná ze sestřičky v poradně. *„Ta sestřička, nebo porodní asistentka, to nevím, taková ta starší, ta byla celá divná. Krom pozdravení a povelů, jako sundejte si mikinu, ať vám můžu změřit tlak, tak téměř nemluvila... Ocenila bych větší zájem.“*

Informantka B chodila do poradny také jako zdravé těhotné ženy, ale asi od 20. t. g., kdy došlo k navýšení dávky večerního inzulínu ze 4 j na 6 j, si jí gynekolog začal zvat do poradny každých 14 dní. Zde, oproti informantce C, chválí porodní asistentku za její lidský přístup a empatii. Podobně hovoří i informantka E: *„Porodní asistentka v poradně, ta mladá, tak to je osoba na svém místě, její lidský přístup, ochota a vřelý úsměv mi vždy zlepšily den. Když jsem tenkrát celá nešťastná vyšla z ordinace, po tom, co mi řekli, že mám tu cukrovku, tak se mě hned zeptala, co se děje a povídala si se mnou o tom a podpořila mě, že vše zvládnou a vše bude dobré. A každou další poradnu se mě ptala, jak se cítím, a co ta cukrovka, zda nezlobí atak.“* Informantky dále uvedly, že porodní asistentky v poradnách o onemocnění GDM a jeho léčbě samy od sebe neinformovaly, jen v případě, když se informantky na něco konkrétního zeptaly. V omezené míře jim byly podány i informace o oGTT ze strany porodních asistentek, více je informoval lékař.

Co se týče diabetologické péče, informantky, které měly za způsob léčby GDM zvolenou pouze dietu (I (A, C, D, E, F)), navštěvovaly diabetologii jednou za měsíc. Informantka B, která si v terapii GDM musela aplikovat inzulín, navštěvovala diabetologii každých 14 dní a ke konci těhotenství, kdy došlo ke stabilizaci lačných glykemií, chodila na diabetologii jednou za měsíc. Dodává také, že hojně využívala telefonických konzultací. V tomto případě byl rozhovor s informantkami dále rozvíjen. Rozvíjející otázky se týkaly první návštěvy diabetologie, tedy po určení diagnózy GDM, kdy informantky byly svým gynekologem odeslány na diabetologii. Co se týče první návštěvy, zde najdeme různé odpovědi. Informantky A a D shodně hovoří o tom, že se jednalo o jakýsi rychlý proces, kdy byly vybaveny informační brožurkou a glukometrem... Informantka A říká: *„Celé to bylo hrozně rychlé, šup sem, šup tam, tady máš leták, přečti si to, tady máš glukometr, měř si cukr, za měsíc přijď...a teď rychle další pacient.“* Informantka D hovoří téměř stejně: *„Jak rychle jsem přišla, tak jsem taky odešla a nevěděla skoro nic, ale hlavně, že jsem měla nějakou brožurku v ruce.“* Podobně odpovídá i informantka B, nicméně také uvádí, že přístup se

o dost změnil, když si musela začít aplikovat inzulin, tehdy došlo k velmi kvalitní edukaci a péči. „...pak se mi začali hezky věnovat. Takže ta péče nebyla nejhorší, ale také nebyla nejlepší.“ Informantky C, E a F jsou naopak s péčí na diabetologii velmi spokojené. Dle jejich slov se jim všichni dost věnovali a vše jim vysvětlili. Informantka F říká: „Na diabetologii se mnou sestřička hezky probrala ty diety, co jíst a čemu se vyhnout. A také jsem dostala papír s informacemi. Nemám si na co stěžovat.“ Co se týká pravidelných kontrol jednou za měsíc, shodně všechny informantky uvádějí, že předložily své naměřené hodnoty v uplynulém měsíci. Informantky A, C, D, E, F byla ještě jednou, kromě první návštěvy, nabrána krev, aby se zjistilo, zda dodržují režim i ve dnech kdy si neměří glykémii. Informantka B také předkládala své hodnoty a krev jí od 15. týdne gravidity, tedy kdy přešla na inzulinový režim, byla nabírána každý měsíc. Uvádí: „Při každé kontrole jsem předkládala naměřené hodnoty cukru v krvi, měřili mi tlak a od té doby, co jsem měla inzulin, mi jednou měsíčně brali krev na glykovaný hemoglobin a ještě na něco, ale už si nepamatuji co.“

Tato podkategorie byla nadále rozvíjena otázkou: „Objevily se během těhotenství nějaké komplikace?“ Informantce B ke konci těhotenství bylo sděleno, že hrozí u miminka diabetická fetopatie a proto se těhotenství ukončilo. Informantka F zase trpěla gestační hypertenzí, která ke konci těhotenství nebyla dobře kompenzovaná, a proto i její těhotenství bylo ukončeno. Zbýlé informantky uvedly, že těhotenství, kromě GDM, probíhalo v pořádku.

Z odpovědí vyplývá, že ženy, které spadají do skupiny GDM s nízkým rizikem navštěvují těhotenskou poradnu ve stejném intervalu jako zdravé těhotné. Není nutné navýšit interval kontrol, neboť těhotenství, byť s onemocněním GDM, probíhá v normě a gestační diabetes mellitus je dobře kompenzován. V tomto případě se jednalo o návštěvu těhotenské poradny jednou za měsíc. To platilo pro všechny dotazované stejně. Výjimkou je informantka B, která od půlky těhotenství navštěvovala těhotenskou poradnu každé dva týdny z důvodu zavedení aplikace inzulinu do léčby GDM, jehož dávkování muselo být navýšeno, a proto byla nutná častější kontrola nejen kompenzace diabetu, ale také stavu plodu. Dále všechny tázané informantky uvedly, že jim byl častěji prováděn ultrazvuk, kde se sledoval růst plodu, tedy sledovaly se možné známky diabetické fetopatie, jejímž hlavním projevem bývá makrosomie plodu. Protože těhotenství žen s GDM je považováno za rizikové, bývá těmto ženám natáčeno mnohem dříve CTG. Všechny informantky shodně tento fakt potvrdily. Všech šest informantek bylo velmi spokojeno se svým gynekologem, který jim vždy poskytl dostatek informací, a jeho péči vnímaly dotazované velmi dobře. Nicméně odpovědi informantek se rozcházejí ve vnímání porodních asistentek v těhotenské poradně. Tři informantky zmiňovaly

dvě porodní asistentky, které rozlišovaly věkem. Velmi pozitivně byla vnímána mladá porodní asistentka pro svou empatii, zájem a šikovnost. Tu nejvíce oceňovaly informantky E a D. Informantka C zase zmiňovala starší porodní asistentku v souvislosti s tím, že by ocenila větší zájem od ní. Zbylé informantky zhodnotily péči porodních asistentek v poradně jako standardní. Všechny dotázané také uvedly, že v souvislosti s onemocněním GDM byly od porodních asistentek informovány jen velmi málo. Co se týče péče na diabetologii opět všechny informantky uvedly, že jí navštěvovaly jednou měsíčně. U informantky B se interval návštěv změnil po zahájení terapie inzulinem, to docházela na diabetologické kontroly každé dva týdny a to až do doby, než došlo ke stabilizaci normoglykémii, tedy informantka docílila dobré kompenzace GDM, poté se interval návštěv opět vrátil na návštěvy jednou měsíčně. I zde se odpovědi informantek rozcházejí, co se týče péče na diabetologii. Zatímco informantky C, E a F byly velmi spokojené, neboť jim bylo vše důkladně vysvětleno, tak informantky A a D spokojené nebyly. Obě by ocenily lepší přístup, který by spočíval v tom, že by na ně zdravotníci měli více času a mohli jim tak poskytnout více informací. Informantka B zastává neutrální postoj, kdy tvrdí, že přístup nebyl vyloženě špatný, ale také nebyl dobrý. To pramení z toho, že na začátku léčby zažila podobný přístup jako informantky A a D. I přesto, že tento přístup se změnil poté, co u ní došlo ke zhoršení onemocnění, a musela být změněna léčba, tak informantce prvotní zklamání brání kladně hodnotit tuto péči. Obecně by se tedy dalo říci, že péče v těhotenských poradnách a na diabetologii se zcela odvíjí od druhu GDM, jeho kompenzace, léčby a případných komplikací. Zároveň si lze povšimnout, jak je pro ženy je velmi důležité, jak se k nim personál chová.

6.2 Péče při porodu a po porodu

Ve druhé kategorii nalezneme odpovědi na druhou polovinu mé první průzkumné otázky: „*Jak probíhalo těhotenství a porod u oslovených žen s GDM?*“ Odpovědi na tuto otázku nám umožní zjistit, jak probíhal porod u oslovených žen s GDM a jaká následovala péče krátce po porodu s ohledem na GDM. V této kategorii jsem tedy zvolila následující podkategorie.

6.2.1 Průběh porodu

Tato podkategorie přináší odpovědi na otázky zahrnuté v tomto okruhu: „*Mohla byste prosím popsat průběh Vašeho porodu?*“ Pro lepší orientaci a přehled zde přikládám tabulku způsobu porodu a váhy a míry novorozenců.

Tabulka 2 Způsob porodu a míry novorozenců

Informantka	Způsob porodu	Váha/míra novorozence
Informantka A	Spontánní–vaginálně (40+6 t. g.)	3960 g/ 50 cm
Informantka B	Indukovaný–akutní s.c. (38+5 t. g.)	4100 g/ 52 cm
Informantka C	Spontánní–vaginálně (39+3 t. g.)	3800 g/ 52 cm
Informantka D	Indukovaný–vaginálně (39 +1 t. g.)	4090 g/ 49 cm
Informantka E	Indukovaný–s.c. (nepostupující porod) (38+5 t. g.)	4310 g/ 50 cm
Informantka F	Indukovaný–vaginálně (39+0 t. g.)	3820 g/ 51cm

U dvou informantek (A, C) se porod rozběhl sám a porodily vaginálně. Informantka A uvádí: „Rodila jsem ve 40+6. Těsně jsem to stihla, druhý den jsem byla už objednaná na vyvolávačku a to bych nerada. Zažila jsem si jí v minulém těhotenství a bylo to strašný. Porod začal ráno okolo osmé hodiny. Vstávala jsem a nejednou mi praskla voda. Řekla jsem si a sakra, teď budu čekat na kontrakce dva dny. No nečekala jsem, už při oblékání jsem začala pociťovat bolesti a cestou do porodnice už byly přímo nesnesitelné. V porodnici mi řekli, že jsem otevřená na čtyři prsty. A pak to byl fofr.“ Informantka po sepsání papírů dostala klyzma a využila vanu. Na mou rozvíjející otázku, zda mohla jíst a pít odpovídá: „Pít jsem mohla, ale jíst ne, nebo nevím, jídlo bylo to poslední, co mě trápilo.“ Během porodu si informantka glykémii neměřila. Rodila s porodní asistentkou, která jí, dle slov informantky, všechno vysvětlila. „Rodila jsem s porodní asistentkou, byla skvělá, fakt opora. A rodila jsem na čtyřech.“ Informantka porodila ve 13:30 zdravou dceru, která vážila 3960 g a měřila 50 cm. Co se týče porodního poranění, informantka uvedla, že měla poranění jen na pár stehů.

Informantka C se také chtěla vyhnout vyvolávání porodu, proto ke konci těhotenství začala praktikovat babské rady na vyvolání porodu. „Pan doktor mi někdy dva týdny před termínem řekl, že mě rozhodně nenechá přenášet, pokud neporodím do termínu, tak se porod vyvolá. No a to mě vylekalo. Já, která do sebe nedám žádnou chemii, snažím se žít zdravě, tak že by mi měli porod vyvolat, tak to teda ne. Začala jsem googlit a praktikovat všechna doporučení. Takže jsem umyla okna, chodila na dlouhé procházky, s manželem jsme si dávali pálivá jídla i to červené víno. Sex byl také. Nakonec jsem zkusila ricinový olej. A zabralo to.“ Informantce začaly ve 39+3 t. g. pravidelné bolesti. Dostavila se do porodnice, kde jí oznámili, že se jedná opravdu o porod. Po sepsání porodopisu byla odvedena na porodní box. Ujala se jí mladá porodní asistentka. „Na starost mě měla taková mladá porodní asistentka, která byla opravdu

úžasná, vše mi vysvětlovala a dokázala i krotit mojí hysterii. Paní doktorka byla také skvělá, ale ta porodní asistentka mi v mysli zůstala víc, protože se mnou trávila nejvíce času a podporovala mě a to jsem opravdu potřebovala. Měla jsem i porodní přání, a ona ho se mnou hezky probrala.“ Informantka u porodu mohla pouze pít a glykémii si rovněž za porodu neměřila. Nakonec po 8 hodinách od prvních kontrakcí, porodila zdravého chlapce s mírami 3800 g/ 52 cm. Také dodává, že velmi ocenila bonding ihned po porodu. Během porodu byla informantce provedena epiziotomie.

