

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Marie Rollingerová

Studijní obor: Porodní asistka

DIABETES A TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Jaroslava Eksteinová

Plzeň 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Diabetes a těhotenství“ vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Bc. Jaroslavě Eksteinové za odborné vedení mé bakalářské práce, a poskytování cenných rad, materiálních podkladů a trpělivost.

Obsah

Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE VÝZKUMU ONEMOCNĚNÍ.....	11
1.1 Frederick Banting a Charles Best - objevitelé inzulínu.....	11
2 DEFINICE	13
3 KLASIFIKACE	14
3.1 Klasifikace diabetes mellitus a poruch glukózové homeostázy (ADA 1997, IDF 1999) 14	
4 SAINT VINCENTSKÁ DEKLARACE.....	15
4.1 Hlavní cíle vytyčené Saint Vincentskou deklarací.....	15
5 ANATOMIE LANGERHANSOVÝCH OSTRŮVKŮ.....	16
6 DIABETES MELLITUS OBECNĚ.....	17
7 TYPY DIABETU.....	18
7.1 Diabetes mellitus I. typu	18
7.2 Diabetes Mellitus II. typu	18
7.3 Gestační diabetes Mellitus (GDM).....	19
7.3.1 Dietní opatření u ženy s GDM	19
8 DIABETES MELLITUS A TĚHOTENSTVÍ.....	20
8.1 Optimální kompenzace diabetu.....	20
8.2 Plod diabetické matky.....	20
8.2.1 Embryopatie	20
8.2.2 Diabetická fetopatie	21
8.3 Rizika pro matku a důsledky pro plod.....	22
9 CHRONICKÉ KOMPLIKACE DIABETU U MATKY	23
9.1 Diabetická retinopatie.....	23
9.1.1 Stádia diabetické retinopatie	23
9.1.2 Rizikové faktory	23
9.1.3 Terapie	24
9.2 Diabetická nefropatie.....	24
9.2.1 Stadia diabetické nefropatie	24
9.2.2 Terapie	24
9.3 Diabetická neuropatie	25
10. TERAPIE.....	26
9.4 Dietní léčba	26
9.5 Pohybový režim.....	26

9.6	Perorální antidiabetika (PAD).....	26
9.7	Inzulinoterapie.....	27
10	PÉČE V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ.....	28
10.1	Vyšetření v průběhu těhotenství:.....	28
10.2	Selfmonitoring.....	29
10.3	Porod a šestinedělí.....	29
10.3.1	Specifika péče o ženu během porodu.....	30
10.3.2	Péče o ženu po porodu.....	30
10.3.3	Specifika péče v šestinedělí.....	30
11	PSYCHIKA ŽENY V EMOCIONÁLNÍM A VÝZNAMNÉM OBDOBÍ.....	31
10.4	Psychika ženy s komplikacemi během těhotenství.....	31
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
12	FORMULACE PROBLÉMU.....	32
13	STANOVENÍ CÍLE.....	32
13.1	Hlavní cíl.....	32
13.2	Dílčí cíle.....	32
14	VZOREK RESPONDENTŮ.....	33
15	METODIKA VÝZKUMU.....	33
16	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	34
16.1	Rozhovor číslo 1 – gestační diabetes.....	34
16.2	Rozhovor číslo 2. – pregestační diabetes mellitus.....	42
16.3	Rozhovor číslo 3. – pregestační diabetes mellitus.....	50
17	ZÁVĚREČNÁ DISKUZE.....	56
	ZÁVĚR.....	58
	SEZNAM LITERATURY.....	
	SEZNAM PŘÍLOH.....	

Anotace

Příjmení a jméno: Rollingerová Marie

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Diabetes a těhotenství

Vedoucí práce: Bc. Jaroslava Eksteinová

Počet stran: číslovaných: 49

Počet stran: nečíslovaných :16

Počet příloh: 4

Počet použité literatury: 23

Klíčová slova: diabetes mellitus, těhotenství, novorozenec diabetické matky

Souhrn:

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje definici onemocnění, způsoby léčby a rizika vyplývající z onemocnění diabetes mellitus. Praktická část obsahuje výsledky kvalitativního výzkumu, který byl zpracován formou rozhovorů.

Annotation

Surname and name: Rollingerová Marie

Department of Nursing and Midwifery Assistance

Title of thesis: Diabetes and pregnancy

Consultant: Bc. Jaroslava Eksteinová

Number of pages: 49

Number of appendices: 16

Number of literature items used: 23

Key words: diabetes mellitus, pregnancy, baby diabetic mother

Summary:

The bachelor work is separated into two parts – theoretical and practical. The theoretical part contains definitions illness, means of medication and risk illness. In practical part is processed gualitative research with presentation of obtained data.

