



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Péče porodní asistentky o ženu s diagnózou gestační
diabetes mellitus**

Bakalářská práce

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Kristýna Kadlecová

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou „*péče porodní asistentky o ženu s diagnózou gestační diabetes mellitus*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Drahomíře Filausové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji respondentkám, díky nimž bylo možné zrealizovat výzkumnou část bakalářské práce.

Péče porodní asistentky o ženu s diagnózou gestační diabetes mellitus

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na péči porodní asistentky o ženu s diagnózou gestační diabetes mellitus. Vzhledem k zaměření práce je v teoretické části popsán gestační diabetes mellitus, jeho diagnostika a léčba, porod, šestinedělí, novorozenecká matka s gestačním diabetem mellitem, role porodní asistentky, edukace, komunikace a s nimi související gestační diabetes mellitus.

Výzkum probíhal se ženami v jejich domácím prostředí v průběhu měsíce březen 2017. K provedení výzkumné části byla použita kvalitativní metoda. Sběr dat byl uskutečněn prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se ženami, kterým byl v těhotenství diagnostikován gestační diabetes mellitus. Polostrukturované rozhovory byly uskutečněny po předchozí domluvě a se souhlasem žen. Rozhovor obsahoval 8 otevřených otázek, které byly dle potřeby doplněny podotázkami. Analýza dat byla provedena metodou kódování v ruce, neboli tužka a papír. Odpovědi u jednotlivých respondentek byly označeny kódy, které byly poté zařazeny pod jednotlivé podkategorie.

Pro tuto bakalářskou práci byl stanoven jeden cíl. Cílem bylo zjistit, jaké názory mají ženy na potřebnou změnu v životním stylu v souvislosti s gestačním diabetem mellitem. Na základě tohoto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky. První otázka byla zaměřena na to, jak žena vnímala stanovení diagnózy. Druhá otázka zjišťovala, jaké změny v životním stylu u ženy s gestačním diabetem mellitem nastaly. A třetí otázka jakým způsobem byla žena edukována porodní asistentkou o změně životního stylu.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny respondentky, poté co jim byl gestační diabetes mellitus diagnostikován, změnily svůj dosavadní životní styl. Všechny respondentky pečlivě dodržovaly léčebnou dietu po celou dobu těhotenství až do konce šestinedělí. Z toho dvě respondentky do své léčby zařadily fyzickou aktivitu, kterou volily ve formě zrychlené chůze.

Výzkumné šetření také ukázalo, že porodní asistentka ženám podávala informace ohledně GDM a změně životního stylu pouze v omezené míře. Respondentky

byly zcela edukovány o změně životního stylu v diabetologické poradně, ale porodní asistentku v této oblasti za edukátorku nepovažovaly. Z toho vyplývá, že porodní asistentky spíše spoléhají na edukaci ženy z diabetologické poradny a vědomosti žen pouze doplňují.

Výsledky tohoto výzkumného šetření mohou sloužit jako informační materiál pro porodní asistentky, které chtějí zlepšit svou péči o ženu v těhotenství nebo které se na tuto profesi teprve připravují.

Klíčová slova

Gestační diabetes mellitus; porod; ošetrovatelská péče; porodní asistentka.

Midwife's care of a woman with a diagnosis of gestational diabetes mellitus

Abstract

The bachelor thesis is focused on the midwife's care of a woman with a diagnosis of gestational diabetes mellitus. In the theoretical part, there several issues are described, such as gestational diabetes mellitus, its diagnosis and treatment, birth, puerperium, newborn, role of midwife, education, communication and related gestational diabetes mellitus.

The survey was conducted with women in their home environment during March 2017. A qualitative method was used to carry out the research part. Data collection was conducted through semi-structured interviews with women diagnosed with gestational diabetes mellitus during pregnancy. Semi-structured interviews were carried out on prior agreement and with the consent of women. The interview contained 8 open questions, which were supplemented, if necessary, with other questions. Data analysis was done by the hand-coded method, or pen and paper method. Answers of individual respondents were identified by codes that were then categorized under each subcategory.

One goal was set for this bachelor thesis. The objective was to find out what opinions women have on the possible necessary lifestyle changes in relation to gestational diabetes mellitus. Based on this aim, three research questions have been identified. The first one was focused on how the woman perceived the diagnosis. The second question tried to find out the changes in the lifestyle of women with gestational diabetes mellitus. And the third one was how the woman was educated by a midwife about the lifestyle change.

The research revealed that all respondents, after being diagnosed with gestational diabetes mellitus, changed their existing lifestyle. All respondents carefully followed the treatment diet throughout the pregnancy until the end of the puerperium. Of these, two respondents included physical activity in their treatment as a quick walk.

A research survey also showed that the midwife gave women limited information about GDM and lifestyle changes. Respondents were totally educated about a lifestyle change at the diabetes clinic, but they did not consider the midwife in the area as a

educator. As a result, midwives tend to rely on the education of women from the diabetes clinic, and they only complete women's knowledge.

The results of this research can serve as the information material for midwives who want to improve their care of a woman during pregnancy or who are currently preparing for this profession.

Key words:

Diabetes mellitus; gestational diabetes mellitus; birth; nursing; midwife

Obsah

Úvod.....	10
1 Teoretická východiska	11
1.1 Definice a etiologie gestačního diabetu mellitu	11
1.1.1 Komplikace gestačního diabetu mellitu	12
1.2 Diagnostika gestačního diabetu mellitu	13
1.3 Léčba GDM	15
1.3.1 Fyzická aktivita	15
1.3.2 Dietní opatření	16
1.3.3 Inzulínoterapie	16
1.3.4 Perorální antidiabetika.....	17
1.4 Porod u ženy s gestačním diabetem mellitem.....	18
1.5 Sledování GDM v šestinedělí	19
1.6 Novorozenec	20
1.7 Edukace.....	21
1.8 Péče porodní asistentky o ženu s gestačním diabetem mellitem	24
1.9 Komunikace porodní asistentky.....	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky	28
2.3 Operacionalizace pojmů	28
3 Metodika	29
3.1 Použité metody a techniky	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30
4 Výsledky výzkumu.....	30
4.1 Kategorizace dat	32
5 Diskuze.....	42
6 Závěr	46
Seznam použitých zdrojů	48
7 Přílohy.....	52

7.1	Seznam příloh	52
8	Zkratky	55

Úvod

Gestační diabetes mellitus je porucha metabolismu sacharidů, která je poprvé u ženy diagnostikovaná v těhotenství a zpravidla v období šestinedělí odeznívá. Příčiny vzniku gestačního diabetu mellitu nejsou prozatím zcela objasněné, jsou však známé jisté rizikové faktory, které se na vzniku gestačního diabetu mellitu podílejí. Mezi tyto rizikové faktory řadíme, vrozené dispozice, obezitu, hypertenzi, diabetes mellitus vyskytující se v rodinné anamnéze nebo porod velkého plodu v předchozí graviditě.

Gestační diabetes mellitus je rizikový pro těhotnou ženu i pro novorozence, tudíž je důležitá včasná diagnostika. Tento screening se provádí u všech žen již v prvním trimestru těhotenství prostřednictvím vyšetření glykémie nalačno z žilní krve. Druhá fáze diagnostiky probíhá pouze u žen s negativním výsledkem při vyšetření glykémie nalačno a to mezi 24. - 28. týdnem těhotenství pomocí orálního glukózového tolerančního testu.

Léčba gestačního diabetu mellitu je zaměřena především na dietní opatření a fyzickou aktivitu. V případě, kdy není gestační diabetes přes režimová opatření dobře kompenzován, následuje u ženy inzulinoterapie nebo podávání perorálních antidiabetik. Těhotné ženy s gestačním diabetem mellitem jsou sledovány v diabetologické ambulanci, kde jim jsou pravidelně kontrolovány hodnoty glykémie. Zde jsou ženy sledovány i 3-6 měsíců po porodu.

Cílem této bakalářské práce je zjistit jaké názory mají ženy na změnu životního stylu v souvislosti s gestačním diabetem mellitem. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na změny životního stylu, kým a jakým způsobem byly těhotné ženy edukovány a zda mají o problematice dostatečné množství informací. Sběr dat byl proveden metodou kvalitativního šetření prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumné šetření tvořilo celkem 8 žen, kterým byl v těhotenství diagnostikován gestační diabetes mellitus.

Ráda bych, aby tato bakalářská práce byla přínosem, inspirací a zdrojem informací pro porodní asistentky.

1 Teoretická východiska

1.1 Definice a etiologie gestačního diabetu mellitu

Diabetes mellitus je syndrom, při kterém dochází k poruše látkové přeměny cukrů, tuků a bílkovin (Kudlová, 2015). Diabetes mellitus se projevuje vysokou hladinou glukózy v krvi (Vilímovský, 2015). Tento syndrom se rozděluje do několika skupin. Mezi základní druhy diabetu mellitu řadíme diabetes mellitus 1. typu, diabetes mellitus 2. typu a těhotenskou cukrovku (Vilímovský, 2015). Pro diabetes mellitus 1. typu je typický absolutní nedostatek inzulínu, přičemž diabetes mellitus 2. typu vzniká komplexem různých příčin například: poruchou dynamiky sekrece inzulínu, sníženou citlivostí tkání na inzulín nebo poruchou endokrinní funkce (Kudlová, 2015). Osoby s diabetem mellitem 1. typu jsou celý život závislé na podávání inzulínu exogenně (Kudlová, 2015).

Diabetes mellitus v těhotenství se rozděluje na pregestační diabetes, kdy onemocnění bylo stanoveno již před těhotenstvím, a gestační diabetes mellitus, který je diagnostikován až v těhotenství (Svobodová, 2011). Gregora a Velemínský (2013) uvádějí, že gestační diabetes mellitus (GDM) je stav, při kterém má těhotná žena sníženou toleranci přijímaného cukru. Dle Hájka et al. (2014) je GDM intolerance uhlohydrátů, která se poprvé diagnostikuje v období těhotenství. Toto onemocnění se u ženy objevuje až v druhé polovině těhotenství a do konce šestinedělí odeznívá (Andělová et al., 2015). V následujícím těhotenství se však často opět manifestuje (Hájek et al., 2014). Slezáková et al. (2011) uvádí, že výskyt GDM v České republice je přibližně 4 %. Celosvětově však těhotenská cukrovka postihuje až 17 % všech těhotných žen (Pařízek, 2015).

Příčina GDM není prozatím zcela jasná, jsou ale známé jisté rizikové faktory, které se podílejí na jeho vzniku (Adamíková, 2012). GDM postihuje především ženy, které mají k této poruše vrozené dispozice (Pařízek, 2015). Tyto dispozice se projeví v těhotenství z důvodu zvýšených nároků na metabolismus organismu (Pařízek, 2015). Základní dispozice, která způsobuje metabolické změny v průběhu těhotenství, je rostoucí inzulínová rezistence (Štěchová et al., 2014). GDM se nejčastěji diagnostikuje v druhé polovině těhotenství, kdy jsou maximálně produkovány antiinzulárně působící hormony (Pelikánová, Bartoš, 2013). Těhotenské hormony, které jsou produkovány

především placentou, zvyšují v období těhotenství hladinu krevního cukru (Pařízek, 2015). Tyto těhotenské hormony působí proti inzulínu (Pištorová, 2012). Inzulín je hormon produkovaný slinivkou břišní, který umožňuje udržet normální hladinu cukru v krvi a správně využít cukry, které přijímáme stravou (Pařízek, 2015). Štěchová et al. (2014) uvádí fetoplacentární jednotku jako zdroj inzulínové rezistence v průběhu gravidity.

Těhotenství žen s poruchou GDM je označováno jako těhotenství rizikové (Štěchová et al., 2014). Adamíková (2012) řadí mezi rizikové faktory, které se podílejí na vzniku GDM obezitu, diabetes mellitus vyskytující se v rodinné anamnéze, těhotenskou cukrovku v předchozím těhotenství, potraty, přítomnost glykosurie již na začátku těhotenství, hypertenzi, porod plodu nad 4 000 gramů nebo porod mrtvého plodu. Dále Pařízek (2015) k rizikovým faktorům řadí například věk ženy nad 30 let nebo nedostatek pohybu. Je prokázáno, že ženy, které se věnují sportu a do těhotenství se cvičení nevyhýbaly, mají nižší výskyt gestačního diabetu mellitu než ženy, které se sportu nevěnují (Pařízek, 2015). Počet pacientů s diabetem mellitem (DM) se v posledních desetiletích výrazně zvýšil, hlavním faktorem pro tento vzestup je vyšší výskyt nadváhy a obezity (Nabuco1, 2016). Dramatické zvýšení výskytu nadváhy a obezity bylo hlášeno u žen v reprodukčním věku (Vassilaki et al., 2015). Ženám, které prodělaly GDM v předchozím těhotenství, se zvyšuje riziko vzniku až na 30-50 % (Adamíková, 2012). Bowers et al. (2011) poukazují také na studii, která se zabývala tím, že železo ve stravě či jako doplněk stravy může u ženy poškodit funkce pankreatických beta buněk a tím poškodit metabolismus glukózy.

1.1.1 Komplikace gestačního diabetu mellitu

Pokud se GDM podchytí včas, minimalizují se tak veškerá rizika pro matku i plod (Hanáková et al., 2015). Těhotná žena trpící GDM je ohrožena vysokým krevním tlakem, preeklampií a při porodu velkého plodu také větším porodním poraněním (Gregora, Velemínský 2013). Pařízek (2015) uvádí další komplikace GDM jako například poruchy zraku, hypoglykemické kóma, poškození ledvin, infekce močových cest a častější porod císařským řezem. Do budoucna má žena vyšší riziko vzniku diabetu mellitu 2. typu a také mírně zvýšené kardiovaskulární riziko (Štěchová et al., 2014). Ženy s gestačním diabetem mellitem mají po porodu o 25 % vyšší riziko rozvoje

kardiovaskulárního onemocnění, vysokého krevního tlaku, anginy pectoris nebo infarktu myokardu (Department of Internal Medicine et al., 2016).

