

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta.

Bakalářská práce

Potřeby žen s gestačním diabetem mellitus

Vedoucí práce

doc.PhDr.Yveta Vrublová, PhD.

Autor práce

Gabriela Malátová

2012

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřená na potřeby žen s gestačním diabetem mellitus. Výzkumné šetření proběhlo v nemocnici v Českých Budějovicích na oddělení rizikového těhotenství a v gynekologické ordinaci Dr. Výborné v Českých Budějovicích. Metoda výzkumu byla kvalitativní. Byla prováděna formou rozhovorů s ženami na oddělení rizikového těhotenství s diagnostikovaným gestačním diabetem mellitus a v gynekologické ordinaci, poté zpracována do krátkých kazuistik. V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou potřeby žen s gestačním diabetem mellitus. Druhým cílem bylo zjistit, jak ženy s gestačním diabetem dbají na dodržování diet. Třetím cílem bylo zjistit, jaké mají informace ženy s gestačním diabetem. Na základě těchto cílů byli stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se týkala potřeb těhotných žen s gestačním diabetem mellitus. Druhá výzkumná otázka se týkala vhodného stravování žen s gestačním diabetem mellitus. Třetí výzkumná otázka se týkala informovanosti žen s gestačním diabetem mellitus. Jedním z cílů bylo zjistit, jaké jsou potřeby žen s gestačním diabetem. Všechny tři ženy odpověděly, že potřeba výživy. Potřeba spánku byla u všech žen přibližně stejná, spí 8-9 hodin denně. Potřeba pohybu je pro paní Janu velmi důležitá, paní Petra se raději kvůli nepříznivému gynekologickému nálezu většímu pohybu vyhýbá a paní Ivana dává přednost rodinným procházkám v přírodě. Dalším z cílů bylo zjistit, jak paní Jana, paní Petra a paní Ivana dodržují dietní režim. Na otázku, jak změnily ženy své stravovací návyky, odpověděla paní Petra, že měla problém s omezením cukrů, ale po pár dnech si zvykla a pije většinou vodu a neslazené čaje. Paní Jana s tím problémem neměla, má malé děti, kterým vařila lehká jídla a konzumovala je také. Své stravovací návyky moc upravovat nemusela, pouze vynechala některé druhy ovoce. Paní Ivana se změnou jídelníčku problém neměla, už před diagnózou gestačního diabetu jedla hodně zeleniny a drůbežího masa, sladké jen zřídka. Třetí cíl zjistit jaká je informovanost žen s gestačním diabetem, byl splněn. Na otázku jaké dostávají nejčastěji ženy informace, se všechny tři ženy shodly. V prvním případě paní Janě podávala informace lékařka na oddělení a poté porodní asistentka. Paní Petře nejprve podávala informace lékařka v gynekologické ordinaci současně s porodní asistentkou a hned poté byla předána do

péče diabetologa kam chodila každý měsíc na kontroly. Paní Petře diabetolog podal informace o vhodném stravování a rozložení stravy během dne. Paní Ivana dostala první informace i praktické rady od paní doktorky v gynekologické ordinaci, poté byla předána do péče diabetologa, kde dostala kromě informací i letáky o vhodném složení potravin a vhodné skladbě jídelníčku při léčbě diabetu.

Abstract

The thesis is focused on the needs of women with Gestational Diabetes Mellitus. The survey was carried out in the hospital, in Ceske Budejovice, in the department of risk pregnancies and in the gynecological surgery of Dr. Výborné in Ceske Budejovice. The research method was qualitative. It was conducted in the form of interviews with women who attended the department of risk pregnancies and who have been diagnosed with Gestational Diabetes Mellitus and also in the gynecological surgery. The information was then processed into short case studies. The thesis had three goals. The first objective was to determine what are the needs of women with Gestational Diabetes Mellitus. The second objective was to determine how women, who have been diagnosed with Gestational Diabetes, follow and comply with the prescribed diets. The third objective was to determine what information is known to the women who have been diagnosed with Gestational Diabetes Mellitus. Based on these findings, 3 research questions have been specified. The first research question was concerned with the needs of pregnant women with Gestational Diabetes Mellitus. The second research question was concerned with the appropriate food for women with Gestational Diabetes Mellitus. The third research question was concerned with the awareness of women with Gestational Diabetes Mellitus. One of the objectives was to find out what are the needs of women with Gestational Diabetes. All three women responded that there was a great need for good nutrition. The need for sleep, was for all the women about the same, they sleep up to 8-9 hours per day. The need for movement is very important for Mrs. Jane, Mrs. Petra avoids extensive physical exercise due to an adverse gynecological finding and Mrs. Ivana prefers family walks in the nature. Another objective was to find out how Mrs. Jana, Mrs. Petra and Mrs. Ivana follow and keep to the dietary regime. Answer to the question of how they have changed their eating habits, Mrs. Petra said, that she has had a problem with limiting sugars, but after a few days she got used to it and she drinks mostly water and unsweetened tea. Mrs. Jana had no problem with it, she has small children and she cooks light meals for them and she eats with them. She didn't have to alter her eating habits too much, she only left out some types of fruits. Mrs. Ivana had no problem in changing the diet, as even before she was diagnosed with

Gestational Diabetes, she ate lots of vegetables and poultry meat and very rarely ate sweet things. The third objective, which was to determine how informed are the women with regards to the Gestational Diabetes Mellitus, has been fulfilled. When asked, what and when do they receive most information, all three women agreed. In the first instance Mrs. Jana received the information from her doctor in the surgery and after that from the midwife. Mrs. Petra was first given information by the doctor in gynecological surgery and at the same time by the midwife and immediately after that she had been transferred to the Diabetologist, where she went for a monthly check up. The Diabetologists gave Mrs. Petra information about the appropriate food and distribution of the food during the day. Mrs. Ivana got her first information and practical advice from her doctor in the gynecological surgery, then she was transferred to the care of the Diabetologist, where she was given, apart from the information, also leaflets about suitable food composition and appropriate diet during her treatment of diabetes.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Potřeby žen s gestačním diabetem mellitus vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Malátová Gabriela

Poděkování

Touto cestou chci poděkovat doc.PhDr.Yvettě Vrublové PhD. za trpělivost, odbornou pomoc, cenné a praktické rady při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla velice poděkovat celé své rodině za podporu po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Gestační diabetes mellitus	11
1.1.1 Rizikové faktory.....	11
1.1.2 Diagnostika gestačního diabetes mellitus.....	13
1.1.3 Péče o ženu s gestačním diabetem mellitus.....	13
1.1.4 Novorozenec ženy s diabetem.....	14
1.2 Léčba gestačního diabetu mellitus	16
1.2.1 Inzulín v léčbě žen s gestačním diabetes mellitus a perorální antidiabetika....	17
1.3 Potřeby člověka	18
1.3.1 Klasifikace potřeb.....	19
1.3.2 Hierarchie potřeb podle A.H.Maslowa.....	20
1.3.3 Potřeba výživy.....	21
1.3.4 Potřeba pohybu a tělesné aktivity.....	21
1.3.5 Potřeby v modelu V. Hendersonové.....	22
1.4. Potřeby těhotných žen	23
1.4.1 Potřeba výživy.....	23
1.4.2 Potřeba tělesné aktivity a pohybu.....	25
1.4.3 Potřeba spánku.....	26
1.4.4 Potřeba vylučování.....	26
1.5 Edukace těhotných žen	27
1.5.1 Komunikace v edukačním procesu.....	27
1.5.2 Formy edukace.....	27
1.5.3 Cíl edukace.....	28
1.5.4 Prenatální kurzy.....	28

1.6 Role porodních asistentek v edukaci těhotných žen s gestačním diabetes mellitus	29
2 Praktická část	31
2.1 Formulace problému	31
2.2 Cíl práce	31
2.3 Výzkumné otázky	31
2.4 Použitá metoda	31
2.5 Charakteristika výzkumného souboru	32
2.6 Výběr případu	32
2.7 Struktura kazuistik	32
2.8 Kazuistiky	33
2.8.1 Kazuistika č.1	33
2.8.2 Anamnéza	33
2.8.3 Katamnéza	33
2.8.4 Analýza a interpretace	34
2.9 Kazuistika č.2	34
2.9.1 Anamnéza	34
2.9.2 Katamnéza	35
2.9.3 Analýza a interpretace	36
2.10 Kazuistika č.3	36
2.10.1 Anamnéza	36
2.10.2 Katamnéza	37
2.10.3 Analýza a interpretace	38
3 Diskuze	39
4 Závěr	42
5 Seznam použitých zdrojů	43
6 Klíčová slova	46
7 Přílohy	47

Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na potřeby žen s gestačním diabetem mellitus. S nárůstem incidence diabetu roste zároveň počet žen s gestačním diabetem mellitus. Podle některých autorů jako například Andělové K. (59/2008. s 73) je gestační diabetes mellitus dnes považován za nejčastější komplikaci v těhotenství. Jeho kompenzace je důležitá pro poporodní období matky i plodu. GDM vzniká vlastně v těhotenství tím, že kolísá hladina glykemie v závislosti na těhotenských hormonech a u některých žen se slinivka břišní není schopna vyrovnat se zvýšenými požadavky na inzulin, který má udržet hladinu cukru v rovnováze. Glukóza cirkulující ve zvýšeném množství v matčině krvi přestupuje přes placentu do plodu, který odpovídá zvýšenou tvorbou vlastního inzulinu. Kombinace přemíry glukózy a přemíry inzulinu se u plodu projevuje výskytem diabetické fetopatie. U novorozence se projevuje vyšší porodní hmotností a po narození je novorozenec ohrožen hypoglykemií. Gestační diabetes se projeví nejčastěji mezi 26. -28. týdnem gravidity a po porodu odeznívá. Cílem práce je zjistit jaké jsou potřeby žen s gestačním diabetem mellitem, zda vědí jak se správně stravovat a jaké mohou být rizika u tohoto onemocnění.

1 Současný stav

1.1 Gestační diabetes mellitus

Gestační diabetes mellitus (dále jen GDM) v těhotenství je stav, který je v současné době se zlepšením prenatalní diagnostiky a péče stále častěji diagnostikován. Ženy s GDM představují 3 až 5%. S přibýváním diabetu 2. typu stoupá počet gestačních poruch glukózové tolerance. Jejich správná diagnostika a léčba nemá význam pouze pro časné poporodní období novorozence a matky, ale i pro jejich další život (Roztočil, 2008). GDM je metabolická porucha tolerance sacharidů, která je poprvé diagnostikována v těhotenství a po porodu vymizí (Rušavý, Frantová, 2007). V některých případech však sacharidová intolerance byla přítomna již před koncepcí a nebyla jasně diagnostikována mohla by tedy přetrvávat i po porodu. Mezi primární faktory v etiologii inzulinové rezistence u GDM se řadí změny inzulinových receptorů, defekty glukózových transportérů i defekty v některých genech odpovědných za intracelulární účinek inzulinu. Mezi sekundární faktory patří tvorba polyklonálních IgG protilátek proti inzulinovým receptorům a působení hormonů, kortizolu, lidského placentárního laktogenu (hPL), TNF- α (tumor necrosis factor) a leptinu. Sumace faktorů přítomných již před graviditou s antiinzulinárním působením těhotenských hormonů vede ke vzniku inzulinorezistence v periferních tkáních, někdy i k poruše sekrece inzulinu. Následkem je vznik hyperglykemického syndromu projevujícího se v graviditě (Hájek, 2004).