Úvod

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou onemocnění diabetes mellitus v těhotenství. Hlavním cílem mé práce bylo definovat onemocnění diabetes mellitus (dále jen DM), zjistit jeho dopad na těhotenství a následné komplikace. V neposlední řadě jsem se zabývala psychickými a fyzickými změnami.

Diabetes mellitus v dnešní době představuje bezpochyby jedno z nejzávažnějších civilizačních onemocnění. Toto onemocnění znamená jak psychickou, tak sociální zátěž pacienta. Jedná se o trvalou péči, stravování, pohybový a léčebný režim, často i vážnější komplikace s DM spojené. Je nám tedy jasné, že život s DM není jednoduchý a do jisté míry pacienta značně omezuje ve srovnání se zdravou populací.

Cílem mé práce je zaměřit se na ženy s DM, které si přejí normální, rodinný život s vlastními dětmi. Diabetes mellitus v těhotenství představuje rizika jak pro ženu, tak i pro dítě. V dnešní době je těhotenství s DM na rozdíl od dávných dob možné, avšak vyžaduje mnoho dalších opatření. Právě z tohoto důvodu jsou těhotné ženy pečlivě sledovány v rizikových poradnách.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE VÝZKUMU ONEMOCNĚNÍ

První a tedy i nejstarší zmínka o DM pochází pravděpodobně z tzv. Ebersova papýru ze 16.století před Kristem, který v roce 1862 objevil německý egyptolog Ebers. V tomto papýru byl nalezen popis onemocnění projevujícího se polyurií.

Výraz diabetes poprvé použil Aretaeus z Kappadokie už ve 2. století našeho letopočtu. O tři století později, tedy v 5.st.n.l. popsal indický lékař Susruta u nemocných sladkou moč, která přitahovala mravence. Problematika onemocnění byla následně na nějaký čas zapomenuta. Až v 17. století napsal o nemoci se sladkou močí anglický lékař Thomas Willis. O sto let později, liverpoolský lékař Matthew Dobson zjistil, že sladkost moči a séra, je způsobena cukrem. Dalším krokem, k získání ucelených informací o onemocnění bylo vyzkoumání vztahu mezi diabetem a centrálním nervovým systémem, společně se způsobem ukládání cukru v játrech ve formě glykogenu. Tento významný objev učinil v 19. století francouzský fyziolog Claude Bernard.

Mezi další významné osobnosti ve výzkumu diabetického onemocnění patřil pražský dermatolog a profesor Petters. Ten jako první prokázal, že příčinou acidózy u DM je aceton. Edouard Laguesse v roce 1893 nazval shluky buněk nalezené o několik let dříve berlínským lékařem Paulem Langerhansem, Langerhansovy ostrůvky a předpokládal u nich, jak bylo nakonec potvrzeno, endokrinní funkci. V neposlední řadě stojí za zmínku objev Oskara Minkowski a Josefa von Muring, kteří v roce 1889 zjistili přímou souvislost mezi pankreatektomií u psa a vznikem DM u člověka.

1.1 Frederick Banting a Charles Best - objevitelé inzulinu

Kanadští vědci Frederick Banting a Charles Best v roce 1921 objevili inzulin, který byl jako lék poprvé podán 1.ledna roku 1922 čtrnáctiletému chlapci umírajícímu na diabetes I.typu. Americká firma Eli Lilly tehdy zahájila průmyslovou výrobu inzulinu, který se tak stal již od roku 1923 lékem se širokým klinickým využitím. Významnými objevy, které umožnily další posun ve výrobě, diagnostice a léčbě DM bylo stanovení imunoreaktivního inzulinu v plazmě Bernsonem a Yalowovou v roce 1956, stanovení odštěpené části molekuly proinzulinu, tzv. C-peptidu, v roce 1970 a zahájení výroby lidského inzulinu

biosyntetickou metodou v roce 1986. Postupným vývojem došlo k objevení inhalačního inzulínu, který byl klinicky užíván jen přechodně zejména pro komerční neúspěšnost. Mezi další formy patří orální inzulín v roztoku, tabletách a transdermální inzulín. (1)

2 DEFINICE

Diabetes mellitus (cukrovka neboli dříve úplavice cukrová) je celoživotní, ale léčitelné onemocnění různé etiologie, jejímž příznakem je hyperglykémie s následnou glykosurií. DM vzniká v souvislosti s poruchou sekrece nebo účinku inzulínu a je provázen komplexní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. Do klasických příznaků se řadí polydipsie, polyurie, noční močení, hubnutí, únava a přechodné poruchy zrakové ostroty. Onemocnění má různé klinické formy a každá z nich má rozdílnou etiologii, klinické projevy a průběh. (20,14)

