

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Miluše Syrovátková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí u žen s gestačním diabetem mellitem

2022

Miluše syrovátková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2021/2022

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Miluše Syrovátková**  
Osobní číslo: **Z18088**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Téma práce: **Prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí u žen s gestačním diabetem mellitem**  
Téma práce anglicky: **Experiencing pregnancy, childbirth and the puerperium in women 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 průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
2. HERRMANN, Frank, Peter MÜLLER, Tobias LOHMANN a Henri WALLASCHOFSKI. *Endokrinologie pro praxi: diagnostika a léčba od A do Z*. Přeložil Irena ALDHOON HAINEROVÁ. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1040-7.
3. HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0274-7.
4. PIŤHOVÁ, Pavlína, Jindra PERUŠIČOVÁ a Libor ZÁMEČNÍK. *Diabetes mellitus a reprodukční funkce: [přůvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf, 2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-312-1.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Michal Kopecký**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **22. června 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. srpna 2022**

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

L.S.

**Mgr. Helena Poláčková** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. srpna 2022

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí u žen s gestačním diabetem mellitem jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího práce. 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 19.8.2022

Miluše Syrovátková v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Poděkování náleží hlavně Mgr. Michalu Kopeckému za vedení bakalářské práce, za jeho rady, připomínky a čas, díky kterému mohlo proběhnout zpracování této práce. Také velké poděkování náleží všem respondentkám, bez nichž by nemohla proběhnout praktická část bakalářské práce.

## **ANOTACE**

Teoretická část práce první části obecně popisuje diabetes mellitus jako takový, následně se zabývá problematikou onemocnění gestační diabetes v těhotenství, je zde charakteristika daného onemocnění, diagnostika, prenatální péče, léčba, komplikace a rizika spojená s gestačním diabetem mellitem. Konec teoretické části se zabývá prožíváním žen a samotným prožíváním nemoci. Průzkumná část byla utvořena na základě kvalitativního šetření, jehož průběh byl uskutečněn za pomoci polostrukturovaných rozhovorů a zaměřuje se na prožívání těhotenství u žen s gestačním diabetem mellitem.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Těhotenství, Gestační diabetes mellitus, Diabetes, Plod, Matka, Novorozenec, Léčba, Diagnostika

## **TITLE**

Experiencing pregnancy and the puerperium in women with gestational diabetes mellitus

## **ANNOTATION**

The theoretical part of the first part generally describes diabetes as such, then deals with the issue of gestational diabetes in pregnancy is here, the characteristics of the disease, diagnosis, treatment, prenatal care, treatment, complications and risks associated with gestational diabetes mellitus. The end of the theoretical part deals with the experience of women and the very experience of the disease. The exploratory part was created on the basis of a qualitative survey, which was conducted with the help of semi-structured interviews and focuses on the experience of pregnancy in women with gestational diabetes mellitus.

## **KEYWORDS**

Pregnancy, Gestational diabetes mellitus, Diabetes, Fetus, Mother, Newborn, Treatment, Diagnostics

# OBSAH

ÚVOD .....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 Diabetes mellitus .....	14
1.1 Klasifikace diabetes mellitus.....	14
1.1.1 Poruchy glukózové tolerance.....	14
1.1.2 Ostatní specifické druhy diabetu.....	15
1.2 Diagnostika .....	16
1.2.1 Anamnéza .....	16
1.2.2 Laboratorní vyšetření.....	16
2 Gestační diabetes mellitus .....	17
2.1 Rizika pro matku .....	17
2.2 Rizika pro plod/dítě.....	19
3 Diagnostika gestačního diabetu mellitu.....	22
3.1 První fáze screeningu .....	22
3.2 Druhá fáze screeningu – Orální glukózo – toleranční test oGTT .....	22
3.2.1 Příprava těhotné na oGTT.....	22
3.2.2 Hodnocení oGTT .....	23
3.3 Rozdělení těhotných GDM dle míry rizika.....	23
4 Prenatální péče o ženy s GDM .....	24
4.1 Ultrazvukové vyšetření plodu .....	24
5 Léčba .....	26
5.1 Dieta .....	26
5.2 Pohybová aktivita.....	26
5.3 Perorální antidiabetika .....	26
5.4 Inzulínoterapie.....	27
5.5 Selfmonitoring.....	27



6	Porod a poporodní období žen s GDM.....	28
7	Psychika v těhotenství .....	29
7.1	Gestační diabetes mellitus a psychika ženy .....	29
7.1.1	Stres .....	29
7.1.2	Úzkost .....	30
7.1.3	Deprese .....	31
	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	32
8	Metodika průzkumu.....	32
8.1	Příprava průzkumu .....	32
8.2	Průzkumný soubor .....	32
8.3	Průběh výzkumu.....	35
8.4	Zpracování dat z rozhovorů .....	35
8.5	Rozhovory .....	36
8.5.1	Respondentka č. 1 .....	36
8.5.2	Respondentka č. 2 .....	39
8.5.3	Respondentka č. 3 .....	42
8.5.4	Respondentka č. 4 .....	44
8.5.5	Respondentka č. 5 .....	46
8.6	Závěrečné shrnutí rozhovorů.....	48
8.6.1	Zjištění diagnózy.....	48
8.6.2	Těhotenství.....	48
8.6.3	Předporodní období a porod .....	49
8.6.4	Poporodní období.....	49
9	DISKUZE .....	50
10	ZÁVĚR .....	53
11	POUŽITÁ LITERATURA .....	54
	Tištěné zdroje .....	54

Elektronické zdroje .....	57
Bakalářské práce .....	59
Seznam příloh .....	60
Přílohy.....	61

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 – Vyšetření žilní glykémie na lačno (Krejčí a Anderlová, 2018).....	22
Tabulka 2 – Základní údaje o respondentkách .....	33
Tabulka 3 – Údaje o GDM a porodu .....	33
Tabulka 4 – Kategorie a kódy rozhovoru s respondentkou č. 1 .....	36
Tabulka 5 – Kategorie a kódy rozhovoru s respondentkou č. 2 .....	39
Tabulka 6 – Kategorie a kódy rozhovoru s respondentkou č. 3 .....	42
Tabulka 7 – Kategorie a kódy rozhovoru s respondentkou č. 4 .....	44
Tabulka 8 – Kategorie a kódy rozhovoru s respondentkou č. 5 .....	46

## SEZNAM ZKRATEK

a kol.	a kolektiv
GDM	gestační diabetes mellitus
GIT	gastrointestinální trakt
i. v	intravenózní aplikace
j	jednotek
mg	miligramů
oGTT	orální glukózo-toleranční test
PAD	perorální antidiabetika
RDS	respirátory distress syndrom (syndrom dechové tísně)
tzv.	takzvaně
UZ	ultrazvuk
VVV	vrozené vývojové vady
IUGR	intrauterine growth restriction (intrauterinní růstová restrikce)
kg	kilogram
NST	non stres test
BPD	biparietální průměr
FL	délka femuru
ZP	zdravotnický

## ÚVOD

Gestační diabetes mellitus je komplikací, která se projevuje pouze v těhotenství. Jedná se o poruchu glukózové tolerance, která vzniká v těhotenství. V České republice má potvrzenou diagnózu gestačního diabetu mellitu 2 – 3 % žen, to odpovídá přibližně ke 2700 těhotenstvím s potvrzenou diagnózou za rok. (Roztočil., 2020, s. 234) Diagnóza gestačního diabetu mellitu může velmi ovlivnit psychické rozpoložení ženy. Ta může prožívat různé psychické stavy jako jsou například deprese, stres či úzkost, s kterými se ženy mohou potýkat. (Zajíčková., 2022)

Tato bakalářská práce je zaměřena na prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí u žen s diagnózou gestační diabetes mellitus z jejich pohledu. Téma bylo zvoleno na základě setkávání se ženami s touto diagnózou v praxi a se zájmem pochopit, jak samy ženy prožívají toto onemocnění. Hlavní cílem práce je popsat prožívání žen s gestačním diabetem mellitem při zjištění diagnózy v průběhu těhotenství a následně při porodu a šestinedělí. Tato práce obsahuje dva dílčí cíle. První dílčí cíl má zjistit spokojenost s informovaností žen s GDM. Druhý dílčí cíl má za úkol zjistit, jaké je pro ženy dodržování léčebných opatření spojených s gestačním diabetem mellitem.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část. V teoretické části je zmíněn diabetes mellitus obecně, dále se už zaměřuje pouze na gestační diabetes mellitus, zde jsou zmíněna rizika pro vznik GDM, možnosti diagnostiky, prenatální péče o těhotné s gestačním diabetem mellitem, možnosti léčby, vedení porodu, poporodní období, psychika ženy v těhotenství společně s vybranými stavy.

Průzkumná část obsahuje popis postupu realizace rozhovorů vlastní tvorby, sběru dat a vyhodnocení výsledků.

## **CÍLE PRÁCE**

### **Teoretická část**

1. Charakterizovat gestační diabetes mellitus
2. Popsat rizika pro matku a dítě
3. Popsat možnosti léčby
4. Popsat psychiku ženy v těhotenství a vybrané stavy spojované s GDM

### **Průzkumná část**

Cílem průzkumné části je zjistit, jaký je vliv gestačního diabetu mellitu na psychiku žen.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Diabetes mellitus

Spadá do heterogenní skupiny chronických onemocnění, u kterých je společným znakem hyperglykémie. (Souček, Svačina., 2019, s. 321) Vzniká při nedostatku hormonu inzulínu nebo jeho nedostatečnou účinností. Inzulín je produkován slinivkou břišní, konkrétně v Langerhansových ostrůvcích a je tvořen z beta – buněk. Hlavním úkolem tohoto hormonu je pomoci glukóze proniknout z krve do buněk. (Sucharda, Zlatohlávek, 2015, s. 96) Tvorba tohoto hormonu se řídí dle aktuální hladiny glykémie. Při zvýšené hladině glykémie se začne zvyšovat i produkce inzulínu, to umožní glukóze z krevního řečiště uložení se do zásob. Naopak při snížení hladiny glukózy klesne i produkce tohoto hormonu. Inzulín je tvořen beta – buňkami v určité míře stále, a tak spadá do bazálního inzulínu. Inzulín je potřebný pro všechny buňky v lidském těle, které díky němu mohou využívat glukózu. (Lébl a kol., 2015. s. 26 – 27)

### 1.1 Klasifikace diabetes mellitus

Podle Součka (2019, s. 81) rozlišujeme následující typy: Diabetes mellitus 1.typu, Diabetes mellitus 2.typu, Ostatní specifické druhy diabetu, Gestační diabetes mellitus

#### 1.1.1 Poruchy glukózové tolerance

##### **Diabetes mellitus 1. typu**

Jedná se o naprostý nedostatek inzulínu v těle díky navození autoimunitní destrukce Beta buněk, které jsou obsaženy v Langerhansových ostrůvcích. Tento typ diabetu se u jedinců s genetickou predispozicí rozvíjí již v dětském věku nebo do 30. roku života člověka. Už od začátku je nutná léčba inzulínem, proto se jedná o inzulín-dependentní (závislý na inzulínu) diabetes mellitus. (Vokurka, 2018, s. 247)

##### **Diabetes mellitus 2. typu**

Jedná se o sníženou schopnost tkání reagovat na hormon inzulín neboli inzulínovou rezistenci společně s nedostačující tvorbou inzulínu, který je produkován beta – buňkami. Pro vznik tohoto typu musí být přítomna inzulínová rezistence a nedostatečná tvorba inzulínu. Je také označován jako non - inzulín-dependentní diabetes, jelikož u většiny nemocných není třeba léčba inzulínem, ale v případě, že léčba dietou a PAD není dostačující, je část nemocných léčena inzulínem. Tento typ diabetu se rozvíjí po 30. roku života člověka, avšak může se

rozvinou u dospívajících i dětí. Také je zde souvislost s obezitou a nedostačujícím pohybovou aktivitou. (Nair, Ian, 2016, s. 149; Vokurka, 2018, s. 247)

### **1.1.2 Ostatní specifické druhy diabetu**

#### **MODY**

Je porucha uvolňování inzulínu, tato porucha je autosomálně dědičná. Tento typ může svými klinickými symptomy připomínat diabetes mellitus 2. typu. Má různé formy, nesmí být podceňována, protože i u této poruchy se můžeme setkat s komplikacemi diabetu, které se rozvinou až časem.

#### **Neonatální diabetes**

Je projevení diabetu mellitu v prvních 6 měsících života dítěte. Jedná se o geneticky podmíněnou vadu, která vede k poškození vývoje slinivky břišní nebo beta – buněk.

#### **Diabetes mellitus jako následek onemocnění pankreatu**

Jedná se o kterékoliv onemocnění, jež může poškodit tkáň slinivky břišní a následně i její beta – buňky, může vyvolat diabetes mellitus. (Muntau, 2014, s. 118)

#### **Syndrom inzulínové rezistence**

Je poruchou glukózové tolerance, ke které dochází při nadměrné koncentraci inzulínu a C – peptidu. Syndrom inzulínové rezistence se nejvíce objevuje u dívek v pubertě může se objevovat společně s poruchami cyklu, nadměrným ochlupením a ztmavnutím a ztluštěním kůže na krku, podpaží a záhybech kůže. (Muntau, 2014, s. 118; Hůlek a kol., 2018, s. 561)

#### **Gestační diabetes mellitus**

Je porucha glukózové tolerance zjištěná poprvé v graviditě se nazývá gestační diabetes mellitus, jehož zkratkou je GDM. Zjištěná hyperglykémie může přejít od mírné poruchy glukózové tolerance až k těžké formě diabetické poruchy. (Pitřhová a kol., 2012, s. 45)

#### **Prediabetes**

Neboli jinak řečeno porucha glukózové tolerance je stavem bez příznaků, který může předcházet samotnému diabetu. Při prediabetu se objevuje zvýšená hladina glykémie na lačno či zvýšenou hladinou glykémie po vystavení organismu glykemickému zatížení, kterou může zjistit oGTT. Jedna z těchto dvou uvedených skutečností umožní potvrzení prediabetu. Avšak I. Karen a Š. Svačina (2021) popisují, že naměřené hodnoty glykémie jsou menší než



hodnoty, které potvrzují diagnózu diabetes mellitus. Samotný prediabetes může způsobovat dlouhodobé mikrovaskulární komplikace.

