

Jihočeská universita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Bakalářská práce

Úloha porodní asistentky v edukaci žen s gestačním diabetem mellitus

vedoucí práce:

PhDr. Drahomíra Filausová

autor:

Hana Perníková

6. 5. 2010

Midwife s role in education of women with gestational diabetes mellitus

Gestational diabetes mellitus is a disorder of saccharide tolerance which is diagnosed for the first time during pregnancy and usually disappears after the delivery. As non-diagnosed gestational diabetes mellitus can affect the fetus and influence subsequent delivery and post-delivery complications resulting from diabetic fetopathy of the newborn, a proactive screening of gestational diabetes is necessary during pregnancy. Gestational diabetes treatment using a special diet or low doses of insulin is not successful unless the woman is properly and systematically educated.

The Bachelor Thesis called "Midwives Role in Education of Women with Gestational Diabetes Mellitus" was aimed at examining the ways in which midwives participate in education of women with gestational diabetes. The research was made using qualitative method and it was carried out through non-standardized interviews with midwives working with women suffering from gestational diabetes, and with a group of women with gestational diabetes. Four research objectives and five research questions were determined. The interviews were conducted during February and March 2010 in selected hospitals in the Czech Republic. Interviews with women with gestational diabetes revealed differences in midwife s participation in the educational process. Women who were hospitalized during their pregnancy were only provided minimum information by the midwives. In those cases, education was completely assumed by diabetes centres. Women who were at least once hospitalized during their pregnancy perceived the midwives as educators whom they could contact for assistance.

Out of all educational materials, midwives only used text materials. None of them recommended websites. The midwives educational methods included explaining, instructing and discussion. They draw up dietary plans for women with gestational diabetes based on their own experience or educational materials provided by diabetologists. Research results showed that midwives rely very much on educating the women in diabetes centres.

Based on information obtained from interviews with midwives in the other hospitals, I have drawn up an educational leaflet for women with gestational diabetes.

This leaflet can be used as educational material in the antenatal-care unit of a hospital. In this way, midwives can provide women with important first information after telling them the diagnose to help them get over the period prior to visiting the diabetes centre.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Úloha porodní asistentky v edukaci žen s gestačním diabetes mellitus vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou universitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5.4 2010

.....

Poděkování

Tímto děkuji své vedoucí práce PhDr. Filausové Drahomíře za podporu, informace a ochotu při tvorbě mé bakalářské práce.

Zároveň děkuji všem porodním asistentkám a ženám s gestačním diabetem, které byly ochotny udělat se mnou rozhovor, též mé rodině a přátelům za trpělivost.

OBSAH

ÚVOD	6
1. SOUČASNÝ STAV.....	8
1. 1 Diabetes mellitus (DM).....	8
1. 1. 1 Klasifikace DM	8
1. 1. 2 Etiopatogeneze DM	9
1. 2 Diabetes a těhotenství	10
1. 2. 1 Metabolické změny v těhotenství	10
1. 2. 2 Klasifikace DM v těhotenství	12
1. 3 Gestační diabetes (GDM).....	12
1. 3. 1 Etiologie a rizikové faktory.....	13
1. 3. 2 Diagnostika GDM.....	14
1. 3. 3 Organizace péče o ženu s GDM (těhotenství, porod, šestinedělí).....	15
1. 4 Léčba GDM.....	17
1. 4. 1 Dieta	17
1. 4. 2 Fyzická aktivita.....	19
1. 4. 3 Inzulín v léčbě žen s GDM a perorální antidiabetika.....	19
1. 4. 4 Alternativní metody v léčbě GDM.....	20
1. 5 Ošetrovatelská péče o ženu s GDM.....	21
1. 6 Novorozenec diabetické matky.....	24
1. 6. 1 Ošetrovatelská péče o novorozence matky s GDM.....	25
1. 7 Edukace.....	26
1. 7. 1 Formy edukace	27
1. 7. 2 Fáze edukačního procesu.....	28
1. 7. 3 Edukační standardy a edukační audit.....	29
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	31
2. 1 Cíl práce	31
2. 2 Výzkumné otázky.....	31

3. METODIKA.....	32
3. 1 Použitá metoda.....	32
3. 2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4. VÝSLEDKY.....	34
4. 1 Rozhovory s porodními asistentkami.....	34
4. 2 Rozhovory s ženami, které mají diagnostikovány GDM.....	57
5. DISKUSE.....	67
6. ZÁVĚR.....	73
7. KLÍČOVÁ SLOVA.....	76
8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	77
9. PŘÍLOHY.....	80

Úvod

Jako porodní asistentka pracující na porodním sále a na lůžkové části gynekologicko-porodnického oddělení se velmi často setkávám se ženami, u kterých byl během těhotenství diagnostikován gestační diabetes mellitus. V posledních letech dochází v této oblasti k velkým změnám, které se ne vždy ihned odrazí v práci porodní asistentky. Tyto změny se týkají screeningu gestačního diabetu, sledování těhotných s gestačním diabetem v diabetologických poradnách a následné péče po porodu. Porodní asistentka se sice setkává s ženami ve všech fázích těhotenství, porodu a šestinedělí, ale je součástí její práce i edukace žen s gestačním diabetem? Podílí se aktivně na této edukaci, a pokud ano, má možnost dále se vzdělávat v této problematice? Na tyto otázky jsem neznala přesnou odpověď, a proto jsem si toto téma vybrala a rozhodla jsem se zmapovat situaci v této oblasti.

Gestační diabetes mellitus je porucha tolerance sacharidů, která je poprvé diagnostikována v těhotenství a po porodu většinou mizí. Protože nediodagnostikovaný gestační diabetes mellitus může mít vliv na plod a následné porodní a poporodní komplikace, vzniklé diabetickou fetopatií novorozence, je nutný aktivní screening gestačního diabetu v těhotenství, který by se měl provádět u všech těhotných žen a nejenom u žen s rizikovými faktory pro vznik gestačního diabetu. Tento screening se provádí, prostřednictvím orálně glukózo – tolerančního testu mezi 24 – 28 týdnem gravidity, ale i v prvním trimestru gravidity u ženy s přítomností rizikových faktorů pro vznik gestačního diabetu. V posledních letech se začal screening provádět u všech těhotných žen.

Léčba gestačního diabetu spočívá v dodržování diabetické diety s mírnou restrikcí sacharidů. Také fyzická aktivita ve formě jednoduchého aerobního cvičení nebo pravidelných procházek je důležitým faktorem úspěšné léčby. Léčbu vede diabetolog a těhotná navštěvuje pravidelně diabetologickou ambulanci, kde je kontrolována postprandiální glykémie, kterou si těhotná může sledovat sama pomocí glukometru, pokud jí byl zapůjčen. Zde je sledována i po porodu. Po 3 – 6 měsíci po porodu je proveden, znovu orálně glukózo – toleranční test a stanovena konečná diagnóza.

Z uvedeného vyplývá, že pro úspěšnou léčbu a kompenzaci gestačního diabetu je důležitá správná, srozumitelná a neustálá edukace těhotné. Vzhledem k tomu, že žena s gestačním diabetem navštěvuje během těhotenství diabetologickou ambulanci a zároveň absolvuje návštěvy u gynekologa, zajímalo mne, kým je tato žena edukována a jakým způsobem. Položila jsem si tedy otázku: Edukují vůbec porodní asistentky ženy s gestačním diabetem nebo probíhá veškerá edukace v diabetologických ambulancích? Výzkum jsem se rozhodla provést na odděleních rizikového těhotenství. Na tomto oddělení leží těhotné v různém stupni gravidity a u některých z nich je diagnostikován gestační diabetes. Porodní asistentka se tak stává pro ženu jedním ze zdrojů informací. Porodní asistentky z porodních sálů a oddělení šestinedělí s touto diagnózou také setkávají, ale žena k nim přichází již poučena a jejich možnosti edukace jsou již omezené. Z tohoto důvodu jsem se zaměřila na porodní asistentky pracující na oddělení rizikového těhotenství v různých nemocnicích především Jihočeského kraje, ale i v jiných krajích.

Zajímalo mne také, jak vnímají ženy s gestačním diabetem roli porodní asistentky v procesu edukace. V rozhovorech se ženami s gestačním diabetem, uskutečněných na oddělení šestinedělí jsem se snažila zjistit, zda je pro ně porodní asistentka edukátorkou nebo jejich edukaci provádí někdo jiný a porodní asistentka hraje v tomto procesu pouze okrajovou roli.

Na základě získaných informací jsem vytvořila edukační materiál, který by mohl pomoci porodním asistentkám při edukaci žen s gestačním diabetem.

1 SOUČASNÝ STAV

1. 1 Diabetes mellitus (DM)

Diabetes mellitus je skupina metabolických poruch, které jsou důsledkem stavu absolutního nebo relativního inzulínového defektu. Tento stav, pokud není korigován léčbou, může vést k akutnímu metabolickému rozvratu především sacharidů, tuků a bílkovin. Chronická hyperglykémie může vést k poškození cílových orgánů, např. ledvin, očí, nervového systému, mozku, srdce a dolních končetin (28,30).

Nahlédneme – li dále do historie, objevíme pozoruhodně přesný popis nemoci, zvané diabetes mellitus.

„Diabetes mellitus je pozoruhodná porucha u člověka nepříliš častá. Nemoc je svou povahou chronická. Rodí se pomalu, i když pacient dlouho nepřežije, jakmile je zakořeněna, neboť vyvolaný marasmus (podvýživa) je rychlý, smrt náhlá. I život je odporný a bolestivý, žízeň je nezvládnutelná a hojné pití je vyvažováno značným vylučováním moči; neboť odtéká více moči a zamezit pacientovu pití a močení je nemožné (30, s. 16)". Tyto věty napsal Aretanus z Kappadokie před více než 1800 lety. Dnes je cukrovka řazena sice mezi civilizační choroby, ale je to jedna z nejstarších chorob lidstva. I když vývoj léčby cukrovky prošel od dob Aretanuse mílovými kroky, zbývá ještě v souvislosti s cukrovkou zodpovědět mnoho otázek. Ale jedno je jisté, dnešní diabetik může žít plnější, delší a normálnější život, než jeho předchůdce z doby před 1800 lety (30).

1. 1. 1 Klasifikace DM

V roce 1997 stanovila American Diabetes association nová kritéria pro klasifikaci DM. Diabetes byl rozdělený na čtyři hlavní skupiny dle klinického obrazu a na dva přechodné stavy. Diabetes mellitus 1. typu zahrnuje 2 podskupiny A – autoimunní a B – idiopatický. Diabetes mellitus 2. typu dělíme na A – převážně inzulínorezistentní a B – převážně inzulínodeficitní (28, 30).

Třetí skupinou jsou ostatní specifické typy diabetu (genetické poruchy aktivity inzulínu, onemocnění exokrinního aparátu inzulínu, diabetes vzniklý následkem léčby

nebo aplikací chemických prostředků, infekční onemocnění a genetické syndromy). Do čtvrté skupiny řadíme gestační diabetes mellitus. Porucha glykémie nalačno a porušená glukózová tolerance patří do přechodných stavů (28,34).

1. 1. 2 Etiopatogeneze DM

Diabetes mellitus 1. typu vzniká na podkladě imunitní etiologie. Typ 1A charakterizuje přítomnost protilátek proti ostrůvkům, čímž dochází k destrukci beta buněk Langerhansových ostrůvků. „Vždy progreduje k těžkému inzulínovému deficitu (30, s. 36)“. Tento typ diabetu se vyskytuje často s jinými autoimunními chorobami. Idiopatický DM 1. typu nemá přítomny protilátky, ale dochází též k těžkému inzulínovému deficitu. Na etiologii onemocnění se podílejí faktory genetické i faktory vnějšího prostředí, virové infekce, dietní faktory (kojení), imunopatologické faktory.

DM 1. typu má několik stádií vývoje – genetická dispozice, spouštěcí zóna, aktivní autoimunita, ztráta inzulínové sekrece, zjevný diabetes - DM 1. typu, který se může vyvíjet rychle nebo se může manifestovat velmi pomalu. Tento diabetes nazýváme latentní autoimunní diabetes dospělých (LADA). Nejprve se projevuje jako diabetes 2. typu, ale pacienti mají v krvi protilátky GAD a proto tento diabetes přechází postupně během 3 let v diabetes 1. typu a potřebě inzulínoterapie (11, 34).

Diabetes mellitus 2. typu má cca 90 % diabetiků. Beta buňky pankreatu produkují dále inzulín, ale vzniká nerovnováha mezi sekrecí a účinkem inzulínu. V organismu je přítomna trvalá hyperglykémie na základě inzulínové rezistence cílových orgánů. Tento stav vede k postupnému inzulínovému deficitu, který je zpočátku pouze relativní a později i skutečný. Rozdělení tohoto diabetu na dvě podskupiny; je to dáno tím, zda převažuje inzulínová rezistence (1A) nebo inzulínový deficit (1B). Tento typ diabetu je úzce spojen s obezitou. DM 2. typu vzniká nejčastěji po 40. roce věku a není závislý primárně na podávání inzulínu (11, 30).

Mezi rizikové faktory, které ovlivňují vznik DM 2. typu patří rasa a etnikum, věk nad 45 let, DM 2. typu a obezita v rodinné anamnéze, přítomná porušená glukózová tolerance nebo hraniční glykémie nalačno, gestační diabetes mellitus v anamnéze, hypertenze, dyslipoproteinémie, podvýživa v 1. roce života, malnutrice plodu před porodem, přejídání, nedostatek fyzické aktivity, kouření (30, 34).

1. 2 Diabetes a těhotenství

Diabetes mellitus je určitou komplikací asi u 1 % těhotných žen. Dokud neexistovala léčba inzulínem, umíraly tyto ženy ještě před dosažením fertilního věku. Léčba inzulínem se stala určitou nadějí pro tyto ženy. V roce 1924 pracovala na jedné klinice profesorka Priscilla White, která pochopila, jak úzký vztah je mezi kompenzací diabetu a zdravým vývojem plodu. Těhotenství totiž významně mění sacharidový metabolismus matky. Ve světle tohoto poznání dochází ke zlepšení perinatální mortality a mateřské mortality žen s DM (33).

Ve 21. století můžeme říci, že se výsledky perinatální mortality a mateřské mortality neliší od zdravé populace. Pouze jeden ukazatel se vymyká z normy, a to vyšší výskyt vrozených vývojových vad u dětí diabetických matek. Ve 21. století přibývá DM 2. typu, který se začíná objevovat i u nižších věkových kategorií a z toho vyplývá, že zároveň roste počet žen s diagnostikovaným gestačním diabetem. U žen s potvrzeným diabetem obou typů hraje zásadní roli kompenzace diabetu v době koncepce. I přes cílenou edukaci žen s diabetem dochází často k neplánovaným těhotenstvím a tato situace klade zvýšené nároky na kompenzaci diabetu. K vyššímu počtu dětí s vrozenou vývojovou vadou přispívá i dlouho nepoznaný diabetes mellitus 2. typu, který je často odhalen až v druhé polovině těhotenství (13,35).

1. 2. 1 Metabolické změny v těhotenství

Během těhotenství dochází k přestavbě celkového metabolismu ženy. Pro vznik gestačního diabetu je důležitá změna v metabolismu sacharidů. U těhotných žen se snižuje inzulínová aktivita v organismu, což znamená, že ve druhém a zejména ve třetím trimestru dochází ke zhoršenému působení inzulínu na cílové tkáně. Organismus nedokáže vlivem snížené inzulínové rezistence dobře vycytávat glukózu v kosterních svalech, tukové tkáni a játrech. Senzitivita inzulínu může být snížena až na 70 % na rozdíl od stavu před těhotenstvím. Dá se potom říci, že tato situace je srovnatelná s inzulínovou resistencí např. u obézních diabetiků. Vznik inzulínové rezistence souvisí mimo jiné se zvýšenou koncentrací hormonů, zejména placentárního laktogenu, progesteronu, prolaktinu, kortizolu, tumor necrosis faktoru $\alpha - 1$ a leptinu. „

Zdá se proto, že fetoplacentární jednotka výrazně ovlivňuje regulačními mechanismy působení inzulínu v těle matky. Nejvíce se projevuje inzulínová rezistence v tukové a svalové tkáni, kdežto v játrech zůstává v souvislosti s efektem inzulínu mnoho nejasností (33, s. 1104)“. U těhotných žen s gestačním diabetem byl také zjištěn zvýšený obsah glykoproteinu PC – 1. Jaká příčina stojí za jeho zvýšením, je doposud nejasné. Odborníci předpokládají, že velkou roli hraje pravděpodobně působení placentárního laktogenu. „Znamená to, že v průběhu těhotenství se rozvíjí inzulínová rezistence, jejíž původ je postvazebný a který je tedy podmíněn změnami následujícími až po vazbě inzulínu na receptor (33, s. 1104)“. Inzulínová rezistence působí na beta buňky pankreatu a jejich stimulace vede k hyperinzulinémii. Organismus se tím pokouší kompenzovat jeho nedostatečný účinek. Je zajímavé, že k největší stimulaci dochází u obézních těhotných žen, které mají zároveň vyšší stupeň inzulínové rezistence. Ze zjištěných údajů vyplývá, že hyperinzulinémie je reakcí na snížené působení inzulínu a pokud stav těhotenství pomine, mizí zpravidla i tento stav. Tyto metabolické změny jsou tedy reverzibilní (33, 34).

K dalším změněným biochemickým ukazatelům patří glykémie nalačno, postprandiální glykémie. Vlivem těhotenství dochází k větší diferenciaci mezi katabolickou a anabolickou fází v průběhu dne. V organismu matky dochází po jídle k tomu, že přijaté jídlo zvýší glykémii, objeví se hyperinzulinémie s inzulínovou resistencí. V důsledku toho dojde k rychlému hladovění spojenému s lipolýzou, ketogenezí a hypoglykemií. Glykémie nalačno je u těhotných nižší až o 1 mmol/l než u netěhotných žen. Ve třetím trimestru je možné laboratorně zjistit po jídle vzestup glukózy a inzulínu v krvi. Také v metabolismu lipidů dochází ke změnám. Tyto změny jsou ovlivněny inzulínovou resistencí. Stoupá koncentrace triglyceridů a volných mastných kyselin. Aminokyseliny působí na stavbu proteinů a mohou být zdrojem energie. Jejich koncentrace může být v krvi snížena. Z výše popsaného vyplývá, že těhotenství působí jako katalyzátor regulačních změn, ale tyto změny nevedou zpravidla k nějaké zásadní abnormalitě (34,35).

Placenta hraje určitou úlohu v metabolismu glukózy v těhotenství. Řídí difúzi glukózy přes transportní molekuly GLUT1 a GLUT3, aktivní transport aminokyselin,

volných mastných kyselin a difúzi ketolátek a triacylglycerolů. Přes placentární bariéru nepronikají inzulín ani glukagon. (34).

1. 2. 2 Klasifikace DM v těhotenství

Jednotlivé kategorie diabetu mellitu v těhotenství postupem doby měnily svůj název, ale podstata rozdělení kategorií zůstala stejná. Nyní se používá nejčastěji klasifikace diabetu dle doporučení National Diabetes Data Group z USA. Velmi záleží na tom, zda se diabetes mellitus projevil již před těhotenstvím, tzn., byl diagnostikován praktickým lékařem nebo zda byl u ženy zjištěn poprvé až v těhotenství. Tento se nazývá gestačním diabetem. Po ukončení těhotenství je nutno tento diabetes překlasifikovat, pokud diabetes mellitus trvá dále. Pak gestační diabetes patří k 1. nebo 2. typu, jenom se poprvé manifestoval v těhotenství (26).

Rozlišujeme tedy: 1. Pregestační diabetes mellitus, 2. Gestační diabetes mellitus, 3. Gestační diabetes mellitus v předchozích graviditách. Pregestační DM dělíme ještě na DM 1. typu, DM 2. typu a ostatní typy diabetu – do této skupiny patří „ prokázané genetické defekty funkce beta buněk pankreatu, genetické poruchy aktivity inzulínu, onemocnění exokrinního aparátu pankreatu, endokrinopatie, diabetes vzniklý následkem léčby nebo aplikací chemických prostředků, infekční onemocnění a genetické syndromy, jejichž součástí je diabetes (28, str. 214)“. Klasifikace dle WHO nemá zahrnutu skupinu - gestační diabetes v předchozím těhotenství (26, 28, 31).

1.3 Gestační diabetes mellitus (GDM)

„ Gestační diabetes mellitus je porucha tolerance sacharidů různé závažnosti, která je poprvé diagnostikována v těhotenství a po porodu zpravidla mizí (34, str. 360)“. Výskyt onemocnění v české populaci je asi 2-3% , ale v jiných zemích je incidence mnohem větší, např. v USA se pohybuje kolem 4 % všech těhotenství. Je to způsobeno tím, že zde žije větší počet Afroameričanů, Hispánců, Amerických Indiánů a Asijců, kteří mají větší pravděpodobnost vzniku gestačního diabetu než bílé ženy (16, 26, 34).

Příčinou této poruchy glukózové tolerance může být, buď dosud nediodagnostikované preexistující onemocnění, nebo doposud kompenzovaná metabolická porucha, dekompenzující se vlivem těhotenství a v neposlední řadě i samotným těhotenstvím,

keré vyplavuje placentární hormony do krve matky. Také stoupající počet obézních žen se podílí na zvýšeném počtu žen s gestačním diabetem a jejich diabetes je často léčen kromě diety také inzulinem, a proto někteří lékaři doporučují odběr glykémie nalačno v I. trimestru u žen s rizikovými faktory, což někteří nahrazují orálně glukózo - tolerančním testem v I. trimestru (13).

1. 3. 1 Etiologie a rizikové faktory GDM

Gestační diabetes mellitus se rozvíjí většinou až po 20. týdnu gravidity a to v důsledku změny mnoha faktorů, především růstem produkce kortizolu, prolaktinu, choriového gonadotropinu. Tyto změny vedou také ke zmenšené absorpci glukózy a tím i ke vzniku inzulinové resistance. Zvyšující se podíl tukové složky, menší pohybová aktivita a zvýšený kalorický příjem přispívá též k relativní glukózové intoleranci. Dochází také ke změnám na inzulinových receptorech, což ve spojení s antiinzulárním působením těhotenských hormonů vede k manifestaci hyperglykemického syndromu projevujícího se v graviditě (15, 34).

„ GDM je tedy nemoc typicky multifaktoriální, ve své podstatě – z toho vyplývá i uvedená definice – je to nemoc typicky heterogenní, u níž se z hlediska příčinného kombinují genetické predispozice s vlivy okolí, životosprávy aj. (20, str. 1116) ”.

V odborných kruzích stále probíhá diskuse na téma, jaké pacientky by měly být na gestační diabetes mellitus vyšetřovány. Někteří lékaři preferují plošné vyšetření všech těhotných, jiní chtějí vyšetřovat pouze ty pacientky, u nichž je přítomen alespoň jeden z rizikových faktorů. Na základě jedné kanadsko - americké studie vznikl určitý návod pro screening gestačního diabetu mellitu. Toto doporučení stanovilo, že mají být vyšetřeny všechny těhotné ženy, kromě žen spadajících do jedné z uvedených kategorií: ženy mladší 25 let, ženy, které nemají v rodině diabetes, ženy, které nikdy nebyly obézní a ženy, které mají negativní porodnickou anamnézu. To jsou ženy s nízkou mírou rizika vzniku gestačního diabetu mellitu. Pozitivní porodnická anamnéza znamená, že žena v předchozím těhotenství porodila dítě nad 4 kg nebo došlo k porodu mrtvého dítěte. Do této skupiny patří také opakované spontánní aborty, hypertenze, preeklampsie, glykosurie nebo GDM v předchozím těhotenství. Z toho vyplývá, že rizikovými faktory pro vznik diabetu je věk, obezita, rodinný výskyt diabetu, GDM

v předchozím těhotenství, mrtvý plod, opakované aborty, předchozí porod dítěte nad 4000g a v neposlední řadě také jiné než bělošské etnikum. Tyto rizikové faktory se vyskytují u asi 50 % pacientek s diagnostikovaným GDM. V naší republice došlo k určitému konsensu a v březnu 2009 byl stanoven doporučený postup ohledně screeningu GDM, dle kterého jsou nyní vyšetřovány všechny těhotné. (4, 15, 19, 26, 28, 34).