1.1.1 Rizikové faktory

První zmínka o cukrovce v souvislosti s těhotenstvím se objevila v roce 1824, kdy byla považována za příznak těhotenství. Literární zdroje o diabetu jako o závažné těhotenské komplikaci se objevují až začátkem minulého století. Do té doby byla cukrovka výrazně vzácnější než dnes (Špálová, 2005). Vstup inzulinu do léčby diabetes mellitus v roce 1922 změnil lidem s diabetem mellitem život. Ženy byly schopny otěhotnět a těhotenství donosit. Léčba inzulinem představovala naději a možnost těhotenství a

porodu. Významnou roli v historii GDM sehrála profesorka Priscilla White, která pochopila a popsala jak je důležitá dobrá kompenzace diabetu v těhotenství. Dokázala, při tak z dnešního pohledu omezených možnostech, dovést řadu těhotných žen s diabetem k porodu. První snahy o detekci GDM u rizikových těhotných, tedy u těhotných s nepříznivou porodnickou anamnézou, obézních nebo s rodinnou zátěží diabetem se objevují v 50. letech minulého století. O' Sullivan a Mahan, navrhli system screeningu a v 60. letech glukózový zátěžový test, který se používá dodnes. V posledních letech se výrazně změnila perinatologické výsledky u těhotných žen s GDM. Byla vyvinuta řada nových vyšetřovacích metod, které umožňují včasné odhalení GDM, je používána řada léků, které mohou ovlivnit průběh nemoci. Perinatální mortalita a mateřská mortalita žen s diabetem se prakticky neliší od výsledků, které jsou u zdravých žen. (Hájek, 2004). Vyhledávání rizikových skupin žen, které by měly být vyšetřeny na přítomnost GDM je ale stále sporné. Někteří autoři doporučují celoplošné vyšetřování těhotných žen na GDM a někteří považují za vhodnější vyšetřovat pouze ženy s rizikovými faktory. Americká diabetologická asociace navrhuje vyšetření všech žen kromě těchto skupin – ženy mladší 25 let, ženy bez rodinné anamnézy výskytu diabetu, které nikdy nebyly obézní a ženy bez komplikace v porodnické anamnéze například - porod plodu s hmotností nad 4000g, porod mrtvého plodu, opakované spontánní aborty, hypertenze či preeklampsie v předchozích graviditách, glykosurie na počátku gravidity, GDM v předchozích graviditách. Riziko GDM v další graviditě je 60 až 90 %. Je to také závislé na hmotnosti matky v prvním trimestru probíhajícího těhotenství, čím je tělesná hmotnost matky vyšší tím více stoupá riziko výskytu GDM pro další těhotenství. Přítomnost rizikových faktorů jak genetických tak i zevního prostředí například špatný životní styl, malá fyzická aktivita, špatné složení stravy a následná nadváha a obezita společně s hormonálními změnami v graviditě vede k výskytu GDM. Tyto rizikové faktory se vyskytují u asi 50 % pacientek s diagnostikovaným GDM (Hájek, 2004). V České republice došlo k určitému konsensu a v březnu 2009 byl stanoven doporučený postup ohledně screeningu GDM, dle kterého jsou nyní vyšetřovány všechny těhotné ženy (Perníková, 2010).

1.1.2 Diagnostika gestačního diabetes mellitus

Podle doporučení ČDS a ČSKB z 1.9.2005 se GDM diagnostikuje při přítomnosti dvou rizikových faktorů + glykemie nalačno v žilní krvi 5,5 mmol/l a výše a ve 24-28 týdnu gravidity provedení oGTT u všech žen s výjimkou žen s nízkým rizikem: norma 5,5 mmol/l nalačno, 7,7 mmol/l za 2 hodiny (Bělohradková, 2006). GDM se manifestuje nejčastěji mezi 24. – 28. týdnem gravidity. Tyto týdny jsou považovány za období maximální produkce antiinzulárních látek placentou (Andělová, 2008). Pro vyšetřování GDM se provádí diagnostický screening OGTT, takzvaný orální zátěžový glukózový test se zátěží 75 g glukózy. Test by měl být dělán ráno po 8-14 hodinovém lačnění a po nejméně 3denní stravě bez omezení sacharidů a při neomezené fyzické aktivitě. Ženy by měly během testu sedět a neměly by kouřit (Rybka, 2007). Při vyšetření je hodnocena glykemie před zátěží a 2 hodiny po zátěži glukózou. Glykemie na lačno by neměla přesáhnout 5,5 mmol/l, hodnota 2 hodiny po zátěži je tolerována do 7,7 mmol/l (Hájek, 2004). Mezi nepovinná vyšetření patří i vyšetření glykemie 1 hodinu po zátěži, její hodnota by měla být do 8,8 mmol/l (Roztočil, 2008). Má to svůj opodstatnění pro příznivý vývoj plodu a mohou se tím odhalit i méně závažné poruchy glukózové tolerance, které ještě nejsou léčeny (Andělová, 2008). Screening OGTT se může provést u těhotných žen s vysokým rizikem již na počátku gravidity a podle potřeby jej v průběhu gravidity opakovat (Unzeitig, , Andělová, Stará, 2008). Pro monitorování léčby se používají glykemické profily a hladiny glykosylovaného hemoglobinu (Hájek, 2004).

1.1.3 Péče o ženu s gestačním diabetes mellitus

Porodnická péče o ženu s GDM je podobná jako u zdravých žen. Mezi výjimky patří častější ultrazvuková vyšetření, od 24. týdne každé 3-4 týdny, kterými je kontrolována velikost plodu a velocimetrie. V posledních týdnech gravidity je nutné časté monitorování plodu pomocí CTG (Rybka, 2007). Těhotenství by mělo být ukončeno v termínu. Nejčastěji je porod indukován mezi 39.- 40. týdnem gravidity. Z důvodu možného intrauterinního úmrtí plodu, který se vyskytuje u žen s GDM 4x častěji. V průběhu porodu není nutné podávat insulin ženám, které jím byly v těhotenství léčeny.

U těhotných žen s GDM je nutná častá kontrola glykemického profilu. Ženám jsou zapůjčeny glukometry (příloha č.5) a provádějí selfmonitoring - kombinaci tzv. velkých a malých glykemických profilů. U velkého glykemického profilu si žena měří glykémii před hlavními jídly a hodinu po nich, před spaním, v noci mezi 2-3 hodinou ranní. U malého glykemického profilu si žena měří jednou až dvakrát týdně hodinu před a hodinu po jídle. Každá žena s prokázaným GDM by si měla denně sledovat ketolátky v ranním vzorku moči. Jednou za dva týdny je vhodné vyšetřit glykovaný hemoglobin. Každá žena s prokázaným GDM je předána do péče diabetologa. Po porodu jsou ženy dále sledovány a pravidelně kontrolovány diabetologem. Přibližně 40% žen s GDM onemocní později v životě diabetem 2. typu. Diabetes 1. typu se může také poprvé manifestovat v graviditě. Podezření je u žen s poměrně vysokou spotřebou inzulinu, objevuje se u nich sklon ke ketóze či ketoacidóze a po porodu po vysazení inzulinu dochází k výrazným hyperglykemiím. Při tomto podezření se již v těhotenství mohou ženy vyšetřit k upřesnění diagnózy (Hájek, 2004).

1.1.4 Novorozenec ženy s diabetem

Vlivem výkyvů hladiny cukru hrozí v prvním trimestru riziko potratu a vzniku vrozených vývojových vad. Ve druhém a zejména ve třetím trimestru způsobuje hyperglykemie matky zvýšený přívod cukru do plodu. U plodu se zvýší tvorba inzulinu, a tím dochází k urychlení růstu plodu a zvýšené tvorbě tuků, který se ukládá do orgánů. Plod je velký se zvětšenými orgány. Placenta nezvládá vyživování plodu, proto hrozí předčasný porod, v krajním případě úmrtí plodu. Těhotenství se ukončuje dříve, nejpozději v 39. týdnu. U porodu musí být přítomna dětská sestra a pediatr, kterému porodník poskytne informace o stavu matky plodu. Pupečník se přeruší okamžitě. Po porodu převezme sestra novorozence do sterilní, vyhřáté savé roušky a uloží novorozence na vyhřevné lůžko hlavou k sobě. Odsátí z dýchacích cest a žaludku se provádí pouze indikovaně (Troupová, Hanzl, 2010). Porodní asistentka zajistí označení a odeslání placenty na histologické vyšetření. Pediatr se novorozence ihned ujme a prohlédne. Při tomto vyšetření zhodnotí Apgar skóre. Toto hodnocení poporodní adaptace zveřejnila v roce 1952 dr. Virginia Apgarová. Příznaky v průběhu poporodní

adaptace se hodnotí za jednu, za pět a za deset minut po porodu. Hodnotí se pět životních projevů – barva, srdeční frekvence, respirační úsilí, svalové napětí a reakce na podráždění. Každý projev je hodnocen body ve stupnici 2, 1 nebo 0. Nejvyšší počet je 10 bodů, nejnižší 0. Poté se provede první ošetření novorozence na porodním sále. Prvním úkolem je zabránit ztrátám tepla. Hypotermie výrazně ovlivňuje další průběh adaptace, proto se dítě musí okamžitě osušit nahřátou rouškou, která se po použití vymění za suchou. Novorozenec se zváží, změří se mu tělesná teplota v rektu. Tím se zjišťuje i průchodnost anu a rekta. Identifikuje se speciálním nerozpojitelným plastovým náramkem s údaji, jejichž rozsah určuje metodický pokyn České neonatologické společnosti, který se připevní na zápěstí dítěte. Stejný náramek má i matka. Identifikaci je třeba provádět v přítomnosti matky. Provede se kredeizace většinou Ophtalmo-Septonexem a jako prevence krvácivé nemoci novorozenců se podá vitamín K (Kanavit) per os (Fendrychová, 2007, str. 46-48, Sedlářová, 2008). Po vyšetření pediatr novorozence uloží do inkubátoru, je to ochrana před hypotermií. Napojení na monitor umožňuje kontrolu všech základních životních funkcí. Pediatr informuje matku o zdravotním stavu novorozence. Kromě běžného vyšetření novorozence je nutné sledovat i glykemii, krevní obraz a astringenci, musí se vyšetřit moč, stolice a stěry z nosní sliznice a krku. (Skuhrová, 2008). Podle výsledků se zahajuje infuzní léčba 10% glukózou s kalcium glukonikem. Po stabilizování se novorozenec může vykoupat a může se mu podat mateřské mléko. Novorozenec ženy s diabetem bývá obézní, má tučnou tvář s napnutou lesklou kůží. Následkem zvýšeného množství tuku v pokožní tkáni a zvýšeného množství glykogenu v podkožní tukové tkáni (Hájek, 2004). Mezi typické znaky novorozence diabetické matky patří například vysoká porodní hmotnost vzhledem ke gestačnímu věku. Mezi další typické znaky patří obézní tělo s mohutným hrudníčkem, široká ramena, krátký krk. Oční štěrby jsou malé, víčka nateklá. Kůže je zarudlá, vyhlazená, pokrytá hojným mázkem. Pupečník je silný rosolovitý. Novorozenec má zhoršenou porodní adaptaci – může mít dechové potíže, bývá dráždivější, může mít třes končetin, zaťaté pěstičky, je ohrožen hypoglykemií, hypokalcemií, respiračními poruchami a z důvodu nezralosti jater také hyperbilirubinemií. Novorozenec ženy s diabetem je tedy ohrožen poporodními