K potvrzení diagnózy prediabetu platí následující hodnoty:

1. U vyšetření glykémie z krevní plazmy na lačno je rozmezí od 5,6 do 6,9 mmol/l – Zvýšená glykémie na lačno – IFG – Impaired Fasting Glucose
2. Při vyšetření oGTT s užitím 75 gramů glukózy je hodnota glykémie v 120 minutě vyšetření ve venózní plazmě přítomna hodnota v rozmezí od 7,8 do 11,0 mmol/l – Porušená glukózová tolerance – IGT – Impaired Glucose Tolerance

## **1.2 Diagnostika**

Na začátku diagnostika vychází z anamnestických údajů, které dále vedou k dalším vyšetřovacím metodám pro potvrzení či vyloučení diagnózy diabetu mellitu. Mezi další vyšetřovací metody se řadí laboratorní vyšetření hodnot glykémie z krve. Samotná diagnóza nemůže být stanovena pouze na základě pozitivních anamnestických údajů, jelikož je potvrzení diagnózy závislé na potvrzení hyperglykémie. (Kudlová, 2015, s. 32)

### **1.2.1 Anamnéza**

Na základě anamnestických údajů, z nichž vyplývají následující příznaky jako jsou například časté infekce genitálií či jiných oblastí, svědění, poruchy zraku, žízeň, únava, nevykonnost či polyurie. Na základě anamnestických údajů se dále přechází k laboratornímu vyšetření. (Herrmann a kol., 2020, s. 68)

### **1.2.2 Laboratorní vyšetření**

Odběr venózní krve k vyšetření glykémie na lačno z venózní plazmy, kdy při hodnotě  $>7$  mmol/l se již jedná o patologickou hodnotu. Při hodnotách od 5,6 do 6,9 mmol/l se jedná o porušenou glykémii na lačno. K další laboratorní metodě se řadí orální glukózový toleranční test u hodnot  $>11,1$  mmol/l po dvou hodinách se tak již jedná o patologickou glykémii. U hodnot od 7,8 do 11,1 mmol/l se jedná o porušenou glukózovou toleranci. V případě glykémie měřené po jídle neboli odborně řečeno postprandiální glykémie jsou hodnoty  $> 11,1$  taktéž patologické. Při laboratorním vyšetření hladiny glykovaného hemoglobinu v krvi je patologická hodnota vyšší jak 6,5 %, jinak je možné použít glykovaný hemoglobin i ke sledování a kontrole kompenzace diabetu. (Herrmann a kol., 2020, s 69)

## **2 Gestační diabetes mellitus**

Jedná se o intoleranci sacharidů, která vzniká v průběhu těhotenství, avšak po skončení těhotenství ve většině případů vymizí. V případě dalšího těhotenství se opět může projevit. (Roztočil, 2020, s. 234) Při fyziologickém těhotenství stoupají hladiny estrogenu a progesteronu okolo 20. týdne gravidity. Díky hormonálním vlivům dojde k ukládání glykogenu, dochází ke snížení tvorby glukózy játry a následně stoupá periferní využití glukózy. Následně klesne inzulínová rezistence, proto je vznik GDM v prvním trimestru vzácný, avšak u žen s vysokým rizikem může vzniknout už ve 14. – 16. týdnu gravidity. K nárůstu inzulínové rezistence dochází od 16. až 20. týdne gravidity, jelikož placenta v tomto období začíná produkovat vyšší hladiny kortizolu, prolaktinu a placentárního laktogenu. Následně dochází k snižování ukládání jaterního glykogenu a zvýšení jaterní produkce glukózy. (Pitřhová a kol., 2012, s. 46 – 47) Příčina GDM je inzulínová rezistence, kterou nedokáže organismus ženy kompenzovat. V těhotenství je zvyšující se inzulínová rezistence fyziologická do doby, kdy ji organismus zvládne kompenzovat. Zastoupení žen s GDM je přibližně 2-3% populace. GDM často bývá bez přítomnosti symptomů, z tohoto důvodu je třeba systematicky pacientky vyhledávat. V České republice je doporučení všeobecného screeningu, který je dvoufázový. Screening je prováděn u všech těhotných, avšak není prováděn u žen, které již trpí poruchou metabolismu glukózy před těhotenstvím. (Procházka a kol., 2020, s. 250)

L. Slezáková (2017) popisuje následující rizikové faktory pro vznik GDM: obezitu, hypertenzi, preeklampsii, věk nad 30 let, pozitivní rodinnou anamnézu, gestační diabetes v předchozím těhotenství, porod plodu nad 4000 g, intrauterinní smrt plodu v anamnéze.

### **2.1 Rizika pro matku**

#### **Polyhydramnion**

Polyhydramnion je stav, při kterém přesáhne množství plodové vody 2000 ml. Příčiny vzniku lze dělit na příčiny ze strany plodu a matky. Příčiny ze strany plodu jako například vada srdce či VVV GIT. Příčiny ze strany matky diabetes mellitus, infekce či Rh imunizace. Lze jej diagnostikovat za pomoci ultrazvuku. K projevům lze zařadit zvětšenou dělohu s napnutými stranami, snížení citlivosti pohybů plodu, těhotná může být i dušná, to díky vysokému stavu bránice. Léčba je symptomatická, provádí se drenáž plodové vody transabdominální punkcí. (Hájek a kol., 2014, s. 315; Hourová, Galambošová, 2015, s. 90)

## **Hypertenzní onemocnění**

Hypertenze je stav, při kterém v těhotenství stoupá systolický tlak o 30 mm Hg a diastolický tlak o 15 mm Hg. Potvrzení diagnózy hypertenze se přijímá v případě, kdy v graviditě naměříme opakovaně hodnoty krevního tlaku 140/90 mm Hg či vyšší hodnoty TK. Někdy je k stanovení této diagnózy použit střední arteriální tlak při hodnotě, která je vyšší než 105 mm Hg. Těhotné ženy trpící gestačním diabetem mellitem v kombinaci s obezitou mají vyšší riziko výskytu tohoto onemocnění. K léčbě tohoto onemocnění jsou užívány léky patřící do skupin betablokátory nebo blokátoxy kalciového kanálu. (Vysočanová a kol., 2018; Hájek a kol., 2014, s. 356)

Preeklampsie vzniká ve druhé polovině těhotenství, mezi její příznaky lze zařadit: vysoký krevní tlak, otoky dolních končetin, které se následně mohou vyskytnout v obličeji, na horních končetinách, dokonce i na bříše, dále je přítomna i bílkovina v moči. Při léčbě preeklampsie je nutný klidový režim ve vodorovné poloze na levém boku. Z léků se užívají sedativa, antihypertenziva, která jsou v těhotenství povolena, a magnezium sulfuricum. (Hanáková a kol., 2015, s. 119; Roztočil., 2017, s. 259)

**Eklampsie** jedná se o preeklampsii, ke které se připojí tonicko – klonické křeče. Eklamptický záchvat má několik fází v úvodní fázi začíná jako bolesti v epigastriu, bolesti hlavy, závrat' - tako fáze se nazývá jako aura, další fázi jsou tonické křeče, následně se objeví tonicko – klonické křeče a v poslední fázi se objeví kóma, to může trvat pár minut. Léčba spočívá v udržení volných dýchacích cest, aplikaci kyslíku, zabránění poranění matky (důležité je předejít poranění jazyka a pádu). Z léků je užito MgSO<sub>4</sub> a fenobarbitaly a to formou i.v. Po odeznění záchvatu je těhotenství ukončeno císařským řezem. (Roztočil., 2017, s. 259)

### **Porodní poranění**

Při makrosomií plodu může hrozit vznik porodního poranění v průběhu porodu, například poranění hráze. Poranění hráze se dělí dle stupně poranění následovně:

- I. Stupeň poranění – dochází k porušení pouze kůže hráze a pochvy
- II. Stupeň poranění – dochází k porušení kůže, podkoží, svalů perinea, sliznice a podslizničního vaziva
- III. Stupeň poranění – dochází k poruše zevního svěrače konečníku, je postižen jen svěrač
  - Zde je poraněno méně jak 50 % tloušťky zevního svěrače
  - Zde je poraněno více jak 50 % tloušťky vnitřního svěrače

- Dojde k poranění zevního a vnitřního svěrače, avšak anální sliznice není nijak poškozena

IV. Stupeň poranění – dochází k poruše jak zevního a vnitřního svěrače společně v kombinaci s poškozením anální sliznice

Dále může vzniknout i jakékoliv jiné poranění například kapslová, latentní nebo centrální trhlina. (Kekki et al., 2021; Roztočil., 2020, s. 440)

## **2.2 Rizika pro plod/dítě**

Jelikož zvýšená glukóza prostupuje placentou do krevního oběhu plodu a ten se s touto skutečností musí následně vypořádat. V tomto období má plod již vyvinutou vlastní slinivku břišní, proto je reakce plodu taková, že začne produkovat více inzulínu. Zvýšení tohoto hormonu udržuje normální hladinu cukru. Avšak zvýšený přísun glukózy a zvýšená produkce vlastního hormonu – inzulínu mohou představovat rizika pro plod. (Krejčí, Anderlová., 2018)

### **Makrosomie plodu**

Jedná se o plod vážící více jak 4000 g, může být způsobena nedostatečnou kompenzací diabetu. Díky makrosomii se častěji u těchto plodů můžeme setkat s dystokií ramének během porodu. (Hourová, Galambošová, 2015, s. 65) Společně s ní se může vyskytnou dystokie neboli turtle sing (znak želvy), je poruchou mechanismu druhé doby porodní, kdy se přední raménko zastaví za symfýzou. (Roztočil., 2020, s. 414)

### **Diabetickou fetopatii**

Lze považovat za takzvaný soubor morfologických a funkčních odchylek, které vznikají ve třetím trimestru gravidity. Jelikož je poskytována plodu zvýšená dodávka nutričních látek, může se zrychlit jeho růst. V břišní oblasti plodu se ukládá tuk, slezina, játra i srdce bývají zvětšené, avšak lebka a mozek nebývají poškozeny (Jedná se o makrosomii společně s makrosomií orgánovou). Dále se do celkového souboru diabetické fetopatie řadí polycytemie, hypokalcemie, poporodní hypoglykémie, dechové potíže, funkční nezralost plodu a hyperbilirubinemie. Vyvolávající příčinou diabetické fetopatie je hyperinzulinemie plodu, která je dlouhodobá. Tento stav může nastat při špatné kompenzaci diabetu matky. (Slezáková a kol., 2017, s. 201; Pitřhová a kol., 2012, s. 49)

## **Neonatální hypoglykémie**

Při hyperglykémii diabetické matky se u plodu také vyskytne hyperglykémie. Odezva slinivky plodu je taková, že vznikne hyperinzulinemie a ta setrvává i po přerušení pupečníku. Tato skutečnost má za následek hypoglykémii u novorozence. Hypoglykémie je snížení hladiny glukózy pod 2 mmol/l. Mezi příznaky hypoglykémie u novorozenců lze zařadit: třes, zvýšená dráždivost, tachypnoe, hypotonie, letargie, apnoe a mnoho dalších. Avšak tyto příznaky jsou nespecifické. Léčba se zahajuje od 3. hodiny života, kdy je podáván 15 % maltodextrin v dávce 3ml/kg po 3 hodinách, je podáván enterálně. Novorozenec diabetické matky by měl být přiložen k prsu pro podporu laktace před každým podáním tohoto zdroje glukózy. V případě, že novorozenec není schopen pozřít nic per os, zahájí se podání infuze s glukózou 6 – 8 mg/kg/min do doby než vymizí hyperinzulinismus. (Muntau, 2014, s. 29; Hájek a kol., 2004, s. 160)

## **Polycytémie**

Se u novorozence může vyskytnout v případě diabetu matky u 25 – 40 %. Jedná se o stav, při kterém se zvednou hodnoty erytrocytů nad normu v daný věk. Dochází k zvýšení hematokritu v krevním obraze, který přesáhne 65 % díky polycytémii. Poté, co přesáhne hematokrit víc jak 65 %, dochází k zvýšené vazkosti krve a následně dochází k hypoperfuzi orgánů. Mezi příznaky polycytémie se řadí: RDS, cyanóza, hypoglykémie, načervenalé neboli pletorické zbarvení a mnoho dalších. U bezpříznakových novorozenců při hematokritu 65 – 70% se sledují další příznaky a posléze se za 6 až 12 hodin se odebere hematokrit a glykémie. V případě hematokritu 70 – 75 % se zvýší přísun tekutin o 20 ml/kg/den, opět je třeba zkontrolovat hematokrit a glykémii tentokrát za 4 – 6 hodin. Při hematokritu nad 75 % je provedena částečná výměnná transfuze. U příznakových novorozenců při hematokritu 60 - 65% je třeba vyloučit i jiné příčiny a při hematokritu nad 65% se taktéž provede částečná výměnná transfuze. (Straňák a Janota, 2015, s. 401 – 404; Straňák a kol., 2015, s. 84)

## **Hyperbilirubinemie**

Jedná se o zvýšenou hladinu bilirubinu v séru nad 25  $\mu\text{mol/l}$  do 340  $\mu\text{mol/l}$ . V případě hodnot bilirubinu od 340  $\mu\text{mol/l}$  do 425  $\mu\text{mol/l}$  hovoříme už o těžké hyperbilirubinémii a u hodnot bilirubinu vyšších jak 425  $\mu\text{mol/l}$  hovoříme o extrémní hyperbilirubinémii. Jako projev hyperbilirubinemie se vyskytuje žluté zbarvení sklér a sliznic, odborně nazýváno ikterus. U novorozenců je ikterus zřetelný přibližně u hodnot bilirubinu okolo 80  $\mu\text{mol/l}$ . K diagnostice se užívá posouzení novorozence pohledem, užitím transkutánního bilirubinometru a vyšetření

bilirubinu v krvi. K léčbě se užívá fototerapie, imunoglobuliny a metaloporfyriny. (Straňák a kol., 2015, s. 46 – 51)

### **Hypokalcemie**

Je nízká hladina kalcia pod 1,75 mmol /l, mezi její projevy u novorozenců lze zařadit: třes, letargie, zvracení, křeče, dráždivost a ve vzácných případech laryngospasmus. Může se objevit společně s hypomagnézií, což je nízká hladina hořčíku. Tato situace nastává při ukončení přenosu Ca a Mg iontů. Následně se aktivují příštítná tělíska, začne se tvořit parathormon a dojde i ke zvýšené tvorbě vitamínu D. Léčba probíhá i.v. podáním vápníku a hořčíku. Hypokalcemie se společně s hypomagnézií projevuje u 50 až 80 % matek trpících diabetem. (Hájek a kol., 2004, s. 161; Štechová, 2014, s. 176 – 177)