Někteří autoři podotýkají, že GDM může být první manifestací jiného typu diabetu, z tohoto důvodu jsou pacientky sledovány i po porodu (34).

1. 3. 2 Diagnostika GDM

Diagnózu gestačního diabetu mellitu je možno stanovit náhodným vyšetřením glykémie a to nalačno nebo během dne. Pokud je hodnota glykémie nalačno (tzn. 8 – 14 hodin po posledním jídle) vyšší než 5,6 mmol/l nebo náhodný odběr vyšší než 11,1 mmol/l, je odběr zopakován za několik dní. Pokud i tento odběr bude pozitivní, je stanovena diagnóza gestačního diabetu (4, 28).

Druhým testem, který diagnostikuje GDM je zátěžový test: orálně glukózo-toleranční test (OGTT). Při testu je podáváno 75 g glukózy a je sledována glykémie ve venózní krvi nalačno a 2 hodiny po zátěži. „ Fakultativně je pro diagnózu gestačního diabetu doporučeno vyšetřovat i hodnotu po 60 minutách, kdy by neměla glykémie být vyšší než 8,8 mmol/l. (4, s. 7)“. Hodnoty standardního OGTT : nalačno do 5,6 mmol/l, za 2 hodiny po zátěži do 7,7 mmol/l. Toto vyšetření se provádí nejčastěji mezi 24 – 28. týdnem těhotenství, kdy je velká pravděpodobnost, že produkce antiinzulinárních hormonů a cytokininů je nejvyšší a tudíž i diagnostika GDM nejpřesnější. Ve II. trimestru má být OGTT provedeno u všech těhotných žen. Jedinou výjimkou jsou ženy s přítomností dvou a více rizikových faktorů. U těchto žen by měl být zátěžový test proveden již v prvním trimestru těhotenství. Pokud bude tento test negativní, měl by být znovu zopakován mezi 24 – 28 týdnem gravidity (6, 12, 31).

V diagnostice GDM se v různých zemích provádějí rozdílné zátěžové testy. Například v Německu se podobně jako u nás využívá OGTT se 75 g glukózy. V USA je nejčastěji používán tříhodinový OGTT se 100 g glukózy. Plazmatická glykémie se stanovuje za jednu, dvě a tři hodiny poté. Test je pozitivní, pokud dvě ze čtyř glykemií

dosahují nebo přesahují horní hranici normy (7,2 – 7.8 mmol/l). Jiné zdroje z USA uvádějí tento postup: nejprve odběr glykémie a pak je podáno 50g glukózy a 1 hodinu následuje kontrolní odběr. U nás byl tento test nazýván O' Sullivanův test. Pokud je pozitivní, podstupuje žena již popsaný tříhodinový OGTT test. Pak je teprve diagnostikován GDM (2, 5, 7).

U nás se používá pouze jednostupňový OGTT test (75 g glukózy). O' Sullivanův test se již nedoporučuje. V USA je tento postup doporučován pouze u osob s vysokým rizikem vzniku GDM (2, 4, 31).

1. 3. 3 Organizace péče o ženu s GDM (těhotenství, porod a šestinedělí)

Pokud byl u ženy diagnostikován gestační diabetes mellitus, posílá lékař těhotnou do diabetologické ambulance. Těhotná žena zde dostává první informace o tom, co je těhotenská cukrovka, je poučena o dietním režimu a vhodné pohybové aktivitě. V této oblasti jsou velké rozdíly ve vybavenosti žen osobními glukometry. Andělová, Adamčíková uvádějí, že i ženy, kterým stačí pouze diabetická dieta k udržení euglykémie, tyto glukometry dostávají. Pak je pro ně snadné provádět selfmonitoring 1 až 2 krát týdně po dobu těhotenství. Ženy, které glukometr nedostanou, chodí na kontrolní glykemické profily alespoň 1 krát za 3 týdny. V ambulancích jsou jim zpravidla prováděny tzv. malé glykemické profily – odběr glykémie nalačno a vždy 1 hodinu po hlavním jídle. Těhotná pravidelně kontroluje pomocí diagnostického proužku přítomnost ketolátek v moči. Od sledování glykosurie pomocí diagnostických proužků se v poslední době upouští (1, 34). Těhotenské kontroly probíhají podobně jako u ženy bez GDM, jen ultrazvuková vyšetření se provádějí častěji a zaměřují se na zhodnocení následujících parametrů. Jedním z nejdůležitějších parametrů je přesné určení gestačního stáří plodu podle prvního ultrazvuku, dále jsou detekovány vrozené vývojové vady plodu (důležité především u pacientek s preexistujícím DM), po zjištění GDM je nutné sledovat případnou akceleraci růstu plodu, tzn. pravidelné ultrazvukové vyšetření v posledních týdnech gravidity. V závěru gravidity je pečlivě monitorován stav plodu pomocí dopplerovské flowmetrie a kardiokografie. U pacientky s GDM by

mělo být vyšetřeno také oční pozadí. Při obvyklé návštěvě v těhotenské poradně je nutno sledovat pozorně krevní tlak, hmotnost těhotné. Během těhotenství se odebírá krev na glykovaný hemoglobin po 4 -6 týdnech (1,34, 36).

Pokud dieta a pohybová aktivita nezajistí optimální hodnoty glykémie (glykémie nalačno do 5,3 mmol/l a glykémie za 1 hodinu po jídle do 7,8 mmol/l), je u těhotné nutné aplikovat inzulín po celý zbytek těhotenství. Žena je i nadále sledována v diabetologické ambulanci a její léčbu ohledně diabetu určuje diabetolog. Porodnické vyšetření probíhá dále u gynekologa. Selfmonitoring hladiny glykémie pomocí osobního glukometru je zde nezbytnou samozřejmostí a proto by měl být těhotné poskytnut spolu s inzulínovými injekcemi (1, 6, 14, 36).

Při porodu ženy s GDM je nutné dodržet několik zásad. „Těhotenství u dobře kompenzované gestační diabetičky by nemělo překročit termín porodu. Pokud nenastoupí pravidelná děložní činnost do termínu porodu, je děložní činnost indukována v 38. -39. týdnu těhotenství. Ukončení těhotenství by mělo být plánované na pracovní dobu. Je nutné informovat a konzultovat neonatology (28, str. 214)“. Je snahou, vést tyto porody spontánně. Zde je důležité odhadnout hmotnost plodu, při podezření na větší plod je nutné zvážit i možnost plánovaného císařského řezu. Z toho vyplývá, že indikace k císařskému řezu je stanovována benevolentněji než u fyziologicky probíhajícího těhotenství. Během porodu je důležitá monitorace plodu pomocí kardiokografie, pulsní oxymetrie nebo ST analyzátoru. U gestačních diabetiček, které si aplikují inzulín, je sledována hladina glykémie. U těhotné není potřeba prepartální hospitalizace, pokud neexistují jiné důvody pro nemocniční péči (1, 27, 29).

Po porodu musí šestinedělka i nadále dodržovat dietu. Pokud si aplikovala v těhotenství inzulín a měla diagnostikovaný pouze gestační diabetes, nyní inzulín nepotřebuje a má i nadále dietní režim. Žena by měla být i dále sledována diabetologem. S odstupem 3-6 měsíců po porodu je těchto žen proveden znovu test OGTT. Pokud je negativní, je potvrzena diagnóza gestačního diabetu a žena má být edukována o zdravém životním stylu a symptomech hyperglykémie a měla by být i nadále alespoň 1 krát ročně vyšetřena v diabetologické ambulanci, protože tyto ženy mají zvýšené riziko vzniku diabetu 2. typu v příštích 20 letech života. Jinak řečeno

ženy, které měly v některém z těhotenství diagnostikován GDM, mají 20-50% šanci slyšet diagnózu diabetes mellitus. V následujícím těhotenství musí být žena ihned od počátku těhotenství sledována, protože GDM se zpravidla opakuje a má tendenci se zhoršovat (1, 3, 19, 34).

1. 4 Léčba GDM

„Pokud je léčba gestačního diabetu mellitu zahájena včas a je adekvátně vedena (hodnoty glykémie se pohybují v pásmu euglykémie), neliší se riziko intrauterinního úmrtí plodu a neonatální morbidity novorozence od zdravé populace. Cílem léčby gestačního diabetu je prevence negativních účinků onemocnění na matku a plod / novorozence (28, str. 214)“.

V České republice existují tři metody v léčbě GDM – dieta, cvičení a inzulin. 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 glykovaný hemoglobin. Při hodnocení se využívá glykémie a její profily ať už v ambulanci nebo pomocí selfmonitoringu, glykovaný hemoglobin, moč testovaná na přítomnost ketolátek. Doplňkově se provádí stanovení fruktosaminu a lipidů. Posledně dvě jmenovaná vyšetření se v léčbě gestačního diabetu obvykle nevyužívají (34).

1. 4. 1 Dieta

Dieta je základním pilířem léčby GDM. Ženám, u nichž byl zjištěn GDM je doporučena dieta s mírnou restrikcí sacharidů – tzn. 275 g – 300 g denně. Pokud je žena obézní, je možné snížit příjem sacharidů na 225 – 275 g denně. Naopak, pokud se v moči objeví ketolátky, přísun sacharidů se musí zvýšit. Nejlépe přidáním pečiva k II. večeři nebo jogurtu před spaním. Z uvedeného vyplývá, že jídlo je dobré rozdělit do více porcí během dne. Těhotná nemá mít pocit hladu. Strava by měla být pestrá, chutná. Z potravin je dobré jíst nízkotučné sýry, maso, ryby by měla těhotná mít v jídelničce alespoň 3 krát týdně. Denně by měla jíst mléčné výrobky např. jogurt nebo kefir. Z tuků preferují dietologové především olivový olej nebo nízkotučné margaríny. Pečivo, přílohy spíše celozrnné. Zelenina je lepší syrová, protože glykemický index teplem

stoupá. Je možné jíst všechny druhy ovoce, ale je nutné si hlídat dávku sacharidů na jednu porci (100-150g). Dieta se skládá z cca 50% sacharidů, 34% tuků a 16% bílkovin. V této dietě jsou důležité dva pojmy, a to glykemický index a výměnná jednotka. Každá potravina ovlivňuje různým způsobem vzestup glykémie, podle toho potom můžeme dělit potraviny. „ Pro srovnání se zkušební potravinou bylo použito 50 g bílého chleba – tzv. chlebová jednotka. Číselné rozdíly jsou označovány jako glykemický index. Čím větší číslo, tím rychleji poroste glykémie (30, str. 52)“. To je důležité především pro postprandiální glykémie. Dnes si spíše používá pojem výměnná jednotka. Výměnná jednotka obsahuje takové množství jídla, které přibližně stejně ovlivní hladinu glykémie. V naší republice je výměnná jednotka 10 - 12g sacharidů, v jiných zemích 10g sacharidů. Výměnné jednotky se uplatňují v dietě lidí, kteří si aplikují inzulín (6, 28, 29). Na výměnné jednotky se nepočítají avokádo, hlávkový salát, květák, rajčata, zelí, brokolice, houby, dýně, okurky, rebarbora, česnek, kapusta, olivy, ředkvičky, kedlubna, paprika. (8).

Těhotná by neměla během těhotenství přibrat více jak 10 -12 kg. Během dne je důležité nevynechávat jednotlivé porce, preferovat potraviny s obsahem polysacharidů, vlákniny, vyloučit cukr, med, sladké nápoje a sacharin. Neméně důležitý je pitný režim. Těhotná by se měla snažit vypít 2-3 litry tekutin, především vodu, ovocné čaje, minerálky. Zakázány jsou 100% ovocné džusy. „ Porce ovoce znamená: 1 ks jablka, banánu, hrušky nebo porci melounu, manga, ananasu, 2 ks malého ovoce (meruňky), šálek hroznů či malin, tři lžičky kompotu nebo dezertní lžičku sušeného ovoce (29, s. 55)“. Co se týče zeleniny, tak porce zeleniny je 2-3 naběračky nebo miska salátu. Odborníci též doporučují vyloučit smažená jídla. (29, 30).

Cílem dietní léčby u těhotných s diagnostikovaným gestačním diabetem je snížit riziko vzniku postprandiální hyperglykémie, která vede nejčastěji k diabetické fetopatii. Proto se při sestavování diety vychází z výchozí hmotnosti těhotné a podle toho se určuje denní příjem potravy. U žen s normální hmotností stačí 30 ccal/kg, u obézních žen pouze 24 kcal/kg. To znamená asi 300 kcal / den navíc nad normální energetickou spotřebu. Těhotná nesmí zapomínat ani na dostatečný přísun železa, kalcia a ostatních minerálů a vitamínů (6).

1. 4. 2 Fyzická aktivita

Fyzická aktivita je důležitým prvkem v léčbě gestačního diabetu. Jedním z rizikových faktorů pro vznik GDM je totiž obezita ženy. Jednoduché aerobní cvičení snižuje glykémii, příznivě ovlivňuje krevní tlak a celkový stav organismu. Vlivem tohoto cvičení dochází k poklesu inzulínové rezistence (29, 38).

U těhotné ženy je důležité, aby toto cvičení nezpůsobilo děložní kontrakce nebo kolaps ženy. Proto je doporučováno plavání, rychlá chůze, pravidelné procházky po hlavním jídle, těhotenské cvičení. Těhotná by měla cvičit 2 - 3 týdně po dobu 20 - 30 minut. U tohoto druhu cvičení je důležité rozcvičení, které má trvat asi 5 minut. Po skončení hlavního bloku cviků nesmí těhotná zapomenout na fázi relaxace. U GDM obvykle nehrozí riziko hypoglykémie, proto je spíše důležité poradit se svým gynekologem o míře fyzické zátěže. Fyzická aktivita má velmi příznivý účinek nejen na léčbu GDM, ale i na psychickou pohodu těhotné, protože podporuje vyplavování endorfinů a to je dobré i pro udržení fyziologické hladiny glykémie v krvi (14, 28, 34, 38).

1. 4. 3 Inzulín v léčbě žen s GDM a perorální antidiabetika

Existují ovšem ženy, u nichž nedojde k normalizaci glykémie ani dietou ani fyzickou aktivitou. Pokud je při rutinním sledování zjištěna hyperglykémie v jedné hodnotě, není to ještě indikací k léčbě inzulínem. Glykemický profil je zopakován a pokud hodnoty hyperglykémie přetrvávají, je pacientka převedena na inzulín. Indikací k léčbě inzulínem je tedy opakované překročení glykémie 7,8 mmol/l 1 hodinu po jídle, eventuálně nad 6,7 mmol/l 2 hodiny po jídle. Tyto glykémie jsou nazývány postprandiální. K inzulínové terapii se přistupuje také tehdy, pokud je glykémie nalačno vyšší než 5,3 mmol/l. Při léčbě se využívá nejčastěji humánní krátkodobý inzulín, který se aplikuje vždy před hlavními jídly. Tyto inzulíny jsou v těhotenství nejvhodnější pro malou antigenicitu a minimální tvorbu antiinzulinárních látek (3,14,20).

V zahraničí, především v Americe se uplatňují také inzulínová krátkodobě působící analoga. Tato analoga velmi dobře korigují postprandiální glykémii. Jako bezpečné v těhotenství byly určeny inzulín lispro a inzulín aspart. Další z analog glulisin je

kontraindikován, studie o jeho vlivu na těhotenství dosud probíhají (7, 19). Pokud se u těhotné objevují vyšší glykémie nalačno, je vhodné krátkodobě působící inzulín zkombinovat s večerní dávkou střednědobě působícího inzulínu. Ke kompenzaci gestačního diabetu většinou stačí malé dávky (4-8 j.) inzulínu 3 denně (1, 14, 34).

Další z indikací k inzulínoterapii je opakovaný nález ketolátek v moči. Nesmí se ale přitom zapomínat i na jinou příčinu ketolátek v moči a dlouhé celonoční lačnění pacientky. Pro rozlišení jednotlivých příčin existují tzv. semikvantitativní testovací proužky. Vzhledem ceně není ale jejich použití příliš rozšířeno. Léčba inzulínem je přísně individuální a upravuje se na míru každé jednotlivé těhotné dle aktuálních glykemií, a proto inzulínoterapie patří do rukou diabetologa. Cílem úspěšné léčby je vyloučení hyperglykemií, především postprandiálních (6, 14, 28).

Ještě před několika lety byla perorální antidiabetika kontraindikována pro použití v graviditě. V 10 gynekologicko-porodnických klinikách Austrálie a Nového Zélandu proběhl v roce 2002 výzkum The Diabetes Prevention program Research Group, který dokázal, že metformin nemá teratogenní účinky na plod a novorozence. Tento preparát patří do skupiny sulfonylurik a ve stejné skupině je další perorální antidiabetikum glyburid. Tyto léky se používají především v USA, v Evropě se dává přednost spíše inzulínu. „Nejnovější studie ukazují, že glyburid není tak efektivní v prevenci makrosomie plodu a neonatální hypoglykémie a proto je méně efektivní než inzulínoterapie. Co se týče metforminu, ukázalo se, že je bezpečnější a efektivnější než inzulín, především ve 2 a 3 trimestru (7, s. 276). Tento lék se užívá také u žen s polycystickými ovarii při snižování rizika spontánního potratu. Ženy ho také lépe snášejí a po porodu u nich dochází k rychlejší úpravě glykémii než u žen s inzulínem (7, 19).

1. 4. 4 Alternativní metody v léčbě GDM

I v této oblasti existují alternativní metody léčby DM. Alternativní medicína ovšem GDM nemůže vyléčit, ale může přispět k dobré fyzické a psychické pohodě pacientky. Je ale vždy nutná konzultace s ošetřujícím lékařem. Mezi alternativní metody patří: akupunktura, akupresura, aromaterapie, ajurvéda, jóga, masáže a reflexologie. Z těchto

metod je lékaři doporučována pouze jóga, která má prokazatelné účinky na snižování hladiny glykémie. Používání bylinek není v léčbě GDM doporučováno (9, 14, 31).

Vhodný výběr potravin je jedním ze základních terapeutických přístupů ajurvědy. Lidé, zabývající se tímto směrem, naléhají: nepreferovat sedavý způsob života a spaní během dne, nezadržovat zbytečně moč a nepřejídat se. Používají kombinaci diety, léků, cvičení.

Základem homeopatie je rozhovor mezi homeopatem a pacientem, který je velmi podrobný. Pak homeopat nasadí léky, které mají snížit hladinu cukru v krvi a zvyšují imunitu organismu. Tyto léky se používají pouze u diabetu bez inzulínu. Součástí léčby je též cvičení a dieta. V józe se spojuje duchovno, rozum a tělesnost a samotné slovo jóga pochází ze sanskrtu a znamená „jednota“. Školený jogín naučí diabetika kombinaci jednoduchých pozic, dále využije některá dýchací a relaxační cvičení k zlepšení stavu organismu. Těhotné mohou tyto cviky spojit s tzv. gravidjógou (9, 32).

„Zpráva, publikovaná v the Diabetes Research and Clinical Practice Journal v roce 1993, uzavírá, že jóga, jednoduchá a ekonomická terapie, může být považována za významnou pomoc pro noninzulíndependentní pacienty (32, s. 112)“.

1. 5 Ošetrovatelská péče o ženu s GDM

I když ženy s diagnostikovaným gestačním diabetem jsou v kompetenci diabetologa, který řídí a kontroluje jejich léčbu, setkávají se tyto ženy s porodní asistentkou, která jim poskytuje určitou péči. Porodní asistentka by měla být určitou spojkou mezi lékařem – gynekologem a diabetologickou ambulancí. Hraje důležitou roli ve screeningu gestačního diabetu. Zpravidla je to ona, kdo provádí orálně – glukózo toleranční test. Tento test se provádí mezi 24 – 28 týdnem gravidity, ale v případě pozitivy více rizikových faktorů i dříve. Porodní asistentka je povinna těhotnou poučit o následné přípravě na OGTT. 3 dny před testem bude těhotná konzumovat obvyklou stravu s obsahem 150 – 200 g sacharidů. Nebude držet žádnou redukční dietu, ani hladovět. Test se provádí po alespoň 8 hodinovém lačnění. Pokud užívá nějaké naordinované léky a je-li to možné, měla by tyto léky vynechat. Test se provádí obvykle ráno mezi 7 – 9 hodinou ranní. Během testu by měla těhotná sedět, nekouřit a nevyvíjet žádnou fyzickou aktivitu. Porodní asistentka zkontroluje, zda žena lačnila a vysvětlí jí

průběh testu. Pak odebere ženě venózní krev do speciální zkumavky na OGTT a nechá ženu vypít předem připravený nápoj. Tento nápoj se skládá 250-300 ml čaje se 75g anhydridu glukózy. Těhotná vypije tento nápoj během 5 minut. Porodní asistentka znovu poučí ženu o pohybovém režimu a zákazu kouření a upozorní ženu na možnost zvracení. Další odběr provede porodní asistentka za 2 hodiny. Opět odebírá venózní krev do speciální zkumavky. Před odběrem se zeptá těhotné, zda zvracela či nikoliv. V případě pozitivní odpovědi, druhý odběr nenabírá a objedná ženu na jiný den k opakování testu. Po druhém odběru se těhotná může najíst a čeká na výsledky. Porodní asistentka je povinna znát normální hodnoty OGTT a v případě pozitivity alespoň jedné z nich, informuje lékaře (1,19, 21).

Pokud byl test pozitivní, lékař seznámí těhotnou s diagnózou a objedná ji do diabetologické poradny. Vzhledem k určité lhůtě objednání, by měla být porodní asistentka schopna informovat ženu o dietě, kterou nyní bude držet. Podá ženě základní informace, a pokud má k dispozici, dá jí i nějaký edukační materiál. Měla by být vždy připravena zodpovědět případné dotazy těhotné, a pokud tato těhotná leží na standardním oddělení, vytváří příslušné ošetrovatelské diagnózy, jako např. Riziko poruchy adaptace v souvislosti s nově zjištěným, onemocněním, Riziko deficitu informací v souvislosti s komplikacemi DM, Riziko vaginální infekce v souvislosti se zvýšenou vnímavostí k infekcím. Pomocí diagnostických proužků, sleduje přítomnost ketolátek v moči a opakovanými dotazy zjišťuje, zda těhotná netrpí pocity hladu. Veškeré zjištěné skutečnosti nahlásí lékaři, který je konzultuje s diabetologem (17, 22, 23).

Porodní asistentka musí ovládat techniku odběru glykémie v rámci glykemického profilu. Odběr provádí dle ordinace lékaře, záleží na tom, zda se jedná o velký nebo malý glykemický profil. Malý glykemický profil zahrnuje odběr kapilární krve nalačno a 1 hodinu po jídle. Velký glykemický profil obsahuje odběry nalačno a 1 hodinu před a 1 hodinu po jídle, večerní odběr ve 22 hodin a případně též odběr ve 2 hodiny ráno. Velmi záleží na časové přesnosti odběru, a proto je důležité, aby porodní asistentka těhotnou náležitě poučila a sama tento odběr dobře provedla. Musí znát normální hodnoty glykémie nalačno a 1 hodinu po jídle a případně patologických hodnot je

povinna informovat lékaře. Kontroluje též, zda těhotná dodržuje dietu a snaží se jí neustále edukovat v případech, že tuto dietu porušuje. Sleduje pravidelně krevní tlak těhotné a její hmotnostní přírůstek (26, 35, 39).