3 KLASIFIKACE

V současné době používáme novou klasifikaci onemocnění, která je odlišná od staré definice WHO (World Health Organisation) z roku 1985. Hlavní rozdíly mezi starou a novou klasifikací je samotné pojmenování typů DM. Nově používáme termín diabetes mellitus typu I. a II., místo dříve užívaných pojmů inzulindependentní diabetes mellitus a noninzulindependentní diabetes mellitus. Nerozlišuje se již diabetes mellitus II. typu s obezitou a bez obezity. Latentní autoimunitní diabetes dospělých LADA je logicky zařazen k DM I. typu. Typy MODY – noninzulindependentní DM mladých lidí (časný začátek před 25 rokem) a autozomální typ dědičnosti je v této klasifikaci zařazen ke specifickým typům DM s prokázaným genetickým defektem B-buňky.

Dále se zavádí nový pojem hraniční poruchy glukózové homeostázy, pro stavy představující zvýšené riziko pro vznik DM a kardiovaskulárních onemocnění - tzv. zvýšená glykémie nalačno a porucha glukózové tolerance tak, jak ji můžeme rozpoznat při hodnocení orálního glukózového tolerančního testu – (OGTT).

Příčinou DM I. typu je vždy destrukce B-buněk vedoucí k absolutnímu deficitu inzulínu. Dříve se pro tento typ užívala synonyma juvenilní diabetes, diabetes dětí a mladistvých, diabetes náchylný ke ketoacidóze, labilní a astenický DM. Vzhledem k závažnosti onemocnění je nová klasifikace nesporně přínosem pro potřeby praktické diabetologie.

3.1 Klasifikace diabetes mellitus a poruch glukózové homeostázy (ADA 1997, IDF 1999)

Klasifikace ADA. Jedná se o návrh podaný Americkou diabetologickou asociací (ADA), který byl přijat v r. 1997 Mezinárodní diabetologickou federací (IDF).

Diabetes mellitus I. typu dělíme na imunitně podmíněný a idiopatický. Diabetes II. typu se dále nedělí. Třetím typem jsou ostatní specifické typy DM. Posledním, čtvrtým typem je gestační diabetes, který nastupuje v souvislosti s těhotenstvím.

Mezi hraniční poruchy glukózové homeostázy řadíme zvýšeninou glykemií nalačno a porušení glukózové tolerance.

Ostatními specifickými typy diabetu jsou: genetický defekt funkce B-buněk, genetické defekty účinku inzulínu, onemocnění exokrinního pankreatu, endokrinopatie, chemicky a léky indukovaný DM, infekce, neobvyklé formy imunologicky podmíněného diabetu a genetické syndromy asociované s diabetem. (19)

4 SAINT VINCENTSKÁ DEKLARACE

Diabetes mellitus patří bezpochyby k nejčastějším a nejzávažnějším civilizačním onemocněním. Nedostatečná informovanost o této nemoci a nedostatečná péče o nemocné s DM může vést k rozvoji komplikací, které mají velmi špatný dopad na kvalitu života člověka i jeho rodinu a znamenají významný sociálně ekonomický problém pro celou společnost. Světová zdravotnická organizace spolu s Mezinárodní diabetologickou federací uspořádala v roce 1989 v italském Saint Vincentu konferenci o problematice diabetu. Zástupci vládních institucí, ministerstev a přední evropští diabetologové se dohodli na řadě cílů, jejichž naplnění by vedlo ke zlepšení péče o lidi s DM.

4.1 Hlavní cíle vytyčené Saint Vincentskou deklarací

1. „Podpora diabetologických center a pracovišť v oboru péče o diabetiky.
2. Zajištění péče o dětské pacienty odborníky na terapii diabetu, pro jejich rodiny. Záruka sociální, ekonomické a emoční podpory.
3. Prosazovat opatření k prevenci pozdních diabetických komplikací.
4. Postgraduální vzdělávání lékařů a pomaturitní studium sester v oboru diabetologie.
5. Zkvalitnění edukace diabetiků.
6. Posilování rovnosti a nezávislosti všech pacientů a jejich zapojení mezi ostatní občany naší společnosti
7. Celoevropské sjednocení systému dokumentace a evidence.
8. Působení na širokou veřejnost s cílem prevence diabetu.
9. Spolupráce s laickými organizacemi.“ (5)

5 ANATOMIE LANGERHANSOVÝCH OSTRŮVKŮ

Langerhansovy ostrůvky jsou součástí slinivky břišní, tedy pankreatu. Pankreas zdravého člověka obsahuje asi 1 milion ostrůvků. Každý z nich pak asi tři tisíce endokrinních buněk.