### **Respiratory distress syndrom (RDS)**

Při plicní nezralosti a nedostatku surfaktantu (jehož úlohou je snižování povrchového napětí plicních sklípků), který se skládá ze směsi fosfolipidů a proteinů, nastává zvýšení povrchového napětí plicních sklípků neboli alveolů, tato skutečnost vede k jejich kolapsu a následnému snížení dechového objemu. Mezi projevy RDS se řadí dušnost, grunting, cyanóza, zvýšená dechová aktivita. V léčbě je zásadní podpora dýchání například umělou plicní ventilací, díky které dojde k zamezení kolapsu alveolů, oxygenoterapií, aby bylo docíleno dostatečného okysličení krve a také substituční léčba při které se podává intratracheálně surfaktant. Rizikovým faktorem pro vznik RDS může být špatně kompenzovaný diabetes rodičky, jelikož inzulín působí proti glukokortikoidům a tím dochází k zpomalenému zrání plic plodu. (Marková, Chvilová, 2020, s. 50; Hájek a kol., 2004, s. 161)

### **Intrauterinní růstová restrikce plodu (IUGR)**

Při IUGR plod velikostně neodpovídá svému gestačnímu věku. Následně se rodí hypotrofický novorozenec, který má nízkou porodní váhu a pohybuje se pod 10. percentilem. Plod bývá ohrožen vyšší morbiditou a mortalitou. Bývá způsobena snížením průtoku v uterinním a placentárním řečišti. Objevuje se u žen, u kterých se vyskytly komplikace diabetu při jeho špatné kompenzaci. Děti s intrauterinní růstovou restrikci mají vyšší sklon k perinatální asfexii a hypoglykémii. (Štechová a kol., 2014, s. 177 – 178)

### 3 Diagnostika gestačního diabetu mellitu

Diagnostika GDM je prováděna za pomoci výsledků screeningu. Tento screening je rutinně prováděn u všech žen, neprovádí se pouze u žen, které již trpí některou poruchou metabolismu glukózy vzniklou ještě před těhotenstvím. Tento screening lze rozdělit na dvě fáze, v první fázi se provádí stanovení glykémie na lačno z odběru krve do 14. týdne těhotenství a ve druhé fázi těhotná podstupuje OGTT, což je orální glukózo-toleranční test, který je prováděn těhotným v rozmezí 24. – 28. týdne gravidity. (Čepický a kol., 2018, s. 177)

#### 3.1 První fáze screeningu

V této fázi se vyšetřuje hladina glykémie na lačno z žilní plazmy, kterou vyhodnocuje laboratoř. Žena by měla tuto fázi screeningu podstoupit do 14. týdne gravidity. (Krejčí, Anderlová, 2018)

Tabulka 1 – Vyšetření žilní glykémie na lačno (Krejčí a Anderlová, 2018)

Glykémie na lačno <5,1mmol/l	Výsledek v normě	Následuje oGTT ve 24. – 28. týdnu těhotenství
Glykémie na lačno opakovaně $\geq$ 5,1mmol/l	Těhotenská cukrovka	Žena má být odeslána na diabetologii
První glykémie $\geq$ 5,1 mmol/l, druhá <5,1mmol/	Ženě má být provedeno oGTT	Rozhodne výsledek oGTT

#### 3.2 Druhá fáze screeningu – Orální glukózo – toleranční test oGTT

Tento test slouží ke zhodnocení schopnosti organismu udržet hladiny glukózy v krvi po podání určitého množství glukózy per os. (Špinar a kol., 2013, s.309) Těhotné, kterým nebyla diagnostikována pregestační porucha metabolismu glukózy, podstupují ve 24. – 28. týdnu gravidity orální glukózo – toleranční test. (Čermáková.,2017, s.54) V úvahu připadá provedení testu v prvním trimestru gravidity a takzvaných rizikových skupin těhotných, sem lze zařadit ženy s diabetem mellitem v minulé graviditě, hypertenzí či preeklapsií v minulé graviditě, porodní hmotnost dítěte byla více jak 4000 gramů, porod mrtvého plodu či aktuální věk ženy nad 30 let nebo obezita. (Hourová, Galambošová, 2015, s. 77)

##### 3.2.1 Příprava těhotné na oGTT

Žena by měla být seznámena se způsobem a přípravu na samotný test. Následně by měla být poučena o tom, že jeden den až tři dny testem nemusí dodržovat žádná dietní opatření a

konzumuje běžnou stravu. Před vyšetřením by neměla konzumovat slazené nápoje a nebude kouřit. Na samotný test žena přichází na lačno, lačná by měla být přibližně 8 hodin. Dále je potřeba vynechat zvýšenou fyzickou námahu a dle domluvy s lékařem v den testu vynechat léky, které by mohly ovlivnit výsledek. (Dingová a kol., 2018, s.232) Test se provádí na lačno, první odběr glykémie se provádí ještě před podáním roztoku. Podává se standardizovaný roztok, který obsahuje 75 gramů glukózy. (Jelínková, 2020, s. 66) Glukóza je rozpuštěna v 250 až 300 ml, žena by měla tento roztok vypít přibližně za 5-10 minut. Za hodinu po vystavení organismu této zátěži se odebere vzorek nesrážlivé žilní krve, který následuje další odběr po uplynutí 2 hodin po vypití roztoku. Po celou dobu je nutné, aby žena neprováděla žádnou fyzickou aktivitu. (Kudlová, 2015, s. 87)

### **3.2.2 Hodnocení oGTT**

V případě, že jsou výsledky oGTT v následujících hodnotách, jedná se o normální hodnoty: na lačno <5,1 mmol/l, v 60. minutě <10,0 mmol/l, ve 120. minut <8,5 mmol/l. Ale v případě, že je některá z hodnot zvýšená, jedná se o diagnózu gestační diabetes mellitus. Gynekolog má následně povinnost odeslat těhotnou ženu do diabetologické poradny. (Čepický a kol.,2018, s.177)

## **3.3 Rozdělení těhotných GDM dle míry rizika**

### **1. Gestační diabetes mellitus s nízkým rizikem**

Do této skupiny lze zařadit ženy, které splňují veškeré následující podmínky:

- Žádná přidružená onemocnění
- Podle UZ eutrofický plod
- Dostatečná kompenzace
- Léčba dietou
- Denní dávka metforminu do 1000 mg
- Denní dávka inzulínu do 10j (Procházka a kol., 2020, s. 250)

### **2. Gestační diabetes mellitus se zvýšeným rizikem**

Do této skupiny lze zařadit ženy, které splňují některou z následujících podmínek:

- Přidružené onemocnění matky např. hypertenze, obezita apod.
- Nadměrný váhový přírůstek v těhotenství
- Podle UZ zvýšený růst plodu
- Nedostatečná kompenzace



- Denní dávka metforminu nad 1000mg
- Denní dávka inzulínu nad 10j (Procházka a kol., 2020, s. 250)

## 4 Prenatální péče o ženy s GDM

Péče o těhotné ženy, kterým je diagnostikován gestační diabetes mellitus, je téměř shodná s péčí, kterou podstupují ostatní těhotné. U žen s touto diagnózou se však podstupují častěji UZ vyšetření, a to proto, aby se mohla včasné zachytit makrosomie plodu či polyhydramnion. Dále se celkově ke konci gravidity celkově stupňuje počet vyšetření i kardiokografických. Dle doporučení se biometrie plodu provádí na konci 36. gestačního týdne. (Binder a kol., 2020, s. 176) Těhotná by měla být informována o případných komplikacích, které v těhotenství mohou vzniknout díky této diagnóze, a o významnosti brzké kompenzace. V prvním trimestru je proveden screening vrozených vývojových vad jejichž zkratka je VVV, tento screening se provádí i ve druhém trimestru. Ve druhém trimestru se častěji setkáváme s vaginálními mykózami, infekcemi močových cest. (Slezáková a kol., 2017, s. 34)

### 4.1 Ultrazvukové vyšetření plodu

Určení přesného stáří plodu hraje důležitou roli pro určení kontinuálního růstu plodu a také pro absolutně přesné stanovení termínu porodu. Stanovení samotného gestačního stáří se provádí za pomoci vaginálního ultrazvukového vyšetření, jež by mělo být prováděno při první návštěvě prenatální poradny. (Roztočil a kol., 2017, s. 307)

Růst plodu je sledován za pomoci UZ biometrie, která hodnotí následující údaje BPD – biparietální průměr, AC – obvod břicha a FL – délka femuru. U tohoto vyšetření se může vyskytnout odchylka i u nejpřesnějších UZ přístrojů. Slouží k včasnému odhalení makrosomie plodu nebo také k odhalení hypotrofie plodu.

Stav plodu je možné určit dle BPS – biofyzikálního skóre nebo za pomoci dopplerovské flowmetrie. BPS hodnotí následující parametry:

- Non stres test – NST
- Pohyby plodu
- Tonus plodu
- Dýchací pohyby plodu
- Množství plodové vody

Jedná se o takzvanou nitroděložní obdobu skóre dle Apgarové, které hodnotí stav novorozence po narození. Dopplerovská flowmetrie zobrazí průtoky v zóně arteria uterina, arteria umbilicalis a arteria cerebri media. S posuzováním stavu plodu by mělo být započato od 28. týdne gravidity jedenkrát měsíčně, a to až do 36. týdne gravidity. Od 34. týdne gravidity se provádí biofyzikální profil jedenkrát týdně u těhotných, které jsou léčeny za pomoci inzulínu. Při zjištění patologie se podstupují kontroly dle nutnosti až do ukončení těhotenství. (Roztočil a kol., 2017, s. 307) Vrozené vývojové vady – VVV výskyt těchto vad je z větší části spojen s preexistujícím diabetem mellitem. U žen, které trpí gestačním diabetem mellitem, je výskyt srovnatelný s výskytem VVV u zdravých rodiček. (Hájek a kol., 2014, s. 356)

## 5 Léčba

Důležité je zahájit léčbu včas a dodržovat ji, což následně vede ke snížení rizika intrauterinního úmrtí a neonatální morbidit, které jsou pak srovnatelné s novorozenci zdravé populace. Cílem léčby je zamezení vzniku nežádoucích účinků GDM na matku a plod. Pro splnění tohoto cíle je nutné optimalizovat hodnoty glykémie a udržet je v normě tak, aby se neprojevil nežádoucí účinky tohoto onemocnění. (Roztočil a kol., 2017, s.306)

### 5.1 Dieta

Dieta je sestavena individuálně, záleží na určitých faktorech jako jsou fyzická aktivita, Body Mass Index před těhotenstvím, váhový přírůstek ženy a glykemické odpovědi. Vyloučeny by měly být rychle se vstřebávající sacharidy s vysokým glykemickým indexem. Do této skupiny se řadí slazená jídla, nápoje a potraviny, sladkosti apod. Výrobky s vysokým obsahem škrobu, které mají malý podíl vlákniny (výrobky z brambor nebo bílé mouky) - tyto výrobky je vhodnější nahradit zeleninou, luštěninou či celozrnnými produkty. Co se týče ovoce, zde je vhodné omezit denní přísun a volit spíše méně sladké ovoce. Jsou preferovány tuky, které nejsou průmyslově zpracované, k nim lze zařadit tuky z rostlinných či živočišných zdrojů. Bílkoviny by měly být konzumovány v přiměřené míře, to minimálně 1 g/kg tělesné hmotnosti plus 6 – 10 gramů za den. Celkové složení stravy těhotné s GDM by mělo obsahovat dostatečné množství vlákniny okolo 30 g za den, omega 3 mastných kyselin, minerálních látek (železo, jód, magnézium a kalcium), vitamínů ze skupiny B, D a kyseliny listové. Četnost jídel je možné individuálně nastavit dle potřeb ženy v rozmezí 3 – 6 porcí za den. Při dodržování diety dochází ke zlepšení kompenzace GDM a při takto zajištěné vhodné výživě pro ženu a plod není již nutná prevence potravinovými doplňky stravy. (Krejčí a kol., 2018)

### 5.2 Pohybová aktivita

Ženě by měla být doporučena pravidelná fyzická aktivita, která může pomoci zlepšit ženě s GDM citlivost tkání k inzulínu a napomůže s optimalizací glykémie a váhového přírůstku. V případě, že není přítomna překážka, která by neumožnila fyzickou aktivitu, je ženě doporučeno denně přibližně 30 minut střední zátěže (svižná chůze). (Krystyník, 2018)

### 5.3 Perorální antidiabetika

K léčbě PAD používáme metformin, iniciační dávka je 500 mg lze ji ale i zvýšit dle potřeb těhotné s gestačním diabetem, avšak nesmí přesáhnout denní dávku, která je 3000 mg metforminu za den. V případě, že léčba metforminem není dostačující, lze k němu přidat i

inzulín a nadále užívat PAD. Metformin nelze podávat při gestační nefropatii, hepatopatii a preeklampsii. Léčba tímto lékem se ukončuje v den porodu, v případě císařského řezu, který byl plánován tak se ukončuje 48 hodin předem. Kontraindikací k užívání metforminu je kojení. (Krejčí a kol., 2018)

#### **5.4 Inzulínoterapie**

Inzulínoterapie by v těhotenství je být vedena diabetologem, který má zkušenosti s léčbou diabetu v těhotenství. Léčba inzulinem je zahájena v případě, že nelze pomocí dietních opatření docílit následujících hodnot glykémie, lačná glykémie do 5,3 mmol/l a do 6,7mmol/l dvě hodiny po konzumaci jídla neboli postprandiálně. Inzulínoterapie je vždy individuálně pro každou ženu v GDM. V těhotenství se užívají humánní a rychle účinkující inzulíny. (Hájek a kol., 2014, s. 356)

#### **5.5 Selfmonitoring**

Ženám, které trpí gestačním diabetem mellitem, by měl být k dispozici glukometr. A pravidelně by si měly provádět selfmonitoring hladin glykémie. Malý glykemický profil alespoň jednou týdně, kdy žena za pomoci glukometru měří své hodnoty glykémie vždy na lačno a následně 1 či 2 hodiny po každém jídle. Při nedostatečné kompenzaci je vhodný denní selfmonitoring. Ideální glykémie při léčbě GDM jsou následující: na lačno do 5,3 mmol/l, za hodinu po konzumaci jídla do 7,8 mmol/l a v případě měření za dvě hodiny po konzumaci jídla do 6,7 mmol/l. Každá žena s diagnózou GDM, která je pouze na dietě, může uplatnit svůj nárok na určitý počet kusů testovacích proužků z veřejného pojištění a ženy léčené za pomoci inzulinu mají taktéž nárok dokonce na větší počet testovacích proužků. (Krejčí, 2016)

## 6 Porod a poporodní období žen s GDM

U porodu ženy s GDM by neměl být překročen termín porodu a ani u dobře kompenzovaných diabetiček. V případě, že nezačne pravidelná děložní činnost do termínu porodu, je přistoupeno k indukci porodu rozmezí 38. – 39. týden těhotenství. V případě vhodných podmínek je klientce umožněno родit vaginálně s epidurální analgezií. Pro přistoupení k císařskému řezu mohou vést následující indikace: makrosomie plodu (> 4000 g), poloha koncem pánevním a superponovaná preeklampsie. (Hájek a kol., 2014, s. 356 – 357)