1.2 Diagnostika gestačního diabetu mellitu

V České Republice existuje vypracovaný systém, který vyhledává těhotné ženy s těhotenskou cukrovkou nebo ženy s rizikem, u kterých by mohla v období těhotenství cukrovka vzniknout (Gregora, Velemínský, 2011). Vyšetřeny by měly být všechny těhotné ženy, kromě těch žen, které se již s diabetem léčí (Pařízek, 2015). Tento diagnostický systém se skládá ze dvou fází (Adamíková, 2012). S prvním screeningem se začíná u ženy již v prvním trimestru těhotenství, druhá fáze se poté provádí mezi 24.-28. týdnem gravidity (Fuhrman, 2014).

První fáze screeningu

První fáze screeningu je určena pro všechny ženy do 14. týdne těhotenství (Andělová et al., 2015). V této fázi se stanovuje hladina cukru v krvi nalačno z žilní krve (Adamíková, 2012). Norma glykémie nalačno dle Hájka et al. (2014) je do 5,6 mmol/l. Pařízek (2015), Andělová et al. (2015) a Štěchová et al. (2014) mají však přísnější kritéria a tak normální glykémii považují do 5,1 mmol/l (viz tab.1).

Tabulka 1: Diagnostický postup

Glykémie nalačno < 5,1 mmol/l	Glykémie není třeba opakovat, žena podstupuje 2. fázi screeningu
Glykémie nalačno \geq 5,1 mmol/l	Glykémii nalačno je nutné opakovat co nejdříve (ne však ve stejný den)
Opakovaná glykémie nalačno < 5,1 mmol/l	Doporučeno provedení 75g oGTT
Opakovaná glykémie nalačno \geq 5,1 mmol/l	Těhotenská cukrovka, žena nepodstupuje oGTT

Zdroj: (Andělová et al., 2015), (Pařízek, 2015) a (Štěchová et al. 2014)

V případě, kdy má těhotná žena opakovaně glykémii nalačno ≥ 7 mmol/l, jedná se o tzv. zjevný diabetes mellitus v těhotenství, který zpravidla přetrvává i po ukončení šestinedělí (Fuhrman, 2014).

Druhá fáze screeningu

Druhou fází screeningu podstupují pouze ženy, které měly glykémii nalačno v normě, popřípadě ženy, které první fázi screeningu z nějakého důvodu nepodstoupily (Pařízek, 2015). Tento screening je prováděn pomocí orálního glukózového tolerančního testu (oGTT) mezi 24. až 28. týdnem těhotenství (Hájek et al., 2014). Testem oGTT zjišťujeme hodnoty glykémie po zátěži, která je vyvolána podáním 75g glukózy (Fuhrman, 2014). Dle Andělové et al. (2015) a Pařízka (2015) se na výsledky oGTT dá spolehnout, pokud žena dodrží určité podmínky. Dle Andělové et al. (2015), Pařízka (2015) a Fuhrmana (2014) se test provádí zpravidla v ranních hodinách, kdy je žena nejméně 8-14 hodin lačná, alespoň tři dny před testem oGTT by žena neměla měnit své dosavadní stravovací návyky a pokud je to možné, neměla by před testem brát léky, které by mohly výsledek ovlivnit. Zároveň je nutné den před testem vyloučit veškerou fyzickou aktivitu (Andělová et al., 2015). Odběry glykémie se musí odebírat výhradně ze žilní krve, poté jsou nejdéle do 1 hodiny stanoveny hodnoty glykémie (Pařízek, 2015). Po celou dobu testu oGTT žena dodržuje klidový režim a má zákaz kouření, žena může odložit oGTT test pouze v případě akutního onemocnění (Fuhrman, 2014).

Test oGTT se provádí od 24. - 28. týdne těhotenství, u těhotných žen s vysokým rizikem se však může provádět již na konci prvního trimestru (Štěchová et al., 2014). Na vyšetření oGTT se těhotná žena musí dostavit do specializované laboratoře (Pařízek, 2015). Provádí se tzv. tříbodové oGTT, které se skládá z hodnoty glykémie nalačno a po zátěži v 60 a 120 minutě (Štěchová et al. 2014). Glukóza se přidává do 250-300 ml vody nebo čaje, kterou žena poté vypije (Pištorová, 2012). Fyziologické hodnoty vyšetření oGTT jsou následující. Negativní screening je tehdy, pokud hodnoty glykémie nalačno jsou $< 5,1$ mmol/l, po 60 minutách $< 10,0$ mmol/l a dále po 120 minutách $< 8,5$ mmol/l (Andělová et al., 2015). Na diabetologii je žena odeslána v případě, kdy hodnoty glykémie nalačno jsou $\geq 5,1$ mmol/l, po 60 min $\geq 10,0$ mmol/l a po 120 minutách $\geq 8,5$ mmol/l (Andělová et al., 2015).

O GDM hovoříme tehdy, pokud je alespoň jedna hodnota při opakované glykémii abnormální (Hájek et al., 2014). Pokud je tomu tak, je žena odeslána do diabetologické poradny, kde je seznámena s postupem léčby (Gregora, Velemínský, 2011). Hájek et al. (2014) doporučují ženám s pozitivním výsledkem zopakovat celé vyšetření oGTT 3-6 měsíců po porodu.

1.3 Léčba GDM

Dle Hanákové et al. (2015) a Štěchové (2014) je základem léčby gestačního diabetu mellitu dietní opatření a fyzická aktivita s lehkou až střední zátěží. V případě, kdy dietní opatření ani fyzická aktivita nestačí k dosažení fyziologických hodnot glykémie, je zapotřebí zahájit léčbu inzulínem (Štěchová, 2014). Žena s gestačním diabetem mellitem je odeslána lékařem do diabetologické poradny, kde je sledována specialistou. U většiny žen je tudíž léčba ambulantní, v případě komplikací je však nutná hospitalizace (Gregora, Velemínský, 2011). Cílem léčby gestačního diabetu mellitu je dosažení fyziologických hodnot glykémie, a tím zamezení případných komplikací (Hájek et al., 2014). V porodnické ambulanci dále gynekolog u těhotné ženy sleduje krevní tlak, bílkovinu v moči a váhový přírůstek (Štěchová, 2014).

1.3.1 Fyzická aktivita

Fyzická aktivita u žen s gestačním diabetem mellitem patří k hlavním pilířům léčby a to především proto, že napomáhá snížit hladinu cukru v krvi a příznivě ovlivňuje krevní tlak (Pařízek, 2015). Správná pohybová aktivita má velmi prospěšný vliv na průběh těhotenství, zabraňuje oslabení svalů pánevního dna, působí jako prevence proti bolesti zad a pomáhá ženě udržet si tělesnou kondici (Hanáková et al., 2015). Pro těhotnou ženu je vhodná pohybová aktivita ve formě chůze, plavání nebo individuálního cvičení pro těhotné (Psottová, 2015). Těhotná žena by se měla vyvarovat sportům, u kterých hrozí pád nebo úder do břicha, jako například jízda na koni, jízda na lyžích nebo jízda na kole (Hanáková et al., 2015). O míře fyzické zátěže by se žena s GDM měla poradit se svým lékařem (Psottová, 2015).

1.3.2 Dietní opatření

Ženy s gestačním diabetem mellitem musí dodržovat speciální dietu, na které se domluví společně s diabetologem tak, aby vyhovovala jak ženě, tak určitým kritériím specialisty (Behinová, Kaiserová, 2012). Základem dietní léčby je snížení sacharidů na 250-300g na den (Pařízek, 2015). Pokud je žena obézní, její příjem sacharidů je potřeba snížit na 225g za den (Adamíková, 2012). Stejně tak jako tuky a bílkoviny žena potřebuje také polysacharidy, které se vyskytují v pečivu, bramborách, těstovinách nebo v rýži (Pařízek, 2015). Správné složení kalorického příjmu by mělo vypadat takto: 35-40 % uhlohydrátů, 20-25 % bílkovin a 35-40 % tuků (Hájek et al., 2014). Dieta těhotné ženy musí být založena na pravidelné pestré stravě, která obsahuje dostatek ovoce a zeleniny, a zároveň vylučuje jednoduché sacharidy (Adamíková, 2012). Těhotná žena s GDM by nikdy neměla hladovět, proto se doporučuje zařadit do jídelníčku kolem 22. hodiny druhou večeři (Pařízek, 2015). Strava by měla být bohatá na vlákninu, vitamíny a minerály, především magnézium, jód, kyselinu listovou a kalcium (Pařízek, 2015). Dle Hanákové (2016) by v prvním trimestru těhotenství neměl váhový přírůstek překročit 2 kg za týden, přičemž v druhém trimestru by váhový přírůstek ženy měl být maximálně 400g za týden. Celkový doporučený váhový přírůstek během těhotenství je přibližně 12 kg, který si žena sama kontroluje pravidelným vážením (Hájek et al., 2014). Tato dieta by nikdy neměla vést k úbytku na váze (Pařízek, 2015).

1.3.3 Inzulínoterapie

Endokrinní část slinivky břišní je tvořena tzv. Langerhansovými ostrůvky, které obsahují několik typů buněk (Dyntr, 2012). Alfa buňky produkují hormon glukagon, který zvyšuje hladinu cukru v krvi, naopak beta buňky produkují hormon inzulín, který má za úkol hladinu cukru v krvi snížit (Šácha, 2013). Oba tyto hormony ovlivňuje hormon somatostatin, který je produkován v gama buňkách (Dyntr, 2012). Inzulín je hormon bílkovinné povahy, který umožňuje přestup glukózy z krve do buněk organismu (Šácha, 2013). Pro léčbu gestačního diabetu mellitu se doporučují humánní inzulíny s rychlým nástupem účinku, neboli krátkodobě působící inzulíny, které slouží k snížení glykémie po jídle (Štěchová, 2014). Inzulín aplikuje se před hlavními jídly do podkoží břicha, odkud se inzulín vstřebává nejrychleji (Pařízek, 2015). Štěchová (2014) i Pařízek (2015) uvádějí možnost aplikace i středně a dlouhodobě působících inzulínů

jako například detemiru a glarginu. Inzulinoterapie se zahajuje v případě, kdy se dietním opatřením nedaří dosáhnout hodnot glykémie nalačno do 5,3 mmol/l a do 6,7 mmol/l dvě hodiny po jídle (Hájek et al., 2014).

Glykemický profil si žena kontroluje pomocí glukometru, nejprve denně, každé ráno nalačno a také po každém hlavním jídle (snídaně, oběd, večeře), dále po snížení hodnot stačí glykémii monitorovat 1- 2x týdně (Pařízek, 2015). Na základě hodnot, které si žena v průběhu dne naměří, diabetolog naučí pacientku, jak si dávky inzulínu samostatně upravovat (Adamíková, 2012). Při léčbě inzulínem je žena ohrožena hypoglykemií, neboli nízkou hladinou cukru v krvi (Hájek et al., 2014). Příznaky hypoglykémie dle Mlčochy (2011) jsou bolesti hlavy, slabost, bušení srdce, pocení, nevolnost, zmatenost, mravenčení nebo snížení citlivosti končetin. K hypoglykémii může dojít, pokud si žena aplikuje inzulín k jídlu, které nemá dostatek polysacharidů ,nebo při vyšší fyzické aktivitě (Pařízek, 2015).

1.3.4 Perorální antidiabetika

Perorální antidiabetika (PAD) jsou léčiva, která zlepšují citlivost buněk na inzulín nebo stimulují beta buňky tvořící inzulín k vyšší činnosti (Štefánek, 2011). Perorální antidiabetika prostupují přes placentu, a tak představují v období organogeneze riziko srdečních vad nebo poškození končetin plodu, jako například syndaktylii nebo polydaktylii (Hájek et al., 2014). Perorální antidiabetika neboli PAD se mohou podávat v případě selhání diety ještě před zahájením léčby inzulínem (Štěchová, 2014). Glyburid nepřestupuje přes placentu a jeho užívání je bezpečné již od 12. týdne těhotenství, přesto je však tento přípravek více užíván v Americe než v Evropě (Štěchová, 2014). V Evropě se upřednostňuje podávání metforminu po 24. týdnu těhotenství ve formě tablet (Pařízek, 2015). Vilimovský (2014) tvrdí, že metformin zvyšuje citlivost periferních tkání, a tak organismus lépe využívá cukr jako zdroj energie. Mezi výhody užívání metforminu Pařízek (2015) řadí nižší váhový přírůstek a nepřítomnost rizika hypoglykémie, naopak však zdůrazňuje také nevýhody jako například menší účinnost, při které je nutné přidání inzulínu nebo zažívací potíže projevující se nevolností, průjemy nebo nechutenstvím. Metformin by neměly užívat ženy, které mají sníženou funkci ledvin (Mohr et al. 2012).

Podávání jiných druhů perorálních antidiabetik je prozatím v těhotenství kontraindikováno (Štěchová, 2014).

1.4 Porod u ženy s gestačním diabetem mellitem

Žena s gestačním diabetem mellitem má možnost zvolit si jakýkoliv alternativní způsob porodu, který nemocnice nabízí (Adamíková, 2012). Tudiž samotné stanovení diagnózy gestační diabetes mellitus není důvodem pro ukončení těhotenství císařským řezem, který představuje pro ženu větší zátěž (Štěchová et al., 2014). K císařskému řezu se přistupuje pouze v případě, pokud se u ženy či plodu vyskytuje další komplikace jako například makrosomie plodu, císařský řez v předchozím těhotenství, poloha plodu koncem pánevním nebo jiná přidružená onemocnění ženy či plodu (Hájek et al., 2014). Z důvodu hrozící makrosomie plodu musí žena s GDM podstoupit na konci těhotenství jedno ultrazvukové vyšetření navíc, při kterém lékař určuje biometrii plodu (Pařízek, 2015). Ženy, které jsou léčeny vyššími dávkami inzulínu nebo metforminem, je zapotřebí sledovat v perinologickém centru (Pařízek, 2015).