Buňky ostrůvků jsou rozpoznatelné morfologicky a imunologicky již v 9. -12. týdnu života. Nejdůležitější buněčné typy každého ostrůvku tvoří buňky B – Inzulin, buňky A – Glukagon, D – Somatostatin a PP – pankreatický polypeptid. Produkty menších buněk D1 a P jsou zatím neznámé. Každý ostrůvek má dřeň z β – buněk a kůru z ostatních buněčných typů, mezi kterými dominují buňky α . Jednotlivé typy buněk ostrůvků mohou být rozeznatelné různými histologickými technikami a elektromikroskopickým průkazem sekrečních granul. Kromě toho mohou být buňky ostrůvků identifikované imunocytochemicky průkazem jejich hormonů a následným znázorněním ve světelném nebo elektronovém mikroskopu.

Stejně jako všechny neuroendokrinní buňky a nervy jsou buňky ostrůvků imunoreaktivní pro neurospecifickou enolázu. Inzulin produkovaný β - buňkami je výsledkem dalšího zpracování původního genového produktu preproinzulínu, který po odštěpení části své molekuly je změněn na proinzulin, z něj po odštěpení C- peptidu vznikne inzulin. (1)

6 DIABETES MELLITUS OBECNĚ

Diabetes mellitus je porucha, při které má tělo sníženou schopnost hospodařit s glukózou. Glukóza je hlavní cukr obsažený v krvi. Je také jednou z nejdůležitějších látek v lidském organismu. Bez glukózy není možný život, jelikož všechny buňky těla glukózu nepřetržitě potřebují k získávání energie, jež je nutná pro správnou funkci všech orgánů.

Glukóza se do krve dostává dvěma způsoby. První cestou je glukóza získaná z příjmu potravy. Druhou možností je rozklad do jater uloženého depotního glykogenu zpět na glukózu. Díky této souhře vstřebávání, ukládání do zásob a zpětného uvolňování glukózy ze zásob do krve je glykémie stálá a buňky mohou využívat glukózu kdykoliv potřebují. Toto hospodaření s glukózou je řízeno souhrou několika hormonů, které vyhodnotí naši glykémii. Pokud hladiny glykémie stoupají, tak se glukóza ukládá do zásob, když klesá, uvolňuje se zpět do krve.

Hlavní hormon řídící hospodaření glukózy je inzulin, který se tvoří v β – buňkách. Inzulin má dvě funkce. Ukládání glukózy do zásob v játrech a otevírání všech buněk, aby do nich mohla vstoupit glukóza. Opačnou funkci než inzulin mají glukagon a adrenalin. Glukagon se tvoří v α -buňkách Langerhansových ostrůvků a adrenalin v nadledvinách.
(13,14)

7 TYPY DIABETU

7.1 Diabetes mellitus I. typu

Diabetes Mellitus je syndrom porušené látkové výměny sacharidů, tuků a bílkovin, jehož příčinou je úplný výpadek nebo vážná porucha funkce β – buňky Langerhansových ostrůvků v pankreatu. Postupně jsou zničeny všechny β – buňky zánětlivým procesem, který je podmíněn imunologickými mechanismy. Imunologickou reakci nejčastěji navodí virová infekce. K poškození β – buněk dojde jen u jedinců, kteří jsou geneticky „poznamenáni“. Mají určitou skladbu HLA antigenů, které se dle zákonů dědičnosti přenášejí na potomky. Vzhledem k tomu, že skladba HLA se dědí, může se tento typ diabetu vyskytnout v rodině, i když sám diabetes I. typu je získané autoimunitní onemocnění. Dědičná je pouze vloha. Vyskytuje se převážně v dětském věku, ale je však možný v jakémkoli věku. Jelikož je autoimunitním procesem zničen pankreas, netvoří se tedy inzulin. Při DM I. typu dochází rychle k dekompenzaci se vznikem ketoacidózy eventuelně až kómatu. Diabetici I. typu jsou velmi citliví k inzulinu, snadno upadají do hypoglykémie. (14,13)