Vedení porodu u žen, které jsou pouze na dietě a režimových opatřeních, tento porod je veden jako porod u žen bez gestačního diabetu mellitu. Těhotným ženám léčeným za pomoci inzulínoterapie s nízkými dávkami do 20 jednotek se inzulín podává do začátku porodu. Během porodu ve většině případů není nutné podat infuzi glukózy s inzulínem. Avšak ženy, u kterých jsou denní dávky inzulínu vyšší, je doporučeno vést porod jako u 1. či 2. typu diabetu. A to podáním infuzí glukózy s inzulínem dle aktuální hladiny glykémie. U porodu ženy s GDM je přítomen neonatolog se znalostmi problematiky ohledně novorozence matky s diabetem. (Piřhová a kol., 2012, s. 55 – 56; Roztočil a kol., 2020, s. 238)

Šestinedělí neboli puerperium je období 6 týdnů a nastává již po narození novorozence. Lze jej rozdělit na rané to trvá do 7. dne po porodu a pozdní, které skončeno 42. dnem od porodu. Období, ve kterém prochází organismus jak anatomickými i fyziologickými změnami, má snahu navrátit do původního stavu, ve kterém byl ještě před graviditou. (Duřová a kol., 2019, s. 89)

U žen s GDM se ihned na začátku tohoto období ukončuje léčba inzulínem či PAD (metoforminem). Žena se navrácí k racionální stravě. Jelikož, jsou ženy více ohroženy vznikem diabetu v průběhu jejich života, musí být i nadále pod dohledem praktického lékaře nebo diabetologa. Po uplynutí 6 měsíců od porodu by měl být ženě udělán kontrolní oGTT test. V případě že, žena plně kojí, měl by být test odložen do doby, než bude možné provést test bez kojení těsně před testem a během něj. Následně žena oGTT postoupí za 1 rok a nadále je kontrolována glykémie na lačno nebo oGTT 1x ročně. Ženě by měla být doporučeno udržování optimální tělesné hmotnosti a pravidelná fyzická aktivita alespoň 5krát za týden jako prevence vzniku diabetu. (Krejčí, Andrllová, 2018)

## **7 Psychika v těhotenství**

Ženy v těhotenství procházejí výraznou psychickou proměnou, jenž je ovlivněna sociálními, fyzickými i ekonomickými změnami. Samotné těhotenství je pro ženy určitou vývojovou fází. Prochází obdobím významných změn, nových věcí, nové sociální role a s ní související nové způsoby chování. S těmi to všemi věcmi se ženy psychicky vyrovnávají. Než dojde k samotnému psychickému vyrovnání ženy procházejí takzvanou fází nevyrovnanosti, která v ženách může vyvolat pocity úzkosti, zmatku a ztracenosti. Významným přínosem pro těhotné ženy je podpora okolí v tomto náročném období. Každý trimestr gravidity je pro ženy specifické odlišné rozpoložení. První trimestr gravidity v tomto období jsou ženy spíše zaměřené sami na sebe, sledují své vlastní tělo, bývají náladové, nejisté a rozladěné. Nejzásadnějším úlohou v tomto období je, aby ženy přijaly těhotenství. Druhý trimestr gravidity v tomto období si převážná část zvykne na těhotenství. Změny, kterými ženy proházely v prvních měsících již ustaly, fyzické nepříjemnosti jsou v hranici únosnosti. Po prvním vnímáním pohybů plodu, ženy mají snahu napomáhat dobrému průběhu těhotenství. Třetí trimestr gravidity se v prožívání u žen odlišuje a je individuální. Zde se můžeme setkat s netrpělivostí, kdy se ženy již nemohou dočkat porodu. Jiné ženy se mohou cítit dobře a připravovat se na příchod dítěte a těšit se na první sekání s ním. Ženy se celkově připravují na porod a následné šestinedělí. Přicházejí obavy a strach z toho jakou bolest budou prožívat během porodu, zda neztratí sebekontrolu před úplně cizími lidmi, svým vlastním selháním, komplikacemi, celkově nemocničního prostředí, z role matky a případné ztráty ženské přitažlivosti. Ženy bývají soustředěné na termín porodu. (Hudáková a Kopáčiková., 2012, s. 31)

### **7.1 Gestační diabetes mellitus a psychika ženy**

#### **7.1.1 Stres**

Lydon K. vedl studii, při níž porovnával psychiku těhotných žen bez diagnózy gestačního diabetu mellitu a psychiku žen s diagnózou GDM. U žen s gestačním diabetem mellitem byla zmíněna vyšší míra stresu. (Lydon,

Ke stresu dochází v případě, že na těhotnou začne působit stresor což může být gestační diabetes mellitus a žena se nedokáže zadaptovat s tímto stresorem. Objevuje se, když stresor působí dlouhodobě, klade velké nároky na jedince mezi tyto nároky mohou patřit nároky na dodržování léčebných opatření spojených s GDM Slovem stresor lze pojmenovat jakýkoliv podnět jenž vyvolává stres můžeme rozlišit vnější stresory a vnitřní stresory. Mezi vnější

stresory lze zařadit dle jejich podstaty následující: biologické, chemické, fyzické, časové a psychické podněty. Vnitřní stresory vycházejí z charakteristiky osobnosti jedince to například snížené sebehodnocení a podobně. V případě, že se žena s danou situací neovládne vypořádat začne se pociťovat ohrožení, které je v bio-psycho-sociální a spirituální rovině to vede k reakci. Mezi reakce lze zařadit hněv, úzkost, deprese nebo stud. Stres lze rozdělit na eustres a distres. V případě eustresu se jedná o takzvaný pozitivní stres, tento stres je mírný a pro ženu přijatelný a dokáže ženě napomoci ji motivovat například v dodržování léčebných opatření. Naopak distres neboli špatný stres představuje pro ženu velkou zátěž a může způsobit i vznik psychosomatického onemocnění. (Pugnerová a Kvintová., 2016, s. 39-43; Andršová., 2012, s. 62-64) Stres se dá dále dělit také na akutní a chronický. V případě akutního stresu je jedinec vystaven stresoru krátkodobě zatím co u chronického stresu je jedinec vystaven stresoru či stresorům dlouhodobě a má negativní dopad jak na tělesnou i psychickou stránku jedince. (Greenberg, 2019, s. 22)

### **7.1.2 Úzkost**

Bývá označována jako nepříjemný prožitek nebo stav ale v porovnání se strachem si člověk neuvědomuje její hlavní příčinu, buď situaci nebo předmět, které by mohl být jejím spouštěčem. Jedná se o odezvu na tušení či neurčité nebezpečí. Obvykle je horší, než strach, jelikož člověk očekává něco neznámého a neradostného to bývá horší než samotná událost. Mezi projevy úzkosti se řadí následující: nejistota, bezradnost, podrážděnost, labilita, útlum, ustaraný výraz. V případě delšího trvání úzkosti se mohou následně rozvinout úzkostné poruchy. Predispozice pro rozvoj úzkostné poruchy v těhotenství a po něm je celá řada mohou to být stresující faktory, které jsou spojovány přímo samotným těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Mezi stresující faktory lze zařadit ztráta dítěte předchozím těhotenstvím či narození postiženého dítěte, rizikové těhotenství, strach z komplikací, prožívání pocitu nesvobody apod. Osobnost ženy hraje důležitou roli dále i její očekávání od sebe samé či rodiny s partnerem a jejich celková kvalita vztahů. Do úzkostných poruch lze řadit následující stavy:

#### **Panická porucha**

Při této poruše dochází k rozvoji záchvatu strachu, který je intenzivní a je často doprovázeny i biologickými příznaky. Anticipační úzkost neboli úzkost z očekávání se vykytuje jak v těhotenství, tak i v období po porodu.

#### **Generalizovaná úzkostná porucha**

Jenž se může projevit jak v těhotenství, tak i poporodním období ženy k jejím projevům se řadí rozšiřující se starosti o samotný plod či obavy o něj, dále také z těhotenství samotného, partnerských vztahů ale i dalších oblastí života ženy. Obavy a starosti bývají spojeny s úzkostí, která může být v průběhu celého dne je kolísavá. Ženy bývají nesoustředěné, podrážděné, neschopné odpočívat či plánovat.

### **Specifické fobie**

Jedná se o poruchy, které jsou přítomny již od dětství mohou se projevit i v různých fázích života. V období po porodu mohou být intenzivnější obavy z důvodu strachu ohrožení vlastního dítěte samotným zdrojem fobie. Nejčastější fobie v těhotenství bývá strach ze samotného porodu neboli tokofobie i přesto že matka má velkou touhu mít dítě. U primární tokofobie se vyskytuje obecný strach z bolestivosti spojené s porodem, jenž může být stupňován s krátkým se časovým úsekem do samotného porodu. Zatím co sekundární tokofobie se objevuje po prožití traumatického zážitku z minulého těhotenství. (Vobořilová a Červený, 2018; Hájek a kol., 2014, s. 392 – 394)

### **7.1.3 Deprese**

Deprese její vznik bývá obvyklý mezi 25. až 35. rokem života jejím hlavním znakem je chorobná poklesá nálada. Ovlivňuje i jiné oblasti mezi ně se řadí tělesné příznaky, změny v myšlení a motivace. Mezi tělesné příznaky se řadí: poruchy spánku, ztráta energie, pocity únavy, ztráta chuti k jídlu a ztráta libida. Mezi změny myšlení se řadí sebeobviňování, pesimistické vyhlídky budoucnosti, negativní pohled vůči sobě. V motivaci dochází k jejímu útlumu. K emočním příznakům deprese lze zařadit smutek, pocit neštěstí, pocit bezmoci a sklíčenost. Nemusí být přítomny všechny příznaky, ale porucha nálad trvá minimálně dva týdny. Může se projevit mírná, střená a těžká deprese. U mírného průběhu je možné normální fungování člověka ale samotné fungování bývá horší a pomalejší dále se projevuje omezení kontaktu s přáteli či ztráta zájmu o věci, které člověka dříve bavily. U středně těžké deprese dochází k úplnému zamezení kontaktu s okolím, ztrátě energie a co se týče domácích aktivit ty se stávají opravu obtížnými. Můžou se vyskytnout i myšlenky na sebevraždu. U těžké deprese není člověk schopný dělat kteroukoliv činnost. Péče o sebe samého už není přítomna, celý den tráví v posteli a trápí se. Jeho myšlení se zpomaluje společně i s mluvením je naprosto bez energie a jakákoliv činnost pro něj postrádá smysl. Deprese a její příznaky jsou těžce rozeznatelné u těhotných od fyziologických změn které jsou běžné v těhotenství. (Binder, 2020, s. 230; Hájek a kol., 2014, s. 394)



# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 8 Metodika průzkumu

Při této části bakalářské práce byl zvolen kvalitativní způsob šetření, který umožňuje hlubší zkoumání jevů, složek a dovoluje odhalit vzájemná spojení mezi jevy. (Hendl, 2016, s. 45) S využitím polostrukturovaného rozhovoru pro sběr dat, který umožňuje změnu pořadí otázek a zároveň umožní pokládat doplňující otázky. (Harantová, 2014, s. 39)

Cílem průzkumné části je zjistit, jaký je vliv gestačního diabetu mellitu na psychiku žen od počátku diagnózy až do poporodního období.

### Průzkumné otázky

1. Jak ženy prožívají zjištění diagnózy gestačního diabetu mellitu?
2. Jak je ovlivněno prožívání těhotenství žen s gestačním diabetem mellitem?
3. Jak ženy prožívají období před porodem a samotný porod s gestačním diabetem mellitem?
4. Jak ženy s gestačním diabetem mellitem prožívají poporodní období?

### 8.1 Příprava průzkumu

V úvodní fázi byly sestaveny otázky k polostrukturovanému rozhovoru na základě cíle této bakalářské práce. Otázky byly následně upraveny po absolvování 2 rozhovorů předvýzkumu tak, aby došlo upravení formulace otázek a vyřazení některých otázek. Tyto dva rozhovory nebyly zařazeny do průzkumu. Respondentky byly oslovovány skrze sociální síť a skupiny související s GDM, kde byl vytvořen příspěvek oslovující ženy.

Celkový zájem žen byl 12 respondentek z toho pouze 8 splňovalo podmínky pro zařazení do průzkumu které jsou zmíněny v průzkumném souboru. Z počtu 8 respondentek následně jedna odmítla účast ve výzkumu a 2 respondentky se účastnily pouze předvýzkumu a nebyly následně zařazeny do výzkumného šetření. Předvýzkum pomohl k lepší formulaci otázek polostrukturovaného rozhovoru.

### 8.2 Průzkumný soubor

Výzkumný vzorek byl tvořen z žen, které projevily zájem o účast a byly vybrány pouze ženy, které splňovaly následující kritéria pro zařazení do průzkumu: pozitivní anamnéza gestačního diabetu mellitu, porod v posledních třech letech a ochota se účastnit průzkumu.

Tabulka 2- Základní informace o respondentkách

Respondentky	Věk	Dosažené vzdělání	Gravidita/Parit a	Těhotenství s cukrovkou	Rodinná anamnéza DM
Respondentka č. 1	36 let	Střední vzdělání s výučním listem	II / II	1	Ne
Respondentka č. 2	26 let	Střední vzdělání s maturitní zkouškou	II / II	1	Ne
Respondentka č. 3	27 let	Střední vzdělání s maturitní zkouškou	I / I	1	Ne
Respondentka č. 4	30 let	Střední vzdělání s výučním listem	III / III	1	Ne
Respondentka č. 5	29 let	Střední vzdělání s maturitní zkouškou	II / II	2	Ne

Tabulka 3- Údaje o GDM a porodu

Respondentky	Diagnostika	Léčba	Porod	Poporodní váha dítěte	Poporodní adaptace dítěte
Respondentka č. 1	oGTT	Dieta Inzulín	40 + 1 2021 Indukovaný Malé poranění	3650 gramů	Novorozenecká žloutenka a hypoglykémie
Respondentka č. 2	Glykémie na lačno	Dieta	37 + 6 2020 Včasný Bez poranění	4430 gramů	Problémy s dýcháním
Respondentka č. 3	oGTT	Dieta	38 + 5 2021 Indukovaný Bez poranění	3340 gramů	Bez obtíží
Respondentka č. 4	oGTT	Dieta Inzulín	40 + 0 2019 Indukovaný Nástřih	3260 gramů	Novorozenecká žloutenka
Respondentka č. 5	Glykémie na lačno	Dieta	37 + 4 2019 Včasný Nástřih	3500 gramů	Bez obtíží

### **Respondentka číslo 1.**

Respondentka číslo 1. je žena ve věku 36 let s dosaženým středním vzděláním s výučním listem. Jednalo se o sekundiparu u které byl diagnostikován gestační diabetes mellitus v druhé fázi screeningu GDM při orálně glukozovém tolerančním testu při prvním těhotenství nebyl GDM prokázán. Počáteční léčbou GDM byly pouze dietní opatření, která ale nebyla dostačující, proto byla u respondentky zahájena léčba inzulinem. Porod byl indukovaný ve 40 + 1 týdnů gravidity, který byl veden vaginálně. Samotný porod proběhl fyziologicky, respondentka utrpěla pouze malé porodní poranění. Dítě se narodilo s porodní vahou 3650 gramů. Poporodní adaptaci dítěte doprovázela novorozenecká žloutenka a hypoglykémie. Rodinná anamnéza DM je u respondentky negativní.