Přenášení v případě špatné kompenzace diabetu je kontraindikováno, tudíž by ukončení těhotenství mělo být pečlivě plánované nejpozději do termínu porodu (Andělová et al., 2015). Štěchová et al. (2014) uvádí, že poslední dny žen s těhotenskou cukrovkou jsou velmi rizikové vzhledem k riziku možnosti náhlého úmrtí plodu, přičemž riziko stále stoupá v případě potermínového těhotenství, zejména při makrosomii plodu. Na druhé straně žena, která má cukrovku dobře kompenzovanou a veškerá vyšetření svědčí o normálním průběhu, není nutné ukončovat těhotenství před 41. týdnem těhotenství (Andělová et al., 2015).

V případě užívání metforminu se při plánovaném ukončení těhotenství metformin vysazuje 48 hodin před porodem, jinak až zpočátku porodu (Andělová et al., 2014). Před spontánním porodem porodní asistentka zkontroluje hodnotu glykémie, podle které diabetolog s porodníkem sestaví individuální postup (Adamíková, 2012). Pokud je nutná infuzní terapie s obsahem glukózy v průběhu porodu, je potřeba do infuze přidat krátkodobě působící inzulín tak, aby byla udržena normoglykémie (Štěchová et al., 2014). Do 500 ml 5% glukózy se přidává inzulín dle naměřené hodnoty glykémie (Andělová et al., 2015). Pokud porodní asistentka naměří hodnoty glykémie do 6 mmol/l, lékař naordinuje 4 j. inzulínu, v případě naměřených hodnot 6-11 mmol/l je dávka inzulínu 7 j. a pokud glykémie přesahuje 11 mmol/l, podáváme 10 j. krátkodobě působícího inzulínu (Andělová et al., 2015). Při infuzní terapii 500ml 10% glukózy se dávka inzulínu zdvojnásobuje. Pomocí glukometru porodní asistentka kontroluje

hodnoty glykémie po 1-2 hodinách dle ordinace lékaře (Andělová et al., 2015). Pokud se v průběhu porodu nepodává infuze s obsahem glukózy a inzulínu, není potřeba monitorovat glykémii (Andělová et al., 2015).

1.5 Sledování GDM v šestinedělí

Šestinedělí neboli puerperium je doba šesti týdnů po porodu, při které se tvoří pouto mezi matkou a novorozencem (Gregora, Velemínský, 2011). V šestinedělí nastávají u matky anatomické a funkční změny, které vrací organismus do stavu jako před těhotenstvím (Gregora, Velemínský, 2011). V tomto období nastává regenerace organismu, jako je hojení porodních poranění na vnitřních a vnějších pohlavních orgánech, rozvoj mléčné žlázy nebo zavínování dělohy (Bašková, 2015).

Žena po spontánním porodu je po dvou hodinách na porodním sále převezena na stanici šestinedělí, pokud však žena rodila operačně císařským řezem je převezena na gynekologicko-porodnickou JIP a poté až na oddělení šestinedělí (Koudelková, 2013). Porodní asistentka po příchodu ženy na šestinedělí seznámí klientku s chodem této stanice, s následnou péčí, která u ní bude vykonávána, zkontroluje zavínování dělohy a současně i krvácení z rodidel, změní fyziologické funkce, proplachem žilní kanyly se ujistí o průchodnosti a pomocí glukometru zjistí hladinu cukru v krvi (Koudelková, 2013). V dnešní době už je běžný tzv. systém rooming-in, kdy je matka na pokoji společně s novorozencem, podmínkou však je zdravý novorozenec a matka, která je schopna mu poskytnout veškerou péči (Gregora, Velemínský, 2011).

Při ranní lékařské vizitě se u ženy sleduje zavínování dělohy, odcházení očístků, hojení porodních poranění nebo nástup laktace (Gregora, Velemínský, 2011). V následujících dnech porodní asistentka plní ordinace lékaře jako například odběry biologického materiálu nebo podávání léků a vše řádně zapisuje do ošetrovatelské dokumentace (Koudelková, 2013). Porodní asistentka edukuje šestinedělku o eliminaci zácpy za pomoci vhodných opatření jako je bohatá strava na vlákninu, příjem vhodných tekutin, pohybová aktivita nebo nepotlačování defekačního reflexu (Bašková, 2015).

U žen, které byly v průběhu těhotenství léčeny inzulínem, se provádí glykemický profil (4-6 bodový), v případě nefyziologických hodnot je nutná konzultace s diabetologem (Andělová et al., 2015). Po porodu lékař ženě ukončuje léčbu metforminem a inzulínem, je však vhodné nadále dodržovat dietní opatření s omezením jednoduchých cukrů a živočišných tuků (Pařízek, 2015). Ženy s těhotenskou cukrovkou

mají vyšší riziko vzniku diabetu mellitu zejména 2. typu, toto riziko se zvyšuje v souvislosti s věkem ženy, nadváhou nebo počtem těhotenství (Hájek et al. 2014). U žen s těhotenskou cukrovkou je riziko progresu do diabetu 2. typu až o 60 % vyšší (Sayakhot, Carolan-Olah, 2016). Tudíž je důležité, aby žena nadále byla sledována praktickým lékařem nebo přímo diabetologem a přibližně po 3-6 měsících by měla podstoupit kontrolní vyšetření OGTT (Gregora, Velemínský, 2011). Dále je ženě doporučeno jednou ročně vyšetření glykémie nalačno a jednou za tři roky OGTT (Adamíková, 2012). Jako prevence vzniku diabetu je ženám doporučen zdravý životní styl se snahou o udržení normální hmotnosti pomocí fyzické aktivity (Štěchová, 2014).

Kojení se u žen doporučuje zejména z důvodů prevence obezity u dětí (Adamíková, 2012). Dle Štěchové (2014) je dokázané, že kojící ženy mají vyšší senzitivitu k inzulínu, tudíž lepší glukózovou toleranci a předpokládá se, že kojení u matky mírně snižuje riziko vývoje diabetu 1. a především 2. typu. V průběhu kojení je kontraindikována léčba metforminem (Andělová et al., 2015). Ženy s diabetem však mohou mít mírně opožděný nástup laktace, proto jsou někdy nutné u novorozence příkrmy (Štěchová, 2014).

1.6 Novorozenec

Novorozenci matek s gestačním diabetem mellitem jsou charakterizováni jako vysoce riziková (Hájek et al., 2014). Novorozence charakterizujeme dle gestačního stáří, porodní hmotnosti a jejich vzájemným vztahem (Dort, 2013). Zralý fyziologický novorozenec je narozen ve 38. – 42. týdnu těhotenství gestačního stáří s hmotností 2500g – 4200g (Klíma et al., 2016).

První ošetření novorozence zajišťuje dětská sestra nebo porodní asistentka přímo na porodním sále (Hanáková et al., 2015). První ošetření novorozence zahrnuje podvázání a ošetření pupečnicku, zvážení novorozence, označení novorozence identifikačním náramkem, osušení hlavičky a těla dítěte, zkontrolování průchodnosti rekta, aplikaci očních kapek do spojivkových vaků, aplikace Kanavitu per os a zhodnocení skóre dle Apgarové (Klíma et al., 2016). Skóre dle Apgarové se u novorozence hodnotí za jednu, za pět a za deset minut po porodu, při tomto pozorování hodnotí porodní asistentka pět životních projevů novorozence – barvu, srdeční frekvenci, dech, svalový tónus a reakci na podráždění (Klíma et al., 2016). U porodu novorozence matky s GDM by měl být vždy přítomen i neonatolog (Hájek et al., 2014).

Novorozence označujeme jako rizikového v případě, kdy jeho zdravotní stav vyžaduje zvýšenou péči a kontrolu (Hanáková et al., 2015).

Zvýšená tvorba vlastního inzulínu a vyšší přísun cukru během těhotenství způsobují rychlejší růst plodu (Behinová, 2012). Tyto děti jsou pak příliš velké a jejich porodní hmotnost může přesahovat až přes 4 500 gramů (Gregora, Velemínský 2011). Makrosomie se hodnotí pouze podle porodní hmotnosti dítěte (Štěchová et al., 2014). Novorozenec je také ohrožen porodním poraněním (dystokie ramének), syndromem respirační tísně, infekční morbiditou, polycytemií, hypokalcemií nebo neonatální hypoglykemií (Hájek et al., 2014). Hranice hypoglykémie je dle Štěchové et al. (2014) 2,6 mmol/l, při této hodnotě se mohou u novorozence projevit příznaky, jako jsou třes, zvýšená dráždivost, křeče, tachypnoe, křik nebo také naopak letargie, hypotonie, apnoické pauzy až kóma.

Dále je novorozenec ohrožen tzv. diabetickou fetopatií (Hájek et al., 2014). Děti s diabetickou fetopatií jsou ihned nápadné, jsou makrosomické, mají mohutný hrudník a krátký krk, kůže je zarudlá, lesklá a hojně pokrytá mázkem, mají plné tváře a větší množství podkožního tuku (Štěchová et al., 2014). Dle Pařízka (2015) mezi další komplikace, které mohou u novorozence nastat, patří především poruchy srdečního rytmu, zhoršený průběh novorozenecké žloutenky, nedozrání vnitřních orgánů plodu, především plic. Gregora a Velemínský (2011) zmiňují zhoršenou poporodní adaptaci.

V případě, kdy u žen nebyl gestační diabetes mellitus v těhotenství dostatečně kompenzován, se mohou u dítěte v průběhu jeho života objevit pozdní následky tohoto onemocnění (Štěchová et al., 2014). Tyto děti často trpí nadváhou a obezitou, mají vyšší riziko vzniku diabetu mellitu 2. typu a hypertenze (Štěchová et al., 2014).

1.7 Edukace

Pojem edukce sahá hluboko do historie, jako první se na edukaci pacientů s diabetem mellitem specializoval americký lékař Elliott P. Joslin, který pro diabetiky založil v Bostonu největší léčebně – edukační centrum (Říhánková, 2014).

Pojem edukace pochází z latinského slova *educatio*, což v překladu znamená výchova (Říhánková, 2014). Edukací u osob s diabetem mellitem můžeme definovat jako výchovu k zvládnutí onemocnění a k lepší adherenci (Kudlová, 2015). Cílem edukace je především zlepšení zdravotního stavu ženy, kompenzace jejího onemocnění a podpora zdraví (Kudlová, 2015). V ošetrovatelství edukaci rozdělujeme na primární,

sekundární a terciální (Šulistová, Trešlová 2012). Primární edukace je zaměřena především na zdravé lidi, na jejich prevenci a zdraví prospěšná opatření (Šulistová, Trešlová, 2012). V rámci primární prevence se realizují i různé projekty, které jsou zaměřeny na výskyt a rozvoj civilizačních onemocnění v populaci (Svěráková, 2012). U nemocných jedinců probíhá sekundární edukace, při které se snažíme ovlivnit dovednosti a postoje jedince k nemoci (Šulistová, Trešlová 2012). Cílem sekundární edukace je vyléčení jedince a předcházení komplikacím (Svěráková, 2012). Poslední terciální edukace se zpravidla týká jedinců, kteří mají trvalé a nevratné změny ve svém zdravotním stavu, terciální edukace se zaměřuje na zlepšení kvality života a předcházení dalším komplikacím (Šulistová, Trešlová 2012).

Při edukaci dochází k upevnění vztahu mezi porodní asistentkou, lékařem a pacientem (Svěráková, 2012). Porodní asistentky zastávají hned několik rolí, kromě své ošetrovatelské role, splňují úlohu asistentky lékaře, koordinátorky ošetrovatelské péče a především působí také v oblasti vzdělávání a výchovy pacientů (Svěráková, 2012). Dle Svěrákové (2012) má kvalitně edukovaná žena s GDM aktivnější přístup k léčbě svého onemocnění, tudíž lze předpokládat, že léčba bude úspěšnější a kratší. Smyslem edukace dle Říhánkové (2014) je poskytnout klientce dostatečné množství informací a praktických dovedností takovou formou, aby klientka s jistotou věděla, jak kontrolovat svou nemoc co nejvíce samostatně. Informace musí být podány v jednoduché a srozumitelné formě tak, aby byla žena schopna si je zapamatovat (Kvapil, 2011). Hlavní silou, která klientku vede k činnosti, je motivace (Kvapil, 2011). Porodní asistentka může ženu s gestačním diabetem mellitem motivovat především morální podporou nebo příkladem chování jiné vybrané klientky (Svěráková, 2012).

Porodní asistentka, která bude provádět edukaci, musí zjistit veškeré údaje o klientce, její názory na hodnotu vlastního zdraví, její připravenost a ochotu učit se a její odhodlání změnit svůj dosavadní životní styl (Svěráková, 2012). Dle ČDS můžeme edukaci rozdělit na tři fáze: základní, komplexní a reedukaci (Kudlová, 2015). Základní „Počáteční“ fáze se provádí zejména při nově diagnostikovaném onemocnění, kdy se edukátor snaží navázat s edukantem přátelský vztah a získat jeho důvěru (Říhánková, 2014). Základní fáze edukace by měla být individuální, je důležité, aby porodní asistentka nebo lékař vytvořili pro edukaci klidné a nerušené prostředí (Říhánková, 2014). Ve fázi komplexní neboli také ve specializované edukaci navazujeme

a rozšiřujeme téma z počáteční fáze, postupně přidáváme další informace zaměřené na prevenci, léčbu a předcházení komplikacím a zároveň se klientka učí praktickým dovednostem (Říhánková, 2014). Poslední fáze edukačního procesu je reedukace, při které se získané informace a praktické dovednosti obnovují (Kudlová, 2015). Reedukace informace rozvíjí, opakuje, upravuje a aktualizuje podle měnících se podmínek (Svěráková, 2012).