V případě posprandiálních hyperglykemií dochází k dalšímu kontaktu těhotné s diabetologickou ambulancí a těhotná dostává glukometr a soupravu k aplikaci inzulínu. V diabetologické poradně je zároveň edukována o jejich používání. Porodní asistentka zkontroluje, zda žena ovládá techniku aplikace inzulínu, dnes nejčastěji pomocí inzulínového pera. Podle délky jehly, tělesné konstituce ženy kontroluje porodní asistentka, zda si žena aplikuje inzulín ve správném úhlu. Sleduje, zda žena střídá místa vpichu a mění jehlu po každé aplikaci. Při případných nejasnostech kontaktuje diabetologickou poradnu. Ověří si, zda žena zná příznaky hypoglykémie nebo hyperglykémie (10).

Protože porod u žen s gestačním diabetem je většinou indukovan, zajišťuje porodní asistentka veškerou ošetrovatelskou péči podle příslušného standardu: Péče o ženu při indukovaném porodu. Pokud žena v těhotenství držela pouze dietu, nejsou potřeba žádná ošetrovatelská opatření, týkající se gestačního diabetu. Porodní asistentka postupuje dle ordinací lékaře a sleduje fyzický a psychický stav rodičky. Věnuje pozornost případné hypoglykémii. U žen, které si během těhotenství aplikovaly inzulín, provádí porodní asistentka odběry glykémie dle ordinace lékaře. Během porodu někteří lékaři podávají kontinuální infúze 10% glukózy s krátkodobě působícím inzulínem dle aktuální glykémie. Možné ošetrovatelské diagnózy jsou např. Riziko infekce v souvislosti s invazivním vstupem, Riziko pádu v souvislosti s hypoglykemií, Únava v souvislosti s indukovaným porodem, projevující se verbalizací (1, 17, 23, 28).

Po porodu edukuje porodní asistentka šestinedělku o potřebě i nadále dodržovat diabetickou dietu. Sleduje hojení případných poranění hráze a při propuštění ženu poučí o tom, že bude i nadále dispenzarizována v diabetologické poradně, kde podstoupí za 3 – 6 měsíců OGTT test. Edukuje ji o zdravé životosprávě a dostatečné fyzické aktivitě, zaměřenou na prevenci diabetu mellitu 2. typu (1, 27, 30).

1. 6 Novorozenec diabetické matky

„ Novorozenci matek s gestačním diabetem jsou klasifikováni jako vysoce riziková. Nicméně jde o heterogenní skupinu novorozenců, kde míra rizika je odvislá od faktorů, jako jsou věk a hmotnost matky, její parity a vzniku komplikací během těhotenství (horečnatá a infekční onemocnění, vznik hypertenze a preeklampsie), stupně kompenzace diabetu v těhotenství, makrosomie plodu, předčasného porodu a porodu císařským řezem a porodnímu traumatu novorozence (28 str. 215)“.

Při porodu novorozence matky s gestačním diabetem je nutná přítomnost neonatologa s dostatečnými znalostmi v této problematice. Děti diabetických matek mají v pozdějším životě větší riziko vzniku diabetu mellitu nebo poruchy glukózové tolerance. Tyto děti taky více trpí obezitou (28).

Diabetickou fetopatii je nazýván soubor všech příznaků, které můžeme nalézt u dítěte diabetické matky. Při špatně kompenzovaném diabetu dochází ke zvýšenému přívodu cukru do krevního oběhu plodu, je zvýšená tvorba inzulínu, což urychluje růst plodu a zvýšené ukládání tuku do různých orgánů. Novorozenec má typickou tučnou tvář (tomato face) vlivem zvýšeného ukládání tuku. Kůže je lesklá, napjatá. Často se u něj vyskytují poporodní komplikace. Porodní hmotnost je často nad 4000 g, má velký trup, ale malou hlavičku. Pokud ale se vyskytly u matky cévní komplikace, může být naopak hypotrofický, má zvětšená játra. Tento novorozenec je obvykle velký, ale často nezralý (14, 15, 24).

Novorozenec je mnohem více ohrožen poporodními komplikacemi. Orgánová makrosomie se nachází nejčastěji u dětí nad 4000g. Zasahuje nejčastěji svaly a vnitřní orgány. Vlivem této orgánové makrosomie se zvyšuje neonatální mortalita a morbidita. Příčinou jsou různá porodní traumata jako dystokie ramen, kefalhematom, subdurální hemoragie, obrna nervus facialis, poranění brachiálního nervu a zlomeniny klíční kosti. Také u matek dochází vlivem velikosti plodu ke zvýšené frekvenci traumatických poranění, především hráze, která mívají často celoživotní následky (14, 34).

Po porodu se u těchto novorozenců objevuje také častěji novorozenecká hypoglykémie. Při špatně kompenzovaném diabetu matky dochází k fetální hyperinzulinémii s hyperplazií beta buněk, což u většiny novorozenců vede po porodu

ke vzniku hypoglykémie. Ta se léčí se včasným zahájením krmením, a pokud novorozenec vykazuje symptomy jako nízký svalový tonus, apnoe nebo respirační distress podává se intravenózně glukóza. (14, 25, 33).

Další z komplikací je novorozenecká polycytemie a hyperbilirubinémie. Vlivem hyperglykémie v krvi matky, je v krvi novorozence detekováno zvýšení hematokritu 0,65 a více. Tento stav vyvolává následně hyperviskózní syndrom, který se projeví dráždivostí centrální nervové soustavy, gastrointestinálními příznaky a zhoršením respiratory distress syndromu. Častěji se také vyskytuje hyperbilirubinémie a následkem toho má novorozenecká žloutenka horší průběh. Tyto novorozenci mají v 50 – 80 % hypocalcémii a hypomagnézii v důsledku porušeného transportu iontů placentou během porodu. Terapií je suplementace roztoky v prvních hodinách po porodu (25).

U dětí diabetických matek se objevuje 5-6 krát více tzv. respiratory distress syndrom (RDS), který může vést až ke smrti plodu nebo novorozence. „ Patogeneticky tu hraje roli inzulin, který uplatňuje svůj efekt proti glukokortikoidům, a tím zpožďuje zrání fetálních plic (14, str. 161)“.

1. 6. 1 Ošetrovatelská péče o novorozence matky s GDM

Tato ošetrovatelská péče se až na některé výjimky neliší od péče o fyziologického novorozence. Po narození novorozence šetrně ošetříme, a pokud byl diabetes mellitus kompenzován pouze dietou, můžeme novorozence ponechat hned po porodu u matky. Právě u dětí diabetických matek je důležité první přiložení do 30 minut po porodu a pak krmení po časových intervalech 2 hodiny a méně. V případě neúspěšného přiložení novorozence je možné podat mateřské mléko 10 – 20 ml nebo Maltodextrin roztok 15 %. Tato opatření přispívají k prevenci novorozenecké hypoglykémie. Pokud je těhotenský diabetes matky dekompenzovaný, odebírá se novorozenci glykémie již po 30 minutách po porodu. Jinak stačí až po 1 hodině. Dále se sleduje glykémie po 2, 4, 8, 12, 36, 48 hodinách po porodu. Sledování je ukončeno, pokud jsou alespoň 2 po sobě následující hodnoty fyziologické. Pokud se objeví hodnoty patologické, je nutné zahájit terapii pomocí infúze 10% glukózy. Novorozenci pod 2000 g dostávají tuto infúzi automaticky. Další hodnotou, která se musí sledovat je hladina vápníku v krvi

novorozence. Odběry se provádějí v 6. 12. 24 hodině života novorozence. Nízká hladina vápníku se léčí podáváním infúze 10% Kalcia glukonica. (25).

1. 7 Edukace

Slovo edukace je odvozeno z latinského jazyka (educio, educare) a jeho význam je vychovávat. V anglickém jazyce toto slovo potom znamená vzdělání, a pokud se spojí se slovíčkem health vznikne slovo zdravotní výchova, která se zaměřuje na primární nebo sekundární prevenci. Existuje řada onemocnění, kde se edukace stále více uplatňuje. Sem patří diabetes mellitus, stavy po CMP, alergie a onkologická onemocnění, hypertenze, epilepsie aj (18, 39).

Na edukaci pacientů se podílí celá řada pracovníků nemocnic, ambulantních zařízení, ale i terénní pracovníci. Proto je zde tak důležitá jejich vzájemná koordinace, aby pacient nedostával různé informace. Aby tyto informace byly určitou zárukou kvality, existují tzv. edukační standardy, které musí obsahovat zaměření edukace, stupeň závažnosti, cíle edukace, kritéria edukace, způsob hodnocení a metodiku kontroly standardu. Dále existují i edukační materiály, které jsou k dispozici nebo si je edukátor musí připravit. Edukace se rozděluje na základní, komplexní a reedukační. Základní edukace se používá v situaci, kdy je stanovena diagnóza a nemocný ještě nemá potřebné informace. Komplexní edukace je realizovaná v edukačních kursech např. pro diabetiky. Reedukační edukace se používá tam, kde dochází k změně v základním onemocnění. Edukační proces je pevnou součástí diagnostického, léčebného a ošetrovatelského procesu. Na edukaci se podílí edukant (člověk, který je edukován) a edukátor (člověk, který edukuje) a mezi těmito dvěma subjekty probíhá edukační proces (16, 18, 39).

Tento edukační proces je určitá forma předání informací v rámci vzájemné interakce nemocného a zdravotníka. Je to výchovný proces a měl by být součástí ošetrovatelského procesu. Edukační prostředí je místo provádění edukace. Podmínkou je správné osvětlení, teplota, nízká nebo žádná hladina hluku a v neposlední řadě i zajištění intimity. Mezi edukační faktory patří jednotlivé formy edukace. Je důležité stanovit cíle tak, aby vycházely z potřeb jednotlivce nebo skupiny. Mezi edukátorem a edukovaným je nutný intenzivní kontakt. Edukátor by měl využívat vědomostí, které edukovaný zná a na základě nových informací by mu měl pomáhat, osvojit si nové dovednosti.

Podmínkou správné edukace je také srozumitelný, stručný a zřetelný projev edukátora. Tzn., je nutné vyloučit informace, které nesouvisí s edukačním cílem. Tyto informace by mohly edukovaného rušit a mást (16).

1. 7. 1 Formy edukace

Formy edukace jsou velmi rozmanité. Správná a účinná forma edukace výrazně ovlivňuje edukační proces a patří mezi důležité edukační faktory.

Formy, které se vyskytují v práci porodní asistentky: písemné informace, ústně sdělené informace, filmové materiály, edukační plány a standardy, vzdělávací programy a různé kurzy. Při edukaci je možná i forma diskuse mezi zkušenými pacienty a nováčky. Edukovat může i samotný pacient názornými praktickými ukázkami svých získaných dovedností. S edukačními plány a standardy se setkáváme především v rámci ošetrovatelského procesu. Různé knihy, výchovné filmy a brožurky jsou vydávány profesionály a distribuovány na další místa. Edukační materiály se může vytvořit také sám edukátor (30, 39).

Jinou variantou edukace je tzv. compliance – dodržování předepsaného režimu. Předpokládá pacienta, který je ochoten spolupracovat, řídit se radami lékaře a ztotožnit se s nimi. V žádném případě to neznamená slepé poslouchání lékaře. Lékař, který metodu compliance uplatňuje, by měl pacientovi také naslouchat a podle jeho vyprávění by měl tvořit své rady a doporučení pro další léčbu. Compliance pacienta je tedy charakterizována jeho ochotou pravdivě popsat svůj zdravotní stav i okolnosti, které ho ovlivňují. Compliance lékaře nebo jiného zdravotníka je dána jeho schopností vlídně přijmout všechny informace od pacienta, brát ho se všemi jeho chybami a nekritizovat před ním ostatní zdravotníky. Je povinen zajistit pokračující edukaci a poskytnout mu veškeré technické vybavení a uvědomit si, že pacient není jeho podřízený, ale svým způsobem spolupracovník. Compliance může být hodnocena jako dobrá a špatná. Špatná compliance neznamená, že je špatný celý člověk, ovšem nepřispívá k dobré, úspěšné léčbě diabetu (16, 30).

„Významným mezníkem v procesu edukace jako součástí léčebné strategie se stal rok 1991, kdy edukační tým na University of Michigan Diabetes Research and Training Centre navrhl a publikoval nové paradigma v přístupu k péči o diabetiky a k edukaci –

„pacient empowerment“. Empowerment znamená proces, kterým se postupně stávají diabetici schopnými hrát aktivní úlohu při odpovědnosti za péči o svoji nemoc (33, s. 337)“. Tato forma edukace je velmi podobná complianci a klade opět důraz na spolupráci lékaře s pacientem, ale pacient získává mnohem větší odpovědnost za svůj zdravotní stav. Provádí tzv. selfmanagement a jeho rozhodnutí ovlivňují jeho zdravotní stav. Má pod kontrolou svůj diabetes a rozhoduje se sám bez ohledu na to, co mu doporučuje lékař a následky jeho přístupu k léčbě nese sám. Role edukátora je zde velmi důležitá, neboť na jeho schopnosti poskytnout terapeutickou edukaci závisí část úspěchu při léčbě diabetu. Při této formě edukace vše závisí na tom, jaký je pacient typ osobnosti. Existují i takoví pacienti, především příslušníci starší generace, kteří preferují direktivnější přístup ze strany edukátora. Dávají přednost kvalitě informací před kvantitou. Chtějí, aby o jejich léčbě rozhodoval lékař a edukace byla vedena formou přesných, jednoduchých doporučení. Další skupina pacientů dává spíše přednost aktivní edukaci s diskusí a jsou rádi, pokud je o ně projevem zájem jako o jednotlivce. Nechtějí slyšet jenom klinické informace o diabetu, ale očekávají více psychologické podpory od lékaře a možnost pokládat behaviorální otázky. Edukace je tedy integrovaný proces, kdy se zjišťují pacientovy obavy, otázky a poskytují se informace, které se snaží řešit pacientův stav. Dochází k diskusi o problémech a k plánování strategie behaviorálních aspektů problému (34).

1. 7. 2 Fáze edukačního procesu

Jednotlivé fáze edukačního procesu jsou velmi podobné fázím ošetrovatelského procesu. V první fázi dochází k sběru údajů, k analýze pacientovy schopnosti se učit, stanoví se míra jeho nedostatku informací v problému, o který půjde v edukačním procesu. Edukátor si musí klást tyto otázky: Proč mám edukovat? Koho mám edukovat?

Ve druhé fázi se určí cíl edukace, formy edukace a stanoví se edukační diagnóza. Stanovit diagnózu, znamená specifikovat potřeby pacienta s ohledem na jeho nedostatky. Cílem diagnostiky pacienta je tedy určit potřebu učit se, zjistit důležité údaje a diagnostikování potřeb pacienta v této oblasti.

Ve třetí fázi následuje příprava edukačního plánu, která se uskutečňuje v etapách. Edukační plán a obsah edukace vychází ze stanoveného cíle a měl by být zpracován dle nejnovějších poznatků v daném oboru. Je nutné dodržet několik zásad: vědeckost, přiměřenost a pedagogický takt. Kromě klasických a moderních forem edukace se mohou použít i alternativní postupy jako např. metoda pozorování sebe sama, zařazování kartiček aj. Edukační plán je zhotoven písemně a je možné ho přehodnotit, pokud se změní cíl, požadavky pacienta nebo není efektivní, jak se předpokládalo.

Ve čtvrté fázi proběhne vlastní realizace edukačního plánu. Dochází k naplnění cíle a edukace přináší nějaké výsledky. Edukátor průběžně vyhodnocuje, zda jsou výsledky příznivé či nikoliv.

V páté fázi dochází k hodnocení pacientových vědomostí, jeho zručnosti, edukátor zároveň hodnotí efektivnost edukačního plánu. Tento proces neprobíhá jen na závěr edukace, ale je to průběžný proces, ve které nejenom edukátor, ale edukovaný hodnotí efektivitu edukace. Při hodnocení edukace edukovaným si edukátor všímá i řeči jeho těla a dalších znaků neverbální komunikace. Velmi důležitá je zde dokumentace všech fází edukačního procesu (39).

1. 7. 3 Edukační standardy a edukační audit

V souvislosti se zavedením ošetrovatelských standardů vyvstala také potřeba vytvoření edukačních standardů. Tyto standardy jsou součástí mezinárodních standardů. Standard je definován jako stupeň dokonalosti požadovaný pro určitý účel. Určuje kvalitu edukace. Je důležité dodržet požadavky vědeckosti, fundamentálnosti, různé stupně složitosti, možnost objektivní kontroly. Musí splnit funkce motivační, prognostické, informační, diagnostické a srovnávací. Dle významu se dělí na podstatné a doplňující. Musí obsahovat zaměření, míru závažnosti, cíl, kritéria pro zabezpečení plnění standardu a metodiku kontroly standardu. Musí být formulován jasně, srozumitelně a jeho cíle jsou reálné a odpovídá možnostem pacientů a pracoviště, na kterém byl vytvořený (18,39).

„ Je to systematické zhodnocení, jestli se edukace a změny v edukaci jednotlivce nebo skupiny realizují efektivně, či zda se zvolené metody a postupy hodí k dosažení cílů a jestli jsou činnosti v souladu s plánovanými záměry (39, str. 106)". Edukační

audit je často součástí ošetrovatelského auditu anebo může být prováděn zvlášť. Tento audit může vést zdravotnický pracovník nebo nezávislý expert. Mezi metody edukačního standardu patří pozorování sestry a pacienta, rozhovor s pacientem, kontrolní otázky pro sestru a pacienta, hodnocení přípravy sestry na edukaci, pozorování týmové spolupráce, hodnocení vlastní práce sestry a kontrola dokumentace (39).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- Cíl 1** Zjistit využití porodní asistentky v edukaci žen s gestačním diabetem mellitus.
- Cíl 2** Zjistit prvky edukačního procesu při péči o ženu s gestačním diabetem mellitus.
- Cíl 3** Zjistit, co doporučují porodní asistentky v rámci stravovacího plánu pro ženy s gestačním diabetem mellitus.
- Cíl 4** Zjistit, jak vnímají ženy s gestačním diabetem mellitus roli porodní asistentky v péči o ně.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem se porodní asistentky podílejí na edukaci žen s gestačním diabetem mellitus?
2. Jaké pomůcky používají porodní asistentky v edukaci žen s gestačním diabetem mellitus?
3. Jaká doporučení využívají porodní asistentky v edukaci žen s gestačním diabetem mellitus?
4. Jaké informace nejčastěji dostávají ženy s gestačním diabetem mellitus od porodních asistentek?
5. Jak hodnotí ženy s gestačním diabetem mellitus spolupráci s porodní asistentkou?

3. Metodika práce

3.1 Použitá metoda

Data pro tuto práci byla získána prostřednictvím metody kvalitativního výzkumu. Tento výzkum byl proveden pomocí techniky nestandardizovaného rozhovoru s porodními asistentkami z oddělení rizikového těhotenství z různých nemocnic a skupinou žen s diagnózou gestační diabetes mellitus.

Nestandardizovaný rozhovor jak s porodními asistentkami, tak i ženami s diagnózou gestačního diabetu proběhl na základě předem připravené osnovy otázek a byl později zpracován do krátkých kazuistik.

Otázky v rozhovoru s porodními asistentkami byly zaměřeny na jejich účast v edukačním procesu, míru jejich znalostí a poslední otázka se týkala jejich názoru na celou problematiku edukace žen s gestačním diabetem.

V rozhovoru se skupinou žen s gestačním diabetem byly položeny otázky, které měly zjistit, jaké informace ženy od porodní asistentky dostaly a zda se tohoto procesu porodní asistentka vůbec zúčastnila. Respondentky měly také možnost vyjádřit svůj názor na spolupráci s porodní asistentkou.

Na základě získaných informací z rozhovorů s porodními asistentkami a ženami s diagnózou gestační diabetes a studia současného stavu problematiky byl vytvořen edukační leták pro ženy s gestačním diabetem, který mohou porodní asistentky použít pro základní edukaci těchto žen před návštěvou diabetologické poradny (viz příloha č. 4).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor porodních asistentek tvořilo 10 porodních asistentek pracujících na oddělení rizikového těhotenství. Výzkum byl prováděn v Ústavu pro matku a dítě v Praze – Podolí., Fakultní nemocnici Motol, Gynekologicko – porodnické klinice 1. LF UK a VFN, Fakultní nemocnici Plzeň, Nemocnici Klatovy a.s. a

v nemocnicích Jihočeského holdingu v Českých Budějovicích, Českém Krumlově, ve Strakonících, Písku a Jindřichově Hradci.

Druhý výzkumný soubor tvořilo 7 žen s diagnózou gestačního diabetu. Rozhovor probíhal na oddělení šestinedělí.

Sběr dat proběhl během února a března 2010. Rozhovory byly vedeny osobně a byly zaznamenávány se souhlasem dotazovaných osob na diktafon. Většina porodních asistentek měla podmínku, že záznam rozhovoru nebude veřejně přehráván, bylo povoleno pouze převedení do písemné formy. Ženy s gestačním diabetem souhlasily s rozhovorem bez jakékoliv podmínky.

4 Výsledky

4.1 Porodní asistentky.

Kazuistika č. 1

Respondentkou č. 1 je porodní asistentka pracující na oddělení rizikového těhotenství ÚPMD Praha Podolí.

OGTT na oddělení provádějí, ale pouze u pacientek, které mají naordinován přísný klid na lůžku. Respondentka uvádí, že tyto pacientky před vyšetřením řádně edukují. Na mou kontrolní otázku, jak edukace probíhá, odpovídá respondentka, že pacientky den před vyšetřením přijímají racionální stravu s normálním příjmem sacharidů, v den vyšetření jsou nalačno a je u nich proveden 3 hodinový OGTT. Na zákaz kouření respondentka neupozorňuje, neboť pacientky mají přísný klid lůžku.

O výsledku vyšetření informuje pacientku vždy ošetřující lékař, kterého respondentka informuje o výsledku. Pacientka je doporučena k interní kontrole na diabetologické ambulanci, kde je edukována diabetologickou sestrou.

Respondentka vysvětluje, že další léčbu vede diabetolog, ale porodní asistentky musí sledovat, zda žena dodržuje dietu, provádějí malý glykemický profil každý týden + základní krevní odběry + sběr moči na mikroalbuminurii. Na otázku týkající se možnosti použití glukometru, odpovídá, že tyto pacientky dostávají nejpozději v 30. týdnu gravidity svůj glukometr, který si mohou ponechat i do příští gravidity a po nezbytném zaučení v diabetologické poradně, si mohou provádět selfmonitoring glykémie. Veškeré výsledky si zapisují do tabulek, které mají u sebe a tyto hodnoty jsou povinny porodní asistentky kontrolovat. Jak respondentka sama říká, ženy mají pocit, že mohou něco ovlivnit a kontrola pomocí glukometrů, se zdá účinnější pro správné vyvážení stravy. V případě pocitu hladu pacientky kontaktuje porodní asistentka nutriční terapeutku. Diapotraviny nedoporučují.

Respondentka uvádí, že je schopná dle svých znalostí zodpovědět případné dotazy a pokud něco neví, má možnost zavolat do diabetologické ambulance. K edukaci pacientky mají speciální edukační materiály, které pacientky dostávají již

v diabetologické ambulanci. Internetové stránky, vhodné pro tyto ženy žádné nezná. Audiovizuální pomůcky na oddělení nepoužívají.

Pokud lékař naordinuje glykemické profily, provádí respondentka edukaci pacientky sama, je zodpovědná za správné načasování odběru a pokud odebírá glykémii sama i za správnou techniku odběru. Pokud si žena aplikuje inzulín, neprovádí respondentka první instruktáž, ale je schopná ženě pomoci s aplikací.