### **Respondentka číslo 2.**

Respondentka číslo 2. je žena ve věku 26 let s dosažením středním vzděláním s maturitní zkouškou. Jednalo se o sekundiparu u které byl GDM diagnostikován již v první fázi screeningu GDM při odběru glykémie na lačno avšak v předešlém těhotenství nebyl diagnostikován. U respondentky bylo přistoupeno k léčbě pomocí dietních opatření, přičemž tento druh léčby byl dostačující. Porod byl včasný, samovolný ve 37 + 6 týdnů gravidity. Porod probíhal vaginálně respondentka neutrpěla žádné porodní poranění. Dítě se narodilo s porodní vahou 4430 gramů. Poporodní adaptaci novorozence doprovázely dýchací obtíže v podobě zrychleného dýchání. V rodinné anamnéze není přítomen DM.

### **Respondentka číslo 3.**

Respondentka číslo 3. je žena ve věku 27 let s dosaženým středním vzděláním s maturitní zkouškou. Jednalo se o terciparu, u které dvě předchozí gravidity probíhaly bez přítomnosti GDM, které se vyskytlo teprve ve třetí graviditě. GDM byl diagnostikován v druhé fázi screeningu na základě výsledků oGTT. U respondentky bylo přistoupeno k léčbě dietními opatřeními a tento druh léčby byl dostačující. Porod byl indukovaný veden vaginálně ve 38 + 5 týdnů gravidity při porodu nedošlo k porodnímu poranění. Dítě se narodilo s porodní vahou 3340 gramů. Poporodní adaptace novorozence probíhala bez výskytu komplikací. Rodinná anamnéza DM je u respondentky negativní.

### **Respondentka číslo 4.**

Respondentka číslo 4. je žena ve věku 30 let s dosaženým středním vzděláním s výučním listem. Jednalo se o primiparu, které byl GDM diagnostikován druhé fázi screeningu při

oGTT. Z počátku byla žena pouze na dietních opatřeních, ale díky hodnotám glykémie byla lékařkou zahájena inzulinoterapie. Porod byl indukovaný veden vaginálně ve 40 + 0 týdnu gravidity. Při samotném porodu byla provedena epiziotomie jiné porodní poranění nebylo přítomno. Dítě se narodilo s porodní vahou 3260 gramů. Poporodní adaptace novorozence doprovázela následná novorozenecká žloutenka.

### **Respondentka číslo 5**

Respondentka číslo 5. je žena ve věku 29 let s dosaženým středním vzděláním s maturitní zkouškou. Jednalo se o sekundiparu u které byl GDM diagnostikován již v první fázi screeningu GDM při odběru glykémie na lačno. Jednalo se o druhou graviditu s gestačním diabetem mellitem. Byla zahájena léčba dietními opatřeními, která sama o sobě byla dostačující. Porod byl včasný, samovolný a veden vaginálně ve 37 + 4 týdnu gravidity. U respondentky byla provedena epiziotomie, jiné poranění nebylo přítomno. Dítě se narodilo s porodní vahou 3500 gramů. Poporodní adaptace novorozence proběhla bez výskytu komplikací. Rodinná anamnéza DM je u respondentky také negativní.

## **8.3 Průběh výzkumu**

Průzkumné šetření probíhalo ve druhé polovině února a měsíci březnu 2022, kdy byly uskutečňovány rozhovory online formou přes Google Meet. Online forma rozhovorů byla vítaná i ze stran respondentek. V úvodní části rozhovorů byly respondentky opětovně seznámeny s výzkumem i s tím, že na nepříjemné otázky nemusí odpovídat. Následně byly požádány o slovní souhlas s pořízením zvukového záznamu. První část otázek k rozhovoru se týkaly základních údajů o respondentkách a v druhé části se již otázky týkaly samotného prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí.

## **8.4 Zpracování dat z rozhovorů**

Záznam rozhovorů byl zaznamenán na záznamové zařízení následně proběhla transkripce rozhovorů do programu Microsoft Word. Transkripce rozhovorů byla doslovná bez jakéhokoliv upravování. Proběhl tisk textů rozhovorů a následovalo jejich opakované pročítání a za užití kvalitativního průzkumu pomocí otevřeného kódování metodou barvení textu byly následně barevně zvýrazňovány pasáže a tvořeny příslušné kódy k těmto pasážím. Na základě vytvořených kódů byly vytvořeny kategorie, které byly zpracovány do tabulek společně s kódy ke každému rozhovoru individuálně společně s jejich interpretací. Na konci zpracování proběhlo porovnávání získaných informací, které byly podobné nebo naopak rozdílné, aby mohlo dojít k celkovému shrnutí a vytvoření diskuze.

## 8.5 Rozhovory

### 8.5.1 Respondentka č. 1

Tabulka 4 - Kategorie a kódy rozhovoru s respondentkou č. 1

Zjištění	Těhotenství	Předporodní období a porod	Poporodní období
Šok	Léčba jako stresor	Psychická zátěž	Úleva
Obavy	Zdraví dítěte	Vyvolání porodu	
Nedostatek informací	Informace a komunikace se ZP	Strach	
	Psychická podpora		

### Výklad rozhovoru s respondentkou č. 1

#### Zjištění diagnózy

Představovalo pro respondentku šok, jelikož nepočítala s potvrzením této diagnózy na základě své předchozí zkušenosti v minulém těhotenství, které probíhalo bez přítomnosti gestačního diabetu mellitu. „*Já jsem asi z toho ani nebyla nešťastná, z toho že musím držet dietu, protože to bylo je to jenom dočasné a pro miminko všechno. Sice to bylo nečekané v předchozím těhotenství jsem cukrovku neměla tak to byl i trochu šok, že najednou ji mám.*“ Také vyjádřila obavy týkající se zvládnutí léčebných opatření spojených s tímto onemocněním. „*Takže to první mě napadlo, abych to nějak zvládla abych věděla, jak tu dietu dodržovat a jak se v tom vůbec zorientovat*“. Dle slov respondentky při zjištění v průběhu testu jí nebyly poskytnuty informace, které by jí byly nápomocné již na místě. „*Akorát mi bylo řečeno pro vás test končí, objednejte se na diabetologii a zavolejte svému gynekologovi, nebylo mi řečeno nic více ale test jsem postupovala v laboratoři, ale v danou chvíli bych ocenila víc informací.*“.

## Těhotenství

Po prvotním šoku v pokračování těhotenství, kdy byla zahájena léčba se respondentka zaměřila na dodržování léčebných opatření. *„Byla jsem docela přísná v dodržování. A snažila se minimálně hřešit, neříkám, že to bylo vždy dokonalé ale snažila jsem se minimalizovat i takové to, když si jednou dám nic se nestane.“* Pociťovala velkou psychickou zátěž spojenou s dodržováním opatření a vědomím odpovědnosti vůči svému nenarozenému dítěti o které měla obavy, a to při počáteční léčbě dietními opatřeními. *„Bylo to pro mě docela náročný, protože jsem měla strach o to miminko, člověk v tu chvíli vůbec neřeší sebe ale to miminko a musím říct, že jsem opravdu měla starost, aby všechno dopadlo dobře, protože jsem věděla, že to miminko i když je to to nejzazší může umřít, a to pro mě bylo nebo problém s poporodní adaptací.“* Déle také uvedla, že prožila stres spojený s léčebnými opatřeními. *„Stresovalo mě to, že něco udělám špatně.“* Celková psychická zátěž a míra stresu byla zvýšena při přechodu z léčby pomocí dietních patření na inzulinoterapii. *„Když jsem inzulin dostala bylo to pro mě psychicky náročné a chvíli trvalo, než jsem našla ty správné dávky já jsem nikdy nepotřebovala velké dávky, já jsem měla maximálně 14 jednotek za den ale to v součtu. A ty hodnoty i tak někdy nešly dolů...“* Ke snížení psychické zátěže došlo dle slov respondentky při zavládnutí léčby, kdy viděla pozitivní výsledky své snahy. *„Až jsem se s tím srovnala a naučila se, jak tu léčbu zvládat, tak už to pro mě nebylo tak náročné hlavně, když jsem dosáhla dobrých hodnot glykémie.“*

Respondentka uvedla, že ze strany zdravotnických pracovníků byla přítomna ochota poskytovat informace o onemocnění, avšak uvedla nedostatek časového prostoru. *„Ten prostor tam tolik není ale i tak se snažili a zbytek jsem si vyhledala ale přišlo by mi fajn kdyby říkali z jakých zdrojů informace čerpat. Ocenila bych tuto informaci.“* Tento nedostatek respondentku vedl k potřebě dohledávat si informace z jiných zdrojů. Vyjádřila počáteční strach z věrohodnosti informací, které mohou internetové zdroje poskytnout. *„Bylo to pro mě trochu těžké já jsem typ, který chce ověřené informace mám strach čerpat z internetu velmi jsem byla vděčná za web těhotenská cukrovka působilo to na mě věrohodně, že za tím webem stojí člověk, který je lékař. Takže jsem to brala jako zdroj, kterému jsem věřila“.* Komunikací se zdravotnickými pracovníky byla spokojená, nesetkala se tedy s nevhodnou komunikací z jejich strany. *„Jinak celkově jsem byla spokojená v rámci toho kolik času měli tak jsem neměla dojem, že by mě někdo vyloženě odbyl.“*

Respondentce byla poskytnutá psychická opora od jejího manžela. Sám manžel se z vlastní iniciativy zajímal o psychické rozpoložení respondentky. Ta s ním mohla otevřeně mluvit o svých obavách a všem co jí trápilo ve spojitosti s GDM a těhotenstvím. *„Manžel mě určitě podpořil, psychická podpora z jeho strany byla už jen, že jsme o tom mohli spolu mluvit. Vyslechl mě kdykoliv mě něco trápilo a sám se od sebe zajímal, jestli mě něco netrápí. Snažil se mě uklidňovat“.*

### **Předporodní období a porod**

V období před porodem narůstalo psychické napětí s blížícím se termínem porodu ohledně samotného průběhu porodu, dle jejich slov si opravdu přála přirozený porod. *„Moc jsem doufala, že budu moci porodit přirozeně a že se porod rozběhne sám, měla jsem v sobě totiž naději v případě samotného rozběhnutí. Kvůli inzulinu mě nechtěli nechat přenášet. Psychicky to pro mě bylo náročné. Upínala se na přirozený porod a snažila se, aby se porod rozběhnul sám. „Hodně jsem se snažila chodila na procházky, vyzkoušela jsem snad vše“.* Respondentka nakonec podstoupila indukci porodu, která v ní vyvolávala úzkost a částečně zklamání z vědomí, že bez pozitivní diagnózy gestačního diabetu mellitu by bylo možné ještě nějaký čas počkat a třeba by se porod rozeběhnul sám. Díky názorům svého okolí ohledně indukce pocítovala nervozitu. *„Kvůli tomu vyvolávání jsem cítila úzkost. Všichni, okolo mě strašili, že vyvolávaný porod je bolestivější a mohlo by to skončit císařským řezem, tak jsem z toho byla nervózní“.* Vědomí, že bez pozitivní diagnózy gestačního diabetu mellitu by bylo možné ještě nějaký čas počkat a třeba by se porod rozeběhnul sám. Samotný porod u respondentky proběhnul bez komplikací nakonec byla ráda, že podstoupila indukci a měla konečně své narozené dítě před sebou. *„Porod byl úplně bez komplikací, malý se narodil za 5 hodin od podání tablety bez jiných zásahů, takže to nakonec bylo za odměnu. Akorát došlo k malé trhlince u močové trubice. Ale v průběhu už jsem se na cukrovku vůbec nesoustředila jen jsem to chtěla zvládnout, což se mi nakonec úspěšně podařilo a dostavila se velká úleva“.*

### **Poporodní období respondentky**

Poporodní období respondentky dle jejích slov probíhalo jak po fyzické stránce, tak i po psychické stránce velmi dobře. Co se týče psychické stránce respondentka si v tomto období připadala vyrovnanější a už ne natolik nervózní. *Celkově jsem měla pocit, že jsem daleko vyrovnanější a odezněla nervozita vše probíhalo dobře“.* I přes počáteční hypoglykémii u novorozence a následném rozvoji novorozenecké žloutenky respondentka se cítila po psychické stránce dobře. Dítě mohla mít u sebe a nebyl přerušen kontakt s novorozencem na

delší dobu. „U malého se vyskytla hypoglykémie, musel dostat dokrm objevila se i novorozenecká žloutenka ale časem se vše srovnalo a zvládlo“. Nadále již respondentkou nebyla vyjádřena jakákoliv obava z GDM do budoucna.

## 8.5.2 Respondentka č. 2

Tabulka 5- Kategorie a kódy rozhovoru s respondentkou č. 2

Zjištění	Těhotenství	Předporodní období a porod	Poporodní období
Šokující zjištění	Náročnost léčby	Strach z průběhu porodu	Sebeobviňování
Úzkost	Psychická podpora		Konec GDM
Nedostatek informací	Informace a komunikace se ZP		

### Výklad rozhovoru s respondentkou č. 2

#### Zjištění diagnózy

Respondentčino zjištění této diagnózy bylo pro respondentku šokující, jak sama uvedla podstoupila oGTT v laboratoři, kde jí bylo sděleno, že hodnoty nejsou v normě. Dále byla odkázána na diabetologii. Na místě jí nebyly poskytnuty jiné informace, to v respondentce probudilo pocit strachu a úzkosti. „No samotné zjištění jsem nesla těžce byl to pro mě šok a ze začátku jsem tak nějak nevěděla, jak s tou informací naložit. V tu chvíli člověk jen věděl že ty hodnoty jsou špatné a má se objednat na diabetologii. Člověk odchází s tím, že ví akorát jednu věc ale k ní nic víc. To je možná nevýhoda provádění testu v laboratoři. Odházela jsem se smíšenými pocity ať už strachu nebo úzkosti.“ Respondentka vyjádřila obavu o své dítě. „Bála jsem se o moje malé jinak jsem jiné obavy neměla.“



## **Těhotenství**

V průběhu těhotenství, kdy respondentka začala s dodržováním léčebných opatření ve formě dietoterapie si myslela, že léčbu bude zvládat již o d počátku ale bylo tomu naopak. *„Ze začátku jsem si myslela, jak to bude snadné přece jen to měla být jen dieta. Připadala jsem si v tom ztracená, nechtěla jsem dělat chyby, ale než jsem přišla na to, co mému tělu vyhovuje. Samotná léčba byla pro respondentku stresující a představovala pro ni omezení. Nebylo to jednoduché bylo to pro mě velké omezení. „Nesmírně mě stresovalo, jakou hodnotu uvidím při dalším měření na glukometru, když i přes snahu ta hodnota byla špatná. Postupně se naučila orientovat se v léčebných opatřeních což snížilo i stres který, na počátku zažívala. Ale chtělo to jen čas pak už se vše srovnalo a já byla ráda, že konečně vidím nějaké výsledky své snahy. Pak už to nebylo natolik stresující jako při začátcích, ale omezující to bylo i pak.“* I přes to, že to bylo pro respondentku omezující snažila se dietní opatření dodržovat i s občasnými přešlapy.