Zbylé čtyři informantky měly porod indukovaný. Shodně všechny čtyři odpověděly, že se chtěly indukci porodu vyhnout, protože se jí bály. Informantky D a F porodily vaginálně. Informantce D ani po dvou pokusech o indukci porod nezačal. *„Dali mi tam první tabletu a nic, dali druhou a nic, já jsem čekala nějaký masakr a nic se nedělo. Začala jsem se bát císaře. Když se nic nedělo, tak mě přesunuli na pokoj. Byla jsem na nadstandardu. Tak jsem začala střídat horkou sprchu s procházkami po pokoji. Dala jsem si maliníkový čaj a měla jsem s sebou i ricinový olej. A řekla jsem manželovi, ať mi přiveze mojí oblíbenou chilli pizzu, že jestli někdy poruším dietu, tak teď. No a nevím, jestli zabraly konečně ty tabletky nebo moje metody, ale někdy o půlnoci mi začalo být špatně. Střevní potíže a jak jsem se vyprázdnila, tak jsem začala mít kontrakce.*“ Pak už dle slov informantky šlo všechno rychle. Porodila ve 3:33 zdravou dceru, která měla míry 4090 g/ 49 cm. Dodává také, že tím, že rodila v noci, tak jí personál nepřišel moc přívětivý. Vzhledem k rychlému porodu informantka porodila bez nástřihu hráze, nicméně uvedla: *„Po porodu mi paní doktorka řekla, že mám tam dole větší poranění a šila mě asi hodinu. Během šití jsem si dýchala takový plyn, abych to vůbec vydržela.*“

Informantce F, která v průzkumu byla nejmladší, byl porod indukován z důvodu špatné kompenzace gestační hypertenze. Informantka uvedla, že i když se vyvolávání bála, tak to nakonec nebylo tak špatné. Hned po první dávce prostaglandidů začaly kontrakce, které zesílily po druhé dávce, a v 15:10 porodila. Porodila ve 39+0 t. g. zdravého chlapce 3820 g/ 51 cm. Za porodu musela být lačná, ale pít mohla. Také chválí personál porodního sálu, především porodní asistentky, který byl, dle jejích slov, velmi vstřícný a milý. Během porodu byla informantce provedena epiziotomie.

Informantky B a E rodily císařským řezem. Informantce B byl porod indukován ve 35+5 t. g. z důvodu hrozící diabetické fetopatie plodu. V den indukce jí také řekli, že nebude moct jíst, ale aby se udržely hladiny glykémie v normě, bude dostávat infuze glukózy doplněné o dávky

inzulinu. Nicméně hned po první dávce prostaglandinů, v podobě vaginální tablety, došlo k alteraci ozev a musel být proveden císařský řez. Uvedla: „*No byla to jízda, hned po první tabletě začaly šílené kontrakce a malému začaly padat ozvy. Takže rychle kyslík. Všichni se okolo mě seběhli a za chvíli jsem byla na sále. A pak už si pamatuji jen to, jak jsem se probrala na pokoji.*“ V době alterace ozev jí lékař řekl, že se miminku nedaří dobře a musí být proveden císařský řez. Nicméně informantka si je vědoma, že v té chvíli, šlo o život jejího syna, který po narození měl míry 4100 g/ 52 cm, a nebyl čas na povídání. Také oceňuje, jak v kritickém momentu všichni rychle jednali. Z důvodu akutního stavu byla pacientka v průběhu císařského řezu v celkové anestezii.

U informantky E žádný akutní stav nenastal, nicméně porod nepostupoval a proto se také nakonec přistoupilo k císařskému řezu. Císařský řez proběhl ve spinální anestezii. Pro informantku průběh porodu byl zklamáním. „*Všechny předchozí porody jsem rodila spontánně a teď najednou, že mi ho vyvolají. No tak dobře, ale věděla jsem, že to už je špatně. Po tabletách začaly kontrakce jedna za druhou, ale k ničemu to nevedlo. Ležela jsem v bolestech asi devět hodin a pak mi řekli, že porod nepostupuje, že miminko bude asi velké a že to ukončíme císařským řezem. No další zklamání. Byla jsem ráda, že mě sice vysvobodí z bolestí, ale takhle jsem to prostě nechtěla!*“ Informantka také uvádí, že si moc přístupu personálu nevšímal a nechtěla s nimi komunikovat, ale myslí si, že péče a přístup byl standardní. Během porodu směla pouze pít, což jí také vadilo. Přišlo jí to dlouhé bez jídla a také omezující. Ve 38+5 t. g. porodila chlapce, který měl míry 4310 g/50 cm. Informantka dále také řekla: „*Nikdy jsem neměla tak velké dítě. Dodržovala jsem dietu a k čemu to? Stejně syn byl velký a já ho nemohla normálně porodit. Teď mám jizvu na bříše a dalšího lékaře, ke kterému musím chodit...Vůbec jsem se do těhotenství už neměla pouštět.*“

Z odpovědí informantek tedy vyplývá, že ačkoliv shodně všem během těhotenství byl diagnostikován GDM, tak průběh porodu byla velmi individuální záležitost. Je zřejmé, že u každé ženy na průběh porodu hrálo roli více faktorů než jen onemocnění GDM. Například u informantky E, která rodila nakonec císařským řezem, jistě hrál roli fakt, že miminko mělo více než 4 kg, ale také tam mohlo hrát svou roli i psychické nastavení rodičky, které bylo velmi negativní. Svou roli tam také mohl hrát i věk informantky. Podobně si toho můžeme všimnout i u informantky B, také rodila dítě, které vážilo více, jak 4 kg. Rodila ve 38 + 5 t.g., kdy nemusely být porodní cesty připravené a během těhotenství prožívala stres z důvodu GDM. Porod nakonec skončil akutním císařským řezem. Naopak informantka D, jejíž novorozenec také vážil přes 4 kg, byla po celou dobu pozitivně naladěna na vaginální porod

a to i přesto, že z počátku indukce byla nezdařená. Informantce F byl také porod indukován a porodila vaginálně. U zbývajících dvou informantek (A, C) se porod rozběhl sám a porodily vaginálně. Což mohlo být způsobeno aktivním životním stylem během těhotenství i před ním. Také psychickou pohodou nebo tím, že obě rodily v termínu. Rozdílů si můžeme povšimnout i u porodního poranění informantek. U dvou (I (C, F)) byla provedena epiziotomie, jedna (I (D)) udala velké porodní poranění a jedna (I (A)) udala malé porodní poranění. Porodní poranění se pravděpodobně odvíjela od rychlosti porodu, velikosti plodu i způsobu vedení porodu. Nicméně čeho si lze povšimnout, je, že všechny tázané informantky měly strach z možné indukce porodu. Strach mohl být vyvolán informacemi, že indukce porodu s sebou nese rizika v podobě častějších kontrakcí, které jsou vnímány velmi intenzivně, a porod také může skončit akutním císařským řezem. K němu u informantky B došlo. Další společná věc pro všechny informantky byla, že musely být v průběhu porodu lačné a to jedna informantka (I (E)) shledala jako omezující. Čtyři informantky byly velmi spokojeny s přístupem a péčí personálu, především vyzdvihují porodní asistentky. To bylo způsobeno tím, že porodní asistentky se informantkám věnovaly, byly milé, empatické a dokázaly je podpořit a povzbudit. Tento milý přístup chyběl informantce D a to vedlo k tomu, že při porodu nebyla dostatečně spokojená, ačkoliv péče prý byla nadstandardní. Informantka E uvedla, že přístup a péče personálu byla standardní, a že tomu nevěnovala moc pozornost, což bylo pravděpodobně způsobeno psychickým rozpoložením informantky. Je tedy patrné, že porod je velmi individuální záležitost. Také si lze povšimnout, že ženy se během porodu cítí lépe, když personál je k nim milý, empatický a dokáže je povzbudit. Indukce porodu je pro ženy něco, co v nich budí strach a stres.

6.2.2 Průběh péče krátce po porodu

V této podkategorii nalezneme odpovědi na otázky, které byly zahrnuty v okruhu: „*Mohla byste popsat průběh péče o Vás a novorozence po porodu v souvislosti s GDM?* Informantka A uvedla: „*Po porodu, ještě na porodním sále, mi změřili glykémii a ta byla asi 4, myslím. Pak už mi jí nikdo neměřil a nikdo se k cukrovce nevyjadřoval, tak jsem pochopila, že je asi všechno v pořádku. Jestli malé dělali nějaké vyšetření kvůli cukrovce, tak to nevím, nikdo mi nic neřekl. Četla jsem, že by jí měli po porodu nabírat krev, ale jestli to dělali, to nevím.*“ Až při propouštění z nemocnice s ní lékařka probrala důležitost kontrol na diabetologii. Dále udává, že chce poděkovat celému personálu nemocnice, protože si připadala, jako v lázních. Shodně hovoří i informantka C, která byla také velmi spokojená s personálem. Co se týče GDM, tvrdí, že jí glykémie byla změřena po porodu až po převozu z porodního sálu na

oddělení šestinedělí. Hodnota byla v pořádku a na vizitě jí lékař oznámil, že nyní již může jíst vše, na co má chuť. Zároveň jí poučil o zdravém životním stylu, který je důležitý v prevenci vzniku diabetu mellitu v průběhu následujícího života. O tom, že by miminko absolvovalo nějaké vyšetření, neví.

Informantka F uvedla, téměř shodné odpovědi, jako informantka C. *„Cukr mi změřili na pokoji a při propouštění mi řekli, co a jak dál. Ale to jsem věděla už z kontrol v těhotenství. Miminko asi žádné vyšetření nemělo, nevím.“*

Informantkám B, D a E byl proveden po porodu glykemický profil. Informantka D řekla: *„Druhý den po porodu za mnou přišla paní doktorka a porodní asistentka a chtěli po mně, abych si změřila glykémii před snídaní a pak hodinu po snídaní a to samé s obědem a večerí. K čemu to bylo dobré, nevím, ale hodnoty byly v pořádku. Dceři asi dvě hodiny po porodu nabírali krev na cukr. Hodnota byla také v pořádku. Při propouštění mi bylo opět zopakováno, jak mám chodit na kontroly na diabetologii a jíst zdravě a sportovat.“*

U informantek B a E proběhl stejný glykemický profil, až když po císařském řezu měly dovolenou normální stravu. U novorozenců obou informantek byla nabrána krev na zjištění hodnoty glykémie. Informantka B, která byla nejstarší z oslovených informantek, ještě k péči řekla: *„Ale co bych chtěla říct, je perfektní péče po císaři. Všichni byli tak hodní a starostliví. Zajímali se o všechny mé potřeby. Vše mi vysvětlovali. Úžasný.“* Informantky rovněž při propouštění obdržely informace, jak nyní postupovat a také informace o důležitosti zdravého životního stylu.

U třech (I (A, C, F)) informantek ze šesti byla po porodu jen jednorázově změřena glykémie. Hodnoty byly v pořádku. U novorozenců těchto informantek také neproběhlo žádné vyšetření s ohledem na GDM, nebo o něm alespoň informantky neví. U třech zbylých informantek (I (B, D, E)) byl po porodu měřen malý glykemický profil. Což bylo dané tím, že u všech novorozenců informantek se vyskytl rizikový faktor v podobě porodní váhy, která byla shodně přes 4 kg a to i přes dobrou kompenzaci GDM. U informantky B tam hrál roli i fakt, že do terapie GDM byla zařazená i aplikace inzulínu. Tento postup je zvyklostí porodnice, ve které průzkum probíhal. Hodnoty i těchto informantek byly v pořádku. U novorozenců těchto informantek byla po porodu nabírána krev na zjištění hodnoty glykémie v krvi ze stejných výše uvedených důvodů. Můžeme si tedy povšimnout, že GDM a jeho kompenzace během těhotenství a také projevení se některých komplikací ovlivňuje i zdravotnickou péči po porodu, ale také neonatologickou péči. Dále u všech žen, které v těhotenství měly GDM platí,

že pokud nebudou žít zdravým životním stylem, do kterého bude zařazena i fyzická aktivita, tak hrozí riziko, že dojde k manifestaci jiného druhu diabetu mellitu, pravděpodobně DM2. Největší riziko pro rozvoj diabetu mellitu je 5 let po porodu. Proto po porodu, když GDM vymizí, musí svůj stav kontrolovat a být dispenzarizované praktickým lékařem nebo diabetologem. Zde je patrné, že všechny informantky byly v porodnici o důležitosti těchto kontrol informované a také jim bylo sděleno, jak rozvoji diabetu mellitu předejít.

6.3 Psychika těhotných žen s diagnózou GDM

V této kategorii nalezneme odpovědi na mou druhou průzkumnou otázku: „*Jak moc ovlivnilo onemocnění a následná léčba a péče psychiku oslovených žen?*“ Zajímalo mě, jak se ženy cítily po zjištění diagnózy GDM, jaké se u nich během těhotenství a porodu objevovaly pocity nebo jak na jejich psychiku působila péče a přístup zdravotníků. Psychika byla vždy trochu zmíněná i v předchozích kategoriích. Nicméně se domnívám, že si zaslouží samostatnou kategorii, protože to, v jakém psychickém rozpoložení se ženy během těhotenství a porodu nacházely, hrálo jistě roli na prožívání těhotenství a porodu i na výsledném hodnocení péče. A samozřejmě se také jedná o jeden z průzkumných cílů této diplomové práce.