Respondentka needukuje pacientky ohledně stravy, to dělá diabetologická sestra, ale sleduje, zda pacientka nemá pocit hladu a popřípadě je možné dojednat konzultaci s nutriční terapeutkou. Jak sama říká, základní věci zná, vychází z edukačního letáku a byla by schopna poradit pacientce s dietou. Pojem výměnná jednotka zná a umí ho definovat.

Ač má oddělení, na kterém respondentka pracuje dobrou spolupráci s diabetologickou ambulancí, uvítala by více informací na téma gestačního diabetu, hlavně novinky.

Na závěr rozhovoru říká krátce a stručně, že porodní asistentky jsou schopné edukovat ženu s gestačním diabetem, ale musí mít dostatečné znalosti o tomto onemocnění.

Kazuistika č. 2

Respondentkou č. 2 je porodní asistentka pracující na oddělení rizikového těhotenství Fakultní nemocnice Motol.

OGTT provádějí, jak respondentka dodává, měl by být prováděn plošně, ale ne vždy tomu tak je, a proto se snaží zachytit alespoň ženy, které projdou jejich oddělením a hlídají si pacientky kolem 25. týdne gravidity. Test provádí standardně se 75 g glukózy, ale pouze zátěžový test s náběrem krve až po 2 hodinách. Pacientky edukují samy, respondentka popisuje podrobně zátěžový test a vysvětluje, že pacientky den předtím přijímají normální stravu a zátěží je až samotný test. Kouření pacientkám v průběhu testu zakazují, ale jak respondentka říká, je to marné. Respondentka ví, že dobrá edukace je základem dobré spolupráce pacientky při testu.

V případě pozitivního testu provádí první edukaci lékař. Jak respondentka zdůrazní, je důležité, aby první informace podal lékař a až následně přichází porodní asistentka a seznámí pacientku s tím, jak se nyní bude stravovat.

Respondentka sleduje během hospitalizace ženy s gestačním diabetem moč na cukr pomocí diagnostických papírků, provádí malý glykemický profil a v případě patologických hodnot glykemického profilu, kontaktuje se souhlasem ošetřujícího lékaře diabetologa, který provádí další edukaci ohledně inzulínu. Respondentka vysvětluje, že některé ženy zvládnou techniku vpichu ihned a některé potřebují ze začátku jejich pomoc, a proto je učí aplikovat si inzulín a kontrolují, zda si inzulín píchají správně, aby mohly jít domů. Pacientky mají zapůjčen glukometr, který si odnášejí sebou domů. Porodní asistentka sleduje, zda těhotná dodržuje dietu. V případě, že má žena pocit hladu mezi jídly doporučí pacientce, aby si nechala přinést jídlo z domova. Dopolední svačinu a odpolední svačinu pacientky nedostávají.

Respondentka uvádí, že je schopná zodpovědět pacientce případné dotazy, v edukaci ohledně stravy pacientky vychází z informačních letáků, které má u sebe staniční sestra a které jsou pacientkám poskytovány. Poučí také pacientku o tom, jak je její jídlo označeno.

Na oddělení jsou využívány informační brožury, které jsou k dispozici i pacientkám. Internetové stránky respondentka nedoporučuje, jak říká, ženy si to ihned najdou na internetu a potom se ptají porodních asistentek. Audiovizuální pomůcky porodní asistentky nemají.

Glykemické profily provádějí porodní asistentky 2 krát týdně. Lékař pouze kontroluje, ale dle slov respondentky je vše v režii porodních asistentek. Výsledky mohou sdělovat porodní asistentky, některé ženy mají své glukometry a provádějí si pod dohledem porodních asistentek selfmonitoring glykémie. Výsledky jsou potom zapisovány do dokumentace pacientky. Edukaci ohledně odběrů provádí porodní asistentka sama.

Nutriční terapeutka na oddělení dochází, ale v případě gestačního diabetu volí porodní asistentky dietu samy – mají na výběr z různé hodnoty denního přísunu sacharidů, pouze v případě dekompenzovaného diabetu konzultuje respondentka úpravu

stravy s diabetologem. Nutričního terapeuta standardně ke gestačním diabetičkám nevolají, spolupráce probíhá u jiných diagnóz. Respondentka říká, že v situaci, kdy by diabetolog nebyl k dispozici, by byla schopná ženu poučit a informovat. Při edukaci ohledně stravovacího režimu radí pacientkám sledovat podávanou nemocniční stravu a zapamatovat si tato jídla, k tomu jim říká žádné slazené džusy, banány, hrušky aj. Jak sama říká „taková ta obecná pravidla“. Diapotraviny nedoporučuje, a pokud chce těhotná nějaké sušenky, tak jedině ve specializovaných prodejnách, ne v supermarketu.

O pojmu výměnná jednotka neví respondentka nic.

Respondentka má pocit, že má dostatek informací o tomto tématu. V jejich nemocnici pořádají pravidelné semináře a toto téma se tam občas vyskytne. Jejich bývalá primářka byla specialistkou na gestační diabetes a mnoho informací získala respondentka od ní. Též je dobrá spolupráce s diabetologem.

Respondentka si myslí, že porodní asistentky jsou schopné starat se o ženu s gestačním diabetem, ale záleží na tom, kde pracují. Má špatné zkušenosti s porodními asistentkami z malých nemocnic, kde, jak má pocit, jsou tyto asistentky špatně informované. Respondentka vysvětluje, že oni mají více zkušeností s tímto problémem a setkávají se s těmito ženami častěji, a proto mohou samostatněji pracovat a zvládají to.

Kazuistika č. 3

Respondentkou č. 3 je porodní asistentka pracující na oddělení rizikového těhotenství ve VFN – U Apolináře Praha.

OGTT na oddělení provádějí, respondentka edukuje pacientky sama a provádí druhý odběr 1 a 2 hodiny po zátěži. Kuřačky edukuje o tom, že nemají během testu kouřit, ale ne vždy to pacientky dodrží.

O pozitivním testu informuje pacientku respondentka a ta také provede první základní edukaci. Pak je pacientka poslána do diabetologické ambulance, kde je podrobně edukována.

Při hospitalizaci ženy s gestačním diabetem sleduje respondentka, zda žena dodržuje dietu, zda pravidelně jí, provádí glykemické profily dle ordinace lékaře, sleduje moč na cukr. Pokud pacientka má glukometr, může si sama sledovat glykémie a

porodní asistentka zapisuje hodnoty do dokumentace. Pokud je pacientka hladová, doporučí, aby si něco koupila nebo dala poslat z domova. Diapotraviny by respondentka pacientce doporučila.

Respondentka popravdě říká, že by byla schopná některé dotazy pacientce zodpovědět, ale pouze pokud by se ptala jenom na základní věci např. co je gestační diabetes nebo základní pravidla ohledně stravy. Při dotazech odbornějšího rázu odkazuje pacientku na diabetologickou ambulanci, kterou pacientka pravidelně navštěvuje. Tato ambulance také poskytuje ženám edukační materiály. Respondentka nezná žádné vhodné internetové stránky. Audiovizuální pomůcky nejsou využívány.

Edukaci ohledně glykemických profilů provádí respondentka sama a může také sdělit výsledky pacientce, pokud má ona zájem.

Pacientky poučí o dietě diabetolog, nutriční terapeut je přizván pouze v případě problémů ke konzultaci.

Pacientce by byla schopná poradit ohledně jídla, ale spoléhá na to, že žena dostala již nějaké materiály od diabetologa.

O pojmu výměnná jednotka má respondentka jenom kusé informace, ví, že souvisí s chlebem a množstvím přijaté potravy, ale přesnou hodnotu neví.

Respondentka s úsměvem říká, že více informací o gestačním diabetu nepotřebuje, stačí jí, co se doví na seminářích pořádaných nemocnicí a toto téma ji příliš nepřitahuje.

Na poslední otázku, zda jsou porodní asistentky schopné edukovat ženy s gestačním diabetem, respondentka odpovídá stručně, ano, ale jen porodní asistentky, které pracují s ženami s gestačním diabetem, ne porodní asistentky např. z porodních sálů.

Kazuistika č. 4

Respondentkou č. 4 je porodní asistentka pracující na oddělení rizikového těhotenství Nemocnice a. s. České Budějovice.

OGTT provádějí na oddělení velmi často, edukaci provádějí v tom smyslu, že pacientku poučí o 12 hodinovém lačnění, pít pouze vody nebo hořkého čaje a

následující den ráno provedou zátěžový test odběrem po 2 hodinách. Respondentka needukuje zvláště kuřačky jak se mají během testu chovat. Předpokládá, že když jsou na oddělení rizikového těhotenství, tak nebudou kouřit.

Pokud je test pozitivní, informuje respondentka pacientku sama a následně ji seznámí s dietním režimem během těhotenství a vysvětlí jí, co je to gestační diabetes a jaký vliv může mít na plod.

Respondentka sleduje u žen s gestačním diabetem, jak dodržují dietu. Jak sama říká, je nutné tyto pacientky průběžně neustále edukovat ohledně stravy. Provádí malé glykemické profily 1 krát týdně, při dekompenzovaném diabetu i 2 krát týdně. Edukuje pacientky ohledně 24 hodinovém sběru moče, tzv. moč na 3 porce. Případné problémy konzultuje s diabetologem, který dochází na oddělení 1 krát týdně. U některých pacientek dle ordinace diabetologa provádí odběr na glykovaný hemoglobin.

Případné dotazy žen s gestačním diabetem by byla respondentka schopna zodpovědět, alespoň v to doufá. Diapotraviny respondentka zásadně odmítá doporučovat.

Edukační materiály mají na oddělení pouze v písemné formě. Respondentka vysvětluje, že v první fázi dostanou ženy informační brožurku a po prvním šoku přijdou za porodními asistentkami. Ženy si musí informace utřídit a následně jsou poučeny také diabetologem a další edukace probíhá dále během hospitalizace. Internetové stránky ženy vyhledávají soukromě. Audiovizuální materiály nemají, respondentka si myslí, že nejsou potřeba.

Kontrolní glykemické profily provádí respondentka a její kolegyně samy, bez intervence ošetřujícího lékaře, samy edukují pacientku a zodpovídají za správnost výsledků, které konzultují přímo s diabetologem. Gynekologové do tohoto procesu nezasahují. Výsledky sdělují pacientce samy a popřípadě volají přímo diabetologa. Pacientky, které si aplikují inzulín, jsou schopné zaučit.

Respondentka říká, že mají možnost konzultovat stravu s dietní sestrou, pokud nastanou nějaké nejasnosti. Ale občas mají pocit, že skladba stravy spíše způsobí, že žena hladoví. Nutriční hodnota souhlasí, ale kombinace jednotlivých potravin je zaráží.

Ohledně stravy edukují pacientky samy. Pokud mají pacientky pocit hladu, radí jim respondentka, aby si daly sklenici mléka, a to většinou zabere.

Pojem výměnná jednotka respondentce nic neříká, neumí ho definovat. Říká, že od diabetoložky vědí, co za co mají vyměnit. Zná určité typy potravin, které jsou vhodné či nikoliv.

O nové informace má respondentka zájem a vysvětluje, že v jejich nemocnici jsou pravidelné semináře pořádané interním oddělením každý rok.

Respondentka si myslí, že ona sama a její kolegyně by byly schopné se postarat o ženu s gestačním diabetem, říká, že za kolegyně na oddělení by dala ruku do ohně, ale nemůže mluvit o ostatních porodních asistentkách. Jako příklad uvádí porodní asistentky z oddělení šestinedělí a konzervativní gynekologie. Dodává, že ostatní porodní asistentky toto onemocnění nezajímá a jsou rády, pokud nemusí jejich edukaci řešit a velmi rychle se snaží pacientku přeložit k nim na oddělení. Nechtějí se učit péči o tyto ženy.

Kazuistika č. 5

Respondentkou č. 5 je porodní asistentka z oddělení rizikového těhotenství Nemocnice a.s. Strakonice.

OGTT občas dělají a edukaci provádí, pacientka nesmí jíst ani pít, 2. odběr se provádí 2 hodiny po zátěži. Respondentka nevidí žádný rozdíl v edukaci kuřačky a nekuřačky. Na oddělení pravidelně kontrolují moč na cukr, pokud je opakovaně pozitivní, informují lékaře a ten naordinuje OGTT.

V případě pozitivního testu provádí první edukaci pacientky diabetolog, který spolupracuje s nemocnicí. Respondentka vzpomíná na diabetoložku, která je nyní v důchodu a se kterou velmi ráda spolupracovala. Jak říká: „Tato lékařka pro to žila a ony věděly, co mají u těchto pacientek dělat a mohly ji kdykoliv kontaktovat“.

U pacientek s gestačním diabetem sleduje respondentka denně moč na cukr, krevní tlak, kontroluje, zda dodržují dietu. Dle jejích slov, některé pacientky i přes opakovaná doporučení dietu porušují a ty nelze uhlídat. Pacientky jsou hospitalizovány každý měsíc na glykemické profily pod dohledem diabetologa. A jak dále respondentka

vysvětluje, mezitím si provádí pravidelně glykemické profily doma pomocí zapůjčeného glukometru. Vyšetření na glykovaný hemoglobin se u nich neprovádí.

Respondentka by byla schopná zodpovědět případné dotazy ženy s gestačním diabetem, ale zároveň dodává, že tyto ženy jsou plně edukovány v diabetologické poradně, kde dostávají i příklad jídelníčku. Pokud nemůže zodpovědět otázku pacientky, může zavolat diabetoložce a poradit se s ní.

Edukační materiály dostávají pacientky v diabetologické poradně. Respondentka vzpomíná, že v minulosti měly na oddělení nějaké informační letáky o tom, jaké potraviny může žena s gestačním diabetem jíst, ale nyní nemají žádné materiály k dispozici. O audiovizuální pomůcky nemá respondentka zájem.

Glykemické profily provádí respondentka po domluvě s diabetologem. Pacientky edukuje sama a sama také zodpovídá za správnost odběru a může výsledek sdělit pacientce. V případě patologických hodnot kontaktuje diabetologa. Respondentka provádí instruktáž u pacientek, které si musejí aplikovat inzulín, sama.

Respondentka spolupracuje také s nutriční terapeutkou v případě nejasností v souvislostech s dietou. Ačkoliv jsou pacientky poučeny od diabetologa, je občas potřeba informace zopakovat nebo upravit dietu a v tom případě přichází nutriční terapeutka na oddělení. V případě nemožnosti kontaktovat diabetologa nebo nutriční terapeutku by byla schopná podat základní informace ohledně diety.

Pojem výměnná jednotka respondentka neumí definovat, ale po sdělení, že výměnná jednotka byla dříve nazývána chlebová jednotka, říká, že už ví, co to je a správně to popíše.

Na základě předchozí otázky by respondentka chtěla více informací o tomto onemocnění a ráda by se zúčastnila třeba nějakého semináře na toto téma, myslí si, že jsou porodní asistentky schopné edukovat ženu s gestačním diabetem po celou dobu těhotenství a následně v šestinedělí.

Kazuistika č. 6

Respondentka č. 6 je porodní asistentka pracující na oddělení rizikového těhotenství a šestinedělí v Nemocnici a. s. Písek

OGTT na oddělení respondentka neprovádí, vše zajišťuje laboratoř nemocnice. Laborantka přijde na oddělení a pacientku si edukuje sama. Respondentka podotýká, že ona ženu poučuje pouze o tom, že musí být nalačno a pokud by zvracela má to hlásit. Dodává, že kuřačky upozorňuje, že nemají kouřit, ale jak říká, na tomto oddělení nemá kouřit nikdo.

Při pozitivním výsledku provádí první edukaci ošetřující lékař, porodní asistentka v této chvíli neprovádí žádnou edukaci pacientky a lékař kontaktuje diabetologickou ambulanci, kde dochází k dalšímu poučení pacientky ohledně stravy a četnosti glykemických profilů.

Při hospitalizaci ženy s gestačním diabetem sleduje respondentka, zda se pacientka správně stravuje. Dle ordinace lékaře edukuje pacientku o sběru moče na porce, nabírá glykovaný hemoglobin a provádí malý nebo velký glykemický profil podle situace. Sleduje také, zda má pacientka při dietě pocit hladu a pokud ano, kontaktuje nutriční terapeutku. Jestliže je pacientka převedena na inzulínovou terapii, edukuje respondentka pacientku o používání inzulínového pera a pomáhá jí, naučit se píchat inzulín pomocí tohoto pera.

Respondentka zcela upřímně říká, že si myslela, že je schopná poradit pacientce ohledně stravy, ale jak vypráví, jedna pacientka jí dokázala, že její znalosti nejsou tak dobré, jak si myslela. Ale základní informace by pacientce dokázala poskytnout. V otázce diapotravín by pacientku odkázala na diabetologickou poradnu. V této chvíli neví, jak odpovědět, váhala by.

Edukační materiál nemají na oddělení žádný k dispozici, a jak respondentka říká, pacientky přicházejí již informovány z diabetologické poradny a pokud je potřeba, získávají porodní asistentky materiál z téhož místa. Internetové stránky respondentka nedoporučuje. Audiovizuální pomůcky nepoužívají.

Edukaci ohledně glykemických profilů provádí pouze respondentka. Plně zodpovídá za správnost odběrů. Informace o výsledcích podává pouze lékař. Respondentka nemá kompetenci sdělit pacientce výsledky. Pokud má pacientka glukometr sebou na oddělení, může si měřit glykémie sama, ale respondentka nabírá také glykémii do laboratoře a provádí kontrolu. Pacientky, které jsou pouze na dietě,

glukometr zpravidla nemají. Instruktaž s inzulínovými pery provádějí v diabetologické ambulanci, ale respondentka je také schopná poradit.

Jak respondentka již řekla, pacientky jsou ohledně diety edukovány v diabetologické poradně a nutriční terapeut je volán v případě nespokojenosti pacientky s dietou nebo pokud je pacientka hladová. Respondentka edukuje pacientky o způsobu rozdělení jídla, které přišlo z kuchyně. Poučuje pacientky o rozdělení porce např. snídaně, kdy si pacientka musí část jídla ponechat na svačinu. Totéž platí i pro odpolední svačinu a II. večeři.

Pojem výměnná jednotka respondentka nezná, pouze tuší, že je obsah něčeho a po sdělení významu tohoto pojmu, říká, že to je záležitost nutričního terapeuta.

Respondentka by určitě chtěla vědět více o gestačním diabetu. Vypráví, že před rokem měly konferenci v nemocnici, kterou pořádalo interní oddělení a součástí byla i přednáška o gestačním diabetu, ale informací bylo málo. Má pocit, že by žádné z porodních asistentek neškodilo trochu víc informací. Říká, že se jí zdá, že máme jen povrchní informace o tomto problému, že potřeba zabrousit víc do hloubky.

Respondentka si myslí, že porodní asistentky jsou schopné edukovat a postarat se o ženu s gestačním diabetem, ale pouze v případě, že jsou ochotny dále se vzdělávat a sledovat novinky v oboru.

Kazuistika č. 7

Respondentkou č. 7 je porodní asistentka pracující střídavě na oddělení rizikového těhotenství + šestinedělí a porodním sále Nemocnice a. s. Klatovy.

OGTT na oddělení nedělají, toto vyšetření zajišťuje pouze laboratoř nemocnice. Veškerou edukaci o testu provádí laborantka, respondentka podává pouze informaci, že pacientka musí být nalačno a zná postup při tomto vyšetření. Uvádí, že se u nich nabírá krev z 1 a 2 hodinu po zátěži. Ví, že pacientka nemá kouřit během testu.

O pozitivním testu informuje dle respondentky pouze lékař, ale jak vzápětí dodává, je na nás, edukovat pacientku o dietním režimu během těhotenství. V tomto okamžiku spolupracují porodní asistentky s nutriční terapeutkou, která pacientkám koncipuje jídelníček.

Respondentka sleduje při hospitalizaci ženy s gestačním diabetem pravidelně váhový přírůstek, hodnoty glykémie, zda pacientka dodržuje dietu. Jak respondentka podotýká, při pohledu na stolec u postele pacientky se dá zjistit hodně. Pravidelně kontroluje moč na cukr a ptá se pacientky, zda nemá hlad.

Případné dotazy týkající se gestačního diabetu je schopná zodpovědět. Ohledně dotazů na dietu a volby potravin při této dietě by byla schopná poskytnout odpovědi na základní otázky, ale určitě by u některých potravin váhala, zda jsou vhodné. Uvádí jako příklad počet pomerančů za den. Respondentka ví, kolik porcí má pacientka přijímat.

Edukační materiály na oddělení nemají, respondentka předpokládá, že v diabetologické poradně pacientky je při pravidelných kontrolách dostávají. Též od nutriční terapeutky si nějaké letáky přinesou. Audiovizuální pomůcky nepoužívají. Internetové stránky nedoporučují.

Respondentka edukuje pacientku ohledně glykemických profilů. Jak sama říká, lékař by měl pacientku informovat o tom, proč jí budou tyto odběry dělány, ale někdy neudělá ani to a porodní asistentka poučí ženu zcela sama. Ženy i snáze přijímají vysvětlení od porodní asistentky než od lékaře. Co se týče sdělování výsledků pacientce a následné edukace v případě hraničních výsledků, zavolá respondentka ošetřujícím lékaři a ten jí sdělí, zda může pacientku informovat či ne. Respondentka též uvádí, že všechny ženy s gestačním diabetem, pokud prošly diabetologickou ambulancí, jsou vybaveny glukometry a pokud je porodní asistentka přítomna při odběru, akceptuje hodnotu z glukometru a tu zapisuje do dokumentace. S inzulínovým perem respondentka pracovat umí, ale instruktáž provádí sestra v diabetologické poradně.

Nutriční terapeutka dochází na oddělení informovat pacientky s gestačním diabetem a zároveň jsou pacientky informovány v diabetologické poradně. Respondentka sděluje, že si není jistá, zda by dovedla sestavit např. jídelníček pro pacientku s gestačním diabetem, zkusila by to, ale asi by nebyl vyvážený.

Pojem výměnná jednotka dokáže definovat, ale není si jistá přesnou hodnotou sacharidů v jedné výměnné jednotce. v této chvíli si respondentka vzpomíná, že výměnné tabulky visí v jídelně na oddělení.

Respondentka by chtěla určitě více informací o tomto tématu, protože v jejich nemocnici žádné semináře nepořádají.

Co se týče poslední otázky, respondentka nevidí důvod, proč by se porodní asistentky nemohly starat o ženu s gestačním diabetem. Pokud budou mít dostatečné znalosti, proč ne.

Kauzistika č. 8

Respondentkou č. 8 je porodní asistentka z oddělení rizikového těhotenství a šestinedělí z Nemocnice a. s. Jindřichův Hradec.

OGTT test na oddělení provádějí, respondentka edukuje pacientku o režimu před testem, během testu. Kontrolní odběr glykémie dělají až 2 hodiny po zátěži. Kuřačky jsou edukovány o tom, aby během testu nekouřily.

Pokud je test pozitivní informuje pacientku jako první lékař, pak přichází porodní asistentka a provede první edukaci pacientky ohledně stravovacího režimu a doplní informace podané lékařem a úzce spolupracuje s nutričním terapeutem. Respondentka mluví o týmové spolupráci lékaře, porodní asistentky a nutričního terapeuta.