Za účastníky edukace považujeme edukátory (porodní asistentka, všeobecná sestra, lékař, nutriční terapeut..) a edukanty (žena s GDM, její rodina) (Kudlová, 2015). Pečlivé naplánování edukačního procesu je důležité, jednak pro ulehčení práce porodní asistentky a jednak také pro motivaci klientky (Svěráková, 2012). Součástí edukačního plánu je také dokumentace, potvrzena podpisem edukanta, která chrání zdravotnický personál před napadením za neposkytnutí informací (Svěráková, 2012). Špatná a nedostatečná edukace diabetika se odráží ve zhoršené léčbě a z toho vyplývajících komplikací (Říhánková, 2014).

K tomu, aby mohla porodní asistentka vykonávat roli edukátorky, je nutné, mít potřebné znalosti, komunikační dovednost, měla by umět projevovat ochotu pomoci klientce a zároveň se chovat empaticky (Svěráková, 2012). Porodní asistentka v roli edukátorky plní řadu funkcí jako například: zjišťuje individuální znalosti a dovednosti klientky, poskytuje klientce a její rodině potřebné informace týkající se ošetrovatelského procesu, rozvíjí klientčiny dovednosti a především jí motivuje ke změně postojů k vlastnímu zdraví (Svěráková, 2012). Základní výuková metoda edukace je diskuse, kterou je vhodné doplnit grafem nebo obrázkem (Kvapil, 2011) Pro domácí studium můžeme klientce poskytnout informace pomocí CD, DVD nebo v tištěné verzi například: plakáty, letáky a brožurky (Svěráková, 2012).

Říhánková (2014) sestavila tzv. desatero pravidel edukátorům pro úspěšnou edukaci. Tato pravidla jsou: edukovat vždy podle sestaveného plánu, vytvořit přátelskou atmosféru, individuální přístup ke klientkám, postupné řešení problému, srozumitelnost, jednoduchost, pochvala a motivace, týmový přístup s dalšími odborníky (nutriční terapeut, psycholog..) ověření znalostí pacienta a v neposlední řadě spolupráce s rodinou (Říhánková, 2014).

1.8 Péče porodní asistentky o ženu s gestačním diabetem mellitem

Zákon č.96/2004 Sb. udává, že mezi základní kompetence porodní asistentky patří: poskytování informací a edukace ženy ohledně kojení, porodu, ošetření novorozence, antikoncepci, sledování stavu plodu v děloze, rozpoznávání u matky i plodu příznaků patologie, ošetřování porodních a poporodních poranění, příprava rodičky k porodu a péče o ní ve všech dobách porodních, vedení fyziologického porodu, ošetřování fyziologického novorozence nebo podávání léků dle ordinace lékaře. V České republice je pro obor porodní asistence zapotřebí tříleté bakalářské studium na vysoké škole. S porodní asistentkou se žena může setkat v nemocnicích na gynekologicko-porodnickém oddělení, v ordinaci u gynekologa, na specializovaném pracovišti v oblasti gynekologie a porodnictví nebo samostatně v domácím prostředí.

Právě porodní asistentka je osoba, která u většiny žen, které jsou hospitalizované, provádí vyšetření oGTT, proto musí být schopná ženu řádně edukovat o nutné přípravě na toto vyšetření (Kudlová, 2015). Správně edukovaná žena by měla znát celý průběh tohoto vyšetření a především důležitá režimová opatření, mezi která patří: být alespoň 8 hodin lačná, tři dny před testem oGTT by neměla žena měnit své stravovací návyky, pokud je to možné neměla by před testem brát léky, které mohou výsledek ovlivnit, jeden den před testem vyloučit fyzickou aktivitu a po celou dobu testu žena musí dodržovat klidový režim a zákaz kouření (Fuhrman, 2014). Poté, co si porodní asistentka ověří, zda žena režimová opatření opravdu dodržela, odebere klientce nalačno žilní krev do speciální zkumavky (Štěchová, 2014). Tento odběr krve provádí ještě po 1 a po 2 hodinách od vypití 75g glukózy (Štěchová, 2014). Porodní asistentka se musí orientovat v hodnotách oGTT a o výsledku informovat lékaře (Kudlová, 2015). U ženy s gestačním diabetem mellitem působí porodní asistentka jako spojka mezi gynekologem a diabetologickou ambulancí, kde je žena sledována (Štěchová, 2014).

Pomocí odběru kapilární krve porodní asistentka kontroluje u žen s GDM hodnotu glykémie, podle které lékař stanoví léčbu (Vytejková et al., 2013). Odběr kapilární krve porodní asistentka provádí buď nalačno nebo postprandiálně (Kudlová, 2015). Ranní glykémie se odebírá nalačno přibližně po 6-12 hodinách lačnění a postprandiální se odebírá přibližně po 60-120 minutách po jídle (Kudlová, 2015). Žena s gestačním diabetem mellitem si může provádět měření glykémie sama, to označujeme termínem selfmonitoring (Kudlová, 2015). Selfmonitoring pomocí glukometru je rychlá šetrná

metoda, kterou žena provádí po celou dobu těhotenství několikrát denně (Vytejková et al., 2013). Další výhodou glukometru je především velmi malé množství potřebné krve, které se pohybuje přibližně v setinách mililitru (Vytejková et al., 2013). Porodní asistentka musí ženu naučit s glukometrem pracovat tak, aby byla schopná odběry provádět sama (Kudlová, 2015). Porodní asistentka ženu informuje o dalších pomůckách, které bude ke glukometru potřebovat, jako například dezinfekci, jehlu nebo lancetu, s kterou provede boční vpich do podkoží prstu a buničité čtverečky na otření první kapky krve (Redakce Ordinance, 2016). Režim domácího měření stanoví ošetřující lékař (Mlčoch, 2012). Je důležité, aby klientka byla obeznámena o nahlášení naměřených hodnot glykémie porodní asistentce nebo lékaři (Kudlová, 2015).

Několik za sebou jdoucích měření glykemií označujeme termínem glykemický profil (Mlčoch, 2013). Glykemický profil nám poukazuje na změny hladiny cukru v krvi během dne v závislosti na příjmu stravy (Redakce Ordinance, 2016). Mlčoch (2012) rozděluje glykemický profil na malý glykemický profil, který je složen ze čtyř až pěti měření, a to před hlavními jídly, před spaním a v noci, nebo velký glykemický profil, který obsahuje šest až osm měření glykémie před a 120 minut po hlavních jídlech, před spaním a ve dvě hodiny ráno. Je důležité, aby porodní asistentka ženu upozornila na potřebnou časovou přesnost (Kudlová, 2015).

Při těhotenské cukrovce také dochází k zvýšenému a častějšímu močení neboli polyurii a zároveň je patrná přítomnost cukru v moči, kterou nazýváme glykosurie (Burda, Šolcová, 2016). Důvodem glykosurie je zvýšené množství cukru v krvi, který ledviny nestačí vstřebávat a cukr se tak vylučuje do moči (Štefánek, 2011). Vyšetření pomocí testovacích proužků nám poukazuje na přítomnost bílkoviny, cukru, žlučových barviv, krve nebo acetonu v moči (Kudlová, 2015). V ambulantní péči žena obvykle přinese vzorek moče, do kterého porodní asistentka vloží testovací proužek, který se v případě přítomnosti cukru zbarví (Hudecová, 2012). Testovací proužek musí být ponořen tak, aby byly smočeny všechny vyznačené zóny, poté se uloží do vodorovné polohy a přibližně za 60 sekund porodní asistentka zhodnotí výsledek a informuje lékaře (Kudlová, 2015). V případě, kdy je moč nutné vyšetřit podrobněji, musí porodní asistentka poučit ženu o potřebě vzorku moči do speciální zkumavky a o technice správného odběru. Žena dostane od porodní asistentky 10 ml nesterilní zkumavku se žlutým uzávěrem, do které po hygieně zevního genitálu zachytí střední

proud první ranní moči, poté porodní asistentka polepí zkumavku identifikačním štítkem a společně s vyplněnou žádankou odešle do laboratoře (Kudlová, 2015).

Další vyšetřením, které provádí porodní asistentka u ženy s gestačním diabetem mellitem, je odběr krve na glykovaný hemoglobin (Štěchová, 2014). Hemoglobin je součástí červených krvinek schopný vázat na sebe kyslík a poskytovat je tkáním (Komín, 2012). Glykovaný hemoglobin je druh hemoglobinu, který na sebe váže cukr v krvi neboli glukózu (Komín, 2012). Glykovaný hemoglobin je také nazýván jako dlouhý cukr, který nám ukazuje průměrné množství glukózy za poslední 2-3 měsíce, tudíž není ovlivněn aktuálními faktory jako například stresem, lačněním nebo pohybovou aktivitou (Kvapil, Psottová, 2012). Doktor Komín (2012) uvádí pouze jeden případ, kdy mohou být výsledky glykovaného hemoglobinu zkreslené, a to v případě nemoci, která má za následek poruchu ve tvorbě hemoglobinu (srpkovitá anémie). Pro vyšetření glykovaného hemoglobinu lékař potřebuje pouze vzorek venózní krve, u kterého není potřebná žádná předchozí příprava (Komín, 2012). Od 1. ledna 2012 se používají jednotky mmol/mol, přičemž výborná kompenzace je do 43 mmol/l (Kvapil, Psottová, 2012). Podezření na diagnózu cukrovky máme při hodnotě 39-46 mmol/l (Kvapil, Psottová, 2012). O výsledcích porodní asistentka vždy informuje lékaře (Svěráková, 2012). Těhotné diabetičky by měly toto vyšetření podstoupit 1x za měsíc (Komín, 2012).

1.9 Komunikace porodní asistentky

Komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče (Ledererová, 2014). Porodní asistentka potřebuje předat klientce velké množství informací a následně se musí přesvědčit, zda jim klientka porozuměla (Ledererová, 2014). Dle Zacharové (2016) není komunikace v medicíně považována pouze za přenos informací mezi lékařem a pacientem, jde o mnohem více, například o sebeprezentaci, o ovlivňování, působení nebo usnadnění porozumění. Komunikaci rozdělujeme do dvou hlavních skupin, a to komunikaci verbální a komunikaci neverbální (Plevová et al., 2011).

Verbální komunikace neboli také slovní komunikace má mluvenou a písemnou formu (Plevová et al., 2011). Verbální komunikace slouží k dorozumění jedné, dvou a více osob pomocí slov, je nezbytnou součástí sociálního života (Zacharová, 2016).

Plevová et al. (2011) zdůrazňují sedm pravidel pro verbální komunikaci mezi sestrou a pacientem – jednoduchost, uspořádanost, stručnost, zřetelnost, načasovanost, přizpůsobivost a podnětnost.

Neverbální komunikace nebo také mimoslovní komunikace bývá často označována za řeč těla (Plevová et al., 2011). Do neverbální komunikace řadíme oční kontakt, mimiku, gestiku, haptiku (podání ruky, poklepání na rameni), posturiku (držení těla) a proxemiku (vzdálenost mezi komunikátory) (Takács et al., 2015). Porodní asistentka nesmí neverbální komunikaci podceňovat, neboť projevy zdravotníka často rozhodují o tom, jak rodička jeho sdělení přijme (Takács et al., 2015). Za nejvýznamnější neverbální projev Plevová et al. (2011) považují mimiku, a to z toho důvodu, že jako jediná z neverbálních projevů dokáže vyjádřit signály jako jsou štěstí, radost, klid, spokojenost, zlost, smutek, strach nebo také opovržení.

Další, co komunikaci ovlivňuje, jsou tzv. paraverbální jevy – tón hlasu, rychlost mluvy, hlasitost řeči, intonace, plynulost, objem a pauzy v řeči (Takács et al., 2015).

Plevová et al. (2011) tvrdí, že porodní asistentky potřebují zejména empatické naslouchání a porozumění jak verbálním tak i neverbální projevům klientky. Empatie je z vyšší míry vrozená schopnost, kterou rodičky od každé porodní asistentky očekávají a potřebují (Plevová et al. 2011). Komunikace mezi porodní asistentkou a rodičkou je klíčová pro navázání důvěry a k bezproblémové spolupráci (Takács et al., 2015). Porodní asistentka by měla umět podat důležité informace včas a vhodným způsobem (Takács et al., 2015).

Komunikaci mezi porodní asistentkou mohou narušit různé faktory jako například časový tlak na porodní asistentku, únava, starosti v osobním životě nebo přítomnost cizích osob (Takács et al., 2015).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit jaké názory mají ženy na potřebnou změnu v životním stylu v souvislosti s GDM.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak žena vnímala stanovení diagnózy GDM?
2. Jaké ženy v životním stylu u ženy v GDM nastaly?
3. Jakým způsobem byla žena edukována porodní asistentkou o změně životního stylu při GDM?

2.3 Operacionalizace pojmů

Diagnóza – neboli rozeznání a pojmenování nemoci. Stanovení diagnózy je předpokladem pro správné určení léčby.

Gestační diabetes mellitus – je definován jako sacharidová intolerance, která se u ženy objevuje zejména v druhé polovině těhotenství a zpravidla do konce šestinedělí odeznívá (Hájek et al., 2014).

Edukace – pojem edukace pochází z latinského slova *educatio*, což v překladu znamená výchova (Říhánková, 2014).

Životní styl – je způsob života, který odráží postoje a hodnoty jedince či skupiny. Životní styl je souhrn rozhodnutí osob, která mají vliv na jejich zdraví (Vacková, 2015).

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Data pro tuto práci byla získána pomocí kvalitativního výzkumného šetření (Švaříček, Šed'ová 2010). Sběr dat byl proveden prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se ženami, které měly diagnostikovaný gestační diabetes mellitus (Švaříček, Šed'ová 2010).