komplikacemi a jeho projevy jsou trochu horší než u zdravého novorozence. Změny, které se mohou vyskytnout u novorozenců matek s GDM, bývají většinou přechodné a rychle se upravují (Hájek, 2004). Soubor příznaků, které mohou být u novorozence u ženy diabetičky se nazývá diabetická fetopatie (Skuhrová, 2008). Mezi poporodní komplikace patří například orgánová makrosomie. Její incidence je až 26%. Vyskytuje se u dětí s porodní hmotností přesahující 4000gr. Orgánovou makrosimií jsou postiženy svaly, vnitřní orgány a srdce. Zvyšuje neonatální morbiditu a mortalitu. Následkem jsou poporodní traumata například dystokie ramének, kefalohematom a zvýšená mateřská morbidita. Mezi další komplikace patří při špatné metabolické kontrole hypoglykemie v prvních hodinách po porodu. Projevuje se až u 25-40% novorozenců. V posledních letech se velice zlepšily výsledky perinatální péče o matky s GDM a jejich novorozence. Došlo ke snížení perinatální mortality dětí diabetických matek vzhledem ke zdravé populaci, je ale stále vyšší (Hájek, 2004). Těhotenská cukrovka je i velkým rizikem pro budoucí život dítěte. Pokud je plod v děloze stále vystavován vyšším hladinám cukru, nese si do života riziko častějšího výskytu cukrovky, vysokého tlaku, nadváhy, obezity nebo sklerotických změn na cévách (Andělová, 2011).

1.2 Léčba gestačního diabetes mellitus

V České republice existují tři metody v léčbě GDM – dieta, cvičení a inzulín. Tyto tři opatření mají jediný úkol, zajistit v organismu optimálně normoglykémii nebo alespoň snížení dlouhodobé hyperglykémie. Aby byl stav dobře monitorován, je třeba sledovat všechny parametry od koncentrace glukózy po glykosylovaný haemoglobin (Hájek, 2004). Glykozurie je indikátorem ztrát glukózy močí (Čech, 2006). Při návštěvě poradny se nesmí opomenout pravidelné měření tlaku a hmotnostního přírůstku. Optimální váhový přírůstek za celou dobu gravidity by měl být 12-15 kg. Při léčbě dietou si musí žena vyšetřovat glykémii 1x až 2x týdně na lačno a 1 hodinu po jídle. Hlavní zásadou v léčbě GDM je úprava stravy. Diabetická dieta je vlastně racionální strava, je důležité vynechat rychlé cukry, to znamená potraviny, které obsahují řepný cukr např. slazené nápoje, sladkosti. Cukry jsou pro vývoj plodu nezbytné, ale v podobě

pomalých cukrů polysacharidů – škrobů. Po jejich příjmu hladina glykemie stoupá pozvolna. Mezi takové potraviny patří chléb, luštěniny, těstoviny, rýže. Při zjištění GDM je dobré omezit bílé pečivo. Ovoce, které obsahuje fruktózu není nutné úplně vyškrtnout z jídelníčku. Žena by si měla vybrat méně sladké druhy, jako např. jablka, kiwi, citrusy. V těhotenství by neměla vůbec používat umělá sladidla (www.cedika.cz). Doporučuje se tedy dieta se sníženým obsahem sacharidů 275-300g na den (Čepický, Kurzová, 2003). Pro obézní ženy se doporučuje dieta ještě s nižším obsahem sacharidů přibližně 225-250g za den. Velký význam má rozložení stravy do malých porcí a vícekrát za den z důvodu zvyšování hladiny glykemie po zátěži sacharidy, které je typické pro GDM. Optimální dieta zajišťuje kalorické a výživové potřeby v těhotenství. Důležité je sledovat příjem bílkovin, který by měl být 1,5 až 2,0 g/kg/den a vitamínů B1, B2, C, D a E, vápníku, hořčíku a železa. Těhotná žena by neměla mít pocit hladu. Dalším krokem při léčbě GDM je i zvýšení tělesné aktivity. Cvičení nesmí způsobit děložní kontrakce či vznik mateřské hypertenze. Těhotenský tělocvik by měl být mírné aerobní cvičení, které snižuje inzulínovou rezistenci a tím i plazmatické hladiny glukózy na lačno i postprandiálně. Vedle pravidelného cvičení se doporučují pravidelné procházky. Rozhodnutí o typu fyzické aktivity musí být ve spolupráci diabetologa a gynekologa, aby nebyl ohrožen průběh těhotenství (Hájek, 2004).

1.2.1 Inzulín v léčbě žen s gestačním diabetem mellitus a perorální antidiabetika

Pokud nedorazí k normalizaci glykemie úpravou stravy a tělesným cvičením, zahajuje se terapie inzulínem (příloha č.2, 3). To je přibližně u 5 až 30% žen s GDM (Hájek, 2004). Česká republika má identická doporučení jako jsou platná v USA a dalších evropských a mimoevropských zemích (Andělová, 2009). Indikací k zahájení inzulínové terapie je nález vyšších hladin glykemie v opakovaných glykemických profilech v rozmezí několika dní. Mezi další indikace k léčbě inzulínem patří růstová akcelerace plodu, která se zachytí ultrazvukovým vyšetřením. Signalizuje známky hyperinzulinismu plodu. Vyskytují-li se v moči těhotné ženy s GDM opakovaně ketolátky, bývá to indikace k inzulínoterapii. Musí se však vyloučit i jiný důvod výskytu ketolátek a to například noční lačnění. Proto se doporučuje vyšetřovat ketolátky v průběhu celého dne

testovacím proužkem. Nejčastěji se podává krátkodobě působící lidský inzulin před hlavními jídly. Tam kde je vyšší hodnota glykemie ráno na lačno se podává ještě v kombinaci s večerní dávkou střednědobě působícího inzulinu. Inzulinový režim se volí podle režimu ženy a podle výsledků vyšetření glykemických profilů. Při léčbě diabetu v těhotenství je hodně důležitý selfmonitoring glykemií (příloha č.4). Hodnoty glykemie na lačno by neměly přesahovat 5,5 mmol/l a hodnoty 1 hodinu po jídle by neměly přesahovat 7,8 mmol/l. Novým přístupem v léčbě GDM se stává použití perorálních antidiabetik (PAD). Mnoho let platil zákaz používat PAD v graviditě. Studie však prokazují srovnatelný efekt léčby inzulinem a podáváním PAD. Týká se to zatím skupiny preparátů sulfonylurey. V České republice na rozdíl od USA používání perorálních antidiabetik není rozšířeno, léčba inzulinem stále zůstává první volbou (Hájek, 2004, Andělová, 2009).

1.3 Potřeby člověka

Problematika teorie potřeb je v centru zájmu ošetrovatelství a jednou z jeho hlavních úloh je uspokojování potřeb jednotlivců, rodiny i komunity s cílem zachovat a udržet optimální zdravotní stav a tím zlepšit kvalitu života (Tomagová, Bóriková a kol., 2008). Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Porodní asistentka se zabývá ženou jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci. To znamená, že porucha jedné části je poruchou celého systému. Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje názory a potřeby (Trachtová a kol., 1998). Potřeba je vlastně projevem nějakého nedostatku, který chceme odstranit. Potřeba pobízí k vyhledání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je vlastně něčím, co lidská bytost nutně potřebuje k životu a správnému vývoji. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychiku člověka - pozornost, myšlení, emoce a tím se mění i chování jednotlivce takzvaná psychická odezva. Lidské potřeby se vyvíjí. Každý člověk uspokojuje své potřeby jinak. V průběhu života se lidské potřeby mění z hlediska kvality i kvantity.

Všichni lidé mají společné potřeby, ale jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby a ani dva si nejsou podobné. Potřeby je možné rozdělit na dvě základní skupiny. *Primární (základní) potřeby*, které jsou vlastní člověku i jiným živočichům. Mluvíme o potřebách biologických, fyziologických a přirozených. Pokud nedojde k naplnění těchto potřeb, člověk není schopen života. Mezi tyto potřeby řadíme potřebu kyslíku, potravy, vyprazdňování, spánku, potřebu pohybu, čistoty, sexuální potřebu. Úkolem ošetrovatelské péče v nemoci je naplnění primárních potřeb a zároveň se stávají motivací pro člověka, aby pečoval o své tělo.

Sekundární potřeby jsou vývojově mladší a jsou získávané během našeho života. Jedná se o potřeby sociální, získané, naučené a kulturní. Člověk má potřebu být ve společnosti a komunikovat s lidmi, hledá své uplatnění. Mezi tyto potřeby řadíme potřebu jistoty a bezpečí, potřebu sounáležitosti a lásky, potřebu uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní, estetické a potřeby seberealizace.

Potřeby se dají uspokojovat žádoucím a nežádoucím způsobem. Žádoucí způsob znamená, že nám ani jiným neškodí a jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami člověka a uspokojují se v mezích zákona. Nežádoucí způsob může škodit dané osobě nebo jiným, není ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami nebo přesahují meze zákona. Potřeby jsou základním motivem vyjadřující nějaký nedostatek. Potřeby jsou určovány kulturou a lidé ve svých potřebách podobnější.

1.3.1 Klasifikace potřeb

V psychologii se třídí potřeby na biogenní, fyziologické, psychogenní, sociogenní, psycholické. Rozdělení odpovídá pojetí člověka jako bytosti současně biologické a sociální, odpovídá holistickému přístupu k člověku. Pojem potřeba pak vyjadřuje nedostatky biologické, například nedostatek jídla, pohybu, odpočinku nebo nedostatky v sociálním životě jedince například zázemí, opory, projevů úcty a lásky. Psycholog H.A.Murray (1893) třídí potřeby z rozličných hledisek. Provedl třídění potřeb na viscerogenní (primární) a psychogenní (sekundární), dále pak na potřeby kladné a potřeby záporné. Murray používá klasifikaci potřeb na manifestní a latentní. Manifestní potřeba zahrnuje veškerou činnost, která je skutečná, předchází jí většinou vědomý

záměr. Latentní potřeby jsou částečně objektivní a částečně subjektivní formy činnosti, mohou být přáním člověka

1.3.2 Hierarchie potřeb podle A.H.Maslowa

Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908-1970) byl organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii. Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Zdůrazňuje v ní propojení filozofie a psychologie. Maslowova filozofie člověka je součástí světového názoru, který nazývá „názevem holisticko-dynamickým“ (Trachtová, 1998). Podle Maslowa má každý člověk individuální systém potřeb, který je hierarchicky uspořádán. Potřeby fyziologické vyjadřují potřeby organismu. Člověk se snaží tyto potřeby uspokojit dříve, než se stanou aktuální. Jakmile se stanou tyto potřeby dominantní, je tím ovlivněno chování a jednání člověka. Potřeba jistoty a bezpečí je potřebou vyvarovat se nějakému nebezpečí. Vyjadřuje například touhu po spolehlivosti, důvěře, ale i ekonomickému zajištění. Objevuje se vždy při ztrátě životní jistoty v nemoci. Potřeba lásky a sounáležitosti je v Maslowově pyramidě potřeb na třetím místě. Jedná se o potřebu milovat a být milován. Je to potřeba náklonnosti, sounáležitosti. Začne se projevovat při pocitu osamocení, opuštění. Na čtvrtém místě je potřeba uznání, ocenění, sebeúcty. Tato potřeba vyjadřuje přání po důvěře v okolním světě, nezávislosti, kompetence, respektu. Projevuje se při ztrátě respektu, kompetence, aj. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace se projevuje tím, že člověk se snaží realizovat svoje schopnosti, záměry. Musí sám v sobě nacházet uspokojení z práce a musí být přesvědčen, že danou činnost vykonává dobře. Potřeby hodnotí je podle jejich významu. Například potřeby fyziologické, které řadí mezi nižší potřeby, například potřebu pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku a sexuální potřebu je zapotřebí uspokojit dříve než potřebu bezpečí. Vyššími potřebami A. H. Maslow míní potřeby seberealizace, potřeby uznání, potřeby sounáležitosti. Jsou subjektivně méně naléhavé. Uspokojování vyšších potřeb, ale vede k hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života. Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější, než jedinci s neuspokojenými potřebami. Člověk, který má uspokojeny své všechny potřeby nadále usiluje o seberealizaci, vyvíjí se a vykonává pomyslný pohyb vzhůru po pyramidě

potřeb (Trachtová, 1998). Maslowova pyramida potřeb pomáhá porodní asistentce se v nich orientovat a zaměřit péči na základní potřeby (Farkašová a kol., 2006).