Během hospitalizace této pacientky sleduje podávanou stravu a stravu, kterou pacientka dostává z domova. Pacientky pouze na dietě dostávají z nemocniční kuchyně jídlo 3 krát denně, svačiny si obstarávají dle doporučení porodní asistentky samy, pouze ženy s inzulínovou terapií dostanou svačiny a II. večeři od nemocnice. Diapotraviny nedoporučuje, říká, že často k úpravě glykemií v těhotenství postačí eliminace cukru v přijímané stravě. Respondentka kontroluje, zda pacientky netrpí pocitem hladu a v případě pozitivní odpovědi kontaktuje nutričního terapeuta a domluví se o změně stravy. 1 krát týdně kontroluje hmotnost pacientky a zapisuje ji do dokumentace. Při dotazu na další speciální vyšetření odpovídá respondentka, že to vše záleží na ordinaci lékaře a diabetologa.

Ano, respondentka je schopna vysvětlit pacientce, co je gestační diabetes, poskytnout jí základní rady, týkající se diabetické diety, ale velmi spoléhá na možnost konzultovat odpovědi s diabetologickou poradnou.

Edukační materiál na oddělení nemají k dispozici. Veškeré informační brožury si nosí pacientky z diabetologické poradny, popř. jim je poskytuje nutriční terapeut. Audiovizuální pomůcky nejsou u nich využívány. Internetové stránky respondentka nedoporučuje, protože, jak říká, na internetu je spousta neověřených informací a sama by z internetu informace nezískávala, ale nemá nejmenší iluze, že ženy čerpají spoustu informací právě z internetových stránek různých magazínů. Říká, že má dobré zkušenosti s pacientkami, které informace získávají od někoho z rodiny, kdo má diabetes nebo mají kamarádku, která měla v těhotenství též gestační diabetes. Ale nejvíc spoléhá na ústní pohovor s nutriční terapeutkou.

Co se týče glykemických profilů, prováděných na oddělení lékař tyto profily ordinuje a vysvětlí podstatu vyšetření pacientce, vlastní edukaci provádí porodní asistentka sama a může při zpětném dotazu pacientky také sama sdělovat výsledek. Glukometry na oddělení některé ženy používají, ale pouze ty ženy, které si aplikují inzulin. Ženy pouze na dietě glukometr nemají. Instruktaž ohledně aplikace inzulinu inzulinovými pery provádí sestra v diabetologické poradně.

Jak již respondentka uvedla, podstupují pacientky konzultaci s nutriční terapeutkou. Respondentka dovede poradit pacientce v případě hladu a je schopna poradit při případných nejasnostech, ale např. jídelníček by si netroufala sestavit. Na to nemá dost znalostí, ale ví, na koho se může obrátit.

Spíše ví něco o vážení potravin při dietě, ale výměnná jednotka je termín, který nepoužívá a její definici nezná. Při zmínce o jejím starším názvu, říká, že tento výraz už někdy slyšela.

Dle svých slov má respondentka dostatek informací o tom, co je to gestační diabetes, pravidelně jsou v nemocnici pořádány nemocniční semináře. Chválí své mladší kolegyně, že si aktivně spoustu informací vyhledávají samy a ona se pak ráda poučí. Pokud není schopna ženě nějaký dotaz zodpovědět, ví, na koho se má obrátit.

Respondentka si myslí, že porodní asistentky se mohou starat o ženu s gestačním diabetem, ale zároveň dodává, že týmová spolupráce gynekologa, porodní asistentky a diabetologa je pro pacientku mnohem lepší a je jí poskytována kvalitnější péče, než kdyby o ni pečovala pouze porodní asistentka.

Kazuistika č. 9

Respondentkou č. 9 je porodní asistentka z oddělení rizikového těhotenství Fakultní nemocnice Plzeň.

OGTT na oddělení provádějí, porodní asistentky kompletně edukují pacientku ohledně stravy (lehká večeře, zelenina), odběru nalačno, odběr po zátěži za 2 hodiny, během testu pacientka nesmí pít. Na kouření respondentka upozorňuje, ale z důvodu těhotenství, ne kvůli testu. Jak sama říká, kouření nemá na výsledek testu žádný vliv.

Jako první informuje pacientku lékař, který jí podá základní informace, porodní asistentka edukuje pouze o způsobu stravování, četnosti glykemických profilů, způsobu odběru. Pak následuje konzultace s nutričním terapeutem a respondentka dodává, že jejich staniční sestra je odbornicí na gestační diabetes a proto často edukuje pacientku ona.

U pacientky s gestačním diabetem sleduje porodní asistentka, zda dodržuje dietu, zda nehladoví, každý den kontroluje moč pomocí diagnostických proužků, pravidelně nabírá glykovaný hemoglobin, 1 krát týdně zapisuje váhový přírůstek těhotné, ve spolupráci s pacientkou provádí glykemické profily, které kontroluje a případné odchylky hlásí diabetologovi. Informuje pacientku o nutnosti, rozdělit si stravu do více porcí. Diapotraviny nedoporučuje, ale ihned doplňuje, že pokud je žena má k dispozici, není proti.

Respondentka uvádí, že je schopná pacientce zodpovědět případné otázky, ale pouze takové, jako např. co je gestační diabetes, co smí a co nesmí jíst v těhotenství, umí navrhnout jednoduché kombinace jídel, umí pracovat s glukometrem, umí edukovat pacientku o používání inzulínových per.

Na oddělení používají pouze písemné edukační materiály, které vytváří staniční sestra, návrhy jídelníčku dostávají pacientky od nutriční terapeutky a pár informačních letáků je pacientkám k dispozici v jídelně. Internetové stránky respondentka nezavrhne, ale nezná žádné, které by pacientkám doporučila. Audiovizuální pomůcky nepoužívají.

Edukace ohledně glykemických profilů je plně v režii porodních asistentek. Všechny těhotné s gestačním diabetem jsou vybaveny glukometry, které aktivně

používají i na oddělení. Respondentka je naučí s glukometrem pracovat a dostanou přesný rozpis, kdy si mají glykémii nabírat a příslušné hodnoty zapisují do tabulek, které dostanou od porodní asistentky. Tyto hodnoty jsou potom přenášeny do pacientčiny dokumentace. Respondentka edukuje ženy, pokud si musí aplikovat inzulín pomocí inzulínového pera.

Pacientky o nutné dietě poučí nutriční terapeutka. Pokud nutriční terapeutka nemůže z nějakého důvodu přijít, má jejich staniční sestra dostatečné znalosti této problematiky a porodní asistentky na tomto oddělení jsou schopné podat základní informace.

O pojmu výměnná jednotka nic neví. Říká, že to při své práci nepotřebuje.

Respondentka má pocit, že je dostatečně vzdělána v této oblasti. Vysvětluje, že v nemocnici pravidelně pořádají semináře, v kterých je občas toto téma probíráno. A pokud něco neví, zeptá se staniční sestry, která v souvislosti se svou bakalářskou prací, získala potřebné znalosti.

Na poslední otázku odpovídá po malém zamyšlení, že porodní asistentky mají dostatečné znalosti o tom, co je gestační diabetes a že by se mohly o ženu s gestačním diabetem od počátku gravidity až porodu docela dobře postarat.

Kazuistika č. 10

Respondentkou č. 10 je porodní asistentka z oddělení gynekologicko – porodnického Nemocnice a. s. Český Krumlov.

OGTT se na oddělení provádí a respondentka informuje pacientku před testem sama. Lékař do této činnosti vůbec nezasahuje. Pacientka je edukována o tom, že má večer předtím jíst normální stravu a odběr se provádí nalačno se 75 g glukózy a kontrolní odběr se provádí po 2 hodinách po vypití glukózy. Kuřáčky respondentka nijak neupozorňuje na to, že nemají kouřit.

Respondentka informuje v případě pozitivity testu lékaře, který vysvětlí pacientce, že bude držet dietu. Porodní asistentka upozorňuje ženu na to, jak bude označena její dieta a seznamuje ji se základními pravidly diabetické diety. Případně zodpoví dotazy pacientky.

Při hospitalizaci ženy s gestačním diabetem sleduje respondentka, jak se žena stravuje, co dostává od příbuzných, ptá se ženy, zda nemá hlad, provádí dle ordinace lékaře glykemické profily, 1 krát týdně kontroluje váhový přírůstek u těhotné a každý den měří krevní tlak. Diapotraviny po chvílce přemýšlení nedoporučí, ale jak přizná, vlastně ani neví proč. Seznámí pacientku s tím, že dopolední a odpolední svačinu si musí zajistit sama. A vysvětlí jí, že společně s večeří dostane i II. večeří.

Respondentka říká, že je schopná vysvětlit pacientce, co je to gestační diabetes a jaký má vliv na dítě a pár věcí o skladbě potravin, ale jídelníček sestavit neumí.

Na oddělení nemá respondentka žádné edukační materiály vhodné pro ženu s gestačním diabetem. Ví, že nějaký leták dostávají ženy od nutriční terapeutky. Internetové stránky žádné nezná, říká, ženy si informace stejně najdou, aniž by jim musela něco doporučovat a některé to stejně nezajímá. Audiovizuální pomůcky nepoužívají.

Na oddělení jsou prováděny glykemické profily dle ordinace lékaře a porodní asistentka edukuje pacientky zcela sama a také sleduje výsledky a případnou patologii, kterou hlásí lékaři po skončení profilu. Výsledky může sdělit pacientce a případně spolu s pacientkou pátrá po eventuální příčině. Glukometry dostávají pouze pacientky, které si aplikují inzulin, a proto se respondentka s glukometry setkává pouze zřídka. I když má pacientka svůj glukometr, musí porodní asistentka odebrat krev na vyšetření glykémie a odeslat náběr do laboratoře. Instruktaž s inzulinovými pery provádí diabetologická poradna.

Každá pacientka je odesílána do nutriční poradny, kde je edukována ohledně stravy. Respondentka neví, co by dělala v případě nemožnosti kontaktovat nutriční terapeutku, říká, že nějaké informace by určitě dala dohromady.

Pojem výměnná jednotka nezná, slyší jej poprvé.

Respondentka říká, že by určitě chtěla o gestačním diabetu vědět více, zvláště by se chtěla naučit sestavovat jídelníček pro tyto pacientky. Byla na jednom semináři, kde byla přednáška o gestačním diabetu, ale tam se nic nového nedozvěděla.

Respondentka si myslí, že jsou porodní asistentky schopné, postarat se o ženu s gestačním diabetem, ale pouze v případě fyziologických hodnot glykémie. Určitě by ale měly být více vyškoleny v otázce dietních opatření.

Tabulka 1 Osoba edukující při testu OGTT

respondentka	osoba provádějící test	osoba edukující ženu
R 1	porodní asistentka, laborant	porodní asistentka
R 2	porodní asistentka	porodní asistentka
R 3	porodní asistentka	porodní asistentka
R 4	porodní asistentka	porodní asistentka
R 5	porodní asistentka	porodní asistentka
R 6	laborant	laborant, porodní asistentka
R 7	laborant	laborant, porodní asistentka
R 8	porodní asistentka	porodní asistentka
R 9	porodní asistentka	porodní asistentka
R 10	porodní asistentka	porodní asistentka

R2, R3, R4, R5, R8, R9, R10 OGTT test osobně provádějí a edukují ženu před testem a během testu OGTT. R6 a R7 test OGTT neprovádějí, volají laboranta, který těhotnou edukuje a porodní asistentka zodpoví případné otázky během testu. R1 uskuteční vyšetření OGTT jen u pacientky, která má naordinován přísný klid na lůžku a tuto pacientku také edukuje.

Tabulka 2 Edukace – pitný režim, stravování a kouření před a během testu OGTT

respondentka	stravovací režim	pitný režim během testu	kuřáčky
R1	racionální strava, ráno nalačno	hořký čaj, čistá voda	předpoklad, že nekouří
R2	racionální strava, ráno nalačno	čistá voda	zákaz kouření
R3	racionální strava, ráno nalačno	nespecifikuje	zákaz kouření
R4	racionální strava, ráno nalačno	hořký čaj, čistá voda	předpoklad, že nekouří
R5	ráno nalačno	zákaz pití	needukuje
R6	ráno nalačno	nespecifikuje	zákaz kouření
R7	ráno nalačno	nespecifikuje	zákaz kouření
R8	racionální strava, ráno nalačno	čistá voda	zákaz kouření
R9	lehká večeře + zelenina, ráno nalačno	zákaz pití	předpoklad, že nekouří
R10	racionální strava, ráno nalačno	hořký čaj, čistá voda	needukuje

R1, R2, R3, R4, R8, R10 doporučují ženám večer před testem racionální stravu bez restrikce sacharidů a v den testu OGTT lačnit. R5, R6, R7 edukují těhotné pouze o lačnění v den testu OGTT. R9 doporučuje večer před testem lehkou večeři se zeleninou.

R1, R4, R10 edukují ženy o pitném režimu během testu OGTT a doporučují pít hořký čaj nebo čistou vodu. R3, R6, R7 nepodávají žádné informace o pitném režimu během testu OGTT. R5 a R9 zakazují těhotným během testu OGTT pít jakékoliv tekutiny, kromě čaje s glukózou.

R1, R4, R9 neupozorňují těhotné na zákaz kouření během testu OGTT. Předpokládají, že těhotná žena hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství nekouří. R2, R3, R6, R7, R8 poučí těhotné o zákazu kouření během testu. R5 a R10 needukují těhotné ženy o zákazu kouření během testu OGTT.

Tabulka 3: Osoba provádějící edukaci v případě positivity testu OGTT

Responentka	lékař	porodní asistentka
R1	informace o diagnóze	ne
R2	informace o diagnóze	informace o dietě a onemocnění
R3	ne	základní informace
R4	ne	informace o dietě a onemocnění
R5	diabetolog - veškeré informace	ne
R6	informace o diagnóze	ne
R7	informace o diagnóze	informace o dietě
R8	informace o diagnóze	informace o dietě
R9	informace o diagnóze	ne, pouze staniční sestra
R10	informace o diagnóze	informace o dietě - pouze základní

R1, R5, R6 needukuje těhotnou v případě positivity testu OGTT. První edukaci provádí gynekolog, u R5 pouze diabetolog. R3, R4, R10 podá těhotné s pozitivním testem OGTT základní informace. R5 se edukace neúčastní, veškeré informace podává diabetolog. R2 podává informace o dietě a onemocnění, lékař pouze seznámí těhotnou s diagnózou. R7 a R8 poučují těhotnou pouze o dietě, lékař podává informace o diagnóze GDM. R9 se edukace neúčastní, informuje staniční sestru a ta podává informace.

Tabulka 4: Sledované hodnoty u žen s GDM

responentka	dodržování diety	hodnoty glykémie	pocit hladu	kontrola cukru v moči, albuminurie	krvní tlak	váhový přírůstek	glykovaný hemoglobin
R1	ano	ano	ano	albuminurie	nevedla	nevedla	ano
R2	ano	ano	ano	ano	nevedla	nevedla	ano
R3	ano	ano	ano	ano	nevedla	nevedla	ano
R4	ano	ano	ano	albuminurie	nevedla	nevedla	ano
R5	ano	ano	nevedla	ano	ano	nevedla	nevedla
R6	ano	ano	ano	albuminurie	nevedla	nevedla	ano
R7	ano	ano	nevedla	ano	nevedla	ano	nevedla
R8	ano	ano	ano	nevedla	nevedla	ano	nevedla
R9	ano	ano	ano	ano	nevedla	nevedla	ano
R10	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne

Dodržování diety a hodnoty glykémie sledují všechny respondentky. R1, R2, R3, R4, R6, R8, R9 a R10 kontrolují, zda těhotná s GDM nemá pocit hladu. R5, R7 neuvádí sledování pocitu hladu u pacientek. Respondentky R1, R4 a R6 provádějí sběr moči na porce nebo sběr moči na stanovení albuminurie, R2, R3, R5, R7, R9, R10 sledují pouze moč na cukr pomocí diagnostických proužků. R8 neuvádí kontrolu cukru v moči. R5 a R10 měří pravidelně krevní tlak u těhotné s GDM. R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9 neuvádí měření krevního tlaku u těhotných s GDM. Váhový přírůstek sledují respondentky R7, R8 a R10. Respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R9 váhový přírůstek nekontrolují.

Tabulka 5: Edukační pomůcky

Respondentka	Textové pomůcky	internet
R1	ano, u diabetologa	ne
R2	ano	ne
R3	ano, u diabetologa	ne
R4	ano	ne
R5	ano, u diabetologa	ne
R6	ano, u diabetologa	ne
R7	ano, u diabetologa a nutričního terapeuta	ne
R8	ano, u diabetologa a nutričního terapeuta	ne
R9	ano, dále je poskytuje nutriční terapeut	ne
R10	ano, u nutričního terapeuta	ne

R2, R4 a R9 mají edukační materiály přímo na oddělení. R1, R3, R5, R6 textové pomůcky na oddělení nemají, ženy je dostávají v diabetologické poradně. R7, R8 také edukační materiály získávají od diabetologa nebo nutričního terapeuta. R9, R10 posílají ženy s GDM k nutričnímu terapeutovi a ten poskytuje edukační pomůcky. Žádná z respondentek nedoporučuje internetové stránky.

Tabulka 6: Edukace – glykemické profily, použití inzulínového pera

	kdo edukuje	kdo informuje o výsledku	instruktáž - inzulínové pero
R1	porodní asistentka	porodní asistentka	ano, ale první instruktáž v diabetologické ambulanci
R2	porodní asistentka	porodní asistentka	ano
R3	porodní asistentka	porodní asistentka	diabetologická poradna
R4	porodní asistentka	porodní asistentka	ano
R5	porodní asistentka	porodní asistentka	ano, ale první instruktáž v diabetologické ambulanci
R6	porodní asistentka	lékař	diabetologická poradna
R7	porodní asistentka	záleží na rozhodnutí lékaře, kdo informuje	diabetologická poradna
R8	porodní asistentka	porodní asistentka	diabetologická poradna
R9	porodní asistentka	porodní asistentka	ano
R10	porodní asistentka	porodní asistentka	diabetologická poradna

Všechny respondentky edukují ženy s GDM o glykemických profilech. R1, R2, R3, R7, R9 kontrolují výsledky z glukometrů pacientek a mají kompetenci informovat o výsledku glykémie. R4, R5, R8, R10 jsou kompetentní sdělit výsledky glykémie pacientce. R6 nemůže oznámit výsledek glykémie pacientce, v tomto případě výsledek sděluje lékař. R7 konzultuje výsledek s ošetřujícím lékařem a ten rozhodne, kdo výsledek oznámí pacientce. R1, R4 provádějí instruktáž, ale pacientka podstupuje první seznámení s inzulínovým perem v diabetologické poradně, porodní asistentky pouze kontrolují a popřípadě zpočátku pomáhají s aplikací. R3, R6, R7, R8, R10 tuto instruktáž neprovádějí, ale jsou schopné pomoci pacientce s aplikací. R2, R4, R9 provádějí celou instruktáž samy

Tabulka 7: Účast nutričního terapeuta, schopnost porodní asistentky sestavit jídelníček a definovat výměnnou jednotku

respondentka	účast nutričního terapeuta	porodní asistentka a jídelníček	Co to je výměnná jednotka
R1	pouze pokud pacientka stěžuje na hlad	je schopná poradit jednoduché kombinace jídel	10 g. Sacharidů
R2	ne	radí sledovat připravovaná jídla	nezná
R3	pouze při problémech	odkazuje na diabetologa	nezná
R4	ne	umí kombinovat potraviny	nezná
R5	pouze při problémech	zná pouze základní informace	zná pojem chlebová jednotka
R6	pouze pokud pacientka stěžuje na hlad, nespokojenost	schopná poradit jednoduché kombinace jídel	nezná
R7	ano	zkusila by sestavit jídelníček, ale není si jistá, zda by byl vyvážený	umí definovat, ale nezná hodnotu sacharidu v 1 v. j.
R8	ano	základní informace, konzultace s diabetologem	nezná
R9	ano	základní informace, staniční sestra odbornice	nezná
R10	ano	základní informace, ne jídelníček	nezná

R1, R3, R5, R6 kontaktují nutričního terapeuta jen v případě problémů se stravou. U R2, R4 se nutriční terapeut neúčastní edukačního procesu s ženami s gestačním diabetem. R7, R8, R9, R10 spolupracují s nutričním terapeutem.

R1 je schopná poradit jednoduché kombinace jídel. R2 radí sledovat připravovaná jídla v nemocnici. R3 odkazuje ženy na diabetologa. R4, R6 znají jednoduché kombinace jídel. R7 umí sestavit jídelníček, ale není si jistá vyvážeností jídel. R5, R8, R9, R10 poskytují pouze základní informace o dietě.

R1 umí definovat pojem výměnná jednotka. R2, R3, R4, R6, R8, R9 a R10 výraz výměnná jednotka neznají. R7 správně popíše, co je to výměnná jednotka, ale nezná

přesnou hodnotu obsahu sacharidů v jedné výměnné jednotce. R5 zná starší označení chlebová jednotka.

Tabulka 8: Informace a schopnost porodních asistentek edukovat ženy s gestačním diabetem

respondentka	potřeba dalších informací ohledně GDM	edukace těhotných porodními asistentkami - názor
R1	ano, více novinek	ano, ale musí mít dostatečné znalosti
R2	ne	ano, ale záleží na tom, v které nemocnici pracují a jaké mají zkušenosti
R3	ne	ano, záleží na tom, na jakém oddělení porodní asistentka pracuje
R4	ano, v nemocnici mají pravidelné semináře	ano, ale jenom porodní asistentky z oddělení rizikového těhotenství
R5	ano	ano
R6	ano, hlubší poznání problému	ano, nutnost dalšího vzdělání
R7	ano	ano, dostatečné znalosti
R8	ne, ale fandí aktivnímu vyhledávání informací	ano, ale vyhovuje jí týmová spolupráce
R9	ne, ale účastní se seminářů	ano
R10	ano	ano, nutnost dalšího vzdělání

R1, R4, R5, R6, R7, R10 mají potřebu dalších informací o GDM. R2, R3, R8 nechtějí další informace o gestačním diabetu. R9 konstatuje, že informací má dostatek, ale účastní se seminářů.

R1, R7, R6, R10 uvádějí, že jsou porodní asistentky schopné edukovat ženu s gestačním diabetem, ale musí být dostatečně vzdělány v této problematice. R2, R3, R4 tvrdí, že porodní asistentka je schopná edukovat ženu s GDM, ale záleží na nemocnici a oddělení, kde pracuje. R5, R9 jsou přesvědčeny, že porodní asistentky mohou edukovat ženu s gestačním diabetem.

4. 2 Rozhovory s ženami, které mají diagnostikovány gestační diabetes

Kazuistika č. 1

Respondentka č. 1 je pacientka po porodu dvojčat s diagnostikovaným gestačním diabetem kompenzovaným dietou, I. para. Během těhotenství ležela na oddělení rizikového těhotenství FN Motol v Praze.

Respondentka vypráví, že od 28. týdne gravidity ležela v nemocnici a vzhledem k tomu, že není z Prahy, si nestihla dojít na test OGTT v místě bydliště. Když byla v 30 týdnu gravidity, položila ji porodní asistentka otázku, zda má již test proveden. Respondentka odpověděla, že jí test dosud nebyl proveden. Test proběhl ještě tentýž týden, byl pozitivní. O výsledku OGTT ji informoval lékař, který jí podal také první informace o gestačním diabetu.

Respondentka uvádí, že jí informace, kromě lékaře, podala také porodní asistentka a asi za týden navštívila diabetologickou poradnu, kde dostala všechny potřebné informace. Respondentka získala také informační leták, týkající se stravování. Informace získávala respondentka také sama, ptala se ostatních pacientek s gestačním diabetem, manžel vyhledával informace na internetu.

Porodní asistentka jí poradila, kolikrát denně má jíst, jaké potraviny má jíst, ale jak respondentka uvádí, byly to jenom základní informace. Také jí dala instrukce, kdy má chodit na odběr glykémie a poskytla jí informační leták, který je k dispozici na oddělení. Na podrobnější informace o stravování musela čekat týden, ty jí poskytl až diabetolog. Glukometr respondentka nedostala.