Zároveň respondentka uvedla, že nepocítovala potřebu dohledávat si informace o GDM z jiných zdrojů a plně jí postačovaly informace od zdravotnických pracovníků které dostávala. *„Já jsem asi ani neměla tu potřebu hledat další informace nebo jejich zdroje. Protože vše potřebné mi bylo vysvětleno“.* Komunikaci se zdravotnickými pracovníky tu popisovala velmi kladně. *„Všichni byli moc hodní a ochotní. Jak můj gynekolog, tak paní doktorka z endokrinologie a přístup sestřiček byl vždy skvělý.“*

Co se týká podpory v těhotenství se respondentka více uzavřela do sebe a podporu vyhledávala na internetové skupině, kde ženy se stejnou diagnózou probírali své strasti. Podporu ze strany partnera odmítala i přes jeho snažení. *„Abych řekla pravdu moc podpory jsem nezažila, to bylo i tím, že jsem se s tím chtěla srovnávat sama a moc jsem se svému partnerovi nesvěřovala sice věděl o tom, že těhotenskou cukrovku mám ale taky věděl, jaká jsem. Sice se snažil ale já mu ten prostor nedala. K tomu abych se s tím mohla srovnat sama mi pomohla skupina Těhotenská cukrovka, kde ostatní maminky řešili své problémy a já věděla, že v tom nejsem úplně sama“*

## **Období pře porodem a porod**

Respondentka období před porodem neprožívala výraznější stres spíše zažívala strach z toho, jak bude její porod probíhat byla totiž upozorněna lékařkou, že její plod má vyšší váhový odhad a mohlo dojít ke komplikacím čehož se respondentka bála. Ale i přes to odmítla nabídku provedení císařského řezu a přála si porodit přirozeně. *„Já už jsem to hlavně chtěla*

*mít za sebou hlavně jsem nechtěla císařský řez který mi byl i nabídnut z toho jsem měla strach na druhou stranu jsem se bála, že když byl syn větší mohl by se porod zkomplikovat tak jak říkala paní doktorka. Napadalo mě, jestli to vůbec zvládnu a jestli se to nezkomplikuje a já si to pak nebudu vyčítat, když jsem odmítla císařský řez. Respondentka nakonec porodila bez podstoupení císařského řezu bez poranění a komplikací v průběhu porodu. Sama také uvedla, že bez přítomnosti GDM by předem neměla takové obavy. „Ale od začátku kontrakcí jsem prostě doufala v hladký porod a to se mi i splnilo.....kdyby nebylo cukrovky nemusela se tolik obávat toho jak vše dopadne“*

### **Poporodní období**

Po bezproblémovém průběhu porodu a radosti spojené s narozením dítěte se vyskytly u novorozence dýchací obtíže v podobě zrychleného dýchání a dítě muselo být pod dohledem personálu což respondentka nesla těžce. „Začátek šestinedělí jsem prožívala jako na houpačce pocity šesti z příchodu dcery střídaly pocity strachu, obav a výčitek. Dcera měla problémy s dýcháním, jelikož byla větší byla i více sledovaná sestřičkami její dýchání dle sestřiček a lékařky bylo zrychlené a nepravidelné. Pociťovala vinu, spojenou s občasným nedodržováním dietních opatření byla přesvědčena, že kdyby se snažila více dodržovat léčbu nebyl by stav dítěte nijak ovlivněn. To ve mně vyvolávalo strach a obavy, aby se to vše srovnalo, zároveň jsme si říkala, jestli za to nemůže moje nedůslednost v dodržování léčby. Ale naneštěstí se to vše srovnalo ale kdybych tenkrát byla důslednější třeba by tento problém po porodu neměla. “ Po vymizení obtíží u novorozence se naplno respondentka věnovala pouze dítěti a veškeré obavy a stres spojený s těhotenskou cukrovkou vymizel dle jejích slov už to pro ni skončilo. Ale když už jsem dítě měla u sebe a věděla jsem, že je na tom dobře a už jsem jedla zase jako předtím tak to pro mě bylo uzavření kapitoly těhotenské cukrovky.

### 8.5.3 Respondentka č. 3

Tabulka 6 - Kategorie a kódy rozhovoru s respondentkou č. 3

Zjištění	Těhotenství	Předporodní období a porod	Poporodní období
Šokující zjištění a popření	Neomezení léčbou	Průběh porodu	Konec GDM
Obavy	Podpora	Zklamání z indukce	
Nedostatek informací	Zdraví dítěte		
	Potřeba vyhledávat informace a komunikace se ZP		

#### Výklad rozhovoru s respondentkou č. 3

##### Zjištění diagnózy

Zjištění diagnózy probíhalo při oGTT, kdy respondentka nemohla uvěřit dané skutečnosti, jelikož dle svých slov se nepovažovala za někoho, komu by mohlo být diagnostikován gestační diabetes mellitus. Vzhledem k jejímu životnímu stylu, který vedla již před těhotenstvím a zároveň v něm. Toto sdělení pro ni bylo šokující zároveň uvedla strach z toho, že nevěděla, co jí čeká v souvislosti s diagnózou. „*V tu chvíli jsem tomu nechtěla věřit, byl to šok, říkala jsem si, že přece tohle se zrovna mě týkat, nemůže jsem mladá a vedu zdravý životní styl se vším všudy.*“ Respondentka vyjádřila obavu, která se týkala toho, co bude následovat. „*Určitě jsem měla strach, ale to bylo spíš z toho, že jsem nevěděla, co teď vše bude a nebude.*“ Zároveň vyjádřila svou nespokojenost ohledně informací, které ji byly podány. „*No, abych pravdu řekla, informace mi podány byly ale pouze okrajově, kdybych dostala nějaké brožurky, asi bych byla spokojenější.....*“

Následně v průběhu těhotenství byla u respondentky zahájena léčba za pomoci dietoterapie, tento způsob léčby pro respondentku neznamenal omezení, to díky jejímu životnímu stylu, který vedla již před těhotenstvím. „*Myslím si, že to pro mě bylo snadné, ve stravě jsem upravila jen pár věcí ani jsem to nebrala jako nějaké omezení, jak už jsem říkala, před*

*těhotenstvím, jsem vedla zdravý životní styl, takže pro mě to zase tolik změn neznamenal.*“ Dále uvedla, že pro blaho a zdraví svého dítěte by byla schopna udělat cokoli a vnímala to jako možnost, jak pozitivně působit na zdraví svého dítěte. *„Přece jen to bylo pro miminko, a i pro mě to nejvhodnější, brala jsem to tak, že chci, aby miminko bylo v pořádku a mám možnost ovlivnit jeho zdraví, tak pro to udělám vše.“* Respondentce byla poskytnutá psychická podpora od partnera i její rodiny. *„Partner i zbytek rodiny mi byli velkou oporou. Partner i rodina s ní probírali její obavy a snažili se jí vždy podpořit, a to dokonce i zavedením změn ve stravování v jejich domácnosti či braní ohledů, co se týče potravin, které při dietě nekonzumovala. „Vždy, když jsem měla pocit, že to nezvládnou, tak mě dokázali podpořit. Byli tu pro mě kdykoliv jsme si o svých obavách chtěla promluvit, dokonce se u nás doma změnilo krapet stravování nebo se přede mnou necpali tím, co já jsem nemohla.“*

U respondentky se vyskytla potřeba hledat informace zároveň vyjádřila strach z nepravdivých informací. Uvedla také zdroj, z kterého nakonec čerpala *„Určitě jsem brouzdala po internetu první věci, co na mě vyskočily, byly, jak jinak, těhotenské diskuse, tam jsem se zdržela jen chvíli, protože jsem chtěla informace, které jsou opravdové a tady mi byl zdrojem web těhotenská cukrovka.cz. bála jsem se špatných informací“.* S komunikací byla respondentka spokojená. *„Ale nikdy jsem se nesešla se situací, kdy bych byla přehlížena nebo by se mnou někdo z personálu jednal nějak zle, takže jsem byla spokojená“*

### **Předporodní období a porod**

S blížícím se termínem porodu respondentka zaznamenala strach z porodu, jelikož to pro ni měla být úplně nová zkušenost. *„Jelikož jsem měla rodit poprvé, tak před samotným porodem jsem měla strach ani ne z toho, že to bude bolet ale z toho, že nevím, do čeho jdu. Ohledně gestačního diabetu v tomto období nezažívala žádné obavy, jelikož věděla, že dítě je v pořádku. „Ve vztahu k těhotenské cukrovce jsem se nebála, věděla jsem, že syn by neměl být velký podle ultrazvuku a vše zatím probíhalo bez problémů.“* U respondentky proběhl indukovaný porod, který proběhl bez poranění dále, ale průběh rozvádět nechtěla. Nakonec jsem musela podstoupit indukci porodu, která v ní vyvolávala zklamání. Jen jsem byla zklamaná z toho, že jsem musela jít na vyvolání, protože se vůbec nic nedělo.“

### **Poporodní období**

Šestinedělí dle slov respondentky probíhalo dobře zažívala pocity štěstí z narození dítěte, které bylo v pořádku a brala to tak, že je to za ní. *„V tom brzkém šestinedělí jsem už vůbec na*

těhotenskou cukrovku nemyslela, byla jsem jen šťastná, že už je to v podstatě za mnou, a hlavně jsem byla šťastná proto, že syn byl v pořádku.“

#### 8.5.4 Respondentka č. 4

Tabulka 7- Kategorie a kódy rozhovoru s respondentkou č. 4

Zjištění	Těhotenství	Předporodní období a porod	Poporodní období
Obava	Léčba	Porod jako stres	Stres a úzkost
	Podpora		
	Informace a komunikace se ZP		

#### Výklad rozhovoru s respondentkou č. 4

##### Zjištění

Zjištění diagnózy probíhalo při oGTT, kdy respondentka, samotné zjištění dle jejích slov údajně neprožívala a chtěla počkat na informace tak, aby s danou skutečností mohla začít pracovat. „Při tom samotném zjištění jsem to asi ani nijak neprožívala, říkala jsem, že počkám podle toho, co se dozvím a podle toho se už nějak zařídím.“ Zároveň, ale vyjádřila obavu o své dítě. „Možná byla malá obava, ale to jen kvůli miminku, ale o sebe jsem strach neměla.“

##### Těhotenství

Dále v průběhu těhotenství byla u respondentky zahájena léčba za pomoci dietoterapie, ale i přes snahu respondentky, kdy se snažila ze všech sil dodržovat léčebná. „Byla jsem v dodržování striktní, ať už ve stravování, vše jsem vážila, používala tabulky a plánovala si jídlo dopředu, abych neudělala chyby.“ V tomto období také zažila respondentka stres spojený se špatnými hodnotami glykémie. „Viděla jsem ty špatné hodnoty při měření, to mě

*stresovalo pak už celá dieta byla jeden velký stres.*“ Avšak přes snahu respondentky musela být respondentka převedena na inzulín to představovalo pro respondentku velké zklamání a pocit selhání. *„Ať jsem se snažila sebe víc dieta sama nestačila, a to si myslím, že jsem jí měla zvládnutou dobře to sebe zaskočilo. No, musela jsem začít s tím inzulínem, měla jsem z toho hrůzu, jak to budu zvládat, měla jsem pocit, že jsem selhala. Vůbec to pro mě nebylo příjemné, přišlo mi to nefér, kdybych na dietu kašlala, tak bych to chápala, ale byla jsem zklamaná.*“ Nakonec tuto skutečnost přijala a soustředila se na blaho dítěte, které mohla ovlivnit.

Co se týká psychické podpory ta respondentce v tomto období byla poskytována přítelem a její rodinou, kteří se o starali její psychické rozpoložení. *„Podporu jsem určitě pociťovala nejvíce od přítele, ale celkově i rodiny. Aktivně se zajímali, a když jsem si o tom potřebovala promluvit, nikdy nebyl problém, což mi hodně pomohlo.*“ Tato psychická podpora byla ve formě komunikace.

U respondentky se nevyskytla potřeba hledat informace, plně důvěřovala informacím od zdravotnických pracovníků, které pro ni byly dostačující. *„Nehledala jsem žádné jiné zdroje informací, spoléhala jsem se na informace od zdravotníků.*“ Komunikaci se zdravotnickými pracovníky považovala za kladnou až na zkušenost s její ošetřující lékařkou z endokrinologie. *„Za mě byla komunikace skvělá téměř se všemi možná až na svou paní doktorku z diabetologie k ní jsem opravdu chodila nerada to, že byla přísná ani tak nevadilo. Ale neuměla si brát servítky a vše dokázala říct tak, jak si to myslela. Celkově se mi její chování vůči mně nelíbilo.*“

### **Předporodní období a porod**

V předporodním období respondentka uváděla zvyšující se míru stresu, která byla spojena s průběhem porodu s touto diagnózou a obavou o stav dítěte po porodu. *„Myslím si, že každá žena je s tím blížícím termínem porodu nervózní, já sama jsem byla nervózní ze samotného porodu, ale i z toho, že jsem nevěděla, jak to bude probíhat v porodnici skrz cukrovku a jak na tom bude miminko po porodu to mě stresovalo.*“ Porod dle slov klientky proběhl bez komplikací a v porovnání se zkušeností z předchozích porodů neviděla rozdíl. *„Samotný porod byl hladký, sice jsem musela mít nástřih, ale rodila jsem po třetí ani na porodním sále jsem nebyla moc dlouho, protože přijela už pokročilém stavu. Nepřišlo mi, že těhotenská cukrovka mě při samotném porodu nějak ovlivňovala.*“

### **Poporodní období**

Časné šestinedělí dle slov respondentky probíhalo dobře, zažívala pocity radosti, které následně byly narušeny při změně stavu novorozence, u kterého se projevila novorozenecká žloutenka a byl přerušen neustálý kontakt. „*Určitě to byly pocity radosti alespoň první dva dny, oddychla jsem si, že to nejhorší mám za sebou a teď už mě bude čekat jen to dobré, ale to jsem se pletla. U dcery se rozjela žloutenka, byla hodně žlutá, takže si ji sestřičky nechaly u sebe a musela být pod světlem, to mě velmi mrzelo, byla jsem z toho ve stresu.*“ V tomto období respondentka dle jejích slov prožívala úzkost. „*Pociťovala jsem nesmírnou úzkost.*“ Stav novorozence se po fototerapii zlepšil a byl obnoven nepřetržitý kontakt s dítětem, což vedlo ke snížení stresu a vymizení úzkosti v tomto období. „*Když jsem malou měla opět u sebe a věděla jsem, že žloutenka už jí neohrožuje velmi se mi ulevilo a byla jsem opravdu šťastná.*“ Nadále v nebyla respondentkou vyjádřena jakákoliv obava z GDM do budoucna.