1.3.3 Potřeba výživy

Výživa je biologickou, primární potřebou člověka, je nezbytná k udržení biologické homeostázy organismu. Pravidelnou stravou člověk uspokojuje svoje potřeby dříve než se stanou aktuálními. Když tato potřeba není naplněna a dlouhodobě uspokojována, stává se akutní a ovládá veškeré chování člověka. U člověka je příjem přiměřeného množství pevné a tekuté stravy velice důležitý. Příjem potravy je u člověka spojen s potřebami psycho-sociálními s radostí, spokojeností. Dnešní strava ovšem neodpovídá požadavkům současného života. Proto se tolik vyskytují civilizační choroby. Mezi faktory ovlivňující výživu patří fyziologicko-biologické faktory. Patří mezi ně funkce zažívacího systému. Příjem potravy a její trávení, přeměna a spalování jsou závislé na stavbě a funkci trávicího systému a na přiměřeném složení stravy. Příjem potravy je ovlivněn také věkem a tělesným růstem. Již v kojeneckém období se vytváří základ pro stravovací návyky v pozdějším věku. Pohlaví se také řadí do fyziologicko-biologických faktorů. Muži mají větší svalovou hmotu v těle, proto mají zvýšený metabolismus než ženy. Zvýšený bazální metabolismus mají i těhotné ženy. Zdravotní stav člověka ovlivňuje stravovací návyky a celkový stav výživy. Zvyklosti, potřeby, osobnost, emocionální ladění patří do psychicko-duchovních faktorů. Emocionální stav člověka zejména negativní emoce ovlivňují příjem potravy. Člověk nemá chuť k jídlu, necítí se dobře má pocit plnosti. Každý řeší stresovou situaci jinak, někdo se přejídá někdo lační. Mezi nejtěžší psychosomatické stavy patří mentální anorexie a bulimie. Sociálně-kulturní faktory. Na příjem potravy má vliv etnická příslušnost, náboženské vyznání, životní styl, ekonomická situace. V neposlední řadě ovlivňují naši výživu faktory životního prostředí.

1.3.4 Potřeba pohybu a tělesné aktivity

Přiměřená pohybová aktivita a fyzická kondice zlepšuje zdravotní stav, uvolňuje duševní napětí, zlepšuje spánek, chrání před nemocemi, udržuje optimální hmotnost, brání obezitě, snižuje nebo odstraňuje bolest pohybového aparátu, zvyšuje výkonnost

orgánů, navozuje pozitivní náladu, prodlužuje délku života. Pohyb je biologickou potřebou člověka. Každý člověk má jiný nárok na pohybovou aktivitu. Někomu neuspokojená potřeba pohybu nevadí, nic pro něho neznamena. Pro jiného člověka je pohyb způsob relaxace, odpočinku. Mezi faktory, které ovlivňují pohyb a tělesnou aktivitu patří například fyziologicko – psychologické faktory. Je do nich zahrnut pohybový aparát, věk, nemoc. Mezi psychicko-duchovní faktory je zahrnuto emocionální ladění, typ osobnosti, hierarchie hodnot, sebekoncepce a sebeúcta. Sociálně-kulturní faktory mají také vliv na pohyb a tělesnou aktivitu. Mezi ně patří způsob života, povolání, finanční možnosti. V neposlední řadě sem patří i faktory životního prostředí, kde je pohybová aktivita podmíněna i počasím a krajinou.

1.3.5 Potřeby v modelu V. Hendersonové

Hendersonová chápe člověka jako nezávislou celistvou bytost, která je tvořena čtyřmi základními složkami biologickou, psychologickou, sociální, duchovní. Člověk se identifikuje 14 základními lidskými potřebami (Tomagová, Bóriková, 2008). Mezi tyto potřeby patří – normální dýchání, dostatečný příjem tekutin a potravy, vylučování, pohyb a udržování vhodné polohy, spánek a odpočinek, vhodné oblečení, oblékání a svlékání, udržování fyziologické tělesné teploty, udržování upravenosti a čistoty těla, odstraňování rizik z životního prostředí a zabránění vzniku poškození sebe i druhých, komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav názorů vyznávání vlastní víry smysluplná práce, hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace, učení, objevování něčeho nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení. Tyto potřeby jsou vlastní všem lidem a jsou ovlivněny kulturou a individualitou každého člověka. Potřeby si každý člověk uspokojuje individuálním způsobem. Hendersonová vnímá zdraví spíše jako schopnost jedince plnit bez pomoci všech čtrnácti základních potřeb. Nezávislost v uspokojování těchto potřeb považuje za synonymum zdraví a pohody. V. Hendersonové se nelíbilo, že péče o klienta je poskytována pouze podle služebních předpisů, že nemá zajištěnou plnou ošetrovatelskou péči a ochranu před poškozením. Domnívala se, že klient má být středem pozornosti vzdělaných zdravotníků a sester a že profese, která významně

ovlivňuje lidský život, musí mít jasně formulované funkce. Kladla si otázky co je ošetrovatelská praxe, jaká je jedinečná funkce sestry a při hledání odpovědí využila své zkušenosti sestry, učitelky i členky regionálního výboru ANA. Výsledkem byla v roce 1955 poprvé publikovaná definice ošetrovateství (Pavlíková,2006).

1.4 Potřeby těhotných žen

Těhotenství klade na organismus ženy velké nároky. Dodržování správné životosprávy snižuje možnost zdravotních komplikací. Základem správné životosprávy v těhotenství je dostatečný spánek, zdravá výživa, vyměšování, dostatečný pohyb a možnost dostatečného odpočinku. Těhotná by se měla vyhýbat velké námaze a duševním stresům. Nesmí pobývat v prostředí, které ohrožuje ji nebo plod (Hájek, 2004).

1.4.1 Potřeba výživy

Velké změny vznikají na úrovni metabolismu živin, minerálů, vitamínů i stopových prvků. Kvalita i kvantita změn se mění podle trvání gravidity. Strava má být lehce stravitelná a přiměřená. Základem diety je úprava příjmu cukrů, které mají vliv na glykémii. Tato dieta vyžaduje vyloučení všech potravin a nápojů obsahující volné cukry, tj. jednoduché cukry jako jsou bílý a hnědý cukr (řepný i třtinový), med, hroznový cukr atd. Je to z toho důvodu, že jednoduché cukry se vstřebávají ze střeva velmi rychle a při cukrovce mohou výrazně zvýšit glykémii. Proto je nutné ze stravy zcela vyloučit. Neměl by se konzumovat ani kečup, rajský protlak, hořčice, majonéza, dresink, nealkoholické pivo, sterilovaná a nakládaná zelenina, paštiky, uzeniny ani instantní produkty. Je doporučováno číst etikety na potravinách, co obsahuje sacharózu, glukózu nebo fruktózu (názvy nejběžnějších volných cukrů), není vhodné. Výjimkou je čerstvé ovoce, které také obsahuje volné cukry, ale pokud se najednou nesní více než je doporučené množství a nekombinuje se s hlavními jídly, glykémie zůstává v normě. Není vhodné konzumovat ani potraviny, na nichž je etiketa „bez cukru“ buď je

v nich cukr nahrazen umělým sladidlem, nebo je sacharóza nahrazena jiným jednoduchým cukrem (např. glukózovým nebo maltózovým sirupem). Potraviny obsahující složité cukry (polysacharidy nebo-li škroby) je nutné rozložit do více denních jídel, nejlépe šesti, a dodržet dostatečný interval mezi jednotlivými jídly. Nejlépe tříhodinový, možný je i dvouhodinový. Kratší než 2 hodiny vhodný není, stejně tak delší než 4 hodiny. Škroby jsou obsaženy především v pečivu a dalších přílohách (brambory, rýže, těstoviny, luštěniny atd.). Ze střeva se vstřebávají pomaleji a nezvyšují glykémii tolik a tak rychle jako jednoduché cukry. Polysacharidy nelze ze stravy vyloučit, ve výživě jsou stejně důležité jako tuky a bílkoviny, jinak by strava nebyla vyvážená, ale jejich příjem je nutné rozdělit do více denních dávek. Doporučené dávkování sacharidů na den je 250 g. Je to dostatečné množství pro matku i plod. Naopak nedostatečný příjem sacharidů klesající pod 200 g vede k tvorbě ketolátek, které působí nepříznivě na účinek inzulínu. Maximální množství sacharidů ke snídani je 40 g, 60 g k obědu a večeři. Součástí takového hlavního jídla by nemělo být ovoce, protože jednoduché cukry obsažené v ovoci zvýší glykémii příliš. Ovoce může být součástí menších jídel do 30 g sacharidů (svačiny). Dále není vhodné, aby celá porce sacharidů byla obsažena pouze v příloze typu brambor, rýže, těstovin nebo pečiva. Součástí každého hlavního jídla (nejlépe i svačin) by měla být zelenina. Velmi důležitá je pravidelnost a nevynechávání jídel. Organismus těhotné ženy s cukrovkou obtížně zvládá příliš dlouhé periody lačnění, proto je také velmi důležité jíst druhou večeři. Příliš dlouhý interval mezi večeří a snídaní by vedl k tvorbě již zmíněných ketolátek. Ty se pak objeví v ranní moči a signalizují noční hladovění. K druhé večeři není příliš vhodné ovoce, měla by obsahovat zejména dlouhé sacharidy - vhodný je například bílý jogurt nebo hrnek mléka s kouskem pečiva. Dieta nesmí vést k hladovění a hubnutí. Tuky a bílkoviny obsažené ve stravě nemají přímý vliv na glykémii a jejich příjem není omezen. Mléko a mléčné výrobky je dobré jíst k dopolední svačině. Jogurt, tvaroh atd. vždy jen bílé, nepřislažované. Můžou se dochutit čerstvým ovocem. Ovoce je vhodnější konzumovat na svačinu. Mělo by být vždy jen čerstvé nebo mražené, nikdy nekompotované nebo kandované. Vhodné není ani sušené. Zelenina je ideální na zahánění mlsných chutí. Ořechy se konzumovat můžou, ale ne bez omezení,

obsahují sacharidy. Jsou také ideální na zahánění mlsných chutí. Maso a ryby mohou těhotné ženy s GDM bez omezení. Pečivo je vhodné celozrnné, ale kvalitní. Mnoho je přibarvováno karamellem, který obsahuje cukr. Jsou vhodné i bílé rohlíky a chléb. K pití jsou vhodné neochucené vody a minerálky (vhodné rozložení jídel příloha č. 1).