Polostrukturovaný rozhovor se ženami s diagnózou gestační diabetes mellitus byl uskutečněn po předchozí domluvě a se souhlasem žen (viz příloha 2). Rozhovor obsahoval 8 otevřených otázek, které byly dle potřeby doplněny podotázkami (viz příloha 1). Respondentky byly seznámeny s tématem bakalářské práce a zároveň byly ujistěny o zachování jejich anonymity. Každá respondentka, která se účastnila výzkumu, podepsala informovaný souhlas, který má k dispozici autorka práce. Rozhovor probíhal se ženami v jejich domácím prostředí v průběhu měsíce března 2017.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno u žen po porodu, které měly v těhotenství diagnostikovaný gestační diabetes mellitus. Celkem výzkumný vzorek obsahoval 8 žen, neboť nastala situace, kdy se odpovědi žen již shodovaly (Dismann, 2011).

V textu byly jednotlivé respondentky, pro zachování anonymity, očíslovány např. R1 (respondenta s číslem 1). Nejprve byly rozhovory nahrávány na diktafon, a poté byly rozhovory doslovně přepsány. Analýza dat byla provedena metodou kódování v ruce neboli tužka a papír (Švaříček, Šed'ová 2010).

Kategorie a podkategorie jsou zpracovány do přehledných schémat. Ze získaných rozhovorů tak byly použity přímé odpovědi jednotlivých respondentek. Přímé výpovědi jsou pro lepší přehlednost v textu označeny kurzívou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 8 respondentek, které měly diagnostikovaný gestační diabetes mellitus. Výzkumné šetření bylo prováděno v okrese Tábor. Sběr dat proběhl během měsíce března 2017. Rozhovory byly vedeny osobně v domácím prostředí respondentek a byly zaznamenávány se souhlasem dotazovaných na diktafon. Věk žen byl v rozmezí 26 – 39 let. Tři respondentky rodily poprvé, dále tři respondentky rodily podruhé a dvě respondentky rodily potřetí.

4 Výsledky výzkumu

Tabulka 2 – Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk	Počet těhotenství	Počet porodů	Termín porodu	Váha novorozence	Typ léčby
R1	26	1	1	39+2	3 300g	na dietě
R2	30	2	2	40+0	3 450g	na dietě
R3	39	3	3	38+6	3 850g	inzulín
R4	33	2	2	40+2	3 500g	na dietě
R5	32	2	2	40+5	3 250g	na dietě
R6	26	1	1	40+2	3 200g	na dietě
R7	28	1	1	40+6	2 950g	na dietě
R8	31	3	2	39+5	3 100g	inzulín

Respondentce 1 je 26 let. Byla poprvé těhotná a poprvé rodila. Při léčbě gestačního diabetu mellitu dodržovala léčebnou dietu. Ve 39+2. týdnu těhotenství podstoupila císařský řez z důvodu polohy plodu koncem pánevním a cefalopelvického nepoměru. Novorozenec po porodu vážil 3 300g.

Respondentce 2 je 30 let. Byla podruhé těhotná a podruhé rodila. V prvním těhotenství GDM neměla. Ve druhém těhotenství u ní byl diagnostikován GDM. Při

léčbě dodržovala diabetickou dietu. Z důvodu akutní hypoxie byl porod ukončen císařským řezem ve 40+0. týdnu těhotenství. Po porodu novorozenec vážil 3 450g.

Respondentce 3 je 39 let. Byla potřetí těhotná a potřetí rodila. V prvním těhotenství měla diagnostikovaný GDM, při kterém pouze dodržovala diabetickou dietu. Poté ve druhém těhotenství jí GDM diagnostikovaný nebyl. Ve třetím těhotenství byl GDM opět diagnostikovaný, v tomto těhotenství léčba dietou nestačila a byla jí ordinována inzulinoterapie. Respondentka porodila spontánně ve 38+6. týdnu těhotenství anovorozenec vážil 3 850g.

Respondentce 4 je 33 let. Byla podruhé těhotná a také podruhé rodila. I v prvním těhotenství měla GDM, při kterém také dodržovala léčebnou dietu. Respondentka porodila ve 40+2. týdnu těhotenství a novorozenec vážil 3 500g.

Respondentce 5 je 32 let. Byla podruhé těhotná a podruhé rodila. V prvním těhotenství měla také diagnostikovaný gestační diabetes mellitus, při kterém dodržovala diabetickou dietu. Ve druhém těhotenství měla léčbu GDM stejnou jako u prvního. Respondentce byl indukovan porod ve 40+5. týdnu těhotenství z důvodu přenášení. Respondentka rodila spontánně a novorozenec vážil 3 250g.

Respondentce 6 je 26 let. Byla poprvé těhotná a poprvé rodila. Po diagnostikovaném GDM musela respondentka dodržovat dietu. Rodila spontánně ve 40+2. týdnu těhotenství. Novorozenec po porodu vážil 3 200g.

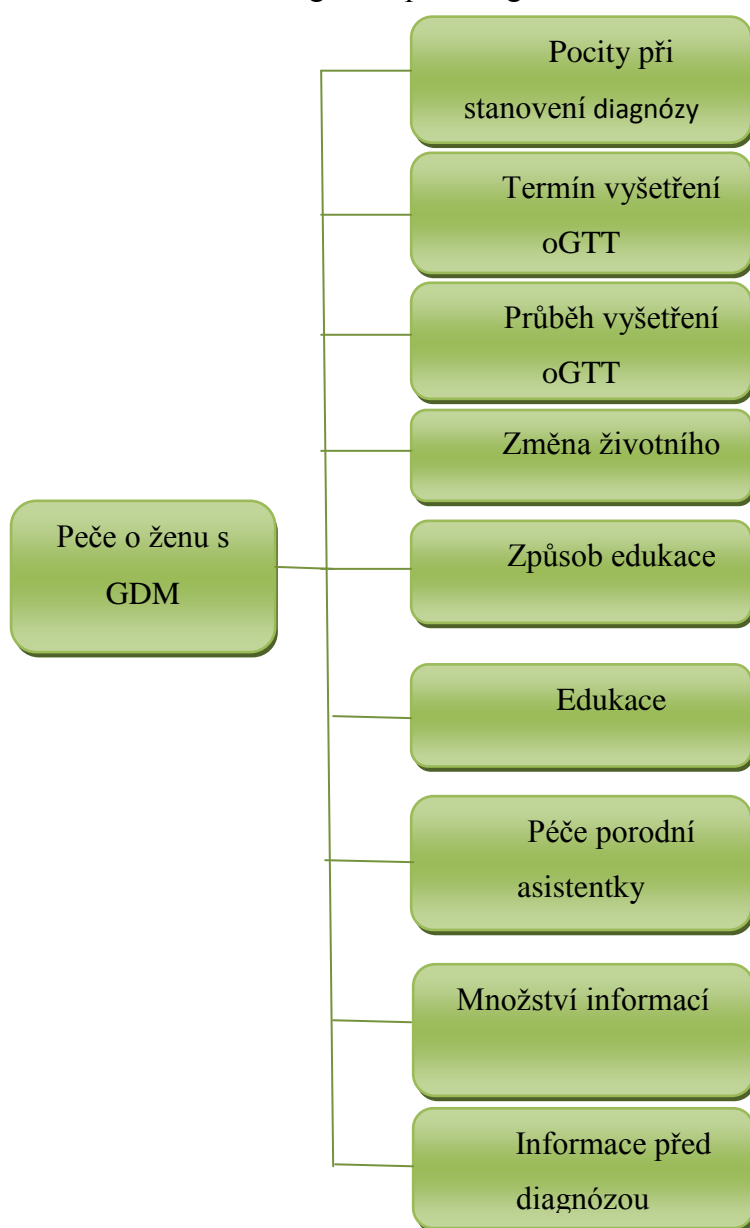
Respondentce 7 je 28 let. Byla poprvé těhotná a poprvé rodila. Porod byl indukovaný ve 40+6. týdnu těhotenství z důvodu přenášení. Po celé těhotenství dodržovala léčebnou dietu. Novorozenec vážil 2 960g.

Respondentce 8 je 31 let. Byla potřetí těhotná a podruhé rodila. Léčebná dieta byla v tomto případě gestačního diabetu mellitu nedostatečná, tudíž lékař respondentce naordinoval inzulinoterapii. V předchozím těhotenství těhotenskou cukrovku diagnostikovanou neměla. Respondentka rodila spontánně ve 39+5. týdnu těhotenství. Novorozenec po porodu vážil 3 100g.

4.1 Kategorizace dat

Na základě výsledků výzkumného šetření byla stanovena jedna hlavní kategorie a její podkategorie (viz Schéma 1). Hlavní významová kategorie Péče o ženu s gestačním diabetem mellitem má 9 podkategorií – Pocity při stanovení diagnózy, Termín vyšetření oGTT, Průběh vyšetření oGTT, Změna životního stylu, Způsob edukace, Edukace, Péče porodní asistentky, Množství informací a Informace před diagnózou

Schéma 1 Hlavní kategorie a podkategorie

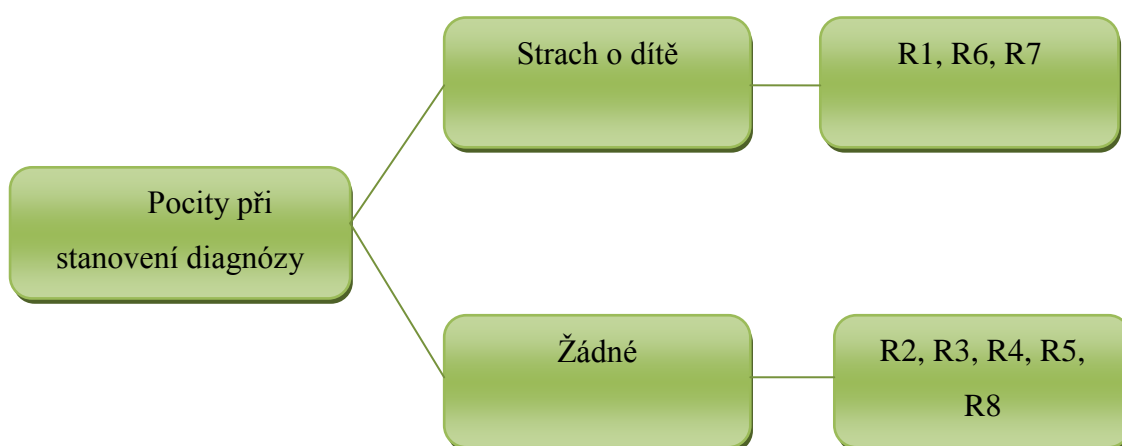


Kategorie 1 Péče o ženu s gestačním diabetem mellitem

Kategorie Péče o ženu s gestačním diabetem mellitem obsahuje 10 podkategorií, které jsou zaměřeny na pocity ženy při stanovení diagnózy, kdy a jak probíhalo vyšetření oGTT nebo jaké nastaly u ženy změny životního stylu. Dále je tato kategorie zaměřena také na edukaci nebo na zdroje a množství informací žen ohledně diagnózy GDM.

Podkategorie 1 Pocity při stanovení diagnózy

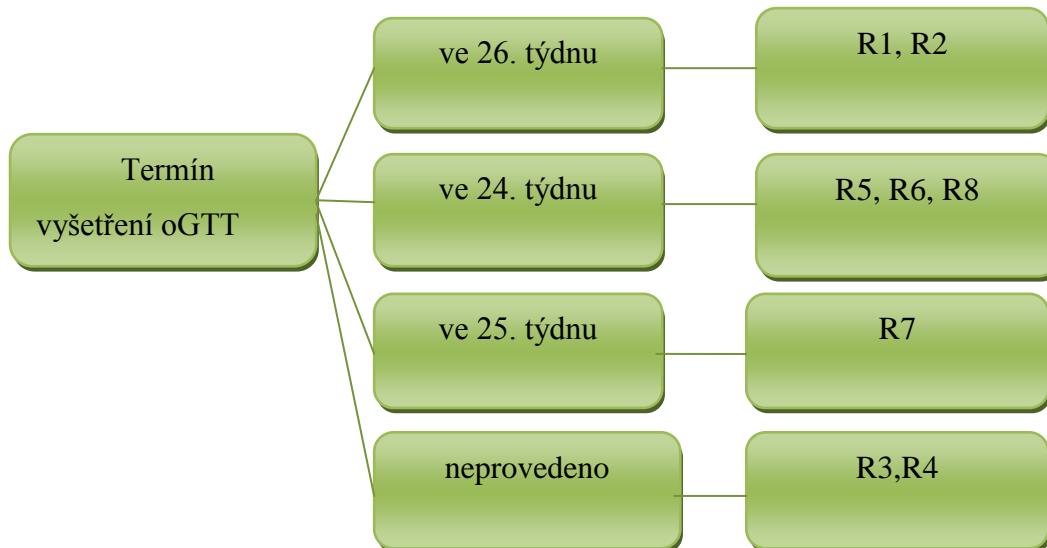
Schéma 2 Pocity při stanovení diagnózy



Třem dotazovaným respondentkám (R1, R6, R7) vyvolalo stanovení diagnózy gestační diabetes mellitus obavy o dítě. R1 odpověděla: „*Bylo mi to velice líto, měla jsem strach, že jsem ublížila dítěti a vyčítala si, že jsem zanedbala stravování*“. Respondentky (R3, R4, R5) odpověděly, že v nich diagnostika GDM nevyvolala žádné pocity, neboť již v předchozích těhotenství gestační diabetes mellitus prodělaly. Respondentka R5 odpověděla: „*Ve druhém těhotenství mě těhotenská cukrovka nepřekvapila, protože jsem jí měla i při prvním těhotenství a od svého gynekologa jsem byla informována, že mám větší riziko vzniku těhotenské cukrovky i v dalším těhotenství*“. Respondentky (R2 a R8) při sdělování diagnózy nezaznamenaly žádné pocity.