Na porodní asistentky se respondentka může kdykoliv obrátit s dotazem, také ihned uvádí příklad. Před časem měla problém s nějakou potravinou o víkendu a porodní asistentka jí pomohla problém vyřešit.

Na počátku pociťovala hlad, ale ke konci těhotenství si zvykla. Během těhotenství, ač měla přijímat stravu vícekrát denně, nedostávala svačiny, II. večeři. Jídlo si zajišťovala sama.

Ohledně gestačního diabetu spolupracuje respondentka s porodní asistentkou pouze při odběru krve na cukr a kontrole moči. Porodní asistentka jí poskytuje informace v případě nepřítomnosti diabetologa.

O tom jakou dietu bude držet respondentka po porodu, byla informována v diabetologické poradně. Říká, že nyní může normálně jíst a potom jí budou provedeny znova testy, zda má nebo nemá cukrovku.

Spolupráci s porodními asistentkami ohledně informací a pomoci, týkající se gestačního diabetu hodnotí jako dobrou. Nemá připomínky.

Kazuistika č. 2

Respondentka č. 2 je pacientka po porodu prvního dítěte císařským řezem, ležící na oddělení šestinedělí VFN U Apolináře v Praze. Má diagnostikovaný gestační diabetes, kompenzovaný dietou.

O výsledku testu ji informovala lékařka na interním oddělení a k této lékařce také respondentka celé těhotenství docházela na pravidelné kontroly.

Veškeré informace o gestačním diabetu dostala respondentka do jednoho týdne. Mezitím získala nějaké informace z internetu, tento způsob získávání informací jí poradila diabetoložka. Na internetu našla informace o tom, co je to gestační diabetes. O pohybovém režimu byla informována a snažila se podnikat procházky po každém jídle.

Respondentka byla edukována pouze diabetoložkou. Byl jí zapůjčen glukometr, edukaci provedla diabetologická sestra.

Porodní asistentka jí během těhotenství neposkytla žádné informace o gestačním diabetu. Respondentka navštěvovala porodnickou ambulanci v nemocnici. Říká, že se porodní asistentky spoléhaly na to, že informace dostane v diabetologické ambulanci, kam chodila každý týden na kontroly. Ani ona sama neměla potřebu se jich ptát.

Z uvedeného vyplývá, že v žádné konkrétní situaci, týkající se gestačního diabetu, respondentka nespolupracovala s porodní asistentkou.

Po porodu se respondentka zeptala porodních asistentek na oddělení na další postup a byla informována o tom, že po šestinedělí se budou provádět kontrolní testy.

Dietu drží i nadále. Pocit hladu měla v těhotenství často, řešila to porušením diety. Nyní má pocit hladu také. Nikomu to neříká a sama se dojídá z vlastních zásob.

Na závěr rozhovoru se respondentka hodnotí spolupráci s porodními asistentkami. Během těhotenství od nich žádnou informaci o gestačním diabetu nedostala, když byla hospitalizována těsně před porodem, řekly jí, jak bude mít značenu dietu a pravidelně jí braly krev na glykémii. Informovaly jí o kontrolním testu po šestinedělí a to bylo všechno.

Kazuistika č. 3

Respondentkou č. 3 je pacientka po spontánním porodu prvního dítěte. Respondentka docházela do diabetologické poradny v Českých Budějovicích. Gestační diabetes byl kompenzován dietou. Rozhovor proběhl na gynekologicko – porodnickém oddělení Nemocnice Český Krumlov.

O výsledku OGTT informoval respondentku její gynekolog, který ji zároveň objednal do diabetologické poradny.

V těhotenství tedy sledoval respondentku, kromě gynekologa i diabetolog. Respondentka byla edukována za 10 dnů, po sdělení diagnózy. Tato doba pro ni nebyla dlouhá, nějaké informace našla i na internetu, ale paní doktorka jí sdělila veškeré informace, které potřebovala vědět. Byla informována o stravě, pohybu, glukometr nedostala, ale pravidelně jí byly přidělovány zkumavky na moč a krev. Dle pokynů paní doktorky si odebírala moč i krev a nosila je do laboratoře.

Od paní doktorky také obdržela nějaké informační materiály. Informace jí podávala převážně diabetoložka, ale také porodní asistentka, která pracuje u jejího gynekologa. Informovala jí o tom, co je to gestační diabetes a vysvětlila jí, že její hladiny cukru musí být fyziologické, aby bylo miminko v pořádku. Hlad v těhotenství nepocítovala.

Během těhotenství neměla respondentka potřebu otázek, ale jak sama řekla, věděla, že se může obrátit na diabetoložku nebo onu porodní asistentku.

O dietě po porodu byla edukována porodní asistentkou v nemocnici, následně dodá, že tato otázka měla být řešena v diabetologické poradně v den porodu respondentky.

Respondentka hodnotí spolupráci s porodní asistentkou jako dobrou. Převážnou většinu informací získala od diabetologa, ale byla ráda, že v těhotenské poradně se má na koho obrátit.

Kazuistika č. 4

Respondentkou č. 4 je pacientka po spontánním porodu prvního dítěte. Její gestační diabetes je kompenzován dietou. Chodila také do diabetologické poradny v Českých Budějovicích. Rozhovor proběhl také v Nemocnici Český Krumlov.

O výsledku OGTT informovala respondentku její gynekoložka. Během těhotenství jí kromě gynekologa sledoval i diabetolog.

Veškeré informace, týkající se gestačního diabetu dostala respondentka během 3 dnů v diabetologické poradně. Ale její gynekoložka jí ihned po sdělení pozitivního výsledku, informovala o tom, co je to gestační diabetes, co má jíst, kolik porcí denně a jaký pohybový režim má mít. V poradně také obdržela informační materiály, které jí dala paní doktorka. V diabetologické poradně ji edukovala diabetoložka a diabetologická sestra. Glukometr nedostala, odebírala si sama krev a sbírala moč a vozila vzorky do laboratoře.

S porodní asistentkou se během těhotenství nesetkala, až před porodem a na porodním sále a žádné informace ohledně gestačního diabetu od ní neobdržela.

Pokud by respondentka měla nějaké otázky, zeptala se v diabetologické poradně doktorky nebo sestřičky.

Ohledně diety po porodu ji nikdo needukoval, respondentka to ale znala z diabetologické poradny. Během těhotenství neměla respondentka žádný pocit hladu.

Jak už uvedla, dostatečné informace obdržela v diabetologické poradně nebo od gynekoložky, porodní asistentky s ní o gestačním diabetu příliš nemluvily a ona neměla potřebu ptát se. Nemůže tudíž hodnotit spolupráci s porodními asistentkami v této věci.

Kazuistika č. 5

Respondentkou č. 5 je pacientka po spontánním porodu prvního dítěte. Rozhovor byl veden v Nemocnici Strakonice na oddělení šestinedělí. U pacientky se jedná o gestační diabetes na dietě.

O výsledku OGTT ji informovala laborantka, která test prováděla, ale neřekla jí úplně přesné informace. O několik dní později jí její gynekoložka vysvětlila, že hodnota glykémie hodinu po zátěži byla malinko vyšší a objednala ji do diabetologické poradny.

Během těhotenství byla pacientka sledována v diabetologické poradně. Vzhledem k době vánočních svátků a Nového roku se respondentka dostala do diabetologické poradny později, ale mezitím si našla hodně věcí na internetu. Jak říká: „Měla velkou výhodu v tom, že její kamarádka rodila před 6 měsíci a měla taky gestační diabetes. Od ní získala především praktické informace o stravě“.

V diabetologické poradně byla edukována přímo lékařkou, která jí i vysvětlila, proč má vůbec držet dietu. Edukační materiál žádný nedostala. Glukometr respondentka dostala při první návštěvě a byla edukována diabetologickou sestrou.

S porodní asistentkou se během těhotenství nesetkala a žádné informace ohledně gestačního diabetu od porodní asistentky nezískala. Jestliže potřebovala zodpovědět nějaký dotaz, obracela se na diabetologa, s kterým setkávala každých 14 dní.

Při příjmu na oddělení, byla porodní asistentkou informována o dietě, ale žádné jiné informace nedostala. O dietě po porodu má respondentka nyní nejasnosti, neboť diabetolog jí řekl, že po porodu bude i nadále držet dietu, ale nyní 2 dny po porodu již dostává normální stravu. Zatím se nikoho nezeptala. Také udává pocit hladu, který má nyní v porodnici. Má zkušenosti z těhotenství, že když měla pocit hladu, objevily se jí v moči ketolátky. Mrzí ji, že další setkání s diabetologem bude až za půl roku na testu OGTT, ráda by zeptala, proč.

Respondentka uvádí, že od porodních asistentek žádné informace nepotřebovala, neboť všechno věděla z diabetologické poradny. Porodní asistentky pouze konstatovaly, že má gestační diabetes a proto má indukovaný porod.

Kazuistika č. 6

Respondentkou č. 6 je pacientka po porodu dvojčat. Rodila poprvé. Gestační diabetes na dietě. Rozhovor proběhl v Plzni.

OGTT neměla provedeno, neboť u ní byl zjištěn cukr v moči a měla vysokou glykémii nalačno, a proto jí její gynekolog odeslal k hospitalizaci. Kromě gynekologa byla sledována v diabetologické poradně.

Informace dostala během několika dnů od nutričního terapeuta, který jí poučil o stravě. Glukometr dostala a byla edukována porodní asistentkou. Porodní asistentka ji také kontrolovala a konzultovala s ní výsledky.

Respondentka neměla příliš otázek, neboť její sestřenice měla v těhotenství také diabetes a hodně informací měla od ní. Byla velmi ukázněný pacient, jedla jenom nemocniční stravu. Hlad neměla, spíše jí dělalo potíže, sníst II. večeři, ale pak si zvykla.

Porodní asistentka jí edukovala pouze v případě glykemických odběrů, měla možnost se na porodní asistentky kdykoliv obrátit, ale nevyužila toho.

Po propuštění byla spolupráce s porodními asistentkami nulová, vše řídila diabetologická poradna.

O dietě po porodu věděla již z diabetologické poradny, porodní asistentky jí to také řekly.

Spolupráci s porodními asistentkami hodnotí jako dobrou, ale příliš jí nevyužila.

Kazuistika č. 7

Respondentkou č. 7 je pacientka po císařském řezu, gestační diabetes kompenzovaný inzulínem. Rozhovor proběhl v Českém Krumlově.

O výsledku OGTT informovala respondentku porodní asistentka z porodnické ambulance. Během těhotenství byla respondentka sledována i v diabetologické poradně.

Vzhledem k tomu, že respondentka pracovala na interně jako zdravotní sestra, věděla něco o diabetické dietě. Dále byla edukována nutriční terapeutkou při hospitalizaci kvůli glykemickým profilům. Protože u respondentky přetrvávala

hyperglykémie, byla odeslána do diabetologické poradny, kde byl nasazen inzulín. Respondentka dostala glukometr a byla edukována o používání inzulínových per. Respondentka dostala základní informace o gestačním diabetu od porodní asistentky, informace o stravě od nutričního terapeuta. Porodní asistentka ji také edukovala o glykemických profilech a informovala ji o výsledcích.

Pokud respondentka potřebovala zodpovědět nějaké otázky, obracela se na diabetologickou poradnu.

S porodní asistentkou spolupracovala pouze při testu OGTT, glykemických profilech a porodní asistentka jí poskytla základní informace, co je gestační diabetes.

O dítě po porodu byla edukována jak v diabetologické poradně, tak i porodní asistentkou. Během těhotenství neměla pocit hladu.

Respondentka nechce příliš hodnotit spolupráci s porodními asistentkami. Říká, že podstatné informace dostala v diabetologické poradně. Porodní asistentky jí příliš neporadily ohledně kombinace jídel. Ale na druhou stranu, spolupráce při glykemických profilech fungovala výborně.

Tabulka 9: Osoba informující a edukující ženu o výsledku OGTT a gestačním diabetu

Respondenka	osoba informující ženu o výsledku OGTT	Osoba edukující ženu ohledně GDM
R1	gynekolog	diabetolog, porodní asistentka
R2	diabetolog	diabetolog, diabetologická sestra
R3	gynekolog	diabetolog, porodní asistentka
R4	gynekolog	gynekolog, diabetolog, diabetologická sestra
R5	laborantka, gynekolog	diabetolog, kamarádka s GDM, diabetologická sestra
R6	nebyl proveden	nutriční terapeut, porodní asistentka, diabetolog
R7	porodní asistentka	nutriční terapeut, porodní asistentka, diabetolog

R1, R3, R4 byly informovány o výsledku gynekologem, R5 oznámila výsledek nejprve laborantka a později gynekolog. U R6 nebyl OGTT test vůbec proveden, GDM

byl diagnostikován vyšetřením moči na cukr. R7 dostala informace od porodní asistentky. R2 informoval přímo diabetolog.

R1, R3 byla edukována o GDM gynekologem a porodní asistentkou, R2 byla poučena o GDM diabetologem a diabetologickou sestrou. R6, R7 byly edukovány nutričním terapeutem, porodní asistentkou a diabetologem. R2 dostala informace od diabetologa a porodní asistentky. R6 a R7 dostaly informace od nutričního terapeuta, porodní asistentky a diabetologa.

Tabulka 10: Pocit hladu a jeho řešení během těhotenství

Respondentka	pocit hladu	řešení pocitu hladu
R1	ano	zvykla si, jídlo na svačinu si zajišťovala sama
R2	ano	porušování diety
R3	ne	0
R4	ne	0
R5	ano	doma to řešila úpravou stravy, v porodnici neví, jak tento problém má řešit
R6	ne	měla opačný problém dojít II. večeri, ale zvykla si
R7	ne	0

R1 nedostávala jídlo ve více porcích a proto si jídlo navíc zajišťovala sama. R2 problém vyřešila porušením diety. R5 pocitu hladu měla, ale doma to vyřešila úpravou stravy, v porodnici nedostávala více porcí, ale nikoho se nezeptala, nevěděla, jak má tento problém řešit. R3, R4, R6, R7 pocitem hladu netrpěly.

Tabulka 11: Edukace porodní asistentkou

respondentka	strava	odběr glykémie	informace o GDM	dieta po porodu
R1	ano	ano	ano	ne
R2	ne	ano	ne	ano
R3	ne	ne	ano	ano
R4	ne	ne	ne	ne
R5	ne	ne	ne	ano
R6	ne	ano	ano	ano
R7	ne	ano	ano	ano

R1 byla hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství, kde dostala od porodní asistentky základní informace ohledně stravy. Respondentky R2 – R7 nedostaly žádné informace o dietě od porodní asistentky. R1, R2, R6, R7 byly hospitalizovány na lůžkovém oddělení, a proto jim odběry prováděly porodní asistentky, které je také edukovaly. R3, R4, R5 byly hospitalizovány až v době kolem porodu, edukace o odběrech glykemií proběhla v diabetologické poradně. R1, R3, R6, R7 dostaly informace o povaze onemocnění a jejího vlivu na dítě od porodních asistentek. R2, R4, R5 dostaly veškeré informace od diabetologa. O dietě po porodu byly R1 a R4 edukovány diabetologem. R2, R3, R5, R6, R7 dostaly informace také od porodní asistentky.

Tabulka 12: Hodnocení spolupráce respondentek s porodními asistentkami

respondentka	hodnocení spolupráce s porodními asistentkami
R1	vnímá ji jako dobrou, nemá připomínek
R2	nepodaly jí žádné důležité informace, pouze jí informovaly o označení diety, glykémii, kontrolním testu po šestinedělí
R3	vnímá ji jako dobrou, byla ráda, že se má na koho obrátit, pokud nemohla mluvit s diabetologem
R4	nemůže hodnotit, protože od porodní asistentky žádné informace nezískala
R5	žádné podstatné informace od porodních asistentek nezískala, konstatovaly, že má gestační diabetes, a proto musí mít indukovaný porod
R6	hodnotí ji jako dobrou, ale příliš jí nevyužila, neměla otázky
R7	Hodnotí pozitivně edukaci ohledně glykemických profilů, ale důležité informace získala v diabetologické poradně, porodní asistentky neměly potřebné znalosti

R1, R3 hodnotí spolupráci s porodní asistentkou jako dobrou. R2, R5 nezískaly od porodní asistentky žádné důležité informace o gestačním diabetu. R7 hodnotí spolupráci ohledně edukace glykemických profilů jako dobrou, ale všechny informace dostala od diabetologa. R4 odpovídá, že spolupráci vůbec nemůže hodnotit, neboť od porodní asistentky nedostala žádné informace týkající se gestačního diabetu. R6 sice měla možnost na porodní asistentky se kdykoliv obrátit, byly ochotné jí poradit, ale ona tuto možnost nevyužila.

5 Diskuse

Tato bakalářská práce měla za úkol zjistit, jaká ve skutečnosti je úloha porodní asistentky v edukaci žen s gestačním diabetem. Metoda výzkumu byla kvalitativní a byla prováděna formou rozhovorů s porodními asistentkami a ženami s diagnostikovaným gestačním diabetem.

Jednou z metod screeningu gestačního diabetu je orálně glukózo-toleranční test (OGTT), zajímalo nás proto, zda porodní asistentky pracující na oddělení vůbec tento test provádějí a zda ženu před tímto testem edukují.

Kromě dvou respondentek (R6 a R7) porodní asistentky test OGTT na oddělení provádějí (viz tabulka 1). Mají tedy praktické znalosti, týkající se tohoto testu. Aby výsledky tohoto vyšetření nebyly ovlivněny nesprávným chováním těhotné, je důležitá edukace ženy před tímto testem. Proto jsme zjišťovaly míru edukace u všech respondentek i těch, které test osobně neprovádějí.

Jak uvádí Rybka (30), test by měl být prováděn nalačno, 3 dny předtím by těhotná měla přijímat racionální stravu bez omezení sacharidů a pokud je kuřačka, neměla by během testu kouřit. Z rozhovorů vyplynulo, že všechny respondentky edukují těhotné o lačnění správně. Respondentky se také shodly na tom, že žena má před testem přijímat normální stravu bez úpravy přísunu sacharidů. Pouze respondentka (R9) doporučovala večer před testem lehkou večeři a zvýšený přísun zeleniny. Co se týče pitného režimu, pouze 2 respondentky (R9 a R5) doporučily těhotným ženám během testu nepít žádné tekutiny. 3 respondentky nijak needukovaly těhotné o pitném režimu. Ostatní respondentky doporučily ženám čistou vodu nebo hořký čaj. Samotný test trvá 2 hodiny, těhotné vypijí pouze 250 ml sladkého čaje, který v nich často vyvolá nauzeu. Sklenice čisté vody jim pomáhá celý test zvládnout. Těhotná by určitě měla přijímat čistou vodu vzhledem k riziku kolapsu ze sníženého přísunu tekutin. Proto si myslíme, že zákaz příjmu tekutin během testu je neopodstatněný a několik sklenic čisté vody během testu nemůže zkreslit výsledek, neboť čistá voda neobsahuje sacharidy. Pitnému režimu během testu není v literatuře věnována pozornost. Tato otázka mne zajímala proto, že z vlastní praxe vím, jak těhotným pomáhá sklenice vody, zvláště během letních měsíců. 5 respondentek edukuje ženy kuřačky, že nemají během testu kouřit. 3

respondentky ženu neupozorňují na zákaz kouření, neboť předpokládají, že žena hospitalizovaná na oddělení nebude kouřit, ale zároveň dodávají, že tyto ženy stejně kouří. 2 respondentky neposkytují žádné upozornění. Nepovažují to za důležité (viz tabulka 2).

Abychom mohly stanovit, jakým způsobem se porodní asistentky podílejí na edukaci ženy s gestačním diabetem, zaměřily jsme se v rozhovoru také na to, co vlastně porodní asistentky při hospitalizaci ženy s gestačním diabetem sledují. K nejčastějším činnostem porodní asistentky patřilo sledování, zda těhotná dodržuje dietu, kontrola hodnot glykémie, testování moči na cukr, sledování váhového přírůstku a pocitu hladu u pacientky (viz tabulka 4). Pouze dvě respondentky uvedly sledování krevního tlaku u ženy s gestačním diabetem. Rybka i Andělová doporučují pravidelné sledování krevního tlaku – pacientky s GDM mají větší riziko vzniku hypertenze. Nemyslíme si, že by respondentky, které sledování krevního tlaku nevedly, krevní tlak u pacientek nesledovaly, ale primárně ho nespojují s gestačním diabetem (30, 34). Zajímavé bylo i zjištění, že porodní asistentky kontrolují pacientky, zda nemají pocit hladu, ale žádná z nich nevedla, zda sledují moč na ketolátky, které se mohou následně v moči objevit, jak uvádí Andělová (34). Protože naše práce nebyla zaměřena na laboratorní metody, ale na edukaci, tento rozpor jsme dále nezkoumaly.

Jedním z úkolů porodní asistentky je zajištění odběru glykemických profilů. Nejčastěji se provádějí malé glykemické profily. To znamená, že porodní asistentka nebo samotná těhotná nabírají krev na stanovení hladiny cukru nalačno a vždy 1 hodinu po jídle. Andělová (3) doporučuje provádět také 1 krát týdně velký glykemický profil, kdy je glykémie měřena 7 krát denně. Porodní asistentka tedy nebere krev nalačno, 1 hodinu po snídani, dále před obědem, 1 hodinu po obědě, před večeří a 1 hodinu po večeří a poslední odběr glykémie ve 22.00 hodin. Z rozhovorů vyplynulo, že porodní asistentka je zodpovědná za správné provedení glykemických profilů, a proto se stává edukátorkou (viz tabulka 6). Všechny respondentky uvedly, že jsou to ony, kdo edukují pacientku o správném odběru krve na glykémii. Význam porodní asistentky jako edukátorky stoupá s lepší vybaveností těhotných žen osobními glukometry. R1, R2, R3, R5, R6, R7, R9 vysvětlily, že pokud mají ženy glukometr, provádějí tzv. selfmonitoring,

porodní asistentka pouze kontroluje a zapisuje hodnoty do dokumentace. R4, R8, R10 posílají krev do laboratoře. Jak konstatuje Škrha (34) diabetici, kteří kontrolují hladinu glykémie během dne pomocí glukometru, dosahují lepší kompenzace než diabetici bez glukometru. Tentýž autor popisuje nový směr v edukaci tzv. empowerment – kdy pacient přebírá odpovědnost za kompenzaci svého onemocnění. Respondentky, které nechávají těhotné měřit svoji hladinu cukru, udávají menší počet výkyvů glykémie a tudíž potřeby inzulinoterapie .