### 8.5.5 Respondentka č. 5

Tabulka 8- Kategorie a kódy rozhovoru s respondentkou č. 5

Zjištění	Těhotenství	Předporodní období a porod	Poporodní období
Zklamání	Léčba jako omezení	Obavy	Úleva
	Podpora	Úleva	Konec GDM
	Potřeba informací a komunikace se ZP		

### Výklad rozhovoru s respondentkou č. 5

#### Zjištění diagnózy

Respondentce bylo GDM diagnostikováno již v předchozím těhotenství, a proto doufala, že v tomto těhotenství, kdy první fázi screeningu prošla, bude bez GDM. Bohužel se GDM potvrdilo při druhé fázi screeningu, a to vyvolalo v respondentce zklamání. „*Jelikož jsem v předchozím těhotenství cukrovku měla, s tou variantou jsem tak trochu počítala, i když v prvním těhotenství se na ní přišlo už na začátku pouze z odběru krve díky vysokým*

*hodnotám na lačno. U tohoto těhotenství byla lačná v normě to ve mně vyvolávalo naději, že ji tentokrát mít nebudu. A proto jsem byla celkem zklamání, když se při tom testu v tom 27 týdnu opět potvrdila“* Respondentka při zjištění neměla obavy, jelikož už s GDM sama v předchozím těhotenství zkušenost měla. „Jinak jsem asi větší obavy neměla, už jsem zkušenost s cukrovkou měla pět let zpět.“

### **Těhotenství**

U respondentky byla zahájena léčba za pomoci dietoterapie i přes předchozí zkušenost s GDM popisovala respondentka opětovně musela měnit své stravovací návyky a pociťovala tlak spojený s léčbou, která jí omezovala. „*Ono to není tak jednoduché, jak se může na první pohled zdát, na jednu stranu to byl tlak a občas jsem se k některým jídlům musela nutit a raději bych je z celého srdce vyměnila za něco, co jsem jedla dřív člověk nemohl to, co by opravdu chtěl jíst.*“ Také uvedla, že tento způsob stravování jí nevyhovoval, ale dělala to hlavně pro dobro svého dítěte nikoli pro sebe. „*U mě to bylo, jak kdy, chtěla jsem opatření dodržovat, ale někdy jsem to prostě nevydržela. A snědla jsem, na co jsem přišla.*“

Respondentce byla v tomto období poskytnutá psychická podpora od její blízké kamarádky, která také měla zkušenost s gestačním diabetem mellitem, která ji vždy dokázala povzbudit. „*Od partnera jsme ji ani tak moc neměla. On je celkově takový “studený psí čumák“, ale velkou oporou mi byla kamarádka, která sama těhotenskou cukrovku zažila a dokázala mě vždy povzbudit.*“

U respondentky se vyskytla potřeba vyhledávat si informace. „*Určitě jsem se sem koukla na rizika cukrovky, ale přesné zdroje si asi nevzpomenu, spíš to byly věci na internetu a různé skupiny zabývající se těhotenskou cukrovkou.*“ Co se týká komunikace se zdravotnickými pracovníky, nesetkala se respondentka s žádnou nepříjemnou formou komunikace. „*Ta probíhala dobře, i když podle mého názoru je to tak trochu i o sympatiích, ale co se týče zdravotníků, se kterými jsem se setkala v těhotenství a po, nesetkala jsem se s někým neprofesionálním nebo se stylem komunikace, která by se mi nelíbila.*“

### **Předporodní období a porod**

V období před porodem se respondentka již stihla srovnat s diagnózou GDM a zaměřila se na příchod dítěte. „*Před porodem už jsem se stihla srovnat s tím, že cukrovku mám a soustředila jsem se na to pozitivní na příchod miminka.*“ Respondentka v předporodním



období uvedla obavu z indukce porodu, se kterou měla zkušenost v minulém těhotenství. „*Jediné, z čeho jsem měla obavu bylo z vyvolání porodu, které jsem zažila v předchozím těhotenství a nebyla to příjemná zkušenost.*“ Nakonec u respondentky započala děložní činnost samovolně to pro ni představovalo velkou úlevu. Takže když začaly pravidelné kontrakce, tak se dostavila se i velká úleva. Porod dle slov respondentky v souvislosti s gestačním diabetem mellitem nijak neprožívala.

### **Poporodní období**

Poporodní období respondentka dle svých slov prožívala dobrém psychickém rozpoložení, udávala spokojenost s tím, jak to celé dopadlo a také vymizely veškeré obavy, které předtím měla. „*Šestinedělí jsem prožívala dobře, zmizely obavy a byla jsem spokojená s tím, jak to celé dopadlo, už jsem se nemusela přemýšlet nad tím, co vše by se mohlo stát. A navíc už jsem měla své dítě u sebe, bylo zdravé, a to pro mě bylo hlavní.*“

## **8.6 Závěrečné shrnutí rozhovorů**

### **8.6.1 Zjištění diagnózy**

Diagnóza byla neočekávaná ze strany respondentek č.1, č. 2 a č. 3. Respondentky č. 1 a č. 3 zažily šok z diagnózy. Respondentka č. 2 navíc popsala prožitou úzkost. Zjištění diagnózy nebylo více prožíváno respondentkami č.4 a č. 5, kdy respondentka č. 5 uvedla pouze zklamání. Obavy byly vyjádřeny třemi respondentkami pouze respondentka číslo 5. ta již měla předchozí zkušeností GDM obavy nevyjádřila. Obavy žen byly při zjištění následující: obavy o dítě, obavy z toho, co bude dále následovat a obava o zvládnutí léčby. Respondentky také uváděly nedostatečnost podaných informací při zjištění této diagnózy bezprostředně po screeningu. S tímto nedostatkem informací se setkaly respondentky č.1, č.2, a č. 3.

### **8.6.2 Těhotenství**

Až na výjimku respondentky č. 3 došlo u ostatních respondentek k úplné změně stravovacích návyků v rámci léčby. Tuto skutečnost prožívaly jako omezující respondentky č. 2 a č. 5. oproti tomu respondentka v tomto ohledu omezení neviděla. Respondentky č. 1 a č. 4 v souvislosti s dietními opatřeními zažívaly stres. Všechny respondentky se shodují, že hlavním důvodem k dodržování léčebných patření bylo jejich nenarozené dítě. Respondentky č. 1 a č. 4 byly převedeny na léčbu inzulinem. Pro respondentku č. 1 tato skutečnost znamenala vyšší míru psychické zátěže. Respondentka č. 4 zažívala pocity selhání a zklamání.

Respondentkám byla poskytována psychická podpora v těhotenství, a to ve formě komunikace a u respondentky č. 3 navíc tato podpora probíhala společnou změnou stravovacích návyků pro celou rodinu. Tato podpora byla respondentkám poskytována od blízké rodiny, přítele/ manžela, kamarádky dokonce v jednom případě, konkrétně u respondentky č. 3, která odmítala psychickou podporu od partnera, pro ni představovala podporu ve skupině žen se stejnou diagnózou. Ani u jedné respondentky nebyla zmíněna psychická podpora od zdravotnických pracovníků.

U respondentek č. 3 a č. 4 se neobjevila potřeba vyhledávat informace, postačující pro respondentky byly informace, které dostaly od zdravotnických pracovníků. U respondentek č. 1, č. 2 a č. 5 se objevila potřeba vyhledávat informace. Zdrojem informací, které respondentky vyhledávaly, byl internet. U respondentek č. 1 a č. 3 byl vyjádřen strach z věrohodnosti informací.

Co se týká komunikace se zdravotnickými pracovníky tu vidí kladně všechny respondentky. Pouze respondentka č. 5 se setkala s jedním případem nevhodné komunikace ze strany ošetřující lékařky.

### **8.6.3 Předporodní období a porod**

V předporodním období vyvstaly obavy z průběhu porodu u respondentek č. 2, č. 3, č. 4 a č. 5. Navíc respondentka 4 vyjádřila obavy o stav dítěte po porodu. Respondentky č. 1 a č. 2 vyjádřily touhou po přirozeném porodu.

Prožívání porodu nebylo ve vztahu ke GDM ovlivněno u respondentek. Oproti tomu u respondentek č. 1 a č. 3 zažily zklamání díky indukci, kterou podstoupily.

### **8.6.4 Poporodní období**

Respondentky č. 1, č. 3 a č. 5 v období udávaly dobré psychické rozpoložení bez obtíží. Zde zazněly pocit vyrovnanosti, štěstí, vymizení obav. Pro respondentky toto období znamenalo velkou úlevu, protože jejich děti byly v pořádku. Oproti tomu respondentky, u kterých byla narušena poporodní adaptace novorozence toto období prožívaly po psychické stránce hůře respondentka č. 2 a č. 4 prožívaly úzkost. Navíc u respondentky č. 2 došlo k sebeobviňování, kdy si myslela, že na vině je to, jak dodržovala léčebná opatření. Pro všechny respondentky bylo na prvním místě zdraví dítěte a nadále již nevnímají GDM jako riziko do budoucna.

## 9 DISKUZE

### **Jak ženy prožívají zjištění diagnózy gestačního diabetu mellitu?**

Ve studii Craig a kol. (2020) bylo zjištěno, že ženy při zjištění diagnózy prožívaly, zmatenost, obavy, strach nebo selhání. U některých žen byla diagnóza gestačního diabetu mellitu vnímána pozitivně. Obavy, které ženy vyjadřovaly, se týkaly nepříznivého působení GDM na dítě.

V tomto průzkumném šetření bylo zjištěno, že počáteční reakce na zjištění diagnózy respondentka č. 1 a č. 3 zažily šok z tohoto zjištění. Respondentka č. 2 zažila při zjištění zažila úzkost. Oproti tomu respondentky č. 4 a č. 5 více toto zjištění neprožívaly. Jen respondentka č. 5 prožívala zklamání. Až na respondentku č. 5 všechny respondentky vyjádřily obavy shodně obavy o dítě a dále obavy, které se týkaly následujícího dění ve vztahu ke GDM.

Muhwava et al., (2019) ve studii uvádí, že při zjištění GDM měli ženy omezené informace, které jim neumožňovaly pochopení nastalé situace. Z průzkumného šetření vyplývá, že respondentkám č. 1, č. 2 a č. 3 nebyly bezprostředně po zjištění podány dostatečné informace.

### **Jak je ovlivněno prožívání těhotenství žen s gestačním diabetem mellitem?**

Hlavní důvod, který vedl respondentky k dodržování léčebných opatření, bylo jejich nenarozené dítě pro, které pro zdraví dítěte byly schopné udělat vše. Zároveň si byly vědomy důležitosti léčby. Avšak i přes to považovaly dodržování dietních opatření jako omezující Wah a kol. 2019 uvádí, že ženy jsou ochotny usilovat o dodržování těchto opatření a chápou důvody. Svensson L. (2018) uvádí, že hlavní motivace žen je zdraví dítěte.

V souvislosti s dietními opatřeními se objevil i stres, který zažívaly respondentky č. 1 a č. 4. Ve studii, která byla vedena Hui A. (2014) byl popisován stres v souvislosti s dodržováním dietních opatření. Respondentky, u kterých nebyla léčba dietními opatřeními dostačující byly převedeny na inzulin to zvýšilo prožívanou psychickou zátěž alespoň do doby, než se s danou situací vyrovnaly. To se týkalo respondentek č. 1 a č. 4. Hui A. (2014) dále uvádí, že ženy na inzulinu vyšší míru stresu.

Jung S. (2021) uvádí, že psychosociální podpora žen s diagnózou gestačního diabetu mellitu může pozitivně ovlivnit ženy v změnách v jejich chování. Podpora může dále vést ke snížení

stresu, úzkosti, deprese. V tomto průzkumu byla psychická podpora poskytnutá všem zúčastněným respondentkám od přítele/manžela, blízké rodiny, kamarádky formou komunikace. V případě respondentky č. 3, která odmítala psychickou podporu od manžela, ji našla ve skupině na sociálních sítích.

Hrdličková L. (2021) ve své práci zmiňuje poskytnutí psychické podpory respondentkám od manžela. K mému překvapení nebyla u vedena psychologická podpora poskytnutá zdravotnickými pracovníky. Dle Ratislavové (2016, s. 49) by měli zdravotníci tuto podporu poskytovat, nezaměřovat se pouze na tělesnou stránku žen, ale nahlížet na ženy komplexně společně s jejich psychickou stránkou. Měla by být budována vzájemná důvěra a zdravotníci měli snažit o snížení psychické zátěže.

Ve studii Harrison A. (2019), kde uvádějí, že primárním zdrojem informací jsou zdravotníci, avšak některé hledaly i jiné zdroje informací jako knihy, internet a jiné zdroje, aby našly větší množství informací. V tomto průzkumném šetření se na informace poskytnuté zdravotníky spoléhaly respondentky č. 2 a č. 4 a dále jiné zdroje informací nevyhledávaly. Oproti tomu respondentky č. 1, č. 3 a č. 5 nespolehaly pouze na informace podané zdravotníky a měly potřebu vyhledávat informace. Hlavním zdrojem informací, které respondentky čerpali, byl internet. U respondentek č. 1 a č. 3 byl vyjádřen strach z věrohodnosti informací.

Dle Takács (2015, s. 17) hraje komunikace v prenatální péči důležitou roli při správné a vhodné komunikaci lze snížit stres a úzkost žen. Z průzkumného šetření vyplývá, že se všechny respondentky setkaly s vhodnou komunikací. Avšak respondentka č. 5 se také setkala i s nevhodnou komunikací od své ošetřující endokrinoložky. Ayres (2015 s. 424) uvádí, že špatná komunikace mezi lékařem a pacientem může negativně narušit vzájemný vztah, to dále může vést pacienta k nespolupráci s lékařem.