Onemocnění vybrané informantky ovlivnilo i po psychické stránce. Zjištění diagnózy nejvíce zasáhlo informantky A a E. Obě již měly zkušenosti s těhotenstvím. Nicméně předchozí gravidity probíhaly vždy bez komplikací. Proto obě shodně uvedly, že nepočítaly s tím, že by se v tomto dalším těhotenství mohl vyskytnout nějaký problém. Informantka E, která byla těhotná potřetí, uvedla: „*Když prožijete jedno těhotenství bez problémů, řeknete si fajn. Když i to druhý je v pořádku, začnete mít pocit, že všechna další těhotenství budou také taková. Jdete si pro ty výsledky a rovnou počítáte s tím, že všechno bude v pořádku. Proč by nemělo být? A najednou vám řeknou, máte cukrovku a musíte tohle dodržovat, tohle nejíst, takhle se hýbat, tam chodit na kontroly a těch informací je najednou tolik a nikdo si neuvědomí, že vy pořád jste v šoku z toho, že je v tom těhotenství nějaký problém a vlastně tyhle informace vůbec nevnímáte.*“ Informantka uvádí, že po sdělení diagnózy se v ní probudil především vztek a poté obavy, které pramenily hlavně z neznámého, protože s diabetem mellitem se nikdy nesetkala. Uvedla: „*Měla jsem hlavně strach z toho, že nevím, o co jde a co mám dělat, a že něco pokazím.*“ Vzhledem k tomu, že byla informantka v šoku, moc si nevybavuje, co jí všechno lékař řekl. Vše si později našla na internetu a nastaly i obavy o zdraví miminka. Po celé těhotenství spíše cítila vztek a neustále se prý litovala, proč zrovna ona toto musí mít. Frustrace se vystupňovala ve chvíli, kdy jí lékař oznámil, že miminko je větší a to i přesto, že dietu dodržovala. Těhotenství si tak, dle jejích slov, vůbec neužívala. Do toho přišly i starosti

s rodinou, a proto těhotenství označuje jako stresové období. Co se týče porodu, tak se emoce moc nezměnily. Informantka nechtěla mít indukovaný porod a už vůbec nechtěla родit císařským řezem. Bohužel k oběma variantám nakonec došlo, což se podepsalo i na psychice informantky, kdy udala, že cítila opět vztek, ale také i lítost a na miminko se tak, dle jejích slov, vůbec netěšila. Co se týče zdravotnické péče, řekla: „*Brala jsem to jako něco, co musí být, nijak to mojí psychiku neovlivňovalo, maximálně, když sestřička v ambulanci se o mě zajímala a podporovala mě, to mi dokázalo zvednout náladu, ta byla skvělá, jinak si víc nevybavuju. Prostě jsem měla cukrovku a tak se o mě starali.*“

Informantka A byla také po zjištění diagnózy v šoku, protože také počítala, že vše bude takové jako v prvním těhotenství. Nicméně se rychle přizpůsobila situaci. Uvedla s humorem: „*Jo, po chvíli jsem si zvykla, ono ve finále se toho moc nezměnilo, naštěstí. Ale co mě opravdu trápilo, bylo, když jsem dostala chuť na kinder čokolády a nemohla jsem sníst všechno na posezení. A kdo byl těhotný, tak ví, jaké ty ukrutné chutě jsou. To jsem se kolikrát i rozplakala, že na to mám chuť. Ale tak v těhotenství brečíte kvůli všemu.*“ Těhotenství si tedy užívala a byla i ráda, že dodržuje dietní režim, protože díky němu si hlídala i váhu. Ke konci těhotenství se u informantky objevily obavy z porodu. Věděla, že jí hrozí vyvolání a toho se obávala, také se bála porodní hmotnosti miminka. Nicméně uvedla, že když se jí porod sám rozběhl, tak si byla jistá, že vše dopadne dobře. Péči z pohledu psychiky zhodnotila takto: „*Poradny byly, tak nějak normální. Klasika. Na diabetologii, tam všechno chtěli odbýt rychle. To jsem si říkala, já tady být nemusím, to nemám zapotřebí. Tam mě opravdu štváli tím přístupem a byla jsem dost otrávená. No a během porodu všechno super, informace, péče, dobrá nálada. Cítila jsem se psychicky dobře i díky personálu.*“

Dle informantky D ji onemocnění GDM ovlivnilo nejvíce v dietním režimu, kdy jí frustrovalo, že nemůže jíst vše, na co má chuť, především sladké, které milovala. Ale zároveň také byla velmi ráda, že si tímto může hlídat váhový přírůstek. Těhotenství si snažila i přes nějaké omezení užívat. Ke konci těhotenství se také objevil strach z vyvolávání porodu. Snažila se porod pomocí babských rad rozeběhnout, po neúspěchu se dostavilo zoufalství. Zoufalství se vystupňovalo i po neúspěšné indukci, kdy se zároveň dostavily i obavy z císařského řezu. „*Když ani po druhé tabletě se nic nedělo, začala jsem se opravdu bát císaře. Já byla odhodlaná porodit klidně pětikilové dítě, ale spodem. Nechtěla jsem díru v břiše. Bála jsem se, ale taky se ve mně probudilo odhodlání a víra v to, že já prostě porodím. Namotivovala jsem se a naladila se na to, že porodím!*“ Informantka nakonec vaginálně porodila a z toho měla velkou radost. Vadou na kráse, dle jejích slov, byl přístup

personálu, který nebyl úplně, dle jejích představ, což také ovlivnilo její psychiku, protože doufala ve větší podporu. Nicméně péči a přístup zdravotníků v těhotenské poradně si velmi chválí. Co naopak hodnotí špatně, je péče zdravotníků na diabetologii, kteří ji vždy pokazili náladu. *„Měla jsem pocit, že je tam snad otravuju. Chodila jsem tam nerada a odcházela většinou naštvaná s chutí si jít koupit dort. Ale to jsem nemohla a to mě naštvalo ještě víc.“*

U informantky F bylo vnímání těhotenství velmi podobné, jako u informantky A. V GDM viděla spíše možnost, jak si hlídat váhu, než nějaké omezení. Nicméně se u ní objevily pochybnosti, zda to dokáže po celou dobu, neboť v minulosti měla problémy s přejídání se. Její odpovědi ale v tomto případě vyzněly velmi vyspěle, na to že informantce je pouze 18 let. Uvedla: *„Pochybovala jsem o sobě, zda dokážu dodržovat dietu, protože s tím mám celý život problém. Pochybovala o mně i moje máma, že to prý nikdy nedokážu, že skončím na inzulinu. Chtěla jsem jí i sobě dokázat, že to zvládnou. A nakonec to bylo velmi jednoduché. Když se ve vás probudí mateřské city, uděláte naprosto všechno proto, aby vaše dítě, i to nenarozené bylo v pořádku a nic mu nehrozilo. Odpustíte si všechno jídlo, co máte rádi, abyste ho ochránili. A tak to bylo i u mne. Nemyslela jsem ani tak na sebe, ale hlavně na malého.“* Informantka byla na sebe velmi pyšná, že se jí po celou dobu podařilo dodržovat dietu a hodnoty byly v pořádku. Na konci těhotenství se stejně jako u všech dalších informantek objevily obavy z vyvolávání porodu. Péče všech zdravotníků jí motivovala

Nejstarší informantka, informantka B uvedla, že těhotenství pro ni bylo psychická horská dráha. Střídal se u ní pocit zoufalství, neštěstí, neschopnosti, výčitky, když neustále měla hodnoty vyšší a musela přejít na inzulin. Uvedla: *„Toto bylo moje první těhotenství, a když je člověku, tolik jako mně, tak chcete, aby se vše povedlo, aby nebyly žádné komplikace. Jste naprosto posedlý jakoukoliv kontrolou a s napětím čekáte na každé výsledky. Ale po celé těhotenství tam je stín pochybností a nejistoty, že se něco pokazí. A ten mi nedovolil, abych se nějak výrazně radovala.“* Nejhůře se informantka cítila, když neustále měla vyšší hladiny lačné glykémie. Obávala se o zdraví miminka a byla velmi neklidná. Vyděšená byla i po oznámení, že si musí aplikovat inzulin, jehož dávky se musely postupně navýšit, což informantku také negativně psychicky ovlivnilo. Neustále prý hledala na internetu informace, což jí také po psychické stránce nepomohlo, ale spíše jí to více stresovalo. *„Neustále jsem si četla o všech komplikacích a pořád se zkoumala. Byla jsem tím vším přímo posedlá. Manžel i doktor mi říkal, ať to nedělám a snažím se si těhotenství užívat, ale to nešlo. Byla jsem posedlá kontrolou glykémii, kontrolou potravin, kontrolou váhy i jsem si kontrolovala barvu*

moče. *Chtěla jsem, aby všechno bylo perfektní a bála se, že nebude.*“ Informantce na konci těhotenství oznámily, že miminku hrozí diabetická fetopatie a proto se musí těhotenství ukončit. Tato informace informantku opět negativně psychicky zasáhla. Nicméně uvedla, že také byla ráda a ulevilo se jí, že se s vyvoláváním nečekalo třeba do 40. týdne gravidity, protože se velmi obávala intrauterinního úmrtí plodu. Při porodu, kdy došlo k alteraci ozev, byla, dle jejích slov, vyděšená k smrti a plakala. Zároveň vše ale bylo velmi rychlé. Péče zdravotníků po dobu těhotenství si velmi váží, nicméně vliv na její psychiku neměla, neboť uvádí, že i když se jí snažili všichni uklidnit a byli milí, tak ona měla svojí pravdu a nic nedokázalo její pocity změnit.

Psychiku informantky C jsem si nechala nakonec, protože je naprosto odlišná od ostatních informantek. Informantka udává, že se během těhotenství i porodu cítila naprosto dobře a žádné pochybnosti ani obavy neměla. Pravděpodobně jí k dobré pohodě pomohly i lekce jógy, které navštěvovala. Na těhotenství se těšila prý celý život a hodlala si ho užít. Neviděla naprosto žádný důvod, proč by jí GDM mělo omezovat nebo způsobovat špatné pocity. Dále naprosto věřila všem zdravotníkům a nepochybovala o tom, že se o ni všichni dobře postarají. *„Těhotenství jsem si užívala. Je super vědět a pak i vidět, jak ve vás roste nový život. Hotový zázrak. To, že jsem měla cukrovku, mi nijak nevadilo. Tu má každá druhá a já naprosto důvěřuju našemu zdravotnictví. A já musela jen dodržovat dietu, to nic není. Bavilo mě to. Prostě jsem se cítila skvěle fyzicky i psychicky. Jediné, čeho jsem se trochu bála, byla vyvolávačka. Ale k té nakonec nedošlo.*“ Dle informantky C je těhotenství tak krásné období a je škoda si ho kazit stresem kvůli GDM.

Z analýzy odpovědí vyplývá, že GDM svým způsobem ovlivňuje psychiku žen. Nicméně u každé informantky byla psychika ovlivněna vždy trochu jinak. Obecně se dá říci, že hůře onemocnění a vše, co s ním souviselo, vnímaly starší informantky. U informantky E z pocitů převažoval vztek a u informantky B se objevila dokonce posedlost kontrolou všeho. U informantky D se třeba objevila frustrace z dietního režimu. Informantka F zase uvedla, že pro své dítě by udělala cokoliv. Nejlépe se situaci přizpůsobily informantky A a C. Informantka C neviděla žádný důvod, proč by jí GDM mělo stresovat. U všech informantek se však objevil strach z vyvolávání porodu a všechny se mu chtěly vyhnout, stejně jako operativnímu porodu. Dále se různě u informantek objevovaly pocity vzteku, zoufalství, strachu, pochybností, lítosti, smutku, ale také se u nich objevovala radost, nadšení, těšení se na miminko atd.

6.4 Spokojenost

Tato kategorie přináší odpovědi na mé dvě poslední průzkumné otázky: *„Jaká je míra spokojenosti oslovených žen, kterým byl diagnostikován gestační diabetes mellitus, s poskytnutou péčí od zdravotnického personálu během těhotenství a porodu ve vybraném zdravotnickém zařízení? Co osloveným ženám nejvíce chybělo v rámci poskytované zdravotnické péče?“* Spokojenost s péčí jsem vždy trochu nastínila i v předchozích kategoriích. V této bych chtěla shrnout veškeré odpovědi informantek na to, jak byly spokojené se zdravotníky a s poskytnutou zdravotnickou péčí v těhotenství a během porodu. Jak také byly spokojené s informovaností a edukací a popř. co informantkám nejvíce scházelo. Tuto kategorii jsem záměrně zvolila jako poslední, po tom, co jsem v předešlých kategoriích nastínila péči v těhotenství a za porodu a také po té, co jsem přiblížila průběh těhotenství a porodu jednotlivých informantek. V této kategorii byly zvoleny následné podkategorie.

6.4.1 Spokojenost se zdravotníky a zdravotnickou péčí

V této podkategorii nalezneme odpovědi na otázky pod tímto okruhem: *„Jak jste byla spokojená s péčí zdravotníku během Vašeho těhotenství a porodu?“* Shodně všechny informantky odpověděly, že byly naprosto spokojené se svým gynekologem. Téměř všechny hovořily o tom, jak je pan doktor skvělý, milý, šikovný a vše pečlivě vysvětluje. Nejvíce se mi líbila odpověď informantky D, která uvedla: *„Já mám tak úžasného doktora, už v minulosti mi hodně pomohl a já na něj nedám dopustit. To je člověk na svém místě. Profesionál, ale i je velmi empatický a také má skvělý smysl pro humor. Vždy se snaží mi zvolit takovou léčbu, aby mi vyhovovala a zároveň byla správná i pro mé tělo. Například, když jsem se kdysi léčila s hormonální nerovnováhou. Nezačal do mě hned cpát hormony. Ale šel na to jinak. A já jsem mu opravdu vděčná, vím, že plno doktorů by se se mnou moc nepáralo. Jestli se mi někdy někam odstěhuje, tak za ním budu dojíždět klidně i přes půl republiky.“*

Informantky B a E také vyzdvihly i přístup a péči mladé porodní asistentky, která spolu s dalšími dvěma sestrami v ambulanci pracuje. Dle jejich slov byla vždycky usměvavá, chápavá a starostlivá. Také je vždycky podpořila a poradila, když je něco trápilo. Informantka B také řekla: *„Ona byla i hodně šikovná. Třeba když mi nabírala krev, nebo píchala injekci kvůli Rh faktoru, tak jsem to vůbec necítila. A já mám špatné žíly a ona se vždy trefila na poprvé. Bylo vtipné, že než jsem jí řekla, že mám špatné žíly, tak ona měla už krev nabranou.“* Naopak informantka C nebyla moc spokojená s prací starší porodní asistentky v ambulanci. Dle slov informantky, na ni porodní asistentka vykřikovala povely a moc se o ni nezajímala.

Informantky A, D a F se k porodní asistenci v ambulanci nijak více nevyjádřily, péče, dle jejich slov, byla standardní.