Jednou z výzkumných otázek bylo zjistit, z čeho vycházejí porodní asistentky při stanovování stravovacího plánu pro ženy s gestačním diabetem. Rybka (34) konstatuje, že ženy s gestačním diabetem edukuje o stravování nutriční terapeut. Z tabulky 7 vyplývá, že ne vždy je nutriční terapeut součástí multidisciplinárního týmu. 2 respondentky totiž uvedly, že se edukace ohledně stravy žen s gestačním diabetem vůbec neúčastní. 4 respondentky ho volají, jenom pokud dojde k problémům se stravou. 4 respondentky spolupracují s nutričním terapeutem při edukaci těhotných s gestačním diabetem. Zajímalo nás tedy, zda jsou si porodní asistentky schopny poradit i v situaci, kdyby nebyl přítomen nutriční terapeut, ani diabetolog. Jak uvádí Reindlová (27), součástí každého edukačního materiálu jsou výměnné tabulky, které pomáhají ženě vhodně kombinovat jednotlivé potraviny, a proto naše kontrolní otázka testovala znalost tohoto pojmu u porodních asistentek. Pouze jedna respondentka znala pojem výměnná jednotka a zároveň byla schopná poradit ženě jednoduché kombinace jídel. 1 respondentka by sice zkusila sestavit jídelníček, ale neznala přesnou hodnotu jedné výměnné jednotky a právě proto si nebyla jistá, že jídelníček bude vyvážený. 1 respondentka reagovala na starší termín chlebová jednotka. 7 respondentek o výměnné jednotce nikdy neslyšely. 6 respondentek si netroufá sestavit jídelníček. 2 respondentky uvádí, že radí těhotným určité kombinace jídel, se kterými mají zkušenosti. Z rozhovorů bylo zjištěno, že porodní asistentky, pracující na oddělení spoléhají na jídla připravená v nemocnici a edukaci žen jinými odborníky, a proto znají pouze základní pravidla diabetické diety. V edukačním materiálu firmy Novo nordisk (10) je uvedeno, že těhotné nesmí umělá sladidla, která jsou obsažena v diapotravínách. Také Moravcová a Krejčí (37) nedoporučují diapotraviny těhotným ženám, protože se jedná o chemické

látky, o jejichž vlivu na plod není dost informací. V rozhovorech jsme se tedy ptaly porodních asistentek, zda doporučují těhotným diapotraviny. Výsledek byl potěšující, pouze 1 respondentka (R3) by doporučila diapotraviny. 1 respondentka (R6) neměla na diapotraviny vlastní názor.

V případě, že test vyjde pozitivně, je důležité ženu informovat a následně edukovat. Těhotná je objednána do diabetologické poradny, kde probíhá během těhotenství komplexní edukace. Ne vždy může těhotná dostat informace od diabetologa ihned, a proto je důležité, aby porodní asistentka měla znalosti a kompetenci edukovat ženu s gestačním diabetem. Tato kompetence není ale ovšem přesně specifikována ve vyhlášce č. 424/2004 (viz příloha 6). Zde se hovoří pouze o tom, že porodní asistentka pracující bez odborného dohledu podává informace o zdravé životosprávě těhotné. Může též provádět nezbytná screeningová vyšetření a odběr materiálu. Záleží tedy na příslušném pracovišti, jaké kompetence v edukaci žen s gestačním diabetem porodní asistentka bude mít. Juřeníková (18) charakterizuje komplexní edukaci jako proces, kdy jsou edukovanému předávány postupně ucelené vědomosti a ten následně získává určité dovednosti. Porodní asistentky zde nejčastěji používají edukační metodu – vysvětlování. Z rozhovorů ovšem vyplynulo, že porodní asistentky provádějí edukaci nahodile, bez pevně stanovených standardů, pouze podle zvyklostí oddělení. Edukační bariérou jsou často nedostatečné znalosti porodních asistentek (viz tabulka 7). Juřeníková (18) popisuje tyto edukační bariéry (nedostatečná příprava zdravotníka na edukaci, nedostatek času, nedostatečné vědomosti, nedostatečná multidisciplinární spolupráce zdravotnického týmu). Myslíme si, že tam, kde úzce spolupracují porodní asistentky s diabetologickou poradnou, dostávají těhotné kvalitnější informace (viz respondentka 1). Tam kde spolupráce spočívá pouze v objednání těhotné do diabetologické poradny, se porodní asistentky spoléhají na to, že těhotné veškeré informace obdrží zde a nemají dostatečnou motivaci k doplnění svých znalostí. Je zajímavé, že porodní asistentky z velkých nemocnic nemají takovou potřebu znalostí o gestačním diabetu a jsou velmi sebevědomé. Jejich kolegyně z malých nemocnic mají sice malé kompetence v oblasti edukace o ženu s gestačním diabetem, ale mají motivaci, dále se vzdělávat (viz tabulka 8). Jak konstatuje Juřeníková (18) učební pomůcky zvyšují efektivitu edukačního

procesu a proto nás zajímalo, zda porodní asistentky mají na oddělení nějaké edukační pomůcky, týkající se gestačního diabetu k dispozici. Pouze 3 respondentky mají edukační textový materiál přímo na oddělení, kde je k dispozici i pacientkám. Ostatní respondentky uvádějí, že si těhotné přinášejí edukační textový materiál od diabetologa nebo nutričního terapeuta. Tabulka 5 ukazuje, kde opravdu probíhá edukace těhotných (diabetolog a nutriční terapeut). Tato situace je plně v souladu s doporučeními České diabetologické společnosti (31). Juřeníková popisuje jako jednu edukačních metod instruktáž. Typickým příkladem je první zkušenost těhotné s aplikací inzulínu pomocí inzulínového pera. 3 respondentky tuto instruktáž na odděleních běžně provádějí. 2 respondentky vysvětlují, že první instruktáž probíhá v diabetologické poradně a ony potom kontrolují, zda to pacientka zvládá. Pokud si nemůže pacientka z nějakého důvodu aplikovat inzulín, pomáhají jí s aplikací. 5 respondentek instruktáž neprovádí, ale techniku aplikace inzulínovým perem ovládají a jsou schopny pacientce pomoci (viz tabulka 6).

Na závěr rozhovorů mne tedy zajímalo, zda mají porodní asistentky zájem, se dále vzdělávat v této problematice a zároveň, jestli mají pocit, že jsou schopné vést edukaci žen s gestačním diabetem. Bylo potěšitelné, že 6 respondentek mělo zájem o další informace. 4 respondentky udávaly, že jejich informace jsou dostatečné. Všechny respondentky byly přesvědčeny o tom, že jsou schopné vést edukaci žen s gestačním diabetem. 5 respondentek tuto odpověď podmiňovalo dalším vzděláváním. 2 respondentky odpověděly, že záleží na oddělení, kde respondentka pracuje. 1 respondentka odpověděla sice ano, ale nynější multidisciplinární spolupráce jí zcela vyhovuje a 2 respondentky stručně řekly ano (viz tabulka 8). Závodná (38) i Juřeníková (18) se zmiňují o negativním působení na pacienta, pokud je edukace duplicitní nebo edukátor nemá potřebné znalosti, a proto si myslím, že porodní asistentky a diabetologie by měly spolupracovat a vzájemně kooperovat svoji činnost, což v některých nemocnicích již funguje.

Jednou z výzkumných otázek bylo zjistit, jaké informace nejčastěji dostávají ženy s gestačním diabetem od porodních asistentek. Zaměřily jsme se tedy na to, kdo se skutečně podílel na edukaci ženy s gestačním diabetem. Ten, kdo první informoval ženu

o pozitivitě testu, byl gynekolog. Pouze 1 respondentka byla informována porodní asistentkou. Ve všech případech se na edukaci žen podílel diabetolog. To znamená, že každá žena s gestačním diabetem by měla být v evidenci diabetologa, tak jak je to uvedeno ve standardech české diabetologické společnosti (31). Dalšími osobami, které se účastnily edukace žen s gestačním diabetem, byli nutriční terapeut, porodní asistentka a diabetologická sestra (viz tabulka 9).

Protože jedním z ukazatelů, který porodní asistentky sledovaly u těhotných žen, byl pocit hladu, ptaly jsme se tedy respondentek, zda během těhotenství měly pocit hladu a jak tento problém řešily. Tabulka 10 ukazuje, že 3 respondentky pocitem hladu v těhotenství netrpěly. 3 respondentky skutečně hlad měly a jedna respondentka měla spíše opačný problém, dělalo jí potíže dojít druhou večer. Ne vždy to oznámily diabetologovi a řešily problém samy. Pokud již ležely na oddělení šestinedělí a měly tyto problémy, nevnímaly porodní asistentku jako osobu, které by se mohly zeptat.

V rozhovoru jsem se respondentek ptala, v jakých situacích byly edukovány porodní asistentkou. 4 respondentky byly edukovány o glykemických profilech, 4 respondentky dostaly informace o gestačním diabetu a 5 respondentek bylo poučeno o dietě po porodu. To zcela odpovídá stanoveným kompetencím ve vyhlášce č. 424/2004 Sb (viz příloha 6).

Všechny respondentky uvedly, že spolupráci s porodními asistentkami hodnotí jako dobrou. Pouze jedna respondentka tuto spolupráci nemůže hodnotit, protože žádné informace od porodní asistentky neobdržela. Respondentky dostaly veškerá důležitá sdělení a poučení od diabetologa nebo nutričního terapeuta. Porodní asistentku nevnímají jako důležitou edukátorku v této oblasti. Respondentky, které nebyly během těhotenství hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství, neměly ani potřebu obracet se k porodní asistentce jako odbornici v této oblasti. Respondentky, které byly hospitalizovány, vnímaly porodní asistentku, jako osobu, která jim pomůže v situaci, kdy se nemohou zeptat diabetologa nebo nutričního terapeuta.

6 Závěr

V bakalářské práci jsem si stanovila 4 cíle a k tomu odpovídajících 5 výzkumných otázek.

Cílem 1 bylo zjistit využití porodní asistentky v edukaci žen s gestačním diabetem. Byla položena výzkumná otázka: Jakým způsobem se porodní asistentky podílejí na edukaci žen s gestačním diabetem mellitus? Analýzou jednotlivých rozhovorů bylo zjištěno, že porodní asistentky nejčastěji edukují ženy před a při testu OGTT. V případě pozitivity testu se ne všechny porodní asistentky účastní edukace těchto žen. V této fázi záleží na zvyklosti oddělení, kde porodní asistentka pracuje. Tam, kde se porodní asistentky účastní edukačního procesu, je prováděna edukace nejčastěji vysvětlováním a krátkou přednáškou o diabetické dietě. Porodní asistentky také provádí edukaci ohledně glykemických profilů a kontrolují selfmonitoring glykémie u žen, které mají zapůjčeny glukometry. Některé respondentky také vedou instruktáž při aplikaci inzulínu inzulínovými pery. To potvrzují respondentky z řad žen s gestačním diabetem, které během svého těhotenství ležely na oddělení rizikového těhotenství. Obecně lze říci, že hlavní edukační proces probíhá v diabetologické poradně a porodní asistentky edukují těhotnou v době, kdy není přítomen diabetolog ani nutriční terapeut. V procesu selfmonitoringu pomocí glukometru jsou v některých nemocnicích edukátorkami a na jejich schopnosti učit a motivovat ženy s gestačním diabetem závisí úspěšná léčba gestačního diabetu.

Cílem 2 bylo zjistit prvky edukačního procesu při péči o ženu s gestačním diabetem. Z tohoto cíle vycházela i výzkumná otázka 2: Jaké pomůcky používají porodní asistentky v edukaci žen s gestačním diabetem melitus? Všechny respondentky používaly didaktické metody – verbální i somatomotorické. Důležitým prvkem v jejich práci byla také motivace žen s gestačním diabetem. Hodně byla používána i metoda neustálého opakování a s tím související verbální komunikace, která je důležitým prvkem edukačního procesu. Bohužel u všech respondentek bylo zřejmé, že edukace probíhá nahodile, pouze podle zavedených zvyklostí příslušného oddělení. Z edukačních metod používaly porodní asistentky – vysvětlování, instruktáž a rozhovor. Pokud měly porodní asistentky k dispozici textové edukační pomůcky, využívaly je, ale

internetové stránky nedoporučovala žádná z respondentek. Internetové stránky byly naopak oblíbeným zdrojem respondentek s gestačním diabetem. Audiovizuální pomůcky nebyly porodními asistentkami využívány vůbec.

Cílem 3 bylo zjistit, co doporučují porodní asistentky v rámci stravovacího plánu pro ženy s gestačním diabetem a s tímto cílem souvisela i výzkumná otázka č. 3: Jaká doporučení využívají porodní asistentky pro stanovení stravovacího plánu pro ženy s gestačním diabetem? Z výzkumu bylo zjištěno, že porodní asistentky vycházejí ze svých zkušeností nebo z edukačních materiálů, poskytovanými diabetology. Pouze 1 respondentka znala pojem výměnná jednotka a dovedla ženě poradit, jak sestavit jídelníček. Ostatní respondentky podávají ženám s gestačním diabetem pouze základní informace ohledně sníženého přísunu sacharidů, znají vhodné kombinace jídel a nedoporučují diapotraviny. Z toho vyplývá, že porodní asistentky spoléhají na edukaci ženy z diabetologické poradny.

Cílem 4 bylo zjistit, jak vnímají ženy s gestačním diabetem roli porodní asistentky v péči o ně. Byly položeny 2 výzkumné otázky: Jaké informace nejčastěji dostávají ženy s gestačním diabetem od porodních asistentek? Jak hodnotí ženy s gestačním diabetem spolupráci s porodní asistentkou? Z výzkumu vyplynulo, že ženy, které nejsou během těhotenství hospitalizovány, příliš informací o gestačním diabetu od porodních asistentek nedostávají, ale ani je nevyžadují. Informace od porodních asistentek jsou často omezeny jen na vysvětlení podstaty onemocnění a jeho vlivu na plod. Respondentky jsou zcela edukovány v diabetologické poradně a porodní asistentky nejsou pro ně edukátorkami v této oblasti a proto se sice snaží hodnotit spolupráci s porodními asistentkami jako dobrou, ale zároveň dodávají, že tato spolupráce byla minimální. Naopak respondentky, které v těhotenství byly alespoň jednou hospitalizovány, dostávaly od porodní asistentky více informací ohledně stravy, selfmonitoringu pomocí glukometru nebo jim pomohly naučit se aplikovat inzulín. Tady vnímaly ženy s gestačním diabetem porodní asistentky jako edukátorky, na které se mohou kdykoliv obrátit.

Výzkum také zjistil rozdílnost možností edukace porodních asistentek v této oblasti. Porodní asistentky ve větších nemocnicích měly větší míru samostatnosti v

edukaci žen s gestačním diabetem než porodní asistentky v menších nemocnicích, které se edukačního procesu oblasti gestačního diabetu účastnily jen minimálně.

Praktickým výsledkem mého výzkumného úkolu bylo vytvoření edukačního letáku pro ženy s gestačním diabetem, který bude používán v nemocnici Český Krumlov. Chtěla jsem pomoci ženám s gestačním diabetem v lepší orientaci v problematice gestačního diabetu.

7. Klíčová slova

dieta

edukace

gestační diabetes

porodní asistentka

těhotná

8. Seznam použitých zdrojů

1. Adamíková, Alena. Gestační diabetes. *Medicína v praxi*. 2001, roč. 3, č. 2, s 27 - 28. ISSN 1212-8759.
2. American Diabetes Association, *Diabetes Care*. Diagnosis and Classifikaton of Diabetes Mellitus, January 2005. (online) Platný http://www.care.diabetesjournals.org/content/28/suppl_1/s37.full?ijkey=8d03c03c51a99e093e1d2d96b1b984b145f95e09&keytype2=tf_ipsecsha (3. 3. 2010)
3. Andělová, Kateřina. Diabetes a těhotenství. *Sanquis*. 2008, č. 59, s. 71-73. ISSN 1212-6535.
4. Andělová, Kateřina. Doporučený postup k provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě. *Česká gynekologie. Supplementum* 2009, roč. 74, č. 3, str. 7. ISSN 1210-7832.
5. Avery, Melissa D. Diabetes in pregnancy: the midwifery role in management. *Journal of Midwifery Womens Health*. 2000, vol. 45, issue 6, p. 472-480. Dostupný online <http://www.sciencedirect.com> (1. 2. 2010)
6. Bartoš Vladimír, Pelikánová, Tereza. *Praktická diabetologie*. 3. rozš. vyd. Praha: Maxdorf 2003. 479 s. ISBN 80-85912-69-4
7. Boinpally, Tara, Jovanovič Lois. Managment of Type 2 Diabetes and Gestational Diabetes in Pregnancy. *Mount Sinai Journal of Medicine*. 2009, vol. 76, issue 3, p. 269-280. Dostupný online <http://www.ebscohost.com> (1. 2. 2010)
8. Brázdová, L. *Diabetes mellitus a regulovaná strava – Výměnné tabulky*. 3. vyd. Praha: Geum 2001. 8 s. ISBN 80-86256-19-7.
9. bez autora. *Diabetes*. 1.vyd. Praha: Alternativa 2005. 175 s. ISBN 80-85993-95-3
10. Edukační materiál firmy Novo nordisk, *Diabetes a vy.* (online) Platný http://www.diabetesmellitus.cz/WebSite/Images/edukace/diabetes_vy_big.pdf (15. 3. 2010)
11. Edelsberger, T. *Encyklopedie pro diabetiky*. 1. vyd. Praha: Maxdorf 2009. 319. s. ISBN 979-80-7345-189-9.

12. Haluzík, M. trendy soudobé diabetologie. Svazek 12. 1 vyd. Praha: Galén. 2008. ISBN 978-80-7269-549-9.
13. Hanzlová, J. Diabetes a těhotenství. Moderní gynekologie a porodnictví. C, Supplementum. 2004, roč. 13, č. 4, s. 937-939. ISSN 1214-2093.
14. Hájek, Z. Et al., Rizikové a patologické těhotenství, Praha: Grada Publishing a. s., 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
15. Hoffert Gilmartin, A. Gestational Diabetes Mellitus Reviews in Obstetric and Gynecology. 2008, vol. 1, no. 3, p. 129-134. dostupný online <http://www.sciencedirect.com> (30. 1. 2010)
16. Chlup, R. et al. Úvod do diagnostiky a léčby diabetu. 1. vyd. Olomouc: Universita Palackého 2000. ISBN 80-244-0091- X.
17. Jeklová, A. Trojanová, B. Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku, šestinedělku s vybranými onemocněními. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2004, 51 s. ISBN
18. Juřeníková, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2010, 77s. ISBN 978-80-247-2171-2.
19. Kleinwechter, H. Schäfer- Graf, U. Diabetes und Schwangerschaft. Der Diabetologie. 2006, vol. 2., issue 4, p. 351-3669. online z <http://www.springerling.com> (30. 1. 2010)
20. Kvapil, M., Bartášková, D. Gestační diabetu mellitus. Vnitřní lékařství 2002, roč. 48, č. 12, s. 1115-1122. ISSN 0042-773X.
21. Lékařská laboratoř: Laboratorní příručka: OGTT (online)
Platný http://www.leklab.cz/cz/lp/lp_detvys.php?PID=424 (5. 4. 2010)
22. Malachová, E. Gestační diabetes mellitus. Sestra. 2007, roč. 17, č. 9, s. 47. ISSN 1210-0404
23. Marečková, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
24. Měchurová, A. Těhotenství a porod diabetičky z pohledu porodníka. Vnitřní lékařství. 2002, roč. 48, č. 12, s. 1107-1110. ISSN 0042-773X.
25. Novák, I., Intenzivní péče v pediatrii. Praha: Galén, 2008, 579 s.

26. Reece, E. A. gestační diabetes mellitus – jak, kdy, proč vyšetřovat. Gynekologie po promoci. 2005, roč. 5, č. 6, s. 24-31. ISSN 1213-2578.
27. Reindlová, V. Edukace nastávajících maminek s dg. Gestační diabetes mellitus. Sestra. 2008, roč. 5, č. 6, s. 24-31. ISSN 1210-0404.
28. Roztočil, A. et al. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
29. Rušavý, Z., Frantová, V. Diabetes mellitus čili cukrovka, Dieta diabetická. 1. vyd. Praha: Forsapi, 2007, 94 s. ISBN 978-80-903820-2-2.
30. Rybka, J. et al. Diabetologie pro sestry. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2006, 283 s. ISBN 80-247-1612-7.
31. Standarty péče ČSDS,2009
(online) Platný <http://www.diab.cz/modules/Standarty/tehotenstvi.pdf>
(30. 3.2010)
32. Steven, C. Diabetes. 1. vyd. Frýdek – Místek ALPRESS. 1998, 151 s. ISBN 80-7218-149-1.
33. Škrha, J. Biochemické změny u těhotných diabetiček. Vnitřní lékařství. 2002, roč. 48, č. 12. s. 1103-1106. ISSN 0042-773.
34. Škrha, J. Diabetologie. 1 vyd. Praha: Galén. 2009 ISBN 978-80-7262-607-6.
35. Střelcová, M. Diabetes mellitus v těhotenství. Diagnóza v ošetrovatelství. 2007, roč. 3, č. 4, s. 127-128. ISSN 1801-1349.
36. Špitálníková, Sylvie. Zásady správné péče o ženy s těhotenskou cukrovkou. Sestra v diabetologii. 2005, roč. 1, č. 1. s 28-29. ISSN 1801-2809.
37. Těhotenská cukrovka (online) Platný <http://www.tehotenskacukrovka/tehotenska-cukrovka-lecba-dieta> (4. 4. 2010)
38. Volejníková, H. Cvičení v práci porodní asistentky. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2005, 51s. ISBN 80-7813-351-1.
39. Závodná V. Pedagogika v ošetrovatelstve. 2. vyd. Martin: Osveta 2005. 118 s. ISBN 80-8063-193-X.

9. Přílohy

Příloha 1 : Otázky pro porodní asistentky

Příloha 2: Otázky pro ženy s diagnostikovaným gestačním diabetem

Příloha 3: Výměnné tabulky

Příloha 4: Edukační leták

Příloha 5: Aplikace inzulínovým perem

Příloha 6: Vyhláška č. 424/2004 Sb

Příloha 1:

Otázky pro porodní asistentky:

1. Provádíte na Vašem oddělení OGTT a pokud ano, edukujete pacientku před tímto odběrem?
2. Kdo provádí edukaci pacientky, v případě pozitivního testu?
3. Co sledujete při hospitalizaci ženy s gestačním diabetem?
4. Jste schopni pacientce zodpovědět případné dotazy, týkající se gestačního diabetu?
5. Jaké pomůcky k edukaci máte v tomto případě k dispozici?
6. Pokud provádíte kontrolní glykemické profily, kdo informuje a edukuje pacientku?
7. Posíláte pacientky k nutriční terapeutce nebo edukujete pacientky ohledně diabetické diety sami? Co byste dělala v situaci, kdy by nutriční terapeut ani diabetická sestra nebyli k dispozici?
8. Umíte definovat pojem výměnná jednotka?
9. Uvítala byste více informací na téma „gestační diabetes“?
10. Myslíte si, že jsou porodní asistentky schopné, edukovat a starat se o ženu s gestačním diabetem?

Příloha 2:

Otázky pro ženy, které měly nebo mají v těhotenství diagnostikovaný gestační diabetes mellitus:

1. Kdo Vás informoval o výsledku OGTT?
2. Během těhotenství Vás sledoval kromě gynekologa i diabetolog nebo pouze Váš gynekolog?
3. Za jak dlouho po oznámení výsledku OGTT jste dostala všechny informace o gestačním diabetu (strava, pohyb, seznámení s glukometrem aj.)?
4. Kdo Vás informoval?
5. Poskytla Vám nějaké informace ohledně gestačního diabetu porodní asistentka? O jaké informace se nejčastěji jednalo?
6. Na koho jste se obracela, když jste potřebovala zodpovědět případné otázky?
7. V jakých konkrétních situacích, týkajících se gestačního diabetu, jste spolupracovala s porodní asistentkou?
8. Edukovala Vás porodní asistentka o dietě po porodu?
9. Jak hodnotíte spolupráci s porodními asistentkami ohledně informací a pomoci týkajících se gestačního diabetu?