### **Jak ženy prožívají období před porodem a samotný porod s gestačním diabetem mellitem?**

V předporodním období žen se objevila touha po přirozeném porodu, tuto touhu zažívaly respondentky č. 1 a č. 2. Ve studii, kterou vedl Muhwava L. (2019) zaznělo, že několik žen, více tedy u prvorodiček byla vyjádřena touha po přirozeném porodu.

V tomto období se také u rodiček objevovaly obavy spojené s průběhem porodu, které pociťovaly všechny respondentky, navíc respondentka č. 4 uvedla, že toto období pro ni bylo

stresující vzhledem k obavám o průběh porodu a stavu dítěte po porodu. Muhwava L. (2019) popisuje zvýšenou míru stresu u žen s gestačním diabetem mellitem v předporodním období, která je spojována s porodnickými komplikacemi a poškozením dítěte.

Při samotném porodu nebylo, jakkoliv ovlivněno gestačním diabetem mellitem u respondentek č. 2, č. 4 a č. 5. Oproti tomu respondentky č. 1 a č. 3 prožívaly zklamání z důvodu podstoupení indukce, která v jejich očích nebyla přirozeným porodem.

### **Jak ženy s gestačním diabetem mellitem prožívají poporodní období?**

Z průzkumného šetření vyplynulo, že respondentky č. 1, č. 3 a č. 5, u kterých stav novorozence nebyl vážněji ovlivněn v období udávaly dobré psychické rozpoložení bez obtíží pro respondentky toto období představovalo velkou úlevu, protože jejich děti byly v pořádku a celá tato zkušenost již byla za nimi. Muhwava L. (2019) ve studii, kterou vedl, zmínil, že poporodní období žen s gestačním diabetem pro ně bylo úlevou.

Dále bylo v tomto průzkumném šetření zjištěno, že respondenty č. 2 a č. 4 v tomto období zažívaly úzkost, jednalo se o ženy, u kterých byla nerušena poporodní adaptace novorozenců. Lydon K. (2012) ve své studii uvádí, že ženy s gestačním diabetem mellitem mají o 40 % větší výskyt úzkosti.

V tomto období bylo pro všechny ženy, hlavní zdraví jejich dítěte. To také uvádí Svensson L. (2018) ve své studii, kdy pro ženy bylo v tomto období pořád hlavně zdraví jejich dětí.

Dále již respondentky nevnímaly gestační diabetes mellitus jako riziko do budoucna, které by je mělo, jakkoliv ovlivnit. Muhwava L. (2019) ve své studii uvádí snížené vnímání budoucího rizika rozvoje diabetu 2. typu.

### **Doporučení pro praxi**

Zvýšit úroveň edukace žen o gestačním diabetu mellitu poskytovanou nejen lékaři, ale i porodními asistentkami zároveň poskytovat informace o tomto onemocnění v adekvátním rozsahu s dostatkem časového prostoru.

Poskytovat ženám psychickou podporu zdravotnickými pracovníky již v prenatální péči, aktivně se zajímat o jejich psychiku.

## 10 ZÁVĚR

Teoretická část mé bakalářské práce je rozdělena do sedmi kapitol. V první kapitole je zmíněn pouze okrajově diabetes mellitus obecně s jeho klasifikací a diagnostikou. Druhá kapitola práce byla již zaměřena na gestační diabetes mellitus, riziky pro vznik tohoto onemocnění a dále byly uvedena rizika plynoucí z tohoto onemocnění pro matku a plod či dítě. Třetí kapitola byla zaměřena na diagnostiku gestačního diabetu mellitu. Čtvrtá kapitola se zabývala prenatalní péčí o ženy s gestačním diabetem mellitem. Pátá kapitola popisovala léčbu gestačního diabetu mellitu a její možnostmi. V šesté kapitole jsem se zaměřila na porod a poporodní období žen s gestačním diabetem mellitem. V sedmé kapitole jsem se již věnovala společně s psychikou ženy a vybranými stavy mezi, které se řadily stres, úzkost a deprese.

Zpracování průzkumné části proběhlo díky kvalitativnímu výzkumu, který byl veden formou polostrukturovaných rozhovorů, které dobrovolně absolvovalo pět respondentek, které splňovaly požadovaná kritéria pro zařazení do průzkumu. Kritéria pro zařazení do průzkumu byla pozitivní anamnézu gestačního diabetu, porod v posledních třech letech a ochota zapojit se do průzkumu. Hlavní cíl byl naplněn. Hlavním cílem bylo zjistit, jak onemocnění gestační diabetes mellitus ovlivňuje psychiku žen. Zde se objevila vyjádřená úzkost v souvislosti se GDM a také i stres. Je, ale třeba přihlídnout k tomu, že se jednalo o malý průzkumný vzorek a další zkoumání v oblasti prožívání u žen s gestačním diabetem mellitem by si určitě v budoucnu zasloužilo více pozornosti.

## 11 POUŽITÁ LITERATURA

### Tištěné zdroje

1. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. 2012. Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada), 2015. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
4. BINDER, Tomáš. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada Publishing, 2020. 368 s. ISBN 978-80-271-2009-3
5. ČEPICKÝ, Pavel. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2018. 232 s. ISBN 978-80-247-5604-2.
6. ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress, 2017. 144 s. ISBN 978-80-265-0579-2.
7. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2018. 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
8. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
9. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.
10. GREENBERG, Melanie. *Jak lépe zvládat nepříjemné situace a konflikty: cesta k odolnější a vyrovnanější mysli*. Přeložil Adéla BARTLOVÁ. Praha: Grada, 2019. 192 s. ISBN 978-80-271-2584-5.
11. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
12. HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress, 2015. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.

13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 428 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
14. HERRMANN, Frank, Peter MÜLLER, Tobias LOHMANN a Henri WALLASCHOFSKI. *Endokrinologie pro praxi: diagnostika a léčba od A do Z*. Přeložil Irena ALDHOON HAINEROVÁ. Praha: Grada Publishing, 2020. 400 s. ISBN 978-80-271-1040-7.
15. HOUROVÁ, Martina a Veronika GALAMBOŠOVÁ. *Slovníček pro těhotné*. Praha: Grada, 2015. 128 s. ISBN 978-80-247-3666-2.
16. HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada, 2017. 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
17. JELÍNKOVÁ, Ilona. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). 160 s. ISBN 978-80-7168-940-9.
18. KAREN, Igor a Štěpán SVAČINA. *Diabetes mellitus a komorbidity: supplementum : doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře : kapesní vydání*. Mlečice: Axonite CZ, 2021. Quick education. ISBN 978-80-88046-29-5.
19. KAREN, Igor a Štěpán SVAČINA. *Diabetes mellitus: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2020*. Druhé, aktualizované vydání. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2020. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-16-3.
20. KEKKI, Maiju, Kati TIHTONEM, Anne SALONEN, Topias KOUKKULA, Mika GISSLER, Hannele LAVUORI, Toumas HUTTNIEMI. *Severe birth injuries in neonates and associated risk factors for injury in mothers with different types of diabetes in Finland*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2021.
21. KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). 212 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
22. LEBL, Jan, Štěpánka PRŮHOVÁ a Zdeněk ŠUMNÍK. *Abeceda diabetu*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, [2015]. 286 s. ISBN 978-80-7345-438-8.



23. MARKOVÁ, Daniela a Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ. *Předčasně narozené dítě: následná péče - kdy začíná a kdy končí?*. Praha: Grada Publishing, 2020. 736 s. ISBN 978-80-271-1745-1.
24. MUNTAU, Ania. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2014. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
25. NAIR, Muralitharan a Ian PEATE. *Patofyziologie pro zdravotnické obory*. Přeložil Hana POSPÍŠILOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2017. 256 s. ISBN 978-80-271-0229-7.
26. PÍTHOVÁ, Pavlína, Jindra PERUŠIČOVÁ a Libor ZÁMEČNÍK. *Diabetes mellitus a reprodukční funkce: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. 80 s. ISBN 978-80-7345-312-1.
27. PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). 296 s. ISBN 978-80-247-5452-9.
28. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada, 2016. 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.
29. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
30. ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2020. 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.
31. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
32. SOUČEK, Miroslav a Petr SVAČINA. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2019. 464 s. ISBN 978-80-271-2289-9.
33. STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA. *Neonatologie. 2., přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. 640 s. ISBN 978-80-204-2994-0.
34. STRAŇÁK, Zbyněk, Marcela ČERNÁ a Petra ŠAŇÁKOVÁ. *Donošený novorozenec pro sestry z novorozeneckých oddělení*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-49-5.
35. SUCHARDA, Petr a Lukáš ZLATOHLÁVEK. *Základy klinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 106 s. ISBN 978-80-246-3091-5.

36. ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.
37. ŠTECHOVÁ, Kateřina. *Dítě diabetické matky: komplexní pohled na diabetes a těhotenství*. Semily: Geum, 2014. 232 s. ISBN 978-80-87969-06-9.
38. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. 209 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
39. VOKURKA, Martin. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 4., upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. 320 s. ISBN 978-80-246-3563-7.

### **Elektronické zdroje**

40. BALIKOVÁ, Marieta. *Gestační diabetes – intervence, edukace a terapie*. In: *FLORENCE - Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. Copyright © Florence.cz 2020 [online]. 2021, č. 5, [cit. 2022-16-03]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2021/5/gestacni-diabetes-intervence-edukace-a-terapie/>
41. CRAIG, L. et. al. Women's experiences of a diagnosis of gestational diabetes mellitus: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. [online]. 2020, 7;20 (1) 76 [cit. 2022-16-03]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30573442/>
42. HARRISON, A. et. al. Women with gestational diabetes mellitus want clear and practical messages from credible sources about physical activity during pregnancy: A Qualitative Study. *Journal of Physiotherapy*, [online]. 2018, 65 (1), 37–42 s. [cit. 2022-07-23]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30573442/>
43. HUI, A. et al. Stress and Anxiety in Women With Gestational Diabetes During Dietary Management. *The Diabetes educator*. [online]. 2014 [cit. 2022-08-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24874692/>
44. JUNG, S. et al. Psychosocial support interventions for women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Korean Journal of Women Health Nursing*. [online]. 2021 [cit. 2022-08-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.05.13>
45. KREJČÍ, Hana, Kateřina ANDERLOVÁ. *Důsledky neléčení pro matku*. In: *Těhotenská cukrovka.cz* Copyright © Ckurovka. cz 2017 [online]. 2018 [cit. 2021-15-10]. Dostupné z: <https://www.cukrovka.cz/dusledky-neleceni-pro-matku-a-dite>

46. KREJČÍ, Hana, Kateřina ANDERLOVÁ. Sledování po porodu. In: *Těhotenská cukrovka.cz*. Copyright © Ckurovka.cz 2017 [online]. 2018 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://www.cukrovka.cz/sledovani-po-porodu>
47. Krejčí, Hana. Gestační diabetes mellitus. *Vnitřní lékařství časopis* [online]. 2016, 62 (4) [cit. 2021-15-10]. ISSN - 1801 7592. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdf/vln/2016/91/10.pdf>
48. KRYSŤYŇÍK, Ondřej. Gestační diabetes a možnosti jeho léčby. In: *kardiologickarevue.cz* Copyright © Kardiologickarevue 2008-2022 [online]. 2018 [cit. 2021-08-19]. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologickarevue/2018-3-9/gestacni-diabetes-a-moznosti-jeho-lecby-105615>
49. MUHWAVA, L. et. al. Perspectives on psychological and emotional burden of having gestational diabetes amongst low-income in Cape Town South Africa. *BMC Womens Health*. [online]. 2020, [cit. 2022-08-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01093-4>
50. SVENSSONS, L. et al. What is the postpartum experience of Danish women following gestational diabetes? A qualitative exploration. *Wiley online library*. [online]. 2018 [cit. 2022-08-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/scs.12506>
51. VYSOČANOVÁ, Petra, Alena FLORIÁNOVÁ, Jindřich ŠPINAR. Hypertenze v těhotenství. In: *kardiologickarevue.cz* Copyright© Kardiologickarevue 2008-2022 [online]. 2018 [cit.2021 - 02 – 20]. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologickarevue/2018-4-13/hypertenze-v-tehotenstvi-106966>
52. ZAJÍČKOVÁ, Denisa, 2022. Gestační diabetes: Jaká je prevence jeho vzniku a co pomůže k psychické pohodě?. In: *Diastyl.cz* [online]. DIAstyl Copyright 2022 [cit. 2022 - 06 – 07]. Dostupné z: <https://www.diastyl.cz/gestacni-diabetes-jaka-je-prevence-jeho-vzniku-a-co-pomuze-k-psyhicke-pohode/>

## **Bakalářské práce**

53. HRDLIČKOVÁ, Lucie. Gestační diabetes mellitus. Plzeň, 2019. Bakalářská. Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita Plzeň.

## **Seznam příloh**

Příloha A - Otázku k rozhovoru.....	61
-------------------------------------	----

## Přílohy

### Příloha A – Otázku k rozhovoru

1. Kolik je vám let?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Kolikrát jste byla těhotná a kolikrát jste rodila?
4. Jednalo se o vaše první těhotenství s gestačním diabetem mellitem?
5. Je ve vaší rodinné anamnéze gestační diabetes mellitus?
6. V jaké fázi screeningu se přišlo na gestační diabetes mellitus?
7. Jakým druhem léčby jste byla léčena?
8. V kolikátém týdnu těhotenství jste rodila a jednalo se o samovolný porod bez komplikací?
9. Jaká byla porodní váha novorozence a vyskytly se nějaké problémy s poporodní adaptací u novorozence?
10. Jak jste prožívala zjištění, že máte gestační diabetes mellitus?
11. Vystaly při tomto zjištění nějaké obavy?
12. Jak jste prožívala období před porodem a bylo něco čeho jste se obávala?
13. Jak jste prožívala samotný porod?
14. Jak jste prožívala poporodní období?
15. Jak probíhalo poporodní období?
16. Byla vám poskytnuta psychická podpora, pokud ano tak od koho?
17. V jaké formě vám tato podpora byla poskytnuta?
18. Jak hodnotíte zpětně svou spokojenost s podáním informací ohledně gestačního diabetu mellitu od zdravotnických pracovníků?
19. Hledala jste i jiné zdroje informací o gestačním diabetu mellitu, než Vám byly poskytnuty od zdravotnických pracovníků, pokud ano z jakých zdrojů jste tyto informace čerpala?
20. Byla jste seznámena s riziky pro Vás i pro plod?
21. Jak jste vnímala komunikaci se zdravotnickými pracovníky, bylo něco s čím jste nebyla spokojená?
22. Jaké pro vás bylo dodržování léčby?
23. Jak zpětně hodnotíte dodržování léčebných opatření?
24. Byla léčba dostatečná nebo jste musela být převedena na jiný druh léčby?