1.4.2 Potřeba tělené aktivity a pohybu

Tělesná aktivita je nedílnou součástí léčby žen s GDM. Je prospěšná pro všeobecné zdraví a redukci hmotnosti. Pravidelná tělesná aktivita snižuje inzulinovou rezistenci a stává se tak důležitou složkou nejen terapie, ale i prevence, především DM 2 typu. Žena musí být poučena o rizicích při nadměrné zátěži. Fyzická zátěž by měla být každé ženě s GDM, šitá na míru“, podle jejího zdravotního stavu a životního stylu. Fyzická aktivita by se měla kombinovat se správnou dietou (Rybka, 2006). Přiměřený tělesný pohyb je základem správné životosprávy. Sporty, kde hrozí úder do břicha nebo pády jsou v těhotenství nevhodné. Pokud žena před těhotenstvím aktivně necvičila, neměla by začínat cvičit sama. Vhodné je cvičení pod dohledem v rámci profylaktické přípravy k porodu. Přípravuje těhotnou ženu na porod. Cviky jsou zaměřené na posílení svalových skupin, které jsou pro porod důležité např. svaly pánevního dna nebo v průběhu těhotenství ochabují např. břišní svaly. Obsahuje rehabilitační cvičení a cviky ze zdravotní a tělesné výchovy. Je zaměřena na nácvik dějů probíhajících při porodu jako je dechová gymnastika, to znamená nacvičování správného dýchání v jednotlivých fázích porodu, nácvik tlačení na druhou dobu porodní a nácvik relaxace důležité v období mezi kontrakcemi. Porodní asistentka může doporučit i plavání. Je možné ho doporučit po celou dobu gravidity a přestat až krátce před porodem. Rizikovým faktorem může být znečištění vody a její nízká teplota. Při plavání se uvolňuje a zároveň posiluje svalstvo celého těla. Důležité jsou hlavně zádové svaly. Plaváním se prohlubuje i dýchání. Turistika a pravidelné procházky jsou také vhodným typem tělesné aktivity a to i rychlejší chůze. Zvyšuje trénovanost oběhového systému. Naopak mohou nastat i problémy s bolestmi chodidel a častější potřebou močit. Tanec pro ženy s GDM je také vhodný, ale musí se jednat o tanec nižší intenzity, jako jsou orientální tance speciálně pro těhotné. Gravidjóga se řadí také mezi vhodná cvičení v těhotenství. Učí ženu jak

zvládnout problémy a stresující faktory v těhotenství, snaží se najít přirozenost ženy přivést na svět zdravé a šťastné dítě. Cílem gravidjógy je žena vyrovnaná psychicky i fyzicky (Bejdáková, 2006).

1.4.3 Potřeba spánku

Žena má spát pravidelně, v dobře větrané, chladné místnosti nejméně 8-9 hodin denně. Cítí-li potřebu spánku i odpoledne PA jí ho může doporučit, ale nezatíží-li usínání večer. Večer by měla usínat před 23 hodinou (Hájek, 2004). Dobrý spánek je jedním z příznaků dobré fyzické a psychické adaptace na těhotenství. Poruchy spánku, zejména nesnadné usínání, nejsou při pravidelném průběhu těhotenství a dobré pohodě těhotných příliš časté. Mohou nastat například u některých žen, které mají úzkostné stavy. Obávají se například léčby gestačního diabetu nebo, že nezvládnou péči o novorozence. V prvním trimestru může žena pociťovat potřebu spánku v libovolné denní době. Je to v důsledku hormonálních změn, jímž prochází organismus těhotné ženy. Pokud je to možné je dobré spánku nebránit. Začátek druhé třetiny těhotenství je obdobím zklidnění. Bříško těhotné roste, brzy ucítí pohyby a to všechno vytváří pocit uspokojení, který přispívá ke klidnému spánku. V posledních měsících může nastat častější buzení ze spánku. Je vyvoláno pohyby plodu, pocitem nepohodlí ze zvětšeného břicha nebo sny (Pařízek, 2006).

1.4.4 Potřeba vylučování

Poruchy vyprazdňování v graviditě charakterizuje sklon k zácpě a častému močení. Strava bohatá na vlákniny a dostatek tekutin umožňuje těhotné ženě mít stolici jedenkrát denně. Nevhodá jsou silná laxantia. U déle trvající obstrukce může PA na doporučení lékaře podat glycerinový čípek nebo poradit čaje s projímacím účinkem. Častější močení v důsledku omezení kapacity močového měchýře rostoucí dělohou musí lékař odlišit od zánětu močových cest (Hájek, 2004).

1.5 Edukace těhotných žen

Edukace ve zdravotnickém zařízení má svá specifika. Měla by být v souladu se zdravotnickou péčí. Edukace se dělí do několika fází. Na fázi počáteční diagnostiky by se porodní asistentka měla seznámit s vědomostmi, návyky a postoji těhotné ženy, aby byla schopna zajistit její edukační potřeby. Ke zjištění těchto informací využívá například pozorování či rozhovor. Je to důležité pro stanovení budoucích cílů edukace. Ve fázi projektování se snaží porodní asistentka naplánovat cíle, zvolit metodu, formu, obsah edukace, pomůcky, aj. Mezi další fáze patří fáze realizace. Prvním krokem porodní asistentky je motivace těhotné ženy. Poté porodní asistentka podává ženě nové poznatky a žena by se měla aktivně zapojit do rozhovoru. Porodní asistentka musí neustále diagnostikovat, prověřovat zda ji žena rozumí. Velmi důležitá je fáze zpětné vazby. Porodní asistentka hodnotí výsledky ženy i svoje.

1.5.1 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace je hlavní součástí edukace. Je to proces výměny odevzdávání a přijímání zpráv. Porodní asistentka edukuje těhotnou ženu a ta od porodní asistentky přijímá zprávu a snaží se přiměřeným způsobem reagovat, aby nedošlo ke zkreslení informací. Při komunikaci by měla porodní asistentka dávat přednost českým výrazům, před odbornými termíny, nebo odbornou terminologií vysvětlit. Měla by mluvit spisovně. Při edukaci by porodní asistentka neměla odbíhat od tématu a měla by přihlížet na to, jakou časovou relaci má na edukaci vyhrazenou. Předání informací by mělo být vždy logicky uspořádané, srozumitelné a zajímavé pro druhou stranu tedy pro těhotnou ženu.

1.5.2 Formy edukace

Je to souhrn organizačních opatření a uspořádání. Mohou se rozdělit podle časového uspořádání, edukačního prostředí aj. Při volbě formy edukace musí porodní asistentka přihlídnout k cíli, který si stanovila. Musí přihlídnout ke specifickým potřebám těhotných žen a jejich individuálním možnostem. Edukaci lze členit na individuální,

skupinovou, hromadnou. Individuální forma je ve zdravotnictví nejčastější. Porodní asistentka je v úzkém kontaktu s těhotnou ženou. Edukaci by měla řídit jedna porodní asistentka. Nejčastěji probíhá tato edukace v ambulanci, u nemocničního lůžka, v diabetologické ambulanci nebo ordinaci gynekologa. Při této formě edukace se využívá metoda vysvětlování, rozhovoru, instruktáže s praktickým cvičením. Mezi výhody individuální formy patří to, že porodní asistentka si může stanovit edukační plán a obsah dle individuálních potřeb ženy. Porodní asistentka má hned zpětnou vazbu mezi ní a těhotnou ženou. Mezi nevýhody individuální formy edukace patří ze stran žen s podobným problémem, že si nemohou mezi sebou vyměňovat zkušenosti. Ze strany porodní asistentky jde spíše o nízkou efektivitu práce z hlediska jejího času a k počtu těhotných žen.

1.5.3 Cíl edukace

Porodní asistentka, která provádí edukaci u těhotných žen musí vědět jakou změnu v jejich vědomostech, dovednostech, postojích, hodnotách a návycích chce vytvořit. Správně formulované cíle porodní asistence pomohou edukaci dobře naplánovat. Edukační cíle jsou edukační výsledek, kterého chce porodní asistentka dosáhnout. Rozdíl mezi edukačním cílem a výsledkem by měl být na konci edukace co nejmenší. Cíle se dají dělit na krátkodobé, etapové například si porodní asistentka může zvolit cíl na jednotlivé edukační lekce, dlouhodobé cíle jsou cíle na celé edukace u jednotlivé klientky. Správně zvolený cíl musí odpovídat schopnostem těhotné ženy, měl by pro ni být splnitelný, ale neměl by její schopnosti podceňovat (Juřeníková, 2010).

1.5.4 Prenatální kurzy

Hlavním smyslem předporodních kurzů je pozitivní naladění ženiny mysli na blížící se porod a získávání informací i praktických návyků a dovedností, které mají nastávajícím rodičům pomoci zvládnout těhotenství, porod, šestinedělí a ulehčit jim péči o novorozence. Předporodní kurzy se rozdělují do 8 až 12 lekcí po 90 minutách. Cílem kurzů je příprava na fyziologický porod. Mají přinést informace související s celým perinatálním obdobím a raným rodičovstvím. Prenatální kurz má v ženách vzbuzovat

sebedůvěru v přirozené schopnosti těla a úctu k procesu zrození. Obsahem prenatálních kurzů by měli být doplňující rady pro období těhotenství jako například tělesné a psychické změny v těhotenství, zvládání zdravotních komplikací, lékařská péče o těhotnou ženu, otázky výživy a životního stylu, informace o prenatálním vývoji dítěte, partnerské vztahy, právní ochrana a právní zabezpečení v těhotenství a mateřství. Do obsahu patří i redukce strachu z porodu například přístup k porodu jako k pozitivnímu životnímu zážitku, vnímání vlastního těla a posílení sebedůvěry v sebe samu. Schopnost orientace v nové životní situaci. Možnost navázání sociálních kontaktů s jinými nastávajícími rodiči. Informace o možnostech spolupráce rodičky a jejího partnera s porodní asistentkou a lékařem. V prenatálním kurzu probíhá i příprava na vlastní porod. Žena se dozví informace o doprovodu k porodu, kdy do porodnice a příprava na příjem do ní. Porodní asistentka seznamuje ženy s první, druhou, třetí dobou porodní. Poradí přirozené techniky zvládání bolesti. Žena dostane informace i o prvním přiložení novorozence k prsu. Těhotná žena získává i povědomí o pomocných opatřeních v případě patologického porodu například o císařském řezu a klešťovém porodu. V tématických oblastech prenatálních kurzů jsou zahrnuty informace o šestinedělí, kojení a péči o dítě ([předporodníkurzy.cz](http://predporodnikurzy.cz))