Podkategorie 2 Kdy proběhlo vyšetření oGTT

Schéma 3 Kdy proběhlo vyšetření oGTT



Většina respondentek (R5, R6, R8) podstoupila vyšetření oGTT ve 24. týdnu těhotenství. Další dvě respondentky (R1, R2) odpověděly, že na vyšetření byly odeslány ve 26. týdnu těhotenství. Pouze respondentka R7 byla na vyšetření oGTT ve 25. týdnu těhotenství. U respondentek (R3 a R4) vyšetření oGTT nebylo provedeno vůbec. Respondentka R4 řekla: „V tomto těhotenství jsem byla svým gynekologem odeslána na vyšetření oGTT kolem 24. týdnu těhotenství. Když jsem se dostavila na vyšetření, byla mi odebrána krev nalačno, po kterém byl výsledek ihned jasný, a další kroky jsem podstupovat nemusela. Asi také proto, že jsem měla těhotenskou cukrovku i v předchozím těhotenství“. Respondentka R3 měla stejný postup jako respondentka R4. Odpověděla: „Celé vyšetření oGTT jsem podstoupila v prvním těhotenství, nyní mi ihned po odebrání krve nalačno lékařka oznámila, že mám výsledek pozitivní a další odběry a vypití glukózy nemusím podstupovat“.

Podkategorie 3 Průběh vyšetření oGTT

Schéma 4 Průběh vyšetření oGTT



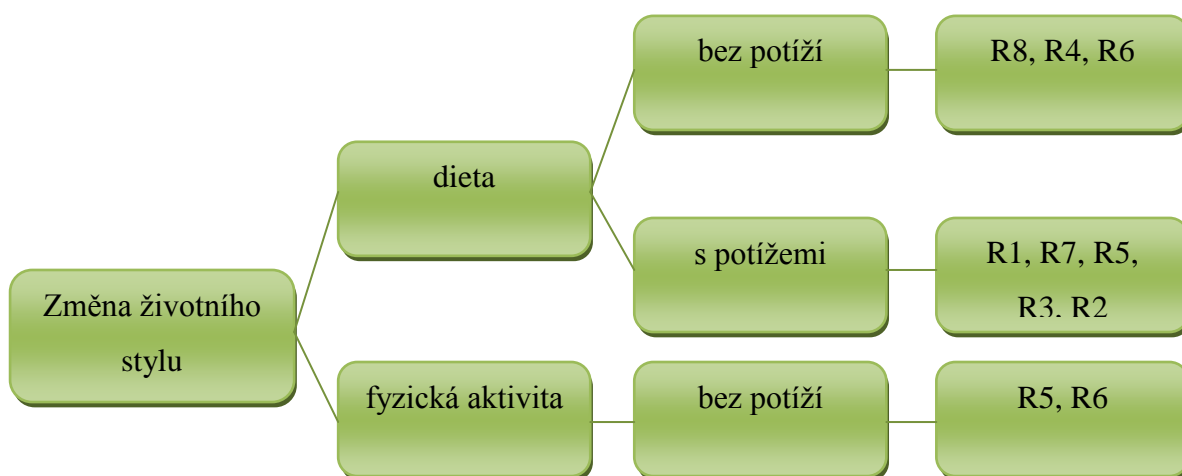
Čtyři respondentky (R1, R2, R5 a R6) měly s vyšetřením oGTT potíže. Respondentka 6 udávala za největší potíž dlouhodobé lačnění. Řekla: „Musela jsem přijít na vyšetření lačná a poté mi byla odebrána krev, dostala jsem vypít glukózu, která byla škaredá, ale vypila jsem jí bez problému a šla si sednout do čekárny. Po nějaké době mi přišla sestřička odebrat další vzorek krve a já dále čekala v klidu a stále nalačno. Až za další hodinu mi byla odebrána poslední krev ,po které už jsem se mohla najíst. Na celém vyšetření pro mě byla nejtěžší doba, po kterou jsem musela lačnit“.

Respondentky (R1, R5, R2) považovaly při vyšetření za největší problém vypít glukózy. Příliš sladká chuť respondentkám vyvolávala pocit na zvracení. Respondentka 2 odpověděla: „Pamatuji si, že jsem musela přijít na vyšetření nalačno, sestřička mi odebrala krev a poté mi dala vypít roztok, kterého sice nebylo moc, ale i tak mi dělalo veliký problém ho vypít. V průběhu, co jsem tekutinu pila, mi bylo několikrát na zvracení. Poté co jsem to vypila, mi sestřička ještě dvakrát odebrala krev“.

Respondentka 1 řekla: „Tekutina na mě byla příliš sladká, chvílemi mi vyvolávala až pocit na zvracení, díky bohu jsem to zvládla“. Naopak respondentky (R7 a R8) neshledaly na průběhu vyšetření oGTT žádné potíže. Respondentka R7 uvedla: „ Ano vyšetření bylo trochu náročné, ale z mé strany především časově. Na doporučení jsem si však sebou vzala knihu na čtení a tím mi hodiny strávené čekáním utekly mnohem rychleji. Vyšetření mě nijak neomezovalo“.

Podkategorie 4 Změna životního stylu

Schéma 5 Změna životního stylu



Všechny respondentky změny svůj životní styl zejména v oblasti stravování. Z toho dvě respondentky (R5 a R6) přidaly ke změně stravovacích návyků ještě fyzickou aktivitu. R6 odpověděla: „Svůj životní styl jsem změnila především dietou a sportem. Mám ráda pohyb a po doporučení gynekologa jsem se rozhodla pro pravidelnost. Začala jsem chodit na procházky několikrát týdně a jednou za týden jsem chodila na cvičení pro těhotné“. Dieta, při které jsou omezeny především jednoduché cukry, dělala potíže pěti respondentkám (R1, R2, R3, R5, R7). Respondentka 5 změnila svůj dosavadní životní styl fyzickou aktivitou i dietou, která jí však dělala problém. R5 uvedla: „Gynekolog mi doporučil k dietě i fyzickou aktivitu, kterou jsem plnila společně se svým psem dlouhými procházkami. Problém mi dělalo dodržování diety a především mi to dieta ztížila při vaření. Musela jsem přizpůsobit vaření a především pečení, bílý cukr jsem se snažila vyměnit za třtinový nebo za stévíi. To se ale zase odrazilo finančně“. Potíže s dietou měla i respondentka 1, která řekla: „Začala jsem se zdravěji a pravidelněji stravovat, ale jen po dobu těhotenství. Po porodu už jsem to nevydržela a vrátila se zpět ke svým stravovacím návykům. Nejhorší pro mě bylo omezení veškerých sladkostí, to bylo nepředstavitelné“. Naopak respondentka 4 v dietě problém neměla. Na otázku jaká změna v souvislosti s GDM vás v běžném životě omezuje, odpověděla: „Nejvíce mě omezovala kontrola glykémie, kterou jsem prováděla sama několikrát denně a musela jsem odběry krve provádět v přesných intervalech. Časová náročnost

byla pro mě ta největší potíž“. Dodržování léčebné diety nedělalo problém ani respondentce 6, která doslova řekla: „Myslím, že nemůžu říct, že mě dieta s omezením cukrů nějak omezovala. Snažím se žít zdravým životním stylem a sušenky ani jiné pochutiny k životu nepotřebuji“.

Podkategorie 5 Způsob edukace

Schéma 6 Způsob edukace

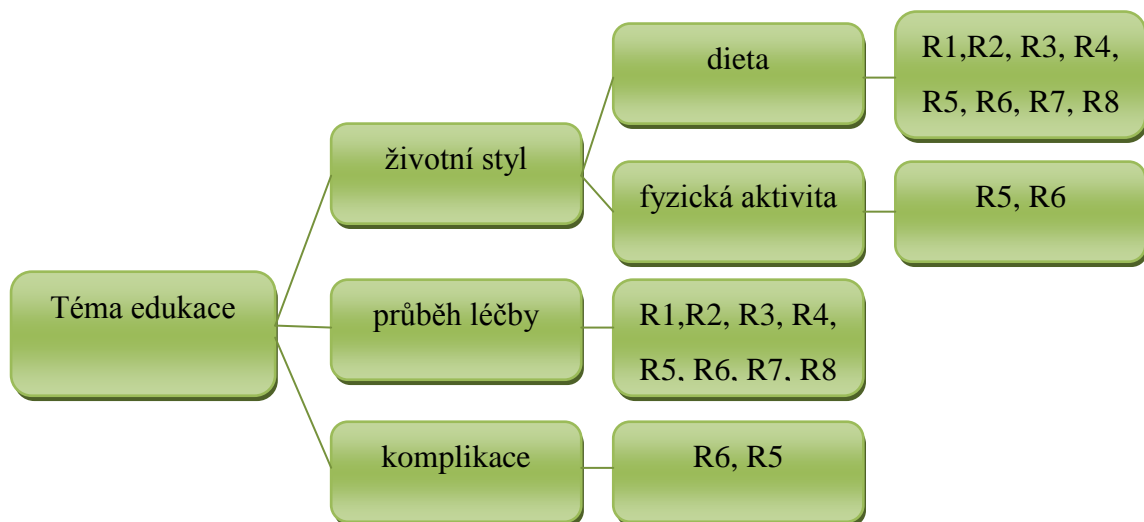


Tato podkategorie popisuje, kým a jakým způsobem byly respondentky ohledně gestačního diabetu mellitu edukovány. U všech respondentek edukace o GDM proběhla. Pět respondentek (R1, R3, R4, R5, R7) uvedlo, že jako první, kdo je edukoval o gestačním diabetu mellitu, byl jejich gynekolog, který je poté odeslal do diabetologické poradny. Respondentka 7 řekla: „První kdo mě edukoval, byl můj gynekolog, který mě odeslala ke specialistovi, kde mě diabetolog edukoval hlouběji a podrobněji.“ U diabetologa byly edukovány všechny respondentky. Všechny osm respondentek uvedlo, že u diabetologa byly edukovány formou rozhovoru. R1 odpověděla: „Nejprve jsem byla edukována mým gynekologem, který mě poslal ke specialistce, diabetoložce. Ta mi poté podala veškeré informace o problematice a zodpověděla mi všechny otázky, na které jsem neznala odpověď.“ Pět respondentek (R3, R4, R5, R6, R8) potvrdilo,

že edukaci u diabetologa následně doplňovala i jeho zdravotní sestra. Čtyřem respondentkám (R5, R3, R6, R8) zdravotní sestra věnovala edukační letáky a brožurky. R6 odpověděla: „*Zdravotní sestra u diabetologa mi darovala různé informační letáky, ve kterých byl GDM velmi přehledně popsán.*“ Následně u třech respondentek proběhl od zdravotní sestry praktický nácvik. Dvě respondentky (R3 a R8) zdravotní sestra učila správnou aplikaci inzulínu. R8 řekla: „*V mém případě edukace měla několik podob. Nejprve jsme vedli s diabetologem dlouhý rozhovor, poté mi zdravotní sestra věnovala takové letáčky, kde byly shrnuty všechny informace, které mi podal lékař, a nakonec mě sestřička ještě učila, jak si správně aplikovat inzulín.*“ Respondentce 4 zdravotní sestra názorně předvedla práci s glukometrem, tak aby byla respondentka schopná správně provádět selfmonitoring glykémie.

Podkategorie 6 Téma edukace

Schéma 7 Edukace



Podkategorie 6 popisuje, o čem byly respondentky edukovány. Všechny respondentky byly edukovány o nutnosti dodržování diabetické diety. Pouze dvě respondentky (R5 a R6) byly edukovány o prospěchu fyzické aktivity při GDM. Všechny respondentky byly edukovány o průběhu léčby, která u nich bude následovat. Respondentka 3 řekla: „*Byla jsem poučena především o dietě a o tom, jaká léčba bude následovat.*“ O možných komplikacích gestačního diabetu mellitu byly edukovány také pouze dvě respondentky (R5 a R6). R5 odpověděla: „*Lékař mě informoval o průběhu*

léčby, o dietě a pohybu a také zdůrazňoval komplikace, které mohou nastat, pokud nebudu dietu dodržovat.“

Podkategorie 7 Péče porodní asistentky

Schéma 8 Péče porodní asistentky



Tato podkategorie poukazuje na to, jak se porodní asistentka v ambulanci gynekologa zajímala o klientky s gestačním diabetem mellitem. Celkem u šesti respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R7) se porodní asistentka zajímala, jestli správně dodržují léčebný režim. R1 odpověděla: „*Při každé kontrole se porodní asistentka zajímala, zda dodržuji životosprávu. Dokonce mi doporučila potraviny, které jsou vhodné na srážení cukru v krvi jako například borůvky, citrón a grapefruit.*“ Šest respondentek (R1, R2, R3, R6, R5, R8) zmínilo, že při každé kontrole jim porodní asistentka kontrolovala krevní tlak a moč. Často se respondentky (R1, R2, R3, R4, R7) setkaly s tím, že se porodní asistentka zajímala o jejich celkový aktuální zdravotní stav. R2 uvedla: „*U mého gynekologa byla porodní asistentka, která se pokaždé zajímala, zda dodržuji dietu, kontrolovala mi krevní tlak i moč a pokaždé se mě ptala, jak se cítím, jestli nemám nějaké potíže.*“ Naopak respondentka 8 s péčí porodní asistentky úplně spokojená nebyla, popsala: „*Porodní asistentka mi pokaždé změřila tlak a zkontrolovala moč, nijak zvlášť se však o mojí cukrovku nezajímala. Na zdravotní stav a na dodržování diety se mě vždy ptal pouze lékař.*“