Výměnné tabulky – pečivo, těstoviny, brambory

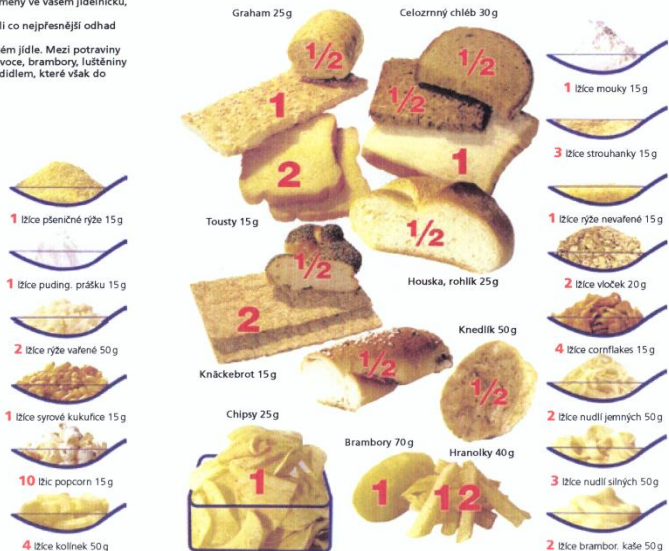
1 ch. j. – neboli chlebová jednotka, resp. výměnná jednotka, obsahuje vždy 12 g sacharidů – cukru. Potravinou o stejném počtu ch. j. lze vzájemně zaměňovat, aniž se výrazně změní potřebná dávka inzulínu. Následující obrázky znázorňují jednotlivé druhy potravin s obsahem 1 ch. j. – 12 g sacharidů. Pomohou vám doma, v restauraci i dětem ve škole odhadovat množství sacharidů ve stravě. Umožní vám podle vaší chuti snadné změny ve vašem jídelníčku, aniž porušíte doporučené množství sacharidů. Zpočátku si musíte danou potravinu několikrát odvážit, abyste získali co nejpřesnější odhad požadovaného množství.

Člověk s diabetem musí vědět, o kolik mu stoupne glykémie po určitém jídle. Mezi potraviny s velkým obsahem sacharidů patří pečivo, těstoviny, rýže, knedlíky, ovoce, brambory, luštěniny a samozřejmě všechny potraviny slazené řepným cukrem či jiným sladidlem, které však do zdravé stravy nepatří.

1 ch. j. odpovídá	odhad	kcal
Chléb, pečivo, moučné výrobky		
Graham 25g	1/2 krajčku	65
Houska 20g	1/2 ks	55
Chléb celozrný 30g	1/2 krajčku	65
Strouhanka 15g	3 pol. lžice rovné	50
Tyčinky slané 15g	20 ks	60
Mouka		
Cornflakes 15g	4 pol. lžice vrchovaté	55
Ječmen – mouka 15g	1 1/2 pol. lžice rovné	50
Kukuřice – mouka 15g	2 pol. lžice rovné	50
Oves – mouka 15g	2 pol. lžice rovné	75
Ovesné vločky 20g	2 pol. lžice vrchovaté	75
Pohanka – loupaná 15g	1 1/2 pol. lžice vrchovaté	50
Pohanka – krupice 15g	1 1/2 pol. lžice rovné	50
Proso – mouka 15g	1 1/2 pol. lžice rovné	55
Pšenice – mouka 15g	1 pol. lžice vrchovatá	65
Rýže – syrová 15g	1 pol. lžice rovná	50
Rýže – vařená 50g	2 pol. lžice vrchovaté	55
Sója – mouka 15g	4 pol. lžice vrchovaté	200
Žitná mouka 15g	1 pol. lžice vrchovatá	50
Škroby		
Bramborový 15g	1 pol. lžice vrchovatá	50
Kukuřičný 15g	1 pol. lžice vrchovatá	50
Pudlinkový neslazený 15g	1 pol. lžice vrchovatá	50
Přílohy		
Brambory 70g	1 ks střední	55
Bramborová kaše 90g	2 pol. lžice vrchovaté	90
Hranolky 35g	12 ks	80
Chipsy 25g	2 hrsti	145
Knedlík houskový 50g	1 plátek	65
Kolínka vařená 50g	4 pol. lžice vrchovaté	65
Nudle vařené 50g	3 pol. lžice vrchovaté	55
Těstoviny – syrové 15g	vážit	55
Těstoviny – vařené 50g	vážit	55

strana 2

Dané množství vyobrazených potravin odpovídá 1 výměnné jednotce = 1 ch. j. = 12 g čistého cukru



strana 3

Příloha 3:

Výměnné tabulky – zelenina, ovocné a zeleninové šťávy

Jídelníček pro lidi s diabetem patří mezi nejzdravější.

Jak se zdravě stravovat?

- Jíst pravidelně, častěji a menší množství.
- Upravit energetický příjem v jídle podle své hmotnosti.
- Vyloučit ze stravy těžce vstřebatelné sacharidy – hroznový cukr (glukózu), sladový (maltozu) či řepný cukr (sacharózu).
- Sacharidy – cukry přijímat ve formě mléka, pečiva, těstovin, rýže, zeleniny a ovoce.
- Omezit tuky ve stravě, jíst méně tučné bílkovinné potraviny (např. sýr, maso).
- Snižit příjem cholesterolu.
- Málo soli.

Na ch. j. se nepočítávají:

Avokádo	Brokolice	Česnek	Dýně
Hlávkový salát	Houby	Kapusta	Kedlubna
Květák	Okurky	Olivy	Paprika
Rajčata	Rebarbora	Ředkvičky	Zeť bílé
Zelí červené	Žampiony		

V běžných porcích (do 200 g) se nepočítává následující zelenina (čerstvá nebo zmrazená):

Celer	80 kcal
Cibule	80 kcal
Červená řepa	90 kcal
Mrkev	80 kcal
Zelená fazolka	70 kcal

1 ch. j. odpovídá	odhad	kcal
Na ch. j. musíte přepočítávat tu zeleninu, která má více než 1 ch. j. na 100g syrové váhy:		
Čočka sušená 20g	1 pol. lžice vrchovatá	65
Čočka vařená 50g	2 pol. lžice vrchovaté	65
Fazole vařené 20g	1 pol. lžice vrchovatá	65
Fazole vařené 50g	3 pol. lžice vrchovaté	65
Hrášek sušený 20g	1 pol. lžice vrchovatá	70
Hrášek čerstvý 100g	7 pol. lžice vrchovatých	80
Kukuřice vařená 60g	3 pol. lžice vrchovaté	65
Soyové boby 45g	4 pol. lžice rovné	185
Ovocné a zeleninové šťávy – přírodní získané z čerstvého ovoce:		
Citronová 150ml	1/6l	55
Grapearťovaná 130ml	1/6l	50
Hroznová 70ml	1/16l	50
Jablčný mošt 100ml	1/10l	45
Mléková 200ml	1/5l	55
Pomerančová 110ml	1/8l	50
Rajčatová 300ml	1/3l	60

strana 4

Dané množství vyobrazených potravin odpovídá 1 výměnné jednotce = 1 ch. j. = 12 g čistého cukru

Následující zeleninu v množství do 200 g nepočítáváme:

Artyčoky, fenykl, fazolka zelená, mrkev, červená řepa, celer, cibule.



strana 5

Výměnné tabulky – mléčné výrobky, ořechy, sladkosti

Potraviny obsahující cukr musí být důsledně započítány do denního příjmu sacharidů. Větší přísun tuků ve stravě je příčinou častějšího výskytu onemocnění srdce a cév. Tuky se nejvíce podílejí na kalorickém obsahu stravy a mohou být příčinou obezity.

Jak snížit příjem tuků?

- Máslo a margarín mazat v tenké vrstvě.
- Jíst méně tučné bílkovinné potraviny (ryby, drůbež).
- Sledovat obsah tuků v uzeninách a sýrech.
- Odstraňovat viditelný tuk z masa, kůži z drůbeže.
- Upřednostňovat nízkotučné mléko, mléčné výrobky (sýr a tvaroh).
- Vzdát se bábovek, koláčů a dortů bez ohledu na to, že se jedná o speciální dia výrobky. Nejsou velké množství ořechů. Volit méně tučné způsoby přípravy stravy – vaření, dušení, grilování. Užívat pečicí fólie, teflonové pánve a fritovací hrnce.

Pozor: Výměnné tabulky nevěnují pozornost obsahu tuků! Vykičnickem je v tabulkách upozorněno na vysokou kalorickou hodnotu dané potraviny.

1 ch. j. odpovídá	odhad	kcal
Mléko, mléčné výrobky		
Mléko tučné	250 ml	141
Mléko nízkotučné	250 ml	85
Jogurt nízkotučný	250 ml	141
Kefír	250 ml	141
Kondenzované mléko	100 ml	110
Ořechy, semena – bohaté na tuk!		
Burské – neloupané	85 g	49 k
Burské – loupané	60 g	37 k
Lískové	90 g	59 k
Pistáciové	60 g	38 k
Mák	150 g	79 k
Mandle	60 g	38 k
Kokos ořechový	110 g	40 k
Kokos strouhaný	190 g	115 k
Dia výrobky		
Marmeláda	25 g	1 pol. lžice
Sorbit	12 g	1 pol. lžice rovná
Med	15 g	1 pol. lžice rovná
Čokoláda	30 g	17 k
Cukry		
Cukr řepný – sacharóza / 12g = 1 ch. j.	2 kostky	50 kcal
Cukr hroznový – glukóza / 12g = 50 kcal		50 kcal
Sladkosti		
Dort krémový	40 g	1/3 porce
Piškot	20 g	1/2 porce
Vánočka	25 g	1/2 plátek
Sušenka	15 g	1 ks
Závin	40 g	1/4 porce

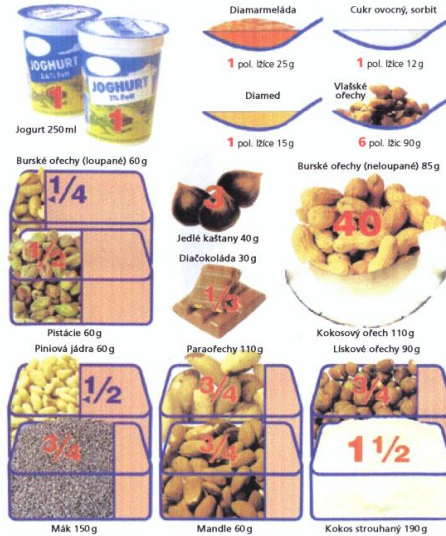


Mléko 250 ml



strana 8

Dané množství vyobrazených potravin odpovídá 1 výměnné jednotce = 1 ch. j. = 12 g čistého cukru



strana 9

Výměnné tabulky – ovoce

Vyšší příjem soli vede ke zvýšení krevního tlaku, a nepřímo tak zvyšuje riziko srdečních infarktů.

Jak snížit příjem soli?

- Při stolování zbytečně nedosolovat.
- Nejsou slané tyčinky, brambůrky a ořívky.
- Omezit konzervovaná jídla a polotovary, neboť obsahují vyšší množství soli.

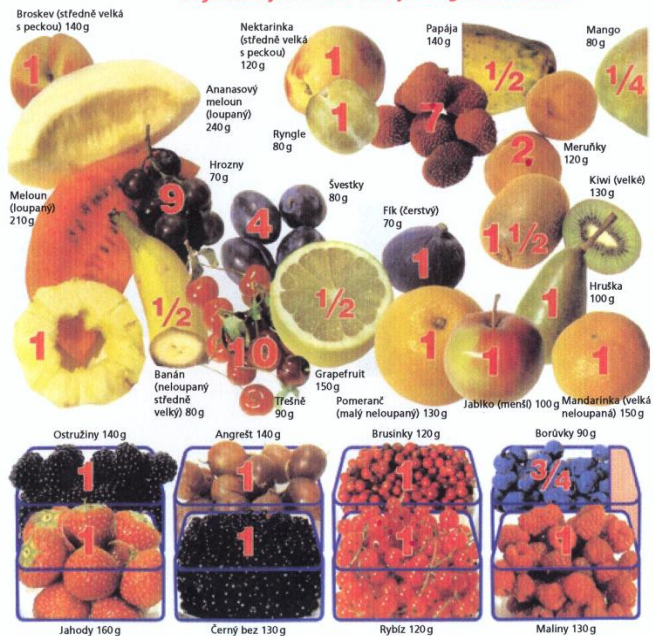
Jak zvýšit množství balastních látek ve stravě?

- Jíst více ovoce a zeleniny.
 - Upřednostňovat celozrnné pečivo, vločky, přírodní rýži.
- Strava s vysokým obsahem balastních látek – vlákniny, pomáhá řešit řadu zdravotních obtíží – zácpu, hemeroidy. Současně zpomaluje vstřebávání živých látek, snižuje hladinu tuků v krvi a zabraňuje prudkému vzestupu glukózy v krvi. Strava bohatá na vlákninu přináší trvalejší pocit sytosti.

1 ch. j. odpovídá	odhad	kcal
Ananas	90 g	50
Banán	80 g (neloupaný)	50
Borůvky	90 g	55
Broskev	140 g (s peckou)	50
Brusinky	120 g	55
Černý bez	130 g	70
Fíky červené	70 g	55
Grapefruit	150 g (neloupaný)	50
Hrozný	70 g	50
Hruška	100 g	60
Jablko	100 g	60
Jahody	160 g	60
Kivi	130 g	55
Maliný	130 g	60
Mandarinka	150 g (neloupaná)	55
Mango	80 g	45
Meloun ananas	320 g (neloupaný)	50
Meloun červený	290 g (neloupaný)	55
Meruňky	120 g (s peckou)	55
Nektarinky	120 g (s peckou)	55
Ostružiny	140 g	75
Pomeranč	130 g (neloupaný)	55
Ryngle	80 g	50
Rybič červený	120 g	55
Rybič černý	100 g	55
Srsky	140 g	55
Svestky	80 g	50
Třešně	90 g (s peckou)	60
Vitě	100 g (s peckou)	55

strana 6

Dané množství vyobrazených potravin odpovídá 1 výměnné jednotce = 1 ch. j. = 12 g čistého cukru



strana 7

Příloha 4:

Vážená budoucí maminko,

právě jste se dozvěděla, že Vám byl diagnostikován gestační diabetes. Gestační diabetes je porucha tolerance cukrů, která se může v graviditě vyskytnout. Co to pro Vás znamená?

Pro Vás a vaše dítě je důležité dodržovat několik pravidel:



dietu

fyzickou aktivitu

pravidelné kontroly cukru (glykémie)



1. Dieta

- ❖ Rozdělte jídlo během dne na 5 – 6 menších porcí a dodržujte odstupy mezi jednotlivými jídly (4-6 hodin mezi hlavními jídly a 2-3 hodiny mezi svačinami).
- ❖ Nekupujte diapotraviny – nejsou vhodné pro těhotné.
- ❖ Neslad'te nápoje cukrem a jinými kalorickými sladidly.
- ❖ Můžete jíst vše, ale kontrolujte obsah sacharidů v jídle.
- ❖ Sladkosti jsou dovoleny pouze v malém množství při dodržení denní spotřeby sacharidů.
- ❖ Používejte výměnné jednotky – 1 v. j. = 10 g sacharidů.
- ❖ Během dne byste měly sníst 25-28 v. j. Hlavní jídlo – 6 nebo 7 v. j.
- ❖ Pokud přijmete méně sacharidů během dne a nemáte hlad, není nutné se nutit k vyšší spotřebě.

Potraviny vhodné

- ✿ maso a uzeniny – ryby, mladé netučné maso, šunkový salám, dušená šunka, drůbeží párky
- ✿ zelenina – bez omezení
- ✿ ovoce – spíše menší porce několikrát denně
- ✿ pekárenské výrobky – tmavé celozrnné pečivo – **nakupujte v prodejnách se zdravou výživou**, kvalitní chleba typu Šumava
- ✿ přílohy – bezvaječné těstoviny, celozrnná rýže, luštěniny
- ✿ mléčné výrobky – nízkotučné mléko, jogurt, tvaroh a sýry do 30% tuku v sušině – **nepodávat k snídani**
- ✿ nápoje – stolní voda, čaj černý nebo bylinkový, minerálky bez příchutě
- ✿ tuky – oleje – rostlinný a olivový, margaríny, rostlinná másla

Potraviny nevhodné:

- ❖ tučné prorostlé maso, mleté maso, vuřty, paštiky
- ❖ smažená jídla
- ❖ tuk, máslo, lůj, palmový a kokosový olej, ztužené tuky
- ❖ tučné sýry na 40 % tuku v sušině, smetanové jogurty, plnotučné mléko, kondenzované mléko, smetana, šlehačka, majonéza
- ❖ tučné pečivo, toustové chleby, loupáčky, koblihy, koláče
- ❖ kompoty, marmelády
- ❖ cukr, sorbit, fruktóza



2. Fyzická aktivita

- ✿ Pokud Vám Váš ošetřující gynekolog neřekne jinak, je doporučeno aerobní cvičení 3 krát týdně nebo alespoň delší procházky každý den po hlavním jídle.

- ✿ Cvičte jógu – vhodná pro zlepšení hladiny cukru, ale i pro vlastní porod



3. Měření hladiny glykémie

- je důležité, abyste si udržela hladinu glykémie pod uvedenými hodnotami.
Nalačno 5.5 mmol/l
1 hodinu po jídle 7.8 mmol/l
- Pokud dostanete zapůjčen glukometr, budete si hladiny glykémie sledovat sami podle pokynů diabetologa.
- Pokud glukometr neobdržíte, poradí Vám Váš diabetolog, jak nabírat krev na glykémii a budete odběry nosit do laboratoře sami.



Podrobnější informace dostanete při své první návštěvě v diabetologické ambulanci.

V příloze naleznete Výměnné tabulky – pomohou Vám při sestavování jídelníčku.

Kam a jak si píchat inzulín

Inzulín by měl být aplikován do podkoží břicha, paží, stehen a hýždí.

Krátkodobě působící inzulín (např. Actrapid)

- by měl být aplikován do břicha nebo paže, protože z těchto míst je nejrychleji vstřebáván.

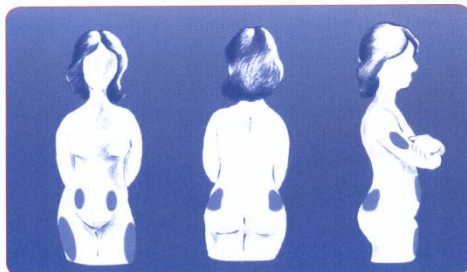
Středně době působící inzulín (např. Insulatard)

- do stehna, protože z této oblasti je vstřebáván pomalu a rovnoměrně.

Kombinované inzulíny (např. Mixtard)

- do břicha, paže a stehna.

Jestliže chcete vpichy provádět správně, musíte věnovat zvláštní pozornost technice a délce jehly.



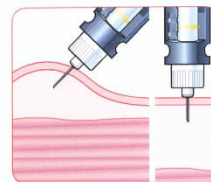
Technika vpichu

Pacient: dítě

Doporučená délka jehly: 6 mm

Technika vpichu:

- u břicha a stehna – udělejte kožní řasu, aplikujte jehlu v úhlu 45°
- u paže – nedělejte kožní řasu

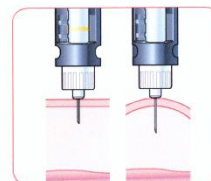


Pacient: dospělý s normálním tělesným habitem

Doporučená délka jehly: 6 mm

Technika vpichu:

- do kožní řasy nebo bez ní aplikujte jehlu v úhlu 90°

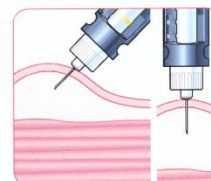


Pacient: dospělý s normálním tělesným habitem

Doporučená délka jehly: 8 mm

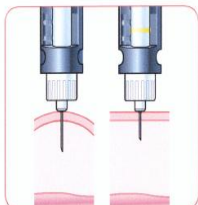
Technika vpichu:

- u břicha a stehna – udělejte kožní řasu, aplikujte jehlu v úhlu 45°
- u paže – nedělejte kožní řasu

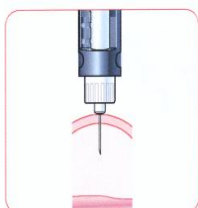


Příloha 5:

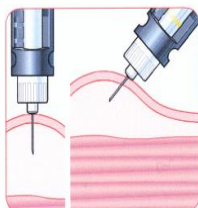
- Pacient:** obézní dospělý
Doporučená délka jehly: 6 mm
Technika vpichu:
- u stehna – udělejte kožní řasu, aplikujte jehlu v úhlu 90°
 - u břicha – nedělejte kožní řasu



- Pacient:** obézní dospělý
Doporučená délka jehly: 8 mm
Technika vpichu:
- udělejte kožní řasu, aplikujte jehlu v úhlu 90°

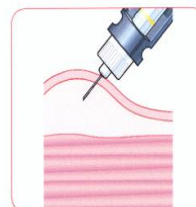


- Pacient:** štíhlá osoba
Doporučená délka jehly: 6 mm
Technika vpichu:
- u velmi štíhlé osoby (BMI < 20) udělejte kožní řasu



strana 16

- Pacient:** štíhlá osoba
Doporučená délka jehly: 8 mm
Technika vpichu:
- udělejte kožní řasu, aplikujte jehlu v úhlu 45°.



Je důležité, aby jehla zůstala pod kůží po dobu 6 až 10 sekund po vstříknutí plánované dávky inzulínu. Tak zabráníte úniku z místa vpichu.

Mějte na paměti, že jehlu musíte po každé injekci vyměnit. Opakované používání jedné jehly způsobuje:

- její ucpaní (kvůli krystalizaci inzulínu v jehle), což může vést k podání nesprávné dávky;
- otupení hrotu, což může vést k poranění podkožní tukové vrstvy;
- nepříjemnější vpich injekce kvůli bolesti;
- riziko infekce.



Srovnání jednou použité jehly a jehly po mnoha použitích.

strana 17

Příloha 6:

424/2004 Sb.

VYHLÁŠKA

ze dne 30. června 2004,

kteřou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků
a jiných odborných pracovníků

§ 4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1
a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou
stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní
a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím
ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

a) vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů
jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití
měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi (například
testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity
bolesti, stavu výživy),

b) sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to
je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak
a další tělesné parametry,

c) pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,

d) zajišťuje herní aktivity dětí,

e) zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného
neinvasivní cestou a kapilární krve semikvantitativními
metodami (diagnostickými proužky),

f) provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje
jejich průchodnost,

g) hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány
a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy,

h) provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem
rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování,
dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na
prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně
prevence dalších poruch z imobility,

i) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,

j) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských
postupech a připravuje pro ně informační materiály,

k) orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje
potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního
pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních
a sociálně-právních,

l) zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemístováním
a propuštěním pacientů,

m) provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,

n) zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek¹³), (dále jen "léčivé přípravky") a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,

o) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků¹⁴) a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i).

(3) Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména

a) podává léčivé přípravky¹³) s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,

b) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,

c) provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,

d) provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,

e) provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,

f) provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,

g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

a) aplikuje nitrožilně krevní deriváty¹⁵),

b) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹⁶) a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

13) Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

14) Zákon č. 123/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády č. 25/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky.

Nařízení vlády č. 191/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky, ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády č. 286/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro.

15) § 2 odst. 13 zákona č. 79/1997 Sb., ve znění zákona č. 129/2003 Sb.

16) § 2 odst. 14 zákona č. 79/1997 Sb., ve znění zákona č. 129/2003 Sb.

§ 5

Porodní asistentka

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst.

1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

a) poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje,

b) provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav,

c) podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím,

d) diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,

e) sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření,

f) připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze

koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,
g) ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky,
h) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků¹³⁾, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,
i) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků¹⁴⁾ a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví
a) asistuje při komplikovaném porodu,
b) asistuje při gynekologických výkonech,
c) instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.

(4) Porodní asistentka se podílí pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i).

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotných a rodících žen, šestinedělek a pacientek s gynekologickým onemocněním.

13) Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

14) Zákon č. 123/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády č. 25/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky.

Nařízení vlády č. 191/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky, ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády č. 286/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro.

Zdroj: Sbírka zákonů, vyhl. č. 424/2004