Během porodu byly informantky A, C a F velmi spokojené s přístupem a péčí personálu. Všechny tři také vyzdvihly a velmi chválily porodní asistentky. Nejvíce se mi líbila odpověď u informantky C, která se na toto téma hodně rozpovídala: *„Já jsem naprosto personálu důvěřovala, věděla jsem, že jsem v těch nejlepších rukou. Všichni byli milí. Furt se mě chodili ptát, jestli něco nepotřebuju. Obzvláště jedna dlouhovlasá, mladá porodní asistentka. Tak ta byla úplně nejlepší. Hodně mě podpořila a věděla jsem, že je odborníkem na správném místě. Ona má velké zásluhy na tom, že ten porod proběhl takhle dobře. Ráda na ni vzpomínám.“* S porodní asistentkou rodila i informantka A, která byla velmi ráda, že si mohla zvolit k tlačení polohu na čtyřech. Co jí naopak nejvíce obtěžovalo, byly časté monitory miminka, uvedla: *„Když jsem měla ty kontrakce a ke konci už byly nesnesitelné, tak za mnou přišli, že ještě natočíme monitor. Jak jako zase? ptala jsem se. No nešlo to na těch pásech už vydržet. Na konci jsem se sama odpoutala a řekla jsem, že musím na záchod. A pak jsem do 15 minut porodila. Vím, že se ty monitory musí natáčet, ale bylo to už pak strašné.“* Informantku F rodila lékařka. Přesto více zmiňovala a chválila porodní asistentku, která s ní trávila nejvíce času. Informantka D udala, že personál k ní během porodu nebyl moc přívětivý. Dle mínění informantky, to bylo tím, že rodila v noci. Kdyby se prý rozrodila přes den, bylo by to jistě mnohem lepší. Informantka doufala ve větší podporu, nicméně uvedla také, že péče byla na vysoké úrovni, ale přístup zdravotníků jí lehce dojem pokazil. Informantka B uvedla, že nemůže moc přístup personálu hodnotit, protože po alteraci ozev se všichni okolo ní seběhli a dělali svou práci. Za to jim je velmi vděčná, neboť tím, jak rychle jednali, zachránili jejího syna. Nicméně uvedla, že s péčí na oddělení šestinedělí byla velmi spokojená a nemá nic, co by vytkla. Informantka E byla během porodu ve velké psychické nepohodě z důvodu vyvolávání porodu a také z toho, že porod nepostupuje. Péči zhodnotila jako standardní.

Co se týče péče na diabetologii, již jsem se zmínila, že informantky C, E a F byly s péčí spokojeny. Naopak informantky A a D nebyly. Shodně uvedly, že se jednalo o rychlý proces, kdy byly vybaveny brožurkou a glukometrem, a tím to celé skončilo. Podobnou zkušenost uvedla i informantka B, ale u té po čase došlo ke zlepšení po tom, co musela přejít na aplikaci inzulinu.

Z odpovědí je patrné, že informantky byly velmi spokojené s péčí gynekologa a porodních asistentek během těhotenství a během porodu, a to i přesto, že některé shledaly drobné

nedostatky převážně v přístupu personálu. Péče porodních asistentek v těhotenské poradně byla vyzdvihnuta u dvou informantek. Mnohem více informantek však chválilo porodní asistentky u porodu. Zejména vyzdvihovaly jejich povahové kvality ale také profesionální přístup. Je zřejmé, že empatie, podpora, laskavý přístup apod. byly pro informantky v průběhu porodu velmi důležité. Co se týče péče na diabetologii jedna půlka informantek byla spokojená, protože informovanost a především edukace byla dostatečná a kvalitní. Druhá půlka má opačný názor a tvrdí že péče byla nedostatečná. Do druhé půlky spadá i informantka B. U té došlo v průběhu těhotenství ke zlepšení, nicméně prvotní negativní zážitek ji nedovolil péči nějak vyzdvihnout. Lze si tedy povšimnout, že informantky byly mnohem více spokojené, když k nim zdravotnický personál přistupoval s úctou a respektem, byl milý, empatický a měl na ně dostatek času.

6.4.2 Spokojenost s informovaností a edukací

V této podkategorii byly zodpovězeny otázky, které byly zahrnuty do okruhu: „*Jak jste byla spokojená s informovaností a edukací o onemocnění GDM?*“ Nejvíce byla spokojená informantka C, která, dle jejích slov, měla dostatek informací, jak od svého gynekologa, tak i z diabetologie. Následná edukace proběhla naprosto v pořádku. Měla dokonce i nácvik měření glykémie. Také s ní byla dobře probraná dieta. Ale informace si hledala i na internetu, ne proto, že by jí chyběly, ale proto, že jí toto téma hodně zajímalo.

Informantka D měla prý také dostatek informací, nicméně jen od svého gynekologa. Informovanost a edukaci na diabetologii zhodnotila jako nedostačující. Uvedla: „*Informací jsem měla dostatek, ale díky svému gynekologovi. Když jsem se mu postěžovala, jak se mnou na diabetologii jednali, tak se mnou celé onemocnění moc hezky probral, vysvětlil mi, jak si měřit cukr, jak jíst a že je dobré se hýbat. A také mi dal takový letáček. Ale informace jsem si dál hledala na internetu. Některý byly naprosto šílený. A také jsem zjišťovala něco od kamarádky, která GDM měla.*“

Informantka B si je také vědoma toho, že s ní všichni onemocnění, léčbu i rizika hezky probrali. Nicméně uvedla, že pro ni to bylo nedostatečné, protože chtěla vědět úplně všechno a neustále si o tom povídat. Ale je si také vědoma, že toto bylo způsobeno spíše její povahou, než tím, že by se zdravotníci tomuto tématu málo nebo povrchně věnovali. Informace sháněla na internetu, v odborných knížkách i od svých třech sester, které všechny v těhotenství GDM měly. Edukace, hlavně v aplikaci inzulínu, proběhla naprosto v pořádku a vše jí bylo skvěle vysvětleno. Jediná chvíle, kdy neměla dostatek informací, byla během porodu, ale

informantce to nevadilo, protože si byla vědoma vážností situace, a že není čas na vysvětlování a také, dle jejích slov, byla v šoku, že by stejně informace nevnímala. Po porodu jí byla situace, ke které při porodu došlo, vysvětlena.

Informantka F také tvrdí, že informací měla dostatek, uvedla: „*V poradně mi pan doktor všechno vysvětlil, dal mi letáček a poslal na diabetologii. Tam se mě ujala moc milá sestřička, která se mnou hezky probrala diety, ukázala mi, jak si měřit cukr a každou návštěvu se mnou hodnoty rozebírala. Vždycky mi všichni všechno vysvětlili. Třeba proč mi musí vyvolat porod atak.*“ I informantka A uvedla, že měla dostatek informací od svého gynekologa, nicméně edukace na diabetologii byla nedostačující. Řekla: „*Edukace? Tomu se nedá vůbec tak říkat. Nabrali mi krev, změřili tlak, dali glukometr a brožurku a zase jsem šla. Vše, co se týká léčby a měření, jsem si našla na internetu a také jsem něco věděla, protože v rodině diabetes máme. Ale edukace byla naprosto otřesná.*“ Naopak informantka E byla s informovaností a edukací na diabetologii spokojená. Zde by zase uvítala, kdyby se o toto onemocnění mnohem více zajímal gynekolog. Informace si také dohledávala na internetu, neboť s diabetem mellitem neměla nikdy žádnou zkušenost.

Z odpovědí vyplývá, že všech šest informantek bylo vždy dostatečně informované od svého gynekologa, nicméně i přesto si všechny informantky nadále informace dohledávaly, hlavně na internetu. To pramenilo ze zvědavosti informantek, ale také v dnešní době ze snadnějšího přístupu k získávání informací. Co se týče diabetologie, nedostatečnou informovanost i edukaci shledávaly dvě informantky, konkrétně I (A) a I (D). Zbylé čtyři informantky byly s informovaností i edukací na diabetologii spokojené. Je tedy patrné, že i když se lišily zdroje informací a edukace, tak informantky byly o onemocnění i léčbě dostatečně informované. Dále z odpovědí vyplynulo, že o onemocnění GDM byly porodními asistentkami informovány jen velmi málo, ale zároveň v tom neshledávaly žádný problém.

6.4.3 Nedostatky poskytnuté péče

V této podkategorii bylo odpovídáno na otázky zahrnuté do okruhu: „*Shledáváte nějaké nedostatky poskytnuté péče? Případně jaké?*“ Informantky A a D shodně uvedly, že by chtěly, aby došlo ke zlepšení v rámci edukace na diabetologii a především by to chtělo individuální přístup, který naprosto chyběl. Jinak byly celkově s péčí spokojeny, jen informantka D ještě uvedla, že by ráda, kdyby příště cítila od personálu během porodu větší podporu.

Informantkám B, C a F nic prý nechybělo. S péčí byly nakonec velmi spokojené, a pokud příště opět otěhotní, znovu si vyberou stejnou porodnici. Odpovědi byly velmi podobné, například informantka B, která byla v šetření nejstarší a také jediná léčila GDM inzulinem, uvedla: *„Péče během celého těhotenství byla nadstandardní. Možná by mohlo dojít ke zlepšení na té diabetologii, myslím si, že kdybych celé těhotenství byla na dietě, tak moc spokojená nejsem, ale tím, že jsem si pak musela píchat inzulin, tak ta péče byla dobrá. Během porodu, než teda začaly padat ozvy, byly také všichni úžasní a nejlepší to bylo po porodu na oddělení. Cítila jsem se tam jako v lázních. Všichni byli úžasní a jsem naprosto spokojená.“* Informantka E na tyto otázky odpověděla poněkud zvláště, uvedla: *„Toto bylo mé poslední těhotenství a už nikdy těhotná nebudu, takže mi je jedno jestli se něco změní nebo ne. Vadila mi cukrovka a vadí mi, že teď kvůli ní budu muset chodit na kontroly a pít tu odpornou sladkou vodu. Péče byla normální jako v každém těhotenství, jen se k ní přidaly kontroly na diabetologii.“*

Z analýzy těchto odpovědí vyplývá, že pět ze šesti informantek bylo s péčí gynekologa a porodních asistentek spokojeno, i když byly shledány drobné nedostatky. Ty se nejčastěji týkaly přístupu personálu, kdy informantkám chyběla ze strany personálu podpora a zájem. U jedné informantky (I (E)) nelze jednoznačně vyčíst, zda jí něco v poskytované péči chybělo, neboť se k těmto otázkám vyjadřovala velmi zvláště a nejasně, což mohlo zapříčinit i stálé prožívané zklamání z průběhu porodu. Na diabetologii byly shledány nedostatky hlavně v nedostatku času zdravotníků na informantky, v nedostatečné informovanosti a edukaci a zcela prý chyběl individuální přístup. Lze si povšimnout, že tyto zmíněné nedostatky byly velmi důležité pro informantky. Tyto nedostatky shledaly shodně informantky A, B, D. U informantky B došlo v průběhu těhotenství a léčby ke zlepšení, nicméně tyto nedostatky zmínila a byly pro ni neakceptovatelné. Opět si lze tedy povšimnout, jak byly přístup a chování zdravotnického personálu důležitý faktor vedoucí ke spokojenosti či nespokojenosti informantek.

7 DISKUZE

Tato diplomová práce je zaměřena na hodnocení péče o ženy s gestačním diabetem mellitem. Zajímalo mě, zda byly informantky dostatečně informované a edukované, dále mě zajímalo, jaký oslovené informantky měly průběh těhotenství a porodu. Také jsem se zaměřila i na jejich psychiku, zejména s ohledem na onemocnění gestační diabetes mellitus. Vzhledem k tomu, že jsem v této problematice chtěla nahlédnout více do hloubky, zvolila jsem jako metodu šetření polostrukturované rozhovory. Data byla sbíraná v nemocnici okresního typu na gynekologicko–porodnickém oddělení. V této části diplomové práce se budu opírat o získaná data. Téma gestační diabetes mellitus je velmi časté a můžeme ho nalézt ve více diplomových i bakalářských pracích. Vzhledem k tomu, že toto téma nabízí mnoho možností, jak k němu přistoupit, nalezneme proto i různé pohledy na toto téma a také různé metodiky sběru dat v závěrečných kvalifikačních pracích. Například diplomová práce Špidlenové z roku 2019 s názvem Gestační diabetes mellitus, Vliv gestačního diabetu mellitus na porod zkoumá problematiku gestačního diabetu mellitu a jeho vlivu na porod. Diplomová práce Kuchařové (2018) s názvem Strava žen s gestačním diabetem se zaměřuje na správnou životosprávu žen s GDM. Vzhledem k tomu, že incidence gestačních diabetiček stále vzrůstá, v současné době se uvádí, že záchyt GDM je až u 18 % těhotných, tak si můžeme povšimnout, že tímto tématem se zabývá i řada odborníků. Jedním z nich je také MUDr. Hana Krejčí, Ph.D., která vydala několik publikací na toto téma, podílela se na tvorbě doporučených postupů o těhotné s GDM a také založila webové stránky www.tehotenskacukrovka.cz, kde mohou těhotné čerpat důležité informace o tomto onemocnění.

Jednotlivé výsledky jsou nadále prezentovány vyhodnocením stanovených průzkumných otázek.

Průzkumná otázka 1: Jak probíhalo těhotenství a porod u oslovených žen s GDM?

Odpovědi na tuto otázku byly zaznamenány ve dvou kategoriích. Z nichž první kategorie se věnovala průběhu těhotenství a druhá průběhu porodu. První polovina této průzkumné otázky se zabývá **průběhem těhotenství**. Na tuto část se zaměřovalo několik otázek, které byly zařazeny do okruhu 1, 2 a 3. Základní a rozvíjející otázky se zaměřovaly na zjišťování diagnózy, léčbu GDM a zdravotnickou péči po zjištění diagnózy GDM.