Podkategorie 8 Množství informací

Schéma 9 Množství informací

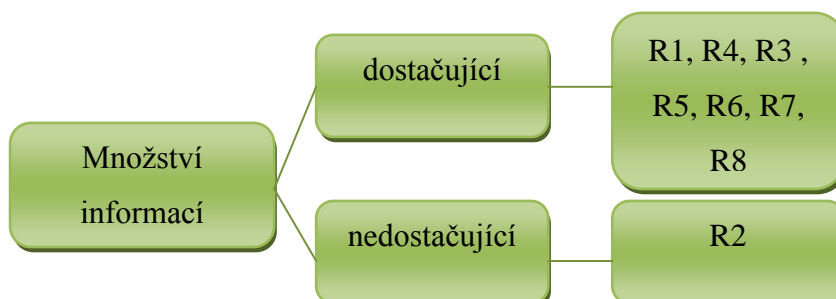
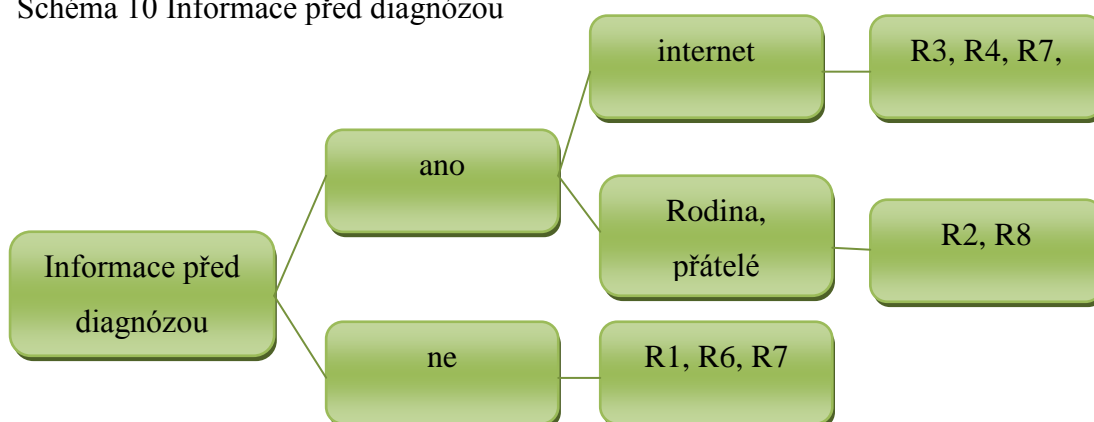


Schéma 9 znázorňuje, zda respondentkám bylo poskytnuto dostatečné množství informací o gestačním diabetu mellitu nebo jestli nějaké informace při edukaci postrádaly. Sedm respondentek (R1, R4, R3, R5, R6, R7, R8) potvrdilo, že o GDM dostaly dostatečné množství informací. Respondentka 1 odpověděla: „*Vše mi bylo řečeno velmi důkladně a podrobně, pokud jsem měla nějaké otázky, obrátila jsem se na diabetoložku, a ta mi otázky zodpověděla.*“ Naopak respondentka 2 s množstvím informací ohledně své diagnózy spokojená nebyla. Především poukazuje na to, že jí nebyl vůbec vysvětlen vliv fyzické aktivity na snížení hladiny cukru v krvi. Přesně řekla: „*Mrzí mě, že nebyl nikdo, kdo by mi řekl, že i pouhým pohybem mohu průběh mé cukrovky ovlivnit.*“

Podkategorie 9 Informace před diagnózou

Schéma 10 Informace před diagnózou



Podkategorie Informace před diagnózou popisuje, zda respondentky měly nějaké informace o GDM ještě dříve než jim byl diagnostikován. Pokud ano, tak kde informace získaly. Pět respondentek (R2, R3, R4, R7, R8) odpovědělo, že základní informace o těhotenské cukrovce měly ještě dříve, než u nich byla diagnostikována. Z pěti respondentek, které gestační diabetes mellitus znaly, tři respondentky (R3, R4, R7) získávaly potřebné informace na internetu. Respondentka 3 odpověděla: *„Ano nějaké informace ještě před tím než mi poprvé diagnostikovali GDM jsem měla, byl to jen takový střípek z těch všech informací, ale základní charakteristiku jsem věděla. Myslím si, že jsem narazila na nějaký článek o této problematice na internetu.“* Další dvě respondentky (R2, R8) byly informovány svou rodinou či přáteli. Respondentka 2 řekla: *„Těhotenskou cukrovku měla o rok dříve než já moje švagrová. Tudiž jsem přibližně tušila, o jaké onemocnění se jedná a jaká je jeho léčba.“* Tři respondentky (R1, R6, R7) byly poprvé seznámeny o GDM až poté, co jim byl diagnostikován. R7 řekla: *„Pojem těhotenská cukrovka jsem slyšela poprvé od svého gynekologa, když mě posílal na vyšetření oGTT, dříve jsem vůbec netušila, že nějaká taková komplikace může nastat.“*

5 Diskuze

Tato bakalářská práce je zaměřená na názory žen ohledně potřebné změny v životním stylu v souvislosti s gestačním diabetem mellitem. Metoda výzkumu byla kvalitativní, prováděna prostřednictvím rozhovorů se ženami s diagnostikovaným gestačním diabetem mellitem. Výsledky výzkumného šetření byly poté zpracovány do krátkých schémat. Všechny osm respondentek pocházelo z okresu Tábor.

Výzkumné šetření zkoumalo, zda měly respondentky nějaké informace o gestačním diabetu mellitu ještě před tím, než jim byl diagnostikován, popřípadě kde tyto informace získaly. Tři respondentky (R1, R6, R7) o diagnóze gestační diabetes mellitus, do doby než jim byl diagnostikován, vůbec nevěděly. V případě těchto tří respondentek se jednalo o prvorodičky. Dalších pět respondentek (R2, R3, R4, R7, R8) mělo základní informace o GDM ještě dříve než jim byl diagnostikován. Dvě respondentky (R2, R3) získaly informace o GDM od svých přátel či rodinných příslušníků, kteří těhotenskou cukrovku již prodělali. Další tři respondentky (R3, R4, R7) získávaly informace z internetových zdrojů.

Pařízek (2015) v rizikových faktorech, které se podílejí na vzniku gestačního diabetu mellitu, zdůrazňuje věk ženy nad 30 let. Toto tvrzení výsledky v našem výzkumném šetření potvrzují. Pět respondentkám (R2, R3, R4, R5, R8) bylo při diagnostice 30 a více let. Z pěti respondentek pouze dvě respondentky (R2, R8), které byly již vícekrát těhotné, neprodělaly gestační diabetes ve svém předchozím těhotenství. Tyto výsledky výzkumného šetření poukazují na tvrzení Adamíkové (2012), která mezi rizikové faktory zařadila gestační diabetes mellitus v předchozím těhotenství.

Hájek et al., (2014) uvádí, že novorozenci matek s gestačním diabetem mellitem jsou charakterizováni jako vysoce riziková. Z výzkumné otázky, jak žena vnímala stanovení diagnózy, vyplynulo, že tři respondentky (R1, R6, R7) pocítovaly bezprostředně po sdělení diagnózy především strach o dítě. Naopak další tři respondentky (R3, R4, R5) uvedly, že stanovení této diagnózy v nich již nevyvolalo žádný strach a to zejména z toho důvodu, že již v prvním těhotenství jim těhotenská cukrovka proběhla bez komplikací jak u nich tak i u novorozence. Jak uvádí Hanáková et al., (2015) pokud se GDM podchytí včas, minimalizují se tak veškerá rizika pro matku i plod.

Jednou z metod screeningu gestačního diabetu mellitu je orálně glukózový toleranční test. Výzkumné šetření zjišťovalo, ve kterém týdnu těhotenství vyšetření oGTT ženy podstoupily a jak toto vyšetření probíhalo. Dle Andělové et al. (2015) se u ženy provádí vyšetření oGTT ve 24. - 28. týdnu těhotenství. Všechny zvolené respondentky byly svým gynekologem na vyšetření oGTT odeslány v rozmezí 24. – 26. týdnu těhotenství. Andělová et al. (2015) a Pařízek (2015) uvádějí, že na výsledky oGTT se můžeme spolehnout, pokud žena dodrží správný režim. Žena musí být nejméně 8-14 hodin lačná, alespoň tři dny před testem by neměla měnit své stravovací návyky, nebrat léky, které by mohly výsledek ovlivnit a zároveň je nutné den před testem vyloučit veškerou fyzickou aktivitu. Po celou dobu testu žena dodržuje klidový režim, lační a nesmí kouřit. Všechny respondentky, které podstoupily vyšetření oGTT byly o tomto režimu důkladně edukovány svým gynekologem a následovně ještě porodní asistentkou, která byla v ambulanci. Pouze dvě respondentky sdělily, že byly edukovány pouze gynekologem a poté diabetologem. Tři respondentky (R1, R5, R2) uvedly, že největší problém na vyšetření bylo vypití glukózy, která jim při pití vyvolávala nauzeu. Andělová et al. (2015) udává, že pokud žena při odběru nalačno má hodnotu glykémie opakovaně $\geq 5,1$ mmol/l je jí diagnostikován GDM a další postup tohoto vyšetření nepodstupuje. Dvě respondentky (R3, R4) byly odeslány na vyšetření oGTT, ale po prvním odběru žilní krve nalačno měly hodnotu glykémie $\geq 5,1$ mmol/l, v tomto případě jim byl rovnou diagnostikován GDM a ve vyšetření oGTT nepokračovaly.

Cílem pro tuto bakalářskou práci bylo zjistit, jaké názory mají ženy na potřebnou změnu v životním stylu v souvislosti s gestačním diabetem mellitem. Dle Vilímovského (2015) je léčba gestačního diabetu mellitu zaměřena především na dodržování režimových opatření, která spočívají v dostatečném pohybu a ve změně stravovacích návyků ženy. Všech osm respondentek změnilo svůj dosavadní životní styl tím, že začaly dodržovat léčebnou dietu. Základem dietní léčby je snížení sacharidů na 250-300g na den, u obézních žen dělá příjem sacharidů za den 225g (Hájek et al., 2014). Pět respondentek (R1, R2, R3, R5, R7) přiznalo, že jim dodržování diety dělalo problém. R1 prozradila, že nejvíce jí při dodržování diety dělalo problém vyřadit pochutiny v podobě sušenek, čokolád a jiných sladkostí. Adamíková (2012) tvrdí, že dieta těhotné ženy by měla být založena na pestré stravě v pravidelných intervalech, která obsahuje

dostatek ovoce a zeleniny. Pro respondentku 3 bylo nejtěžší zařadit do svého jídelníčku dopolední a odpolední svačiny, tak aby zmenšila prodlevy mezi hlavními jídly. Naopak respondentky (R4 a R6) léčebná dieta ničím neomezovala. Tyto klientky si na zdravé, pestré a pravidelné stravě se snahou omezit jednoduché cukry zakládaly ještě před otěhotněním. Na speciální dietě se žena domlouvá společně s diabetologem tak, aby vyhovovala jak ženě, tak daným kritériím diety (Behinová a Kaiserová, 2012). Respondentky se shodly, že o tom jak by měla taková dieta vypadat, je edukoval gynekolog, zdravotní sestra u diabetologa a hlavně sám diabetolog. Respondentka 1 poukázala na porodní asistentku v ambulanci gynekologa, která jí doporučila potraviny, které jsou vhodné na snížení cukru v krvi jako například borůvky, citrón a grapefruit. Fyzická aktivita u žen s gestačním diabetem mellitem patří k hlavním složkám léčby, a to hlavně proto, že napomáhá snížit hladinu cukru v krvi a také příznivě ovlivňuje krevní tlak (Pařízek, 2015). Myslím si, že je škoda, že pouze dvě respondentky (R5 a R6) byly svým diabetologem nebo gynekologem edukovány o výhodách fyzické aktivity v souvislosti s gestačním diabetem mellitem.

Dále výzkumné šetření zjišťovalo, kým a jakým způsobem byly ženy s GDM edukovány. Cílem edukace je především zlepšení zdravotního stavu ženy, kompenzace jejího onemocnění a podpora zdraví (Kudlová, 2015). Dle Svěrákové (2012) má kvalitně edukovaná žena s GDM aktivnější přístup k léčbě, tudíž lze předpokládat kratší a úspěšnější léčbu. Všech osm respondentek bylo edukováno svým diabetologem prostřednictvím rozhovoru, při kterém ženám lékař vysvětloval především průběh léčby a změnu stravovacích návyků. Pět respondentek (R3, R4, R5, R6, R8) uvedlo jako edukátora také zdravotní sestru v ambulanci diabetologa, která edukaci lékaře doplňovala formou edukačních letáčků. Třem (R3, R4, R8) z pěti těchto respondentek byla zdravotní sestrou edukace doplněna také praktickým nácvikem. Všechny respondentky uvedly, že edukace od diabetologa, gynekologa a zdravotní sestry u specialisty byla pro ně dostačující. Žádná z respondentek nevedla jako edukátora ohledně gestačního diabetu mellitu porodní asistentku.

Jak se porodní asistentka zapojila do péče o ženu s gestačním diabetem mellitem?(viz Schéma 8). Žádná z respondentek nebyla v těhotenství hospitalizována, tudíž se s porodní asistentkou setkávaly pouze u svého gynekologa. Šest respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R7) uvedlo, že se porodní asistentka u gynekologa zajímala

zejména o to, zda dodržují léčebný režim, který jim zvolil diabetolog. V ambulantní péči žena obvykle přináší ke kontrole vzorek moči, který porodní asistentka vyšetří pomocí testovacích proužků (Hudecová, 2012). Opět šest respondentek (R1, R2, R3, R5, R6, R8) potvrdilo, že při každé návštěvě svého gynekologa jim porodní asistentka zkontrolovala přinesený vzorek moče a změřila krevní tlak. Pouze jedna respondentka uvedla, že se porodní asistentka o její zdravotní stav ani o to, jakým způsobem dodržuje léčebný režim vůbec nezajímala.