1.6 Role porodních asistentek v edukaci těhotných žen s gestačním diabetes mellitus

Porodní asistentka se podílí na edukaci těhotné ženy s gestačním diabetem mellitem. Musí se snažit, aby edukace byla jednoduchá, aby ji žena pochopila a opakovaná při každém kontaktu, citlivá dle emocionálního stavu těhotné ženy. Porodní asistentka musí ženě vysvětlit problém, musí mluvit srozumitelně a ověřit si zda žena dobře porozuměla. Neustále sleduje emocionální reakci a ihned navrhuje léčebný plán, vysvětluje léčebný režim, jeho výhody. Odpovídá na dotazy a podává informace. Ověřuje si, jestli žena všemu porozuměla a eventuálně podá informační materiál (Strnadová, A. 2009). Porodní asistentka by měla stručně objasnit problematiku onemocnění, vysvětlit základní pojmy a odpovědět na nejčastější dotazy. Nastávající

maminka by měla vědět, že po celou dobu těhotenství jí bude věnována zvláštní péče a že veškeré postupy budou volené tak, aby ochránily zdraví její a jejího dítěte. Porodní asistentka by měla ženu edukovat o jakou poruchu se jedná, jaké jsou rizikové faktory a jak těhotenská cukrovka probíhá. Informuje těhotnou ženu, jak se těhotenská cukrovka vyšetřuje, jak se léčí, v čem spočívá inzulinová terapie. Porodní asistentka by měla ženu edukovat o správné pohybové aktivitě, aby byla přizpůsobena jejímu stavu a gynekologickému nálezu. Měla by ji edukovat o dietním opatření, aby žena věděla, jak je důležité vynechat rychlé cukry (tzn. sladkosti, sladké pití, aj.) a jako zdroj energie pro plod zvolila pomalé cukry (tzn. chléb, luštěniny, aj). Žena by měla vědět jak se správně stravovat v těhotenství, jaké je správné rozložení stravy během dne a jak je důležité dodržovat pitný režim. Porodní asistentka by měla dát ženě příklady jídelníčku na několik dní dopředu. Měla by ženu edukovat jaké mohou nastat komplikace. Může stačit nepřiměřená zátěž, stresová situace nebo pochybení při aplikaci inzulinu. V neposlední řadě by neměla zapomenout na to, co se s těhotnou ženou bude dít po porodu (Edukační materiál, zdraví.cz).

2 Praktická část

2.1 Formulace problému

Bakalářská práce se zabývá potřebami těhotných žen s diagnostikovaným gestačním diabetem mellitus. Gestační diabetes mellitus je metabolická porucha tolerance sacharidů, která je poprvé diagnostikována v těhotenství a po porodu většinou vymizí. Postihuje 3-5% těhotných žen a objevuje se čím dál častěji. Příčinou může být těhotenství ve vyšším věku. Gestační diabetes mellitus je nejčastěji zachycen ve druhém trimestru. Diagnostikuje se orálním glukózovým tolerančním testem (OGTT), ten se provádí mezi 24 až 25 týdnem gravidity. Po zjištění tohoto onemocnění je nezbytná jeho léčba.

2.2 Cíl práce

Cílem práce je popsat potřeby žen s gestačním diabetem mellitus

Dílčí cíle

Cíl 1. Zjistit jaké jsou potřeby těhotných žen s gestačním diabetem mellitus

Cíl 2. Zjistit jak ženy s gestačním diabetem mellitus dbají na dodržování diet

Cíl 3. Zjistit jaké mají ženy s diabetem informace o tomto onemocnění

2.4 Výzkumné otázky

1. Jaké mají potřeby ženy s gestačním diabetem mellitus?

2. Jak změnily ženy s gestačním diabetem mellitus svoje stravovací návyky?

3. Jaké informace nejčastěji dostávají ženy s gestačním diabetem mellitus?

2.4 Použitá metoda

Data pro tuto práci byla získána prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Tento výzkum byl proveden pomocí techniky nestandardizovaného rozhovoru se ženami s diagnózou

GDM na oddělení rizikového těhotenství a v gynekologické ordinaci poté byl rozhovor přepsán do krátkých kazuistik. Výzkum byl uskutečněn v nemocnici v Českých Budějovicích a v gynekologické ordinaci v Českých Budějovicích. Sběr dat proběhl během měsíce června – července 2012. Rozhovory byly vedeny osobně autorkou u těhotných žen, které s rozhovorem souhlasily.

2.5 Charakteristika výzkumného souboru

Praktická část bakalářské práce je vedena kvalitativní formou individuálního nestandardizovaného rozhovoru, pomocí kterého byly získávány informace. Jsou zde uvedeny kazuistiky tří žen. Jedné ženě bylo 39 let a je počtvrté těhotná, druhé bylo 30 let a zde šlo o první těhotenství, třetí ženě bylo 34 let a byla podruhé těhotná. V kazuistikách je popsán první a druhý trimestr jejich těhotenství, pocity když se dozvěděly diagnózu gestační diabetes mellitus, změna jejich jídelníčku a jejich informovanost o této diagnóze, dodržování diety a životního stylu.

2.6 Výběr případu

Pro bakalářskou práci byly vybrány tři těhotné ženy s gestačním diabetem mellitus. Kritéria pro výběr –

- kalendářní věk 30-40 let
- výskyt gestačního diabetes mellitus
- ochota ke spolupráci

2.7 Struktura kazuistik

- anamnéza
- katamnéza
- analýza a interpretace

2.8 Kazuistiky

2.8.1 Kazuistika č.1.

2.8.2 Anamnéza

Paní Jana H., 39 let. IV. para 30 týden gravidity. Bydlí s manželem a dětmi v rodinném domku na okraji Českých Budějovic. Nepracuje, je v domácnosti. Nyní je hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství pro hrozící předčasný porod. Gestační diabetes mellitus jí byl diagnostikován v 29. týdnu gravidity. Rodinná anamnéza je bez zátěže diabetem. Cítí se dobře. Je v kontaktu s celou svou rodinou.

V dětství prodělala běžné dětské nemoci, vážněji nikdy nestonala a neprodělala žádnou operaci. Alergie žádné neudává. Transfuze ji podána nebyla, léky dlouhodobě nebere. Paní Jana se během těhotenství snaží stravovat zdravě, zatím přibrala 8 kg . Proto, že má doma děti vaří hlavně zeleninová jídla a drůbeží maso. Pitný režim dodržuje, vypije přibližně 2 litry tekutin denně. S močením problém neměla, snad jen to, že poslední dobou chodí na toaletu častěji častěji. Stolicí má pravidelnou 1x denně, bez příměsí. Projímadla nikdy neužívala. Respondentka je energická žena. Ráda jezdí s dětmi na kole, v zimě na lyžích a chodí po procházkách, je to její forma relaxace. V těhotenství chodí plavat a na procházky. Potřeba pohybu je pro ženu velmi důležitá. Pasivně odpočívat se jí moc nedaří, má doma 3 děti. Snaží se spát 8 hodin denně. S diagnostikou GDM si hlavu nedělá, jak sama říká: „*Když jsem se dozvěděla, že budu mít těhotenskou cukrovku tak jsem byla malinko zaskočená. V předchozích těhotenství jsem ji neměla a říkala jsem si, že už mě nic po čtvrté zaskočit nemůže. Neberu to nijak tragicky, snažím se jíst podle toho co mi poradila paní doktorka a porodní asistentka. Docela mi pomáhá i to, že ležíme na pokoji dvě nastávající maminky s GDM.*” Je to její čtvrté těhotenství, žádné potraty ani umělé přerušené těhotenství neměla. Antikoncepci brala snad jen do 20let, přesně neví. Veškeré problémy se snaží řešit s chladnou hlavou. Paní Jana není věřící. Největší životní hodnotou je zdraví a šťastná rodina.

2.8.3 Katamnéza

„ V předchozích těhotenstvích jsem cukrovku zjištěnou neměla. Minulý týden, když jsem byla hospitalizovaná mi položila PA otázku zda mi byl proveden test oGTT. Odpověděla jsem, že ještě ne. Druhý den mi byl test proveden a byl pozitivní. Paní doktorka mě o výsledku testu informovala a podala mi první informace o GDM. Kromě lékaře mi informace podala i porodní asistentka na oddělení. Včera jsem byla tady na oddělení v diabetologické poradně a paní doktorka mě seznámila s GDM, řekla mi jaká jsou rizika a jak bude probíhat léčba. Podala mi všechny potřebné informace řekla mi co je vhodné a nevhodné jíst při diabetu. Jednou týdně mi berou krev z prstu asi jednu hodinu před snídaní, hodinu po snídani, hodinu po obědě a hodinu po večeři. ”. V nemocnici má paní Jana dietní režim č.9. Jak sama říká: „Moc toho nesním, pořád je to stejné, nosí mi hodně jídla z domova”.

2.8.4 Analýza a interpretace

Na základě rozhovoru s paní Janou H. a sběru dat bylo rozebráno období, kdy se dozvěděla svoji diagnózu GDM, kdo jí podal informace o GDM a jak se mění její potřeby v těhotenství. Paní Jana udává, že se v těhotenství cítila dobře. Byla dost aktivní jak s dětmi tak i sama chodila plavat a na procházky. Necítí, že by nyní když je hospitalizovaná nemohla uspokojovat své potřeby, v nemocnici hodně čte což doma moc nestíhá. Byla zaskočená diagnostikou GDM, ale pomáhá jí v tom rodina a nynější hospitalizace. Snaží se být nad věcí, ale z rozhovoru jsem vycítila malinko strach, aby se miminko narodilo tak jak má a bylo to bez komplikací. Paní doktorka z diabetologie ji poučila o správné výživě, co a v kolika dávkách jíst, jaké potraviny úplně vynechat z jídelníčku. V nemocnici s jídlem moc spokojená není, potravu si nechává přinášet z domova.

2.9 Kazuistika č. 2.

2.9.1 Anamnéza

Paní Petra H., 30 let, I.para, Gemini 29+3. Žije se svým přítelem v panelovém bytě. Před těhotenstvím pracovala jako administrativní pracovníce. Nyní je hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství pro hrozící předčasný porod. Od začátku je

těhotenství vedeno jako rizikové. V rodinné anamnéze se vyskytuje zátěž diabetem u otce a dědečka. Diagnóza GDM ji byla diagnostikována ve 20. týdnu. Její gynekolog ji předal do péče diabetologa kam dochází na pravidelné kontroly. V těhotenství i přes tuto diagnózu se paní Petra cítí dobře. Je v kontaktu s celou svou rodinou. Je to její první hospitalizace. Operaci nikdy neprodělala a neměla ani větší úraz. Udávala běžné dětské nemoci, s diabetem se setkala poprvé. Alergie neguje. Fyziologické funkce má v mezích fyziologických hodnot, nekouří, léky dlouhodobě nebere. Nyní je 4. den hospitalizovaná. V nemocnici má dietu číslo 9 (diabetickou). Klientka o sebe velmi pečuje. Jak sama říká: „*Je to moje forma relaxace. Ráda chodím na kosmetiku, pedikúru*“. Stravuje se v malých dávkách několikrát za den. Nejraději má těstoviny. V těhotenství přibrala zatím 9 kg. Nauzeou ani zvracením netrpěla. Vypije kolem 2-3 litrů tekutin denně. Nejraději má vodu a černý čaj, který se nyní snaží nesladit. Močí spontánně a hodně často. Stolicí má pravidelnou, bez příměsí. Projímadla nikdy neužívala. Snaží se spát 8-9 denně. Spánkové rituály neudává. Usíná okolo 23 hodiny. Po probuzení se cítí odpočínutá. Přes den nyní upřednostňuje pasivní odpočinek. Ráda čte a sleduje televizi. Paní Petra je veselé povahy. Necítí se těhotenstvím ani diagnózou GDM nijak omezená. S partnerem si těhotenství moc přáli. Rodinné problémy neudává. Udržuje vřelý vztah z celou rodinou. Je to její první těhotenství, potrat ani umělé přerušování těhotenství neměla. Menstruaci měla od 13 let pravidelnou. Antikoncepci brala do 23 let. Je si vědoma, že někdy jedná impulzivně a problémy neumí řešit s chladnou hlavou. Paní Petra není věřící. Její největší životní hodnoty jsou zdravá a fungující rodina. Je spokojená se svým životem.