V České republice je od roku 2009 zaveden celoplošný dvoustupňový screening na GDM. První stupeň začíná na začátku těhotenství, kdy ženy absolvují krevní odběry, kde se mimo jiné vyšetřuje i lačná glykémie. Vzhledem k tomu, že došlo ke změně kritérií diagnózy GDM,

kteře se, mimo jiné, zpřísnily u hodnot lačné glykémie, přibývá i více gestačních diabetiček, kterým byl GDM diagnostikován na začátku těhotenství z prvních náběrů. Zatímco do roku 2014 mohly být hodnoty lačné glykémie do 5,6 mmol/l, v současné době se stanovuje diagnóza GDM při opakovaných hodnotách lačné glykémie, které jsou větší než 5,1 mmol/l. (Anderlová a kol., 2014, str. 69–70) Další změny kritérií naleznete podrobněji v příloze B. V mém průzkumném šetření byly celkem tři informantky, které se léčily s GDM již od začátku těhotenství. U dalších třech informantek byla určena diagnóza po absolvování orálně glukózového tolerančního testu. OGTT je pro těhotné ženy často nepříjemné, bývá jim špatně a někdy i po něm zvrací. Mimochodem na tento fakt upozorňuje i Krejčí (2016, str. 55) a zároveň navrhuje možné řešení testu, pokud dojde k vyzvracení roztoku glukózy. V mém průzkumném šetření se vyskytly pocity nevolnosti jen u jedné informantky (I (D)), ke zvracení nedošlo. Průběhem oGTT s ohledem na nepříjemné pocity žen se Špidlenová ani Kuchařová ve své diplomové práci vůbec nezabývala.

U většiny žen (až u 90 %) s GDM stačí jako vhodná terapie dodržování dietních opatření a také pohybová aktivita, aby bylo dosaženo dobré kompenzace gestačního diabetu mellitu. (Krejčí, Andělová a kol., 2018, str. 400) V mém průzkumném šetření se pět informantek ze šesti opravdu léčilo jen dietou. Jedna informantka (I (B)) musela přistoupit i k aplikaci inzulínu, protože hodnoty lačné glykémie se nepodařilo bez inzulínu stabilizovat. Ze začátku si aplikovala 4 j dlouhodobého inzulínu, poté došlo k navýšení na 6 j. Vyšší hodnoty lačné glykémie bývají jeden z nejčastějších důvodů, proč se do léčby GDM musí zařadit inzulín nebo PAD. To ostatně potvrzuje i studie I. Ganteho et al. (2018, str. 131), která zkoumala rizikové faktory pro nutnost přidání inzulínu nebo PAD k již stávající terapii GDM. Mezi rizikové faktory je právě zařazená vyšší lačná glykémie, dále pak časná detekce GDM a také vyšší věk pacientky. Všechny tyto uvedené faktory nalezneme u mé informantky B.

Dále fakt, že mé informantky léčily GDM, až na jednu výjimku, jen dietou, je pravděpodobně způsobený tím, že průzkum byl veden v nemocnici okresního typu, tedy se jednalo jen o ženy s GDM s nízkým rizikem. Nicméně i v diplomové práci Kuchařové (2018, str. 92–93) nalezneme, že jen minimum informantek se léčilo pomocí inzulínu nebo perorálních antidiabetik. Podobně tomu vidíme i v diplomové práci Špidlenové (2019, str. 45), kdy v jejím souboru respondentek stačila dieta jako vhodná léčba u 67,3 % žen. Data pro obě tyto diplomové práce byla sbíraná v nemocnicích fakultativního typu, tedy do průzkumu byly zahrnuty i těhotné s GDM se zvýšeným rizikem, a přesto byla dieta dostačující léčba u většiny informantek. Tyto informace mimochodem potvrzuje i Binder a kol. (2020, str. 176), kteří

uvádí, že k zavedení inzulínu nebo PAD do terapie je nutné jen u malého množství žen s GDM, zhruba u 5–30 % těhotných s GDM. Dieta představovala problém pro dvě informantky (I (D, E)), které jí shledávaly jako jisté omezení v jejich životě. Zbylé čtyři informantky neshledávaly dietu jako velké omezení a rychle se novému režimu přizpůsobily. Zatímco mě zajímaly v průzkumném šetření všechna možná omezení, které mohla léčba informantkám způsobit, tak třeba Kuchařová se ve své diplomové práci zaměřila na to, zda se informantky cítily během léčby syté, hladové, anebo přejedené. (Kuchařová, 2018, str. 92)

Jen dvě informantky (I (A, C)) podpořily dietní omezení i fyzickou aktivitou, ačkoliv podpořit léčbu právě fyzickou aktivitou je doporučeno opět shodně v mnoha publikacích. Nalezneme to např. u Čecha a kol. (2014, str. 356), ale také i v doporučených postupech pro GDM (Sbírka doporučených postupů, č. 5, 2019). Všechny informantky v mém průzkumném šetření také uvedly, že dieta pro ně byla způsob, jak si udržet váhu a nepřibrat tolik během těhotenství. Proto dietní omezení braly jako výhodu. Tato informace pro mě byla zajímavá, neboť jsem tímto způsobem při průzkumném šetření neuvažovala. Čtyři informantky uvedly, že dodržovaly dietu až do porodu. Informantky A a D uvedly, že pro ně byl problém ke konci těhotenství dodržovat režimová opatření a dietu porušovaly. Podobně tomu najdeme i v diplomové práci Kuchařové (2018, str. 91), kde uvádí, že 94 % jejích informantek, tedy většina, dodržovalo dietu a 6 % informantek se přiznalo, že dietu nedodržovalo, nicméně není uvedeno, zda dietu nedodržovaly po celou dobu těhotenství anebo také třeba až jen na konci těhotenství.

Informantky z mého průzkumného šetření, které se léčily dietou, uvedly, že první týden po zjištění diagnózy si měřily glykémii každý den a později 3–4x do týdne. Informantka B, která si musela aplikovat inzulín, si měřila glykémii každý den 4x denně. Oproti diplomové práci Kuchařové (2018, str. 95), kde můžeme vidět, že v jejím souboru informantek docházelo nejčastěji k frekvenci selfmonitoringu glykemií 4x za den, konkrétně u 40 % informantek, druhou nejčastější odpovědí (24 %) byla frekvence 3–4x do týdne jako tomu je i v mém průzkumném šetření. V mém průzkumném šetření i v průzkumném šetření Kuchařové tak byla dodržena doporučení, které vydala Krejčí, Andělová a kol. (2018, str. 402), které doporučují u GDM léčeného dietou nebo metforminem provádět kontrolu glykemií pomocí 4bodového glykemického profilu. Nejdříve denně, a pokud jsou glykémie dlouhodobě v normě, stačí tento glykemický profil provádět 3–4x do týdne. Toto můžeme vidět u všech mých informantek, které se léčily dietou. Pokud je GDM léčený inzulínem Krejčí, Andělová a kol. (2018, str. 402) doporučují provádět selfmonitoring glykemií 4–8x za den. Opět v mých

výsledcích můžeme vidět, že u informantky B, která tuto terapii měla, že přesně takto selfmonitoring glykemií probíhal.

Co se týče péče po diagnostice GDM, pěti ze šesti tázaných informantek se nezměnil interval návštěv těhotenské poradny po diagnostice GDM. Všechny tyto informantky patřily do skupiny s GDM s nízkým rizikem a měly dobře kompenzovaný GDM. Tedy hladiny glykémie byly v normě. Do těhotenské poradny chodily jako zdravé těhotné ženy, jednou za měsíc. To ostatně píše ve své publikaci i Štechová a kol. (2014, str. 68), kde uvádí, že ženy s GDM s nízkým rizikem a dobře kompenzovaným gestačním diabetem mellitem, navštěvují těhotenskou poradnu jako zdravé těhotné. Štechová a kol. vychází z platných doporučených postupů (Sbírka doporučených postupů, č. 5, 2019), kde je uveden stejný závěr. Můžeme tedy vidět i ve výsledcích mého průzkumného šetření, že doporučené postupy byly dodrženy. Všechny ženy patřily do skupiny s GDM s nízkým rizikem a měly dobře kompenzovaný GDM. Tedy hladiny glykémie byly v normě. Tyto doporučené postupy, také uvádí, že interval návštěv na diabetologii by měl být v rozmezí 2 – 4 týdnů. Záleží na druhu GDM, způsobu léčby a komplikacích. Těchto pět informantek navštěvovalo diabetologii také jednou za měsíc. Zbylá jedna informantka (I (B)) také patřila do skupiny GDM s nízkým rizikem, ale do léčby byl, kromě dietních opatření, přidán i inzulin. To vedlo i ke změně intervalu návštěv, jak v těhotenské poradně, tak i na diabetologii, což opět vychází z doporučených postupů (Sbírka doporučených postupů, č. 5, 2019). Informantka po navýšení dávek inzulinu navštěvovala těhotenskou poradnu každé dva týdny až do porodu. Stejně navštěvovala i diabetologii. Později, kdy došlo ke stabilizaci glykemií, navštěvovala diabetologii, každý měsíc.

Všechny informantky dále uvedly, že jim častěji byl prováděn ultrazvuk na zjištění růstu plodu. To, že ultrazvuk hraje důležitou roli při sledování těhotenství u ženy s GDM, kdy se snažíme odhalit včas anomálii v růstu plodu, u GDM především hledáme známky makrosomie spojené s diabetickou fetopatií, zmiňují ve svých publikacích jak Krejčí (2016, str. 59), tak i Štechová a kol. (2014, str. 68), kteří opět vychází z platných doporučených postupů. Doporučuje se alespoň jedno ultrazvukové vyšetření nad rámec běžných ultrazvukových vyšetření mezi 36–38. týdnem gravidity, nejlepší je však zajistit v tomto období ultrazvukové kontroly á 3 týdny. Podobně je tomu i ve Velké Británii. National Healthy Service (NHS) popisuje, že se ve Velké Británii standardně dělají těhotným ženám jen dva rutinní ultrazvuky během těhotenství, jeden v prvním a druhý ve druhém trimestru. Nicméně pro ženy s GDM jsou přidány i ultrazvuky ve 28., 32. a 36. t. g., které jsou

zaměřeny na růst plodu a od 38. t. g. čekají těhotné s GDM pravidelné návštěvy až do porodu (National healthy Service). Zde si můžeme povšimnout, že riziko makrosomie plodu, či vzniku diabetické fetopatie je opravdu vysoké (u diabetiček až 3x vyšší než u zdravých žen) a je důležité proto růst plodu neustále sledovat.

Dále všechny informantky v mém průzkumném šetření shodně uvedly, že jim dříve bylo natáčeno CTG. Stejně tomu opět nalezneme v doporučených postupech (Sbírka doporučených postupů, č. 5, 2019), ze kterých vychází např. Štechová a kol. (2014, str. 68), tak i Čech a kol. (2016, str. 356), kteří svých publikací uvádí začít s natáčením CTG od 36. nejpozději od 38. t. g.

Druhá polovina mé první průzkumné otázky se zabývá **průběhem porodu**. Na toto téma navazovaly otázky zařazené do okruhu 4 a 5. Otázky byly především zaměřené na průběh porodu a na péči krátce po porodu s ohledem na GDM a dále byly rozvíjené dle průběhu rozhovoru.

Ženám s GDM se nedoporučuje přenášet z důvodu rizika intrauterinního úmrtí, které se ke konci těhotenství zvyšuje. Pokud se porod do vypočítaného termínu porodu sám nerozběhne, přistupuje se k indukci porodu prostaglandíny. U žen, které jsou dobře kompenzované a mají v pořádku i ultrazvukové kontroly se může vyčkat s vyvoláváním porodu až do 41+0 t. g. (Štechová a kol., 2014, str. 68–69) Proto jsem se před začátkem mého průzkumného šetření domnívala, že u informantek s GDM bude častěji ukončeno těhotenství pomocí indukce. Čtyřem informantkám ze šesti opravdu byl porod vyvoláván. Dvě z nich (I (D, F) porodily vaginálně, a dvě (I (B, E) porodily císařským řezem, z toho jeden císařský řez byl akutní z důvodu alterace ozev. Zde se mé výsledky liší oproti diplomové práci Špidlenové (2019, str. 72), v té nalezneme, že více informantek s GDM rodilo spontánně, tedy bez indukce. Indukovaný porod byl u Špidlenové jen u 30,10 % informantek. Z retrospektivní studie, kterou vedl Dublin et. al. (2014), vyplývá, že diabetes mellitus byl důvodem k vyvolávání porodu jen v 10 %. Bohužel ve své studii nerozlišuje druhy diabetu mellitu a kvůli tomu nemůžeme rozlišit, kdy se jednalo opravdu o indukci z důvodu GDM a také nemůžeme porovnat, zda dochází častěji k indukci z důvodu GDM nebo z důvodu jiného druhu diabetu mellitu.

Jedním z nejčastějších rizik, které je spojeno s GDM je makrosomie plodu. Riziko makrosomie plodu je u diabetiček 3x vyšší než u zdravých žen. Toto riziko zároveň roste s nedostatečnou kompenzací GDM a také se zvyšuje u žen trpících nadváhou nebo obezitou.

(Goldmannová a kol., 2019, str. 279) KC et al. (2015) ve své studii také zmiňují tyto rizika a uvádí, že až u 45 % žen s GDM je porodní hmotnost novorozence větší než 4 kg. V mém průzkumném šetření nejmenší dítě vážilo 3800 g a největší 4310 g. U novorozenců třech informantek (I (B, D, E)) byla váha novorozence přes 4 kg, což v některých publikacích, např. (Roztočil a kol., 2017, str. 306), můžeme nalézt jako hodnotu pro makrosomní plod. Průměrná váha novorozenců v mém průzkumném šetření byla 4013,3 g. Oproti diplomové práci Špidlenové (2019, str. 80), kde nalezneme, že průměrná váha u novorozenců matek s GDM byla 3280, 39 g. Nicméně oproti mému průzkumnému šetření měla mnohem větší soubor informantek a její výzkum byl kvantitativní.