Jednou z otázek bylo zjistit, zda ženy v edukaci něco postrádaly, popřípadě jaké informace jim chyběly. Pouze jedna respondentka (R2) uvedla, že edukace pro ní nebyla dostačující a s množstvím podaných informací nebyla zcela spokojená. Poukazuje především na to, že jí nikdo neseznámil s vlivem fyzické aktivity na snížení hladiny cukrů v krvi. Ostatní respondentky uvedly, že množství informací ohledně diagnózy GDM bylo dostačující. Respondentky se shodovaly v názoru, že pokud měly nějaké doplňující otázky, zeptaly se při návštěvě diabetologa, a ten jim vše řádně vysvětlil.

Pokud není léčba dostatečně kompenzovaná, jsou novorozenci matek s GDM ohroženi diabetickou fetopatií a jejich hmotnost může přesahovat až 4 500g (Gregora a Velemínský, 2011). Z výzkumného šetření vyplývá, že nejvyšší porodní hmotnost měl novorozenec od respondentky 3, přičemž i jeho 3 850g není známkou diabetické fetopatie. Tudiž dle porodní váhy novorozenců se můžeme domnívat, že každá z respondentek měla gestační diabetes mellitu kompenzován dostatečně.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala péčí porodní asistentky o ženu s diagnózou gestační diabetes mellitu. Teoretická část obsahuje kapitoly, týkající se diabetu mellitu, gestačního diabetu mellitu, diagnostiky a léčby GDM, sledování GDM v šestinedělí, vlivu GDM na novorozence, edukace, komunikace a zároveň s tím související činnosti porodní asistentky.

V bakalářské práci byl stanoven 1 cíl a k tomu odpovídající 3 výzkumné otázky. Cílem bylo zjistit, jaké názory mají ženy na potřebnou změnu v životním stylu v souvislosti s GDM. Pro zpracování tohoto tématu bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, které bylo uskutečněno prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly tvořeny s respondentkami, které měly v těhotenství diagnostikovaný gestační diabetes mellitus. Výzkumné šetření probíhalo v průběhu měsíce března 2017.

Na základě výzkumného šetření během rozhovorů s vybranými respondentkami byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky. Výzkumné otázky byly zaměřeny na to, jak žena vnímala stanovení diagnózy GDM, jaké změny v životním stylu u ženy s GDM nastaly a jakým způsobem byla žena edukována porodní asistentkou o změně životního stylu při GDM. Z výsledků výzkumu vyplývá, že ženy, kterým byl GDM diagnostikován poprvé, vnímaly tuto poruchu jako velkou komplikaci a začaly se strachovat se o své dítě. Naopak respondentky, které měly zkušenosti s diagnózou GDM, spoléhaly na bezproblémový průběh tohoto onemocnění, jako tomu bylo v předchozím těhotenství.

Velmi uspokojivý je výsledek, který se týkal změn v životním stylu, které u ženy v souvislosti s GDM nastaly. Všechny respondentky, pečlivě dodržovaly léčebnou dietu po celou dobu těhotenství až do konce šestinedělí. Většina respondentek zařadila do svého jídelníčku svačiny, aby jejich strava byla v určitých pravidelných intervalech tak, jak jim doporučil diabetolog. O struktuře diabetické diety byly respondentky edukovány zejména diabetologem. Naopak pouze dvě respondentky zařadily do režimových opatření fyzickou aktivitu. Zbylé respondentky bohužel nebyly nikým o příznivém vlivu fyzické aktivity v léčbě GDM seznámeny.

Na výzkumnou otázku, jakým způsobem byly ženy edukovány porodní asistentkou o změně životního stylu, byly odpovědi u většiny respondentek shodné. Z výzkumného šetření vyplynulo, že žádná z respondentek nebyla v těhotenství hospitalizována a s porodní asistentkou se v průběhu těhotenství setkávaly pouze v ambulanci u svého gynekologa. V ambulanci každé respondentce porodní asistentka provedla základní vyšetření, ale informace ohledně GDM a změně životního stylu respondentkám podávala velmi v omezené míře. Respondentky zmínily, že se porodní asistentka zajímala o výsledcích z diabetologické poradny, aktuálním zdravotním stavu nebo o léčebném režimu. Několik respondentek odpovědělo, že jim porodní asistentka doporučila některé potraviny, které snižují hladinu cukrů v krvi nebo naopak jim zdůraznila potraviny, kterým by se měly vyhýbat. Respondentky byly zcela edukovány o změně životního stylu v diabetologické poradně, ale porodní asistentku v této oblasti za edukátorku nepovažovaly. Z toho vyplývá, že porodní asistentky spíše spoléhají na edukaci ženy z diabetologické poradny a vědomosti žen pouze v omezené míře doplňují.

Výsledky tohoto výzkumného šetření mohou sloužit jako informační materiál pro porodní asistentky, které chtějí zlepšit svou péči o ženu v těhotenství nebo které se na tuto profesi teprve připravují. Výstupem bakalářské práce je informační leták, který je její součástí. Tento leták bude sloužit respondentkám pro lepší informovanost v problematice gestační diabetes mellitus.

Seznam použitých zdrojů

1. ANDĚLOVÁ, K. et al., 2015. *Gestační diabetes mellitus, doporučený postup*. [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z <http://1url.cz/ttBoJ>
2. ADAMÍKOVÁ, A., 2012. *Gestační diabetes-těhotenská cukrovka*. [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z <http://1url.cz/2tqHZ>
3. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-9728
4. BEHINOVÁ, M. et al., 2012. *Nová velká kniha o mateřství*. Mladá fronta, ISBN 978-80-204-2816-5
5. BOWERS, K. et al., 2011. *Prospective Study of Pregnancy Dietary Iron Intake and Risk for Gestational Diabetes Mellitus* [online]. [cit. 2016-4-11].
6. DEPARTMENT OF MEDICINE et al., 2016 *Screening for complications after pregnancy-related disorders; don't restrict to gestational diabetes*. [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z <http://1url.cz/RtBb4>
7. DISMANN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
8. DORT, J. et al., 2013. *Neonatologie*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-2253-8.
9. DYNTR, J., 2012. *Slinivka*. [online]. [cit. 2016-1-9]. Dostupné z <http://cs.medixa.org/nemoci/slinivka>
10. FUHRMAN, J., 2014. *Skončujte s cukrovkou*. Překlad Johana Martinová. Brno: Cpress. ISBN 978-80-264-0294-7.
11. GREGORA, M. a VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3.
12. GREGORA, M. a VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. vydání Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.
13. HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vydání, Brno: Cpress. ISBN 978-80-264-0755-3.

14. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3.dopl.vyd. Praha: Grada ISBN 978-80-247-4529-9.
15. HUDECOVÁ, K., 2012. *Glukóza v moči* [online]. [cit. 2016-12- 6]. Dostupné z [http:// cs.medixa.org/příznaky/glukoza-v-moci](http://cs.medixa.org/příznaky/glukoza-v-moci).
16. LEDEREROVÁ, K., 2014. *Komunikace ve zdravotnictví* online]. [cit. 2016-3- 6]. Dostupné z <http://1url.cz/XtsR3>.
17. KLÍMA, J. et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotní obory*. Praha: Grada ISBN 978-80-271-9364-6.
18. KOMÍN, O., 2012. *Glykovaný hemoglobin* [online]. [cit. 2016-12-1]. Dostupné z [http:// cs.medixa.org/léčba/glykovany-hemoglobin](http://cs.medixa.org/léčba/glykovany-hemoglobin).
19. KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-738-7624-1.
20. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-9859-2.
21. KVAPIL, M., 2011. *Edukace diabetika 2. typu* [online]. [cit. 2016-1-10]. Dostupné z <http://1url.cz/xta1j>.
22. KVAPIL, M. a PSOTTOVÁ, J., 2012. *Proč je glykovaný hemoglobin tak důležitý?* [online]. [cit. 2016-12- 6]. Dostupné z <http://1url.cz/JtBDS>.
23. MLČOCH, Z., 2013. *Selfmonitoring, sledování, měření glykémie, hladiny krevního cukru, malý a velký glykemický profil-informace* [online]. [cit. 2016-12- 1]. Dostupné z <http://1url.cz/1tBqL>.
24. MLČOCH, Z., 2011. *Hypoglykémie, nízký cukr v krvi-příznaky, projevy* [online]. [cit. 2016-11-16]. Dostupné z <http://1url.cz/jtEFD>.
25. MOHR et al., 2012. *Barevný atlas farmakologie*. 4. vydání. Praha: Grada. ISBN:978-80-247-3908-3.
26. NABUCO ,A. et al., 2016. *Early diabetes screening in women with previous gestational diabetes:a new insight* [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z <http://1url.cz/KtBbj>.
27. PADAPHET, S. a CAROLN-OLAH,M., 2016 *Sources of information on Gestational Diabetes Mellitus, satisfaction with diagnostic process and information Provision* [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z <http://1url.cz/ltBbV>.

28. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-7492-214-5.
29. PELIKÁNOVÁ, T. et al., 2011. *Praktická diabetologie*. 5. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-244-5.
30. PIŠTOROVÁ, K., 2012. *Gestační diabetes, těhotenská cukrovka-příznaky, projevy, symptomy* [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z <http://1url.cz/PtqUa>.
31. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství 1*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3557-3.
32. PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetřovatelství 2*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3558-0 .
33. PSOTTOVÁ, J., 2015, *Těhotenská cukrovka. Léčba prospívá dítěti i matce* [online]. [cit. 2016-12-1]. Dostupné z <http://1url.cz/gtEFd>
34. REDAKCE ORDINACE.CZ., 2016. *Selfmonitoring u diabetu je pro efektivní léčbu klíčový* [online]. [cit. 2016-12-1]. Dostupné z <http://1url.cz/dtBqM>.
35. ŘÍHÁNKOVÁ, R., 2014. *Zásady správné edukace diabetika* [online]. [cit. 2016-1-10]. Dostupné z <http://1url.cz/1ta1t>.
36. SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.
37. SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
38. SVOBODOVÁ, Z., 2011. *Diabetes mellitus a těhotenství* [online]. [cit. 2016-12-1]. Dostupné z <http://1url.cz/btEF4>.
39. ŠÁCHA, P., 2013. *Cukrovka-příznaky a hodnoty glykémie* [online]. [cit. 2016-12-1]. Dostupné z <http://1url.cz/ItEFj>.
40. ŠTĚCHOVÁ, K. et al., 2014. *Dítě diabetické matky*. Praha: Geum. ISBN 978-80-87969-06-9.
41. ŠTEFÁNEK, J., 2011. *Perorální antidiabetika PAD* [online]. [cit. 2016-01-12]. Dostupné z <http://1url.cz/8tRSH>.

42. ŠULISTOVÁ, R. a TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN:978-80-7394-246-5.
43. ŠVAŘÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ K., 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
44. TAKÁCS, L. et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-9716-8.
45. VACKOVÁ, K., 2015. *Co je to zdravý životní styl?* [online]. [cit. 2016-4-16]. Dostupné z <http://1url.cz/KtsFK>.
46. VASSILAKI, M. et al., 2015. *Pregestational excess weight, maternal obstetric complications and mode of delivery in the Rhea cohort in Crete* [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z <http://1url.cz/etBbD>.
47. VILÍMOVSKÝ, M., 2016. *Metformin na léčbu diabetu* [online]. [cit. 2016-11-16]. Dostupné z <http://1url.cz/jtEFD>.
48. VILÍMOVSKÝ, M., 2015. *Cukrovka: rozdělení, projevy, léčba a komplikace* [online]. [cit. 2016-11-16]. Dostupné z <http://1url.cz/otRSq>.
49. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné 3. Speciální část*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-9743-4.
50. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-9239-7.
51. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů [online]. [cit. 2016-11-16]. Dostupné z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

7 Přílohy

7.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Otázky rozhovoru s respondentkami

Příloha 2 – Informační souhlas ke spolupráci

Příloha 1 – Otázky rozhovoru s respondentkami

Zdroj: Vlastní

1. Jaké pocity ve Vás vyvolalo stanovení diagnózy gestační diabetes mellitus?
2. Kdy jste podstoupila vyšetření oGTT, a jak toto vyšetření probíhalo?
3. Jakým způsobem jste změnila svůj životní styl v souvislosti s GDM?
4. Jaká změna Vás nejvíce omezuje v běžném životě v souvislosti s GDM?
5. Jakým způsobem, kým a o čem jste byla edukována o problematice GDM?
6. Jak se zajímala porodní asistentka v ambulanci gynekologa o průběhu vaší léčby GDM a o dodržování režimových opatření z Vaší strany v souvislosti s GDM?
7. Co Vám v edukaci chybělo? Jaké informace jste postrádala?
8. Měla jste nějaké informace o GDM ještě než Vám byl diagnostikován? Kde jste informace získala?

Příloha 2 – Informovaný souhlas ke spolupráci

Zdroj: vlastní

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro účely výzkumného projektu bakalářské práce

Péče porodní asistentky o ženu s diagnózou gestační diabetes mellitus

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce vedené na Fakultě zdravotně-sociálních studií Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Bakalářská práce je psána na oboru porodní asistence.

Cílem tohoto výzkumu je zjistit jaké názory mají ženy na potřebnou změnu v životním stylu v souvislosti s GDM.

Pro účely analýzy nejsou důležité osobní údaje informátorek (jako je například jméno, bydliště či organizace, ve které jsou zaměstnány). Rozhovor, který s Vámi bude zaznamenán, bude ihned po jeho pořízení anonymizován. Všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu či organizaci, ve které pracujete.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Kristýně Kadlecové pro účely výše popsaného výzkumného projektu.

V

Dne

Podpis:

Podpis výzkumníka:

Kristýna Kadlecová

725976709

8 Zkratky

DM - diabetes mellitus

GDM – gestační diabetes mellitus

PAD – perorální antidiabetika

oGTT – orálně glukózový test

j. - jednotka

JIP – jednotka intenzivní péče