2.9.2 Katamnéza

Před těhotenstvím paní Petra diabetes mellitus neměla, jak sama k tomu říká: „*Brala jsem to tak jak to je, tatka i děda ho mají, ale nijak jsem to neřešila, prostě berou prášky a jsou bez větších problémů. U mě ho paní doktorka v gynekologické ordinaci zjistila asi okolo 20 týdne, přesně nevím. Ihned mě předala do péče diabetologa kam chodím na pravidelné kontroly. První informace mi podali právě v gynekologické ordinaci. Byla jsem zaskočená touto diagnózou GDM, ale paní doktorka mi hned poskytla pár rad jak se správně stravovat. Těhotenství se zatím vyvíjelo dobře. Před*

těhotenstvím jsem nikdy aktivně nesportovala, tak ani nyní necvičím, jenom občas si zajdu zaplavat. Jestli mi to můj stav dovolí, ráda, bych začala chodit na přípravu k porodu. V diabetologické poradně mi paní dotorka dala seznam potravin, které jsou vhodné. Doporučila mi, jak si správně rozložit jídlo v denních dávkách a podle toho jestli se bude těhotenství dobře vyvíjet tak i tělesnou aktivitu. Každý měsíc jsem k ní měla chodit na kontrolu. Den před kontrolou jsem měla sbírat krev z prstu a moč. Krev vždy před snídaní, 1 hodinu po snídani, po obědě a po večeři. Moč od 6.00 do 14.00 pak od 14.00 do 22.00 a od 22.00 do 6.00. Glukometr jsem k dispozici neměla”.

2.9.3 Analýza a interpretace

Na základě rozhovoru s paní Petrou a sběru dat bylo rozebráno její těhotenství od prvopočátku, její potřeby v těhotenství, a to jak se měnily po určení diagnózy GDM. Paní Petra udává, že zatím bylo její těhotenství bez vážnějších komplikací. Necítí se ničím omezená. Když jí paní doktorka oznámila tuto diagnózu tak byla zaskočená, ale dostala ihned informace o správné léčbě diabetu, o správném stravování a i jí byli zodpovězeny některé otázky týkající se diabetu. Byla ihned předána do péče diabetologa, kam dochází na pravidelné kontroly.

2.10 Kazuistika č.3

2.10.1 Anamnéza

Paní Ivana J., 34 let, II.para 30+1. Žije se svoji rodinou v malé vesnici u Českých Budějovic. Je stále na mateřské dovolené, ale chodí na poloviční úvazek do svého zaměstnání, je ekonom. V rodinné anamnéze se diabetes mellitus nevyskytuje. Diagnóza gestačního diabetu ji byla diagnostikována testem oGTT v 26. týdnu. O výsledku ji informovala lékařka v gynekologické ordinaci. Ihned ji předala do péče diabetologa. Paní Jana o této diagnóze informovala svoji rodinu. Hospitalizovaná ještě nikdy nebyla. Operace ani vážnější úraz neměla. V dětství prodělala běžné dětské nemoci. V současné době se cítí unavenější, jak sama říká: „myslela jsem si, že za pomoci babiček zvládnou práci i rodinu, ale už mě to zmáhá, na odpočinek mi potom moc času nezbývá”. Alergie neudává. Krevní tlak má v normě 120/70, puls 75', tělesnou teplotu 36,6C. Tělesná výška 170cm, tělesná hmotnost 68kg. Drogy nikdy neužívala, je

nekuřák. Občas si dá sklenku bílého vína. Dietu má nyní diabetickou. Se stravou má menší problém, jak sama říká: „*Během dne běhám od jednoho k druhému a teprve večer si v klidu sednu a najím se. Paní doktorka na diabetologii mě na to upozorňovala, abych si na to dávala pozor a rozkládala si jídlo do více porcí za den. Pořád se snažím to dodržovat*“. Nejoblíbenější jídlo byl tatarský biftek, ale nyní hlavně zeleninová jídla a drůbeží maso. Pocit hladu nepocítuje. Dyspeptické potíže v těhotenství neměla. Vypije 1-2 litru tekutin denně. Hlavně vodu a 1x denně kávu. Sliznice má vlhké, kožní turgor normální. Močí spontánně, bez příměsí. Stolicí má pravidelnou, normální konzistence. Projímadla nikdy neužívala. Paní Ivana je velmi aktivní žena. Spí přibližně 8 hodin denně a po probuzení se cítí odpočatá. V noci ji občas vzbudí její dvouletá dcerka, ale není to často. Chtěla by navštěvovat předporodní přípravu k porodu. Nikdy aktivně necvičila, spíše upřednostňuje procházky v přírodě. Když má volnou chvíli ráda se podívá na nějaký pěkný film. Paní Ivana se hodnotí, že je spíše introvert. Vyzařuje z ní pohoda a klid. Se svou rodinu má harmonický vztah. Má pár dobrých přátel se kterými se ráda setká a nebo jede na dovolenou. Se svým životem je spokojená. Toto je její druhé těhotenství, potrat neprodělala. S diagnózou gestačního diabetu se vyrovnávala dobře, žádný stres nepocítovala. Jak sama říká: „*Mám pořád co dělat a ani na to moc nemyslím. Možná i proto, že jsem neměla hodnoty nijak zvlášť vysoké*“. Paní Ivana není věřící. Její životní hodnotou je zdravá a fungující rodina.

2.10.2 Katamnéza

Paní Ivana se setkala s diabetem poprvé. I když jí paní doktorka v gynekologické ordinaci jako první podala informace týkající se gestačního diabetu, vyhledala si i pár informací na internetu. Jak sama říká: „*Nebyla jsem nijak zaskočená touto diagnózou, moje kamarádka měla také gestační diabetes a nijak ji neomezoval. Už jsem taková povaha, že se o věci hodně zajímám, proto ještě než jsem navštívila diabetologickou poradnu jsem koukla i na internet. Už když mi paní doktorka v gynekologické ordinaci říkala výsledky testu, poradila mi vhodné potraviny při léčbě diabetu, ona, ale vždy při každém možném problému dokáže i lidsky poradit. Je teda pravda, že sestřička ji pořád napomínala, aby chválala, že má v čekárně spoustu lidí, ale i tak byla příjemná a podala mi ty základní a hlavně praktické rady. Poté mě předala do péče diabetologa*

kam chodím na pravidelné měsíční kontroly. V diabetologické poradně mi paní doktorka podala všechny informace týkající se gestačního diabetu, řekla co a v jakých dávkách mám jíst, dostala jsem spoustu letáků. Měla jsem strach se jí svěřit se svojí životosprávou, kdy se dostanu k jídlu pomalu až večer, ale slíbila jsem, že se polepším. Poté mi nabrala glykemii, přesné hodnoty už nevím, ale řekla, že je hraniční a poučila mě co mám přinést na další kontrolu. Den před si mám nabírat krev z prstu a moč. Glukometr jsem zatím nedostala”.

2.10.3 Analýza a interpretace

Na základě rozhovoru s paní Ivanou byly rozebrány její potřeby v těhotenství a i to jak se je pokouší změnit po určení diagnózy gestačního diabetu. Z rozhovoru vyplynulo i to, že první, kdo ji podal informace týkající se gestačního diabetu byla lékařka v gynekologické ordinaci a poté paní doktorka v diabetologické ordinaci. Paní Ivana udává, že dosud bylo její těhotenství bez komplikací. Necítí se být nijak omezená. Když jí byla oznámena diagnóza gestačního diabetu, nejvíce jí zaskočil jídelníček a rozložení jídel do několika porcí na den.

3 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřená na potřeby žen s gestačním diabetem mellitus. Výzkumné šetření proběhlo v českobudějovické nemocnici na oddělení rizikového těhotenství a v gynekologické ordinaci v Českých Budějovicích. Metoda výzkumu byla kvalitativní. Byla prováděna formou rozhovorů s ženami na oddělení rizikového těhotenství s diagnostikovaným gestačním diabetem mellitus a v gynekologické ordinaci, poté zpracována do krátkých kazuistik. V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou potřeby žen s gestačním diabetem mellitus. Druhým cílem bylo zjistit, jak ženy s gestačním diabetem dbají na dodržování diet. Třetím cílem bylo zjistit, jaké mají informace ženy s gestačním diabetem. Z rozhovorů vyplynulo, že paní Jana, paní Petra a paní Ivana jsou ve věku 39, 30 a 34 let. Jedním z cílů bylo zjistit jaké jsou potřeby žen s gestačním diabetem. Všechny tři ženy odpověděly, že potřeba výživy. Paní Jana uvedla, že GDM jí byl diagnostikován na oddělení rizikového těhotenství teprve před týdnem, ale hned ji byla upravena strava. Doporučení Čepického a Kurzové (2003, s.127) je dieta se sníženým obsahem sacharidů 275-300g na den. Jak paní Jana tak paní Petra uvádějí, že snížily příjem cukrů a tuků na minimum, ale přesný příjem si neváží. Pro paní Petru je dietní režim s omezením cukrů náročnější, protože před tím byla zvyklá sladit čaj a nyní se snaží nesladit. Jídlo v nemocnici jí moc nechutná, většinou jí to co přinese rodina z domova. Paní Ivana nebyla zvyklá jíst pravidelně, proto se snaží rozložit stravu do menších dávek na den. Stravu si přesně neváží, preferuje hodně zeleniny a drůbežího masa. Na otázku zda si ženy s GDM uvědomují, že do potřeb žen s gestačním diabetem patří i pohyb a potřeba spánku, paní Jana odpověděla, že potřeba pohybu je pro ni velice důležitá. Ráda chodí na procházky a v těhotenství plavat. Spát se snaží 8 hodin denně. Hájek (2004, s.149) uvádí že fyzická aktivita těhotných žen s GDM musí být ve spolupráci s gynekologem a diabetologem. Paní Petra musí kvůli gynekologickému nálezu být v klidu na lůžku, proto volí spíše knihu a televizi. Většímu pohybu se vyhýbá. Spí 8-9 hodin denně. Paní Ivana aktivně nikdy necvičila, nyní jestli jí to zdravotní stav dovolí by ráda chodila do předporodních kurzů. Ráda chodí na procházky. Snaží se spát 8 hodin. Z rozhovoru