Dále Pařízek a kol. (2012, str. 136) i Štechová a kol. (2014, str. 69) ve svých publikacích zmiňují, že z důvodu velkých plodů hrozí diabetičkám větší porodní poranění, např. rozsáhlé epiziotomie, ale také i císařský řez. To se v mém průzkumném šetření také potvrdilo. U dvou informantek (I (C,F)) byla provedena epiziotomie, jedna informantka (I (D)) uvedla velké porodní poranění a dvě informantky (I (B,E)) rodily císařským řezem. Jen jedna informantka (I (A)) udala malé porodní poranění.

Krejčí, Andělová a kol. (2018, str. 403), kteří se podílely na vytvoření doporučených postupů pro GDM na mezioborové spolupráci, doporučují, že u novorozenců žen, které jsou zařazeny do skupiny GDM s nízkým rizikem, léčící ho dietou, mají dobře kompenzovaný gestační diabetes mellitus a také mají eutrofické plody, tak není nutná specializovaná postnatální péče, která především spočívá ve sledování hladiny glykémie v krvi novorozenců a tím brání hypoglykemickým stavům. I v tomto případě byly doporučené postupy dodrženy. U novorozenců těch informantek (I (A,C, F)) dodržující pouze dietní opatření, aby GDM byl kompenzovaný a hmotnost jejich novorozenců po porodu nepřekročila 4 kg, nebyla nabírána krev. Naopak informantky (I (B, D, E)), u kterých porodní váha jejich novorozenců překročila 4 kg (a u informantky B hrál roli i fakt, že byla také léčba podpořena aplikací inzulinu), byla krev na stanovení glykémie nabírána. U těchto informantek také došlo k provedení malého glykemického profilu po porodu, ze stejných důvodů, které byly uvedeny u postnatální péče novorozenců, což je zvyklostí daného pracoviště.

Dále mě také zajímalo, zda byly informantky po porodu informovány o možnosti rozvoje diabetu mellitu v pozdějším věku, o kontrolách na diabetologii a také o tom, co dělat, aby tomuto předešly. Tyto informace jsou velmi důležité, na což upozorňují Krejčí, Andělová a kol. (2018, str. 403), neboť u žen, kterým v těhotenství byl diagnostikován GDM, je riziko

rozvoje jiného druhu diabetu v průběhu dalšího života až 60 %. Stejně tomu najdeme i v publikaci Pelikánové a kol. (2018, str. 633). Jsem ráda, že všechny informantky v mém průzkumném šetření uvedly, že informovány byly. Nicméně všechny byly informovány pouze lékařem. Bohužel porodní asistentka se k tomuto ani u jedné informantky nevyjádřila.

Průzkumná otázka 2: Jak moc ovlivnilo onemocnění a následná léčba a péče psychiku oslovených žen?

Odpovědi na tuto otázku byly zaznamenány ve třetí kategorii. Na toto téma byl zaměřen okruh 6. Nicméně psychika žen se prolínala svým způsobem i v předchozích kategoriích, proto jí nelze tak jednoznačně oddělit a popsat.

Ratislavová (2008, str. 33) ve své publikaci popisuje psychiku těhotných žen. Také popisuje, jak ovlivňuje psychiku právě rizikové těhotenství, do kterého spadají ženy s GDM. Udává, že jakákoliv komplikace, která se během těhotenství vyskytne, představuje pro ženu stres a nejistotu. Objevují se pocity úzkosti a strachu, které jsou díky labilnější psychice v graviditě, vnímány velmi intenzivně. Toto se určitě v tomto průzkumném šetření částečně potvrdilo. Každou informantku onemocnění ovlivňovalo nějak jinak. A samozřejmě každá informantka kromě těhotenství řešila i jiné věci. Nejlépe onemocnění snášely informantky A a C, obě se situaci rychle přizpůsobily. Pravděpodobně tam hrálo i roli, že informantky již před těhotenstvím žily zdravým životním stylem a jejich návyky se tak moc nezměnily. Těhotenství obě prožívaly v dobré psychické pohodě. Také mě překvapila informantka F, která je nejmladší a u ní se objevuje obezita. Sama informantka přiznala, že vždy měla problém s dodržováním stravy. Zde, ale došlo ke změně vnímání diety a především v jejím dodržování, protože to vše dělala pro své dítě. Tím, že všechno zvládala, se cítila po psychické stránce dobře a byla sama na sebe pyšná. Občas se u ní objevil strach ze zdraví miminka. Obecně bych řekla, že hůře onemocnění psychicky snášely starší informantky (I (B, D, E). To potvrzuje i Ratislavová (2008, str. 80), která uvádí, že starší těhotné ženy, hlavně tedy prvorodičky, mívají větší obavy o zdraví miminka a strach z komplikací. Zároveň jen na nepatrnou odchylku od fyziologického těhotenství mohou reagovat podrážděně a negativně. Toto bylo velmi dobře vidět u informantky B a E, ačkoliv informantka E byla po několikáté těhotná. Informantka B uvedla, že byla posedlá kontrolou a chtěla o všem vědět a neustále se ujisťovat, že je vše v pořádku. Také měla obavy o zdraví miminka. Těhotenství označila jako psychickou horskou dráhu. U informantky E se nejčastěji objevoval vztek na toto onemocnění i léčbu, ale také obavy, aby vše zvládla. Z průběhu porodu byla velmi nespokojená, doteď cítí

velké zklamání a pocity selhání, že nezvládla porodit spontánně. Informantku D nejvíce ovlivnila léčba v tom, že musí dodržovat dietu. Občas se u ní objevila frustrace z režimových opatření. U těchto informantek se tedy vyskytly negativní pocity jako frustrace, strach nebo zklamání, které pramenilo z diagnózy GDM a z jeho léčby. Tento fakt potvrzují ve své studii i Lydon et. al. (2012), kde uvádí, že ženy s gestačním diabetem mellitem mají větší sklon k úzkostem než ženy, u kterých se toto onemocnění v těhotenství neobjevuje. Zajímavá je i studie Egana et. al. (2017), ve které sledovali psychologický dopad diagnózy DM1 a GDM u těhotných žen. Výsledky přinesly zjištění, že ačkoliv jsou horší zdravotní výsledky u těhotných s diabetem mellitem I. typu (DM1), tak po psychické stránce jsou na tom hůře ženy s GDM, což pramení z toho, že ženy s DM1 jsou na onemocnění a režimová opatření zvyklé, zatímco pro ženy s GDM je vše nové. To můžeme vidět i v mém průzkumném šetření, kdy informantky často zmiňovaly, že se bály, zda vše zvládnou, protože pro ně bylo vše nové a nemohly tak čerpat ze zkušeností.

Průzkumná otázka 3: Jaká je míra spokojenosti oslovených žen, kterým byl diagnostikován gestační diabetes mellitus, s poskytnutou péčí od zdravotnického personálu během těhotenství a porodu ve vybraném zdravotnickém zařízení?

Odpovědi na tuto průzkumnou otázku jsou zaznamenány ve třetí kategorii. Vztahují se k ní dva okruhy. Sedmý a osmý. Jeden se zabývá spokojeností se zdravotníky a zdravotnickou péčí a druhý se týká spokojeností s informovaností a edukací.

To, jak jsou pacienti spokojeni s péčí, je pro nás zdravotníky jeden z důležitých faktorů. Na odděleních v nemocnicích se pacientům většinou dává k vyplnění anonymní dotazník spokojenosti, abychom od nich měli zpětnou vazbu. Dotazník je nejrychlejší a nejlevnější způsob, jak získat potřebné informace. Další metody ke zjištění spokojenosti pacientů mohou být rozhovory nebo ankety. Spokojenost pacientů je jeden z nejdůležitějších ukazatelů kvality péče a zároveň podnět k neustálému zlepšování. (Ondriová a kol., 2013) Pro mě jako porodní asistentku je vždy příjemné, když mi klientky poděkují za skvělou práci a zároveň mi to dává jakousi zpětnou vazbu. V této diplomové práci jsem se proto také zaměřila na spokojenost informantek se zdravotníky a zdravotnickou péčí. Shodně všech šest oslovených informantek uvedlo, že byly velmi spokojené se svým gynekologem, od kterého měly vždy dostatek informací i co se týče onemocnění GDM. Pozitivně byla u dvou informantek (I (B, E)) vnímaná i mladá porodní asistentka, především pro svůj přístup, empatii a šikovnost. Informantkám vždy poradila, pokud se jí na nějaké téma zeptaly, nicméně sama se

nezúčastňovala edukace nebo informovanosti s ohledem na GDM. Dále v mém průzkumném šetření byla zmíněná i další porodní asistentka, která pracuje ve stejné ambulanci, ta byla vnímaná negativně informantkou C. Informantka očekávala větší zájem. To že přístup personálu a především jeho povahové a dobré komunikační vlastnosti jsou pro těhotné jedny z nejdůležitějších faktorů, aby mohly být spokojené, potvrzuje i výzkum Takácsově a kol. (2011, str. 12), kde právě zmiňují to, že pro těhotné ženy tyto faktory bývají ze všech nejdůležitějších. Péči na diabetologii hodnotily tři informantky (C, E, F) velmi dobře. Vše jim bylo dostatečně vysvětleno. Informantka B uvedla, že došlo v průběhu péče ke zlepšení, ale spíše zastává neutrální postoj. Dvě informantky (I (A, D)) byly s péčí na diabetologii velmi nespokojené. Neboť se jednalo o rychlý proces bez dostatečné informovanosti a edukace. I zde poukáží na výzkum Takácsově a kol. (2011, str. 14), kteří uvádějí, že ženy, které nejsou dostatečně informované, jsou nespokojené, mají pocit, že se s nimi jedná bez respektu a zažívají tak silný stres a nejistotu. Toto všechno se u informantek A a D potvrzuje.

Dále informantky A, C a F byly velmi spokojené s péčí i personálem během porodu. Všechny tři zároveň velmi vychválily péči a přístup porodních asistentek. I ze studie Takácsově a Seidlerové (2013, str. 164) vyplývá, že ženy bývají spokojenější právě s porodními asistentkami, než s lékaři, právě proto, že porodní asistentky tráví se ženami během porodu více času. Pomáhají jim při bolestech a povzbuzují je, aby vše zvládly. Zároveň jsou to profesionálkové, kteří dokáží ženám poskytnout i zdravotnickou péči. To vše informantky A, C, a F zmiňovaly. Bohužel informantka D doufala ve větší podporu a přívětivější přístup při porodu ze strany personálu, ale zároveň péče, dle jejích slov, byla nadstandardní. I informantka B byla také spokojená, nicméně její porod byl ukončen akutním císařským řezem a vše bylo velmi rychlé, že si věci dostatečně nepamatuje. Informantka E zastávala poněkud zvláštní a neutrální postoj a z jejích odpovědí jsem jednoznačně nerozklíčovala, zda s personálem a péčí při porodu byla spokojena nebo ne.

Co se týče informovanosti, tak shodně všechny informantky uvedly, že o onemocnění měly dostatek informací. Nicméně se trochu lišily zdroje informací. Vzhledem k tomu, že informovanost a edukace na diabetologii byla nedostatečná u informantek A a D, tak se této povinnosti zhostil jejich gynekolog. Jak už jsem se zmínila, porodní asistentka v gynekologické ambulanci se tohoto tématu aktivně nezúčastnila. Podobně tomu je i v diplomové práci Kočí (2020, str. 58), která se zabývala celkově informovaností žen o těhotenství a porodu, můžeme vidět, že většina žen sice má dostatek informací o běžných situacích a vyšetřeních během těhotenství a porodu, nicméně tyto informace od porodní

asistentky byly jen ve 22, 97 %. Toto shledávám, jako docela špatnou vizitku porodních asistentek, které by se mohly určitě zapojit více. Nezodpovězenou otázkou tak ale zůstává, zda jen na toto nemají kvůli velkému vytížení a velkému počtu pacientek čas, nebo o to vůbec nestojí.

Všechny informantky dále uvedly, že informace, které získaly od zdravotníků, byly dostačující a považují je za hlavní zdroj informací. Stejně tomu najdeme i ve studii Vanečkové a kol. (2019, str. 235) zaměřené na kvalitu péče o ženy od prenatálního období až po postnatální, studie ukazuje, že 85,3 % žen bylo od zdravotníků dostatečně a kvalitně informované o zdravotním stavu. Naopak v diplomové práci Kuchařové (2018, str. 90) bylo zjištěno, že nejčastěji hledají informantky informace na internetu (47 %), dále pak na sociálních sítích (14 %) a jen 11 % informantek považovalo za zdroj informací lékaře. To mohlo být způsobeno tím, že data pro svou diplomovou práci, na rozdíl ode mě, sbírala v nemocnici fakultativního typu. Studie Takácsové a Seidlerové (2013, str. 157) totiž poukazuje na to, že všeobecně bývají ženy více informované a spokojené v menších nemocnicích nefakultativního typu. Na informovanost zaměřenou na GDM klade důraz také Štechová (2015, str. 147) i Balíková (2021), které shodně uvádějí, že je potřeba kvalitní informovanost a edukace u žen s GDM, aby se předešlo všem možným komplikacím a ženy s GDM měly dobře kompenzovaný gestační diabetes mellitus. V mém průzkumném šetření byly informantky o všem s ohledem na GDM náležitě informované. Zároveň Štechová (2015, str. 147) zmiňuje, že nedostatek informací budí v ženách stres a úzkost Stejně tomu najdeme i v studii Takácsové a kol. (2011, str. 14), kde uvádějí, že nedostatečná informovanost vytváří v ženách stres a pocit, že ztrácí kontrolu. V mém průzkumném šetření nic takového u informantek neproběhlo, neboť, jak jsem zmínila, informované byly dostatečně. Takácsová a kol. (2011, str. 14) mimo jiné také zmiňují důležitost informovat ženy, i když nastanou komplikace, protože ženy vnímají závažnost situace, ale nedokáží se v ní zorientovat. Nicméně dost často právě v takových situacích není na kvalitní informovanost prostor. To se potvrdilo i v mém průzkumném šetření, kdy u informantky B došlo k akutnímu císařskému řezu a informace, které informantka dostala, byly velmi omezené. Nicméně informantka si uvědomovala závažnost situace a chápala, že nebyl na toto čas. Veškeré informace dostala po porodu. Ostatní informantky řekly, že měly během porodu dostatek informací a vždy věděly, co se s nimi děje a proč se tomu tak děje i jak třeba zmírnit bolest. To se liší oproti studii Vanečkové a kol. (2019, str. 235), kteří uvádějí, že o managementu bolesti při porodu bylo

informováno v jejich souboru informantek pouze 33, 3 % žen a tyto informace byly danými informantkami velmi postrádané.

Průzkumná otázka 4: Co osloveným ženám nejvíce chybělo v rámci poskytované zdravotnické péče?

Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány ve čtvrté kategorii. K tomuto tématu se vztahoval okruh 9, který se zabýval tím, zda něco v péči informantkám chybělo, a co by pro příště chtěly změnit.

Obecně lze říci, že informantky byly s péčí spokojeny. Nedostatky zmínily informantky A a D, které by si přály zlepšit přístup na diabetologii. Také by chtěly, aby se k nim přistupovalo individuálně. Individuální přístup by si od začátku přála i informantka B, a ne až, když se onemocnění více projeví. To, že je od zdravotníků k pacientům vyžadován individuální přístup popisují ve své publikaci Vévoda a kol. (2013, str. 48). Konkrétně k GDM a individuálnímu přístupu o tyto těhotné se vyjadřují ve své publikaci Štechová a kol. (2014, str. 68), kdy tvrdí, že diabetologická péče by měla být individuální a odvíjet se od míry rizika GDM, kompenzace GDM a dalších možných komplikací. Další, co bylo vytýkáno, byl přístup personálu. Informantka C vytýkala nedostatečný zájem porodní asistentky v těhotenské poradně a informantka D zase zmiňovala, že by velmi ráda cítila od personálu během porodu větší podporu, aby se cítila lépe. To, že je pro těhotné a rodičí ženy velmi důležitý přístup, chování personálu a také poskytování psychické podpory již bylo několikrát výše zmíněno a potvrzuje to i studie Takácsová a kol. (2011, str. 201), která říká, že přístup a chování personálu k rodičkám je nejdůležitější faktor pro spokojenost těhotných žen a rodiček. Jen dvě informantky (I (C, F)) neshledávaly žádné nedostatky a nic by tak neměnily. Jsou rozhodnuty, pokud znovu otěhotní, родit na stejném místě. Pokud jsou ženy s péčí i s přístupem a chováním personálu spokojené, většinou se rozhodnou znovu pro výběr stejné porodnice a také porodnici ve většině případů doporučí svým přátelům. To opět potvrzuje výzkum Takácsová a Seidlerová (2013, str. 164), kde s péčí na porodnickém oddělení bylo spokojeno 70 % žen, kdežto na oddělení šestinedělí bylo spokojených jen 61 % žen, a z toho 62 % žen by šlo do porodnice znovu родit a 65 % žen by porodnici doporučilo přátelům.

Jsem ráda, že informantky byly s péčí spokojené a neshledávaly z pohledu porodních asistentek a gynekologů velké nedostatky. Nicméně, já osobně vidím nedostatky v péči porodních asistentek v ambulanci, které k onemocnění přistupovaly velmi pasivně, až bez zájmu. Jsem ráda, že informantky hovořily o podpoře, empatii a šikovnosti, ale myslím si, že

s ohledem na GDM by se mohly porodní asistentky zapojit více. Zajímalo by mě, co jim v tomto brání. Možná by příští výzkum mohl být veden nějakým takovým směrem. Zda porodní asistentky stojí o to, se na péči o těhotné s GDM aktivně podílet, zda by mohlo dojít i k rozšíření vzdělávání porodních asisterek v této oblasti. Já osobně si myslím, že by toto jen mohlo zvýšit úroveň péče o ženy s GDM .

8 ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem Hodnocení péče o ženu s gestačním diabetem mellitem se zaměřuje na celkovou zdravotní péči o tyto ženy a na jejich spokojenost s touto péčí. Pro lepší pochopení tohoto hodnocení byl v průzkumném šetření popsán i průběh těhotenství a průběh porodu. Dále byl průzkum zaměřen i na psychiku těhotných žen, především na to, jak jejich psychiku ovlivnilo onemocnění GDM. Jedná se tedy o práci teoreticko–průzkumnou.

V teoretické části této diplomové práce bylo detailně popsáno onemocnění gestační diabetes mellitus, rizikové faktory pro vznik, léčba, ale také i rizika možných komplikací, které se při nedostatečné kompenzaci gestačního diabetu mellitu mohou vyskytnout jak u matky, tak i plodu. Dále byla popsána psychika těhotných žen a psychické změny, kterými ženy během těhotenství prochází. V neposlední řadě byly zmíněny i nepříznivé psychologicko-sociální faktory, které mohou ovlivnit psychiku žen a také mohou mít spojitost s GDM. Závěr teoretické části je věnován kvalitě poskytované zdravotní péče a zejména spokojenosti pacientů a faktorům, které spokojenost ovlivňují. Cílem teoretické části bylo detailně přiblížit problematiku onemocnění GDM a popsat péči zdravotníků na základě doporučených postupů. Dále se věnovat psychice těhotných žen a kvalitě poskytované péče. Tento cíl byl splněn.

V současné době se o onemocnění diabetes mellitus hovoří jako o epidemii diabetu mellitu. Každoročně vzrůstá ve světové populaci počet diabetiků. Tento vzestupný trend můžeme sledovat i v porodnictví, kdy záchyt gestačního diabetu mellitu u těhotných žen je čím dál častější. V současné době až u 18 % těhotných. Tento fakt, je pravděpodobně způsobený i nevhodným životním stylem–nevyváženou stravou a nedostatkem pohybu. Což potvrzuje ve své publikaci Krejčí (2016, str. 53). Není tedy překvapením, že se porodní asistentky při své práci setkávají velmi často s gestačními diabetičkami. Porodní asistentky se na péči o tyto ženy mohou podílet mnohem více, než že provedou základní vyšetření v poradnách a velmi obecně a omezeně sdělí informace o tomto onemocnění. Již na bakalářském studiu, které je nutné absolvovat k vykonávání profese porodní asistentky, nalezneme předměty, které se zabývají rizikovým těhotenstvím a zdravým životním stylem, kde se péče o gestační diabetičky probírá. Své znalosti v této oblasti mohou porodní asistentky dále zdokonalovat i po dokončení studia v rámci kurzů a odborných přednášek. Nejsem si však jistá, zda o toto je mezi porodními asistentkami zájem.

V průzkumné části této diplomové práce jsou interpretovány výsledky z kvalitativního šetření. Data byla sbíraná v nemocnici okresního typu pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

K zajištění naprosté anonymity informantek byl vytvořen informovaný souhlas. Před zahájením rozhovorů byly připraveny základní otázky, které nadále byly rozvíjeny dle průběhu rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány jako audioverze na mobil a později přepsány do elektronické textové podoby. Následně byla data analyzována a vyhodnocena.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaká je míra spokojenosti žen s GDM s poskytnutou zdravotnickou péčí. Z výsledků lze vyhodnotit, že informantky byly celkově s péčí spokojeny. Všechny uvedly, že byly vždy dostatečně informovány a edukovány, nicméně zdroje těchto informací se lišily. Z výsledků dále vyplývá, že porodní asistentky v ambulancích se na péči o gestační diabetičky podílejí jen velmi omezeně. Převážně provedou jen základní úkony. Informace a edukaci o tomto onemocnění zcela přenechávají na lékaři a aktivně se do tohoto tématu nezapojují. Podobně tomu najdeme i v diplomové práci Kočí (2020), kdy porodní asistentka byla považována za zdroj poskytování informací jako nejméně častá zvolená možnost. Na porodním sále pak již porodní asistentky nemají velkou příležitost do onemocnění nějak více zasáhnout a jejich péče spočívá v něčem jiném. I přes tento fakt byly informantky s péčí porodních asistentek, zejména při porodu, spokojené. S celkovou péčí zdravotníků také, i přesto, že shledaly nějaké nedostatky. Jaké nedostatky informantky shledaly v rámci poskytnuté péče, byl také jeden z cílů diplomové práce. Nejčastěji zmiňované nedostatky souvisely s přístupem a s chováním zdravotníků. Dalším cílem bylo zjistit, jestli se informantky domnívají, že GDM ovlivnilo jejich psychiku. Z výsledků vyplývá, že onemocnění ovlivnilo psychiku informantek. Samozřejmě každá žena je individuální osobnost, proto na každou onemocnění GDM působilo jinak. Obecně ale lze říci, že se u informantek objevily zejména strach z neznáma, obavy, zda vše zvládnou a zda bude vše v pořádku. Ačkoliv psychika těhotných žen je docela časté téma, z výsledku vyplývá, že zdravotníci se věnovali hlavně fyzické složce osobnosti žen a psychická složka byla upozaděna. Jeden z posledních cílů této diplomové práce bylo, zjistit průběh těhotenství a porodu u žen s GDM. Bylo zjištěno, že se jednalo zcela o individuální záležitosti, ve kterých sehrála roli spousta různých faktorů, mimo jiných i právě GDM a jeho kompenzace. Všech vytyčených cílů pro tuto diplomovou práci bylo tedy dosaženo.

Závěrem bych chtěla říci, že jsem velmi potěšena, že oslovené informantky byly s péčí spokojené. Nicméně si myslím, že péče by se dala ještě vylepšit. Již jsem nastínila, že by porodní asistentky mohly v péči nabídnout mnohem více. A byla bych velmi ráda, kdyby k tomu došlo, neboť je jisté, že s GDM se budeme setkávat nadále a mnohem častěji.

9 POUŽITÉ ZDROJE

Literární zdroje

1. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015, 112 s. ISBN 978-80-247-9727-4.
2. BEDNAŘÍK, Milan. *Kvalita péče ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Ústav práva a právní vědy, o.p.s. a European Business School SE, 2018, 45 s. ISBN 978-80-87974-14-8.
3. BINDER, Tomáš a Blanka VAVŘINKOVÁ. *Porodnictví pro porodní asistentky*. 1. vydání. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2016, 240 s. ISBN 978-80-7561-020-1.
4. BINDER, Tomáš a kolektiv. *Nemoci v těhotenství a řešení vybraných peripartálních stavů*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2020, 368 s. ISBN 978-80-271-2009-3.
5. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK a Karel MARŠÁL a kol. *Porodnictví*. 3., přep. vydání. Praha: Grada publishing, 2014, 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
6. GLADKIJ, Ivan a kolektiv. *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
7. GLADKIJ, Ivan, Leoš HEGER a Ladislav STRNAD. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
8. HÁJEK, Zdeněk a kolektiv. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada publishing, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
9. HENDL, JAN a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017, 464 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
10. HENDRYCH LORENZOVÁ, Eva a Irena RAISNEROVÁ. *Being a happy midwife/ Být šťastná porodní asistentka*. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2020, 136 s. ISBN 978-80-261-0985-3.
11. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000, 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
12. KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*. 3. vydání. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, 2015, 140 s. ISBN 978-80-213-2591-3.
13. KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. 1. vydání. Praha: Triton, 2013, ISBN 978-80-7387-624-1.

14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
15. LEBL, Jan a Štěpánka PRŮHOVÁ a kolektiv. *Abeceda diabetu*. 5., rozšířené a přepracované vydání. Praha: MAXDORF, 2018, 286 s. ISBN 978-80-7345-582-8.
16. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství II. díl, Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002, 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
17. NICHOLS, Lily. *Real food for gestational diabetes: An Effective Alternative to the Conventional Nutrition Approach*. La Vergne, Tennessee: Lightning Source Inc., 2015. ISBN 978-0986295003.
18. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6
19. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
20. PEČENÁ, Marie. *Psychologie těhotenství*. In: Čepický, P. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu ČGPS ČLS JEP. Praha: Levret, 1999, s. 147-154. ISBN 80-238-4740-6.
21. PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ a kolektiv. *Praktická diabetologie*. 6., aktualizované a doplněné vydání. Praha: MAXDORF, 2018, 814 s. ISBN 978-80-7345-559-0.
22. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
23. PROCHÁZKA, Martin a kolektiv. *Porodní asistence, Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. Praha: Maxdorf, 2020, 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
24. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vydání. Praha: Reklamní atelier AREA s.r.o., 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4
25. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví*. 2., přeprac a doplň. vydání. Praha: Grada publishing, 2017, 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
26. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Porodnictví v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2020, 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.
27. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. 3. přeprac. vydání. Praha: One Woman Press, 2009, 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
28. ŠTECHOVÁ, Kateřina a kol. *Dítě diabetické matky, Komplexní pohled na diabetes a těhotenství*. Semily: GEUM, s.r.o., 2014, 228 s. ISBN 978-80-87969-06-9.

29. ŠTECHOVÁ, Kateřina. *Dítě diabetické matky v otázkách a odpovědích*. 1. vydání. Semily: GEUM, s.r.o., 2015, 177 s. ISBN 978-80-87969-14-4.
30. ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2010, 247 s. ISBN 978-80-246-1820-3.
31. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-308-0.
32. VÉVODA, Jiří a kolektiv. *Motivace sester a pracovní spokojenost*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2013, 160 s. ISBN 978-80-271-2098-7.