vylynulo, že potřeba pohybu by byla důležitá pro všechny ženy stejně, ale paní Petra musí dodržovat klidový režim na lůžku, z rozhovoru bylo zřejmé, že se tím necítí být omezená. Pro paní Janu je pohyb důležitý, pokud to zdravotní stav dovolí tak v něm bude i nadále pokračovat. Paní Ivana je velmi aktivní zaměstnaná žena, která nemá na sebe moc času, ten který má věnuje rodině a společným procházkám. Potřebu spánku paní Jana, paní Petra a paní Ivana mají stejnou spí 8-9 hodin. Dalším z cílů bylo zjistit, jak paní Jana, paní Petra a paní Ivana dodržují dietní režim. Na otázku jak změnily ženy své stravovací návyky, odpověděla paní Petra, že měla problém s omezením cukrů, ale po pár dnech si zvykla a pije většinou vodu a neslazené čaje. Paní Jana s tím problémem neměla, má malé děti, kterým vařila lehká jídla a konzumovala je také. Své stravovací návyky moc upravovat nemusela, pouze vynechala některé druhy ovoce. Paní Ivana se změnou jídelníčku problém neměla, už před diagnózou gestačního diabetu jedla hodně zeleniny a drůbežího masa, sladké jen zřídka. Na otázku, zda si umí rozložit stravu do několika denních dávek jak popisuje Hájek ve své publikaci (2004, s.158). Paní Jana odpověděla, že při hospitalizaci to zatím nebylo nutné a přijímá potravu po menších dávkách celý den. Paní Petra odpověděla, že se o to snaží a dodržuje diabetické zásady. Pro paní Ivanu to problém byl, byla zvyklá jíst hlavně večer, ale snaží se to změnit. Podle Čecha (Porodnictví, 2006, s.74) by těhotná žena neměla hladovět. Paní Jana uvedla, že strava v nemocnici ji moc nechutná, ale pocit hladu nemá. Paní Petra uvedla, že pocit hladu nemá, spíše má někdy problém s druhou večeří. Paní Ivana pocit hladu také neuvedla. Z rozhovoru vyplývá, že všechny tři dotazované ženy dbají na dodržování diet a snaží se je dodržovat. Třetí cíl zjistit jaká je informovanost žen s gestačním diabetem, byl splněn. Na otázku jaké dostávají nejčastěji ženy informace, se všechny tři ženy shodly. V prvním případě paní Janě podávala informace ženě lékařka na oddělení a poté porodní asistentka. Paní Petře nejprve podávala informace lékařka v gynekologické ordinaci současně s porodní asistentkou a hned poté byla předána do péče diabetologa kam chodila každý měsíc na kontroly. Paní Petře diabetolog podal informace o vhodném stravování a rozložení stravy během dne. Paní Ivana dostala první informace i praktické rady od paní doktorky v gynekologické ordinaci, poté byla

předána do péče diabetologa, kde dostala kromě informací i letáky o v hodném složení potravin a vhodné skladbě jídelníčku při léčbě diabetu.

4 Závěr

V bakalářské práci byly stanoveny 3 cíle. Výzkumné šetření bakalářské práce bylo provedeno kvalitativním výzkumem. V kvalitativním výzkumném šetření byla použita technika nestandardizovaného rozhovoru přepsaného do kazuistik. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci červnu 2012. Výzkumný soubor pro rozhovory tvořily cíleně vybrané těhotné ženy na oddělení rizikového těhotenství s diagnózou gestačního diabetu a jedna žena z gynekologické ordinace. Výzkum probíhal v nemocnici v Českých Budějovicích a v gynekologické ordinaci v Českých Budějovicích. Ve výzkumu jsme se zaměřily na potřeby žen s gestačním diabetem mellitus. Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou potřeby žen s gestačním diabetem mellitus. Na základě tohoto cíle byla zvolena výzkumná otázka týkající se potřeb těhotných žen s gestačním diabetem mellitus. Během výzkumu bylo zjištěno, že všechny tři dotazované ženy s gestačním diabetem, ví jaké mají potřeby a podle zdravotního stavu je uspokojují. Potřebu vyprazdňování ani jedna žena neuvedla, podle mého názoru ji měla uvést, protože patří do základních potřeb těhotných žen. V tomto případě žádný problém nenastal, proto ji zapoměly zmínit. Druhým cílem bylo zjistit, jak ženy s gestačním diabetem mellitus dbají na dodržování diet. Na základě tohoto cíle byla zvolena výzkumná otázka týkající se vhodného stravování žen s gestačním diabetem mellitus. Během výzkumu bylo zjištěno, že paní Jana a paní Ivana stravovací návyky měnit nemusely. Paní Petra musela omezit cukry. Stravu si ani jedna z žen neváží, ale snaží se jí rozdělit do několika denních dávek. Třetím cílem bylo zjistit jaká je informovanost žen s gestačním diabetes mellitus. Na základě tohoto cíle byla zvolena výzkumná otázka týkající se informovanosti žen s gestačním diabetem mellitus. Během výzkumu bylo zjištěno, že všechny tři ženy měly dostatek informací o vhodné stravě a fyzické aktivitě.

5 Seznam použitých zdrojů

- 3 ANDĚLOVÁ, K. *Gynekologie popromoci*. Gestační diabetes mellitus: diagnostika a léčba. č.5, r.9/2009, ISSN 1213-2578
- 4 ANDĚLOVÁ, K., *Dia.info*. Cukrovka v těhotenství. č.59, listopad 2011. s. 29
- 5 ANDĚLOVÁ, K. *Sanquis*. Diabetes a těhotenství. č.59/2008. s 73
- 6 BEJDÁKOVÁ, J. *Cvičení a sport v těhotenství*. 1. vydání. Grada Publishing, 2006. 136s. ISBN 80-247-1214-8
- 7 BĚLOHRÁDKOVÁ, J., BRÁZDOVÁ, L., *Diabetes mellitus*. 1. vydání. Brno, 2006. 161s ISBN 80-7013-446-1
- 8 CALLAGHAN, M., W. *Gynekologie po promoci*. *Porodem to nekončí: další sledování pacientek s gestačním diabetem*. 2010, r.10, č.3. ISSN 1213-2578
- 9 ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované vydání. Grada Publishing 2006. 544s. ISBN 80-247-1313-9
- 10 ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H.. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha 2003, 174s. ISBN 80-246-0677-1
- 11 EDUKAČNÍ MATERIÁL FIRMY NOVO NORDISK, Diabetes a vy. (online) Platný
http://www.diabetesmellitus.cz/WebSite/Images/edukace/diabetes_vy_big.pdf (15. 3. 2010)
- 12 EDUKAČNÍ MATERIÁL.
<http://zdraví15.cz/clanek/sestra/edukace-nastavajících-maminek-1-dg-diabetes-mellitus-373236>
- 13 FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
- 14 FENDRICHOVÁ, J., BOREK, I. a kol. autorů. *Intenzivní péče o novorozence*. První vydání. Brno 2007. 403s. ISBN 978-80-7013-447-4
- 15 HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Grada Publishing 2004, 444s. ISBN 80-247-0418-8

- 16 JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovateľské praxi* 1.vydání,.Praha, Grada Publishing, a.s.2010, s 80. ISBN 978-80-247-2171-2
- 17 PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 2.vydání. Galén 2006. ISBN 80-726-2411-3
- 18 PAVLÍKOVÁ,S. *Modely ošetrovateľství v kostce*.1.vydání, Grada publishing a.s.Praha 2006, 152s. ISBN 80-247-1211-3
- 19 PERNÍKOVÁ, H.. *Úloha porodní asistentky v edukaci žen s gestačním diabetem mellitus*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, Katedra ošetrovateľství a porodní asistence.
- 20 PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA
www.evalabusova.cz/predporodnipriprava.php
- 21 ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1 vydání, Grada Publishing a.s. 2008, 408s. ISBN 978-80-247-1941-2
- 22 RUŠAVÝ, Z., FRANTOVÁ V. *Diabetes mellitus čili cukrovka*.1. vydání. Praha 2007. ISBN 978-80-903820-2-2
- 23 RYBKA, J. a kol.. *Diabetologie pro sestry*. 1. vydání. Grada Publishing a.s. Praha 2006. 283 s. ISBN 80-247-1612-7
- 24 RYBKA, J. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. 1. vydání. Grada Publishing a.s.Praha 2007. 320 s. ISBN 978-80-247-1671-8
- 25 SÁK, P., OTÁSKOVÁ J., VODIČKOVÁ H. *Standardy ošetrovateľské péče v porodní asistenci*. Nemocnice České Budějovice, a.s. 2008. 238s. ISBN 978-80-254-3774-2
- 26 SEDLÁŘOVÁ, P. a kol.*Základní ošetrovateľská péče v pediatrii*.První vydání. Grada Publishing a.s.Praha 2008. 248s. ISBN 978-80-247-1613-8
- 27 SKUHROVÁ, K. *Sestra. Novorozenec diabetické matky*. Ročník 18, č.10. 2008, s.45. ISSN 1210-0404
- 28 STRNADOVÁ, A. *Sestra v praxi*. Solen 2009, s.r.o. 90s.ISBN 978-80-87327-11-1
- 29 ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovateľství*.Praha. 2006. 353s. ISBN 80-246-109-4

- 30 ŠPÁLOVÁ, I. *Gynekologie po promoci. Gestační diabetes mellitus-jak, kdy a proč vyšetřovat*. 2005, r.5, č.6 ISSN 1213-2578
- 31 TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ I.a kol. *Potřeby v ošetrovatel'stve*. Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-270-0.
- 32 TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- 33 TROUPOVÁ, J., HANZL M. a kol. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. 2010. 232 s. ISBN 978-80-254-8982-6.
- 34 UNZEITIG, V., ANDĚLOVÁ, K., STARÁ, S., *Česká gynekologie*. Gestační diabetes mellitus. Ročník 73, březen 2008, ISSN 1210-7832
- 35 VEČEŘOVÁ, J. *Potřeba jistoty a bezpečí u pacientek na gynekologicko-porodnickém oddělení*. České Budějovice, 2007. Bakalářská práce, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.
- 36 www.cedika.cz

6 Klíčová slova

Těhotenství

Gestační diabetes mellitus

Potřeby

7 Přílohy

Příloha 1.: Rozložení jídel během dne

Příloha 2.: Inzulinové pero

Příloha 3.: Aplikace rychlého inzulínu

Příloha 4.: Selfmonitoring měření glykemie

Příloha 5.: Glukometr

Příloha č. 1

Rozložení jídel během dne:

Rozložení jídel během dne může vypadat například takto:
sacharidů

7:00	snídaně.....	40g
10:00	přesnídávka.....	30g
13:00	oběd.....	60g
16:00	svačina.....	30g
19:00	večeře.....	60g
22:00	druhá večeře.....	30g

Příloha č. 2



Inzulínové pero – základní pomůcka diabetika pro aplikaci inzulínu

Příloha č. 3



Aplikace rychlého inzulínu do paže.

Příloha č. 4



Selfmonitoring měření glykemie

Příloha č. 5



Glukometr je určen pro domácí měření glykemie.