Elektronické zdroje:

33. ANDERLOVÁ, Kateřina; Hana KREJČÍ a Martin HALUZÍK. Co obnáší přijetí nových mezinárodních doporučení pro screening a diagnózu gestačního diabetes mellitus?. *Forum diabetologicum*[online]. 2014, **3**(2): 67-73. [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://www.forumdiabetologicum.sk/casopisy/forum-diabetologicum/2014-2/co-obnasi-prijeti-novych-mezinarodnich-doporuceni-pro-screening-a-diagnozu-gestacniho-diabetes-mellitus-49076>
34. BALÍKOVÁ, Marietta. Gestační diabetes – intervence, edukace a terapie. *Florence* [online]. 2021, č. **5**, [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2021/5/gestacni-diabetes-intervence-edukace-a-terapie/>
35. BECKERT, R. H., BAER, R. J. et. al. Maternal anemia and pregnancy outcomes: a population-based study. *J Perinatol* [online]. 2019, **39**: 911-919. [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/s41372-019-0375-0>
36. ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. Národní diabetologický program 2012 – 2022. [online].[cit. 2020-10-20]. Dostupné z: <https://www.diab.cz/narodni-diabetologicky-program-2012-2022>
37. DOPORUČENÉ POSTUPY ČGPS ČLS JEP. Gestační diabetes mellitus. *Sbírka doporučených postupů č. 5/2019*. [online]. [cit. 2021-10-20]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/wpcontent/uploads/2019/04/2019-05-gestastacni-diabetes-mellitus-dp-cgps-clj-jep-revize-1.pdf>
38. DUBLIN, S. et al. Evidence on: Induction for Gestational Diabetes. *Evidence Based Birth* [online]. updated on 2019, [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: <https://evidencebasedbirth.com/evidence-on-induction-for-gestational-diabetes/>

39. EGAN, A. M. et. al. Diabetes in pregnancy: worse medical outcomes in type 1 diabetes but worse psychological outcomes in gestational diabetes. *QJM: An International Journal of Medicine* [online]. 2017, **110**(11): 721-727. [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcx106>
40. GANTE, I, et al. Metformin in gestational diabetes mellitus: predictors of poor response. *European Journal of Endocrinology* [online]. 2018, **178**(1): 129-135. [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1530/EJE-17-0486>
41. GOLDMANNOVÁ, Dominika a kol. Gestační diabetes mellitus – patofyziologie, možnosti prevence a léčba. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2019, **21**(5): 276-279. [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201905-0004_gestacni_diabetes_mellitus_8211_patofyziologie_moznosti_prevence_a_lecba.php
42. HAMZA, A., HERR, D., SOLOMAYER E. F. et al. Polyhydramnios: Causes, Diagnosis and Therapy. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* [online]. 2013, **73**(12): 1241 - 1246. [cit. 2021-11-26]. Dostupné z: https://eref.thieme.de/ejournals/1438-8804_2013_12#/10.1055-s-0033-1360163
43. HOPPER, Elizabeth. Maslow's Hierarchy of Needs Explained. *ThoughtCo* [online]. 2021, [cit. 2022-01-21]. Dostupné z: <https://www.thoughtco.com/maslows-hierarchy-of-needs-4582571>
44. KAILOVÁ, Karla a DUŠOVÁ, Bohdana. Návštěvní služba porodní asistentky v domácnosti. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2017, [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/navstevni-sluzba-porodni-asistentky-v-domacnosti-483603>
45. KC, K. et al. Gestational Diabetes Mellitus and Macrosomia: A Literature Review. *Ann Nutr Metab* [online]. 2015, **66**(2): 14-20. [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000371628>
46. LAMPINEN, R. et al. A Review of Pregnancy in Women Over 35 Years of Age. *The open nursing journal* [online]. 2009, **3**: 33-38. [cit. 2022-02-03]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729989/>
47. LYDON, K. et. al. Psychological stress associated with diabetes during pregnancy: a pilot study. *Ir Med J* [online]. 2012, **105**(5 Suppl):26-28. [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22838106/>

48. TALAWAR, S., VENKATESH, G. Outcome of teenage pregnancy. *Journal of Dental and Medical Sciences* [online]. 2013, 6(6): 81-83. [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: <https://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol6-issue6/M0668183.pdf>
49. TANCEROVÁ, Tereza. Vyvolání porodu: kdy je třeba příchod dítěte na svět urychlit a jaká jsou rizika?. *zdraví.euro.cz* [online]. 2019, [cit. 2022-03-26]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/vyvolani-porodu>
50. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMOCÍ A STATISTIKY ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2018.[online]. [cit. 2020-10-20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>
51. WILLIAMSON, C. S. Nutrition in pregnancy. *Nutrition Bulletin* [online]. 2006, 31: 28-59. [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-3010.2006.00541.x>
52. ZHANG, X. et al. Association of gestational diabetes mellitus and abnormal vaginal flora with adverse pregnancy outcomes. *Medicine* (Baltimore) [online]. 2018, 97(34):e11891. [cit. 2021-11-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6112872/>

Články z časopisů:

53. ANDERLOVÁ, Kateřina. Screening gestačního diabetes mellitus. *Vnitřní lékařství*. 2021, 67(6), 366-367. ISSN 0042-773X.
54. KREJČÍ, Hana, Kateřina ANDĚLOVÁ a kolektiv. Gestační diabetes mellitus, Mezioborová spolupráce. *Česká gynekologie*. 2018, 83(5), 397-406. ISSN 1210-7832.
55. KREJČÍ, Hana. Gestační diabetes mellitus. *Vnitřní lékařství*. 2016, 62(4), 52-61. ISSN 0042-773X.
56. MAREŠ, Jiří. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely. *Praktický lékař*. 2009, 89(2), 59-64. ISSN 0032-6739.
57. MAŘEŠ, Jiří. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely. *Praktický lékař*. 2009, 89(12), 668-674. ISSN 0032-6739.
58. ONDRIOVÁ, Iveta, Anna HUDÁKOVÁ a Matilda PAVELKOVÁ. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Sestra*. 2013, 23(1), 33-35. ISSN 1210-0404.
59. TAKÁCS, Lea a Eliška KODYŠOVÁ. Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie*. 2011, 76(3), 199-204. ISSN 1210-7832.

60. TAKÁCS, Lea a J. SEIDLEROVÁ. Psychosociální klima porodnice očima rodiček I. Výsledky celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí v ČR u reprezentativního souboru 1195 rodiček. *Česká gynekologie*. 2013, 78(2), 157-168. ISSN 1210-7832.
61. TAKÁCS, Lea a kol. Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky. *Psychologie pro praxi*. 2011, 46(3), 9-23. ISSN 1803-8670.
62. VANEČKOVÁ, Martina a kolektiv. Kvalita péče o ženy od prenatálního po postnatální období – dotazníková studie. *Pediatric pro praxi*. 2019, 20(4), 234-237. ISSN 1213-0494.
63. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. *Sbírka zákonů*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR, 2011, 20(55). ISSN 1211-1244.

Kvalifikační práce:

64. KOČÍ, Marcela. *Informovanost těhotných žen a matek o těhotenství a porodu*. Brno, 2020. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: PhDr. Mgr. et Mgr. Jitka Slaná Reissmannová, Ph.D.
65. KUCHAROVÁ, Miroslava. *Strava žen s gestačním diabetem*. Praha, 2018. Diplomová práce (Mgr.), Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, III. interní klinika 1. LF UK. Vedoucí práce: MUDr. Hana Krejčí, Ph.D.
66. ŠPIDLENOVÁ, Zuzana. *Vliv gestačního diabetes mellitus na porod*. Olomouc, 2019. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Vedoucí práce: MUDr. Zuzana Nováková, Ph.D.

10 PŘÍLOHY

Příloha A - <i>Informovaný souhlas</i>	93
Příloha B - <i>Polostrukturovaný rozhovor</i>	94
Příloha C- <i>Doporučený postup v diagnostice GDM z roku 2008 a srovnání s novým doporučeným postupem z roku 2014 (Anderlová a kol., 2014, str. 69–70)</i>	95
Příloha D – <i>Kompetence porodních asistentek (Vyhláška č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, Sbírka zákonů)</i>	96
Příloha E - <i>Maslowova pyramida potřeb (Hopper, 2021)</i>	97

Informovaný souhlas

Polostrukturovaný rozhovor k diplomové práci

Hodnocení péče o ženu s gestačním diabetem mellitem

Dobrý den, jmenuji se Bc. Veronika Bušková, pracuji na gynekologicko-porodnickém oddělení v Klatovské nemocnici a zároveň jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Univerzitě Pardubice, Fakultě zdravotnických studií, oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví. Ve své diplomové práci se zabývám péčí o ženy s gestačním diabetem mellitem a jejich celkovou (ne)spokojeností s průběhem péče v průběhu těhotenství s tímto onemocněním.

Jako metodu sběru dat jsem si vybrala polostrukturovaný rozhovor, což znamená, že s Vámi povedu rozhovor a budu se Vás ptát na otázky ohledně probíraného tématu. Jelikož Vaše odpovědi budu dále zpracovávat, prosím Vás o důkladné přečtení a případný podpis následujících řádků:

Já, _____ souhlasím, abych se zúčastnila

(plné jméno a datum narození)

výzkumného šetření ve prospěch diplomové práce zaměřené na hodnocení péče o ženu s gestačním diabetem mellitem. Výzkumné šetření spočívá v provedení rozhovoru s mou osobou, který bude po celou dobu nahráván. Dále také souhlasím s publikováním anonymizovaných výsledků v diplomové práci, odborných časopisech pro zdravotnické obory a pro prezentace na vědeckých a vzdělávacích akcích aj. Rozumím cíli výzkumného šetření a v čem spočívá moje role. Všechny informace mi byly předány srozumitelným způsobem ústně a na všechny mé případné otázky mi byla poskytnuta srozumitelná odpověď. Veškeré údaje o mé osobě zůstanou zcela anonymní. Svým podpisem potvrzuji, že má účast v šetření je dobrovolná. Účast v průzkumném šetření mohu kdykoliv ukončit bez udání důvodu ústním sdělením.

Dne: _____

Podpis: _____

Telefon: _____

Email: _____

Polostrukturovaný rozhovor – základní okruhy otázek

1. **Identifikační otázky** (věk, parita, anamnéza...)
2. **Okruh 1**–Jak probíhalo určení diagnózy GDM?
3. **Okruh 2**–Jaký byl průběh léčby?
4. **Okruh 3**–Jak probíhala následná péče gynekologa, diabetologa, popř. porodní asistentky po diagnostice GDM?
5. **Okruh 4**–Mohla byste popsat průběh Vašeho porodu?
6. **Okruh 5**–Mohla byste popsat průběh péče o Vás a novorozence krátce po porodu v souvislosti s GDM?
7. **Okruh 6**–Jak onemocnění GDM a jeho terapie ovlivňovala Vaší psychiku?
8. **Okruh 7**–Jak jste byla spokojená se zdravotníky a zdravotnickou péčí během vašeho těhotenství a porodu?
9. **Okruh 8**–Jak jste byla spokojená s informovaností a edukací o onemocnění GDM?
10. **Okruh 9**–Shledáváte nějaké nedostatky poskytnuté péče? Případně jaké?

Příloha C- *Doporučený postup v diagnostice GDM z roku 2008 a srovnání s novým doporučeným postupem z roku 2014* (Anderlová a kol., 2014, str. 69–70)

Tab. 1. Screening GDM v ČR dle doporučeného postupu z roku 2008 vzniklého po dohodě ČDS ČLS JEP a ČGPS ČLS JEP	
screening – celoplošný, dvojfázový	diagnóza GDM
1. trimestr těhotenství	
glykemie nalačno ze žíly	glykemie nalačno opakovaně $\geq 5,6$ mmol/l
oGTT v 1. trimestru u rizikových žen (anamnéza GDM, výskyt DM v RA, obezita, arteriální hypertenze, porod velkého či mrtvého plodu)	
mezi 24.–28. týdnem těhotenství	
75g oGTT	glykemie nalačno $\geq 5,6$ mmol/l glykemie v 60. minutě po zátěži $\geq 8,9$ mmol/l (označeno jako fakultativní) glykemie ve 120. minutě po zátěži $\geq 7,7$ mmol/l

Tab. 3. Srovnání diagnostických kritérií oGTT pro diagnózu GDM podle doporučeného postupu z roku 2008 a podle nového doporučeného postupu podle IADPSG schváleného ČDS ČLS JEP v dubnu 2014.

stanovení glykemie během oGTT	diagnostická kritéria GDM v ČR dle doporučeného postupu z roku 2008	diagnostická kritéria GDM dle IADPSG schválené ČDS ČLS JEP v dubnu 2014
nalačno	$\geq 5,6$ mmol/l	$\geq 5,1$ mmol/l
60. minuta oGTT	$\geq 8,9$ mmol/l (fakultativní stanovení)	$\geq 10,0$ mmol/l
120. minuta oGTT	$\geq 7,7$ mmol/l	$\geq 8,5$ mmol/l

Zákon 424/2004 Sb. o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků vymezuje činnosti porodní asistentky následujícím způsobem:

§ 5

Porodní asistentka

1. Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodičím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména
 - a. poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje,
 - b. provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav,
 - c. podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikací,
 - d. diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
 - e. sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření,
 - f. připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,
 - g. ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky,
 - h. zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,
 - i. zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.
2. Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.
3. Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví
 - a. asistuje při komplikovaném porodu,
 - b. asistuje při gynekologických výkonech,
 - c. instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.
4. Porodní asistentka se podílí pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i).
5. Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotných a rodičích žen, šestinedělek a pacientek s gynekologickým onemocněním.