7.2 Diabetes Mellitus II. typu

Tento typ DM je mnohem častější. Vyskytuje se ve středním nebo vyšším věku. DM II. typu je dědičný, objevuje se tedy v diabetických rodinách. Dědičnost má recesivní charakter, vyskytuje se familiárně, tj. v horizontální rovině (sourozenci). Pokud jsou oba rodiči diabetici, je pravděpodobnost jeho výskytu vysoká také u dětí a vnuků. Jedná se o obecnou metabolickou poruchu, protože souvisí se sklonem k otylosti, s poruchou metabolismu tuků a někdy i s poruchou metabolismu kyseliny močové. Nedostatek inzulinu je relativní, β – buňky nejsou zničeny, můžeme je ke zvýšené tvorbě inzulinu stimulovat léky. U DM II. typu u obézních pacientů je většinou inzulinu nadbytek. Pokud pacient zhubne, ztratí tukovou hmotu. Diabetes mellitus II. typu je stabilní, nemá sklon ke ketoacidóze i když jsou hodnoty glykémie vysoké. Jeho zvláštností je, že podporuje a urychluje rozvoj aterosklerózy. DM II. typu se u mladých žen vyskytuje zřídka. U obézních žen léčíme DM perorálními antidiabetiky společně s inzulinem. (13,14)

7.3 Gestační diabetes Mellitus (GDM)

Gestační diabetes mellitus je porucha glukózové tolerance, která vzniká v průběhu těhotenství. Nejčastěji se projevuje kolem 20. týdne gravidity, zvýšenou produkcí laktogenu a po porodu její klinické příznaky většinou opět vymizí. Na poruše glukózové tolerance se podílejí hormonální změny v těhotenství. Porucha nebývá výrazná, ale s ohledem na graviditu ji nelze podceňovat. Péči v průběhu gravidity je třeba zaměřit na udržování normoglykémie a předcházet možným komplikacím DM. Během těhotenství musíme poruchu léčit a upravit. Prognóza těchto pacientek je různá. Diabetes II. typu se může manifestovat v průběhu patnácti let až u 40% žen. U některých pacientek se může manifestovat i DM I. typu. Po porodu je tedy nutné, ženu znovu vyšetřit a onemocnění překlasifikovat. Dále je u žen nutná dlouhodobá dispenzarizace. V ČR je incidence tohoto onemocnění 2-3% za rok. Klasifikace GDM je založena na hodnotách glykémie nalačno. Orální glukózový toleranční test, (OGTT) je pomocná vyšetřovací metoda, která se používá k diagnostice onemocnění diabetes mellitus, gestačního DM a porušené glukózové tolerance (PGT). Test se provádí většinou ráno, ve specializované laboratoři. Odebírá se žilní krev nalačno a čeká se na výsledek glykémie (hladina cukru v krvi). Pokud dosahuje glykémie hodnot vyšších než 6,9 mmol/l (u těhotných vyšší než 5,6 mmol/l) OGTT se neprovádí. Pokud je glykémie v rozmezí 5,6 – 6,9 mmol/l (u těhotných menší než 5,6 mmol/l) OGTT se provede. Poté klientka vypije během 5–10 min 75 g glukózy v 250 ml roztoku. Nejčastěji se podává čaj. Další odběr žilní krve se provádí po 120 minutách. Vzhledem k jednoduchosti testu se provádí screening u všech těhotných žen k vyloučení gestačního diabetes mellitus se provádí ve 24. – 28. týdnu gravidity. U rizikových žen se tento screening provádí již ve 14 týdnu těhotenství. (14)

7.3.1 Dietní opatření u ženy s GDM

Ženy s gestačním DM mají dietní stravu připravovanou individuálně. Musí respektovat následující požadavky:

Nutností je přihlídnout na zvyky a chutě ženy. Kalorický příjem musí být adekvátní stádiu těhotenství, maximální váhový přírůstek v průběhu gravidity je přibližně 12 kg. U žen s nadváhou 7kg, nebo naopak podváhou 18kg. Distribuce kalorického příjmu by měla být ze 35-40% uhlovodany, 20-25% bílkoviny a 35-40% tuky. Účinek diety by se měl zhodnotit glykemií po jídle, je nutné sledování ketonurie, jako prevence ketoacidózy z hladu. Konzumace umělých sladidel není doporučena. (6)

8 DIABETES MELLITUS A TĚHOTENSTVÍ

V dřívější době, kdy nebylo možné diabetes mellitus dokonale kompenzovat, byla matka i dítě více ohroženi na životě, než je tomu dnes. Každá žena s DM by si měla své těhotenství naplánovat a to na dobu, kdy je onemocnění ideálně kompenzováno. Za tento stav považujeme období ženy, které je shodné se stavem zdravého člověka v jeho věku. Žena je bez klinických potíží, má stálou tělesnou hmotnost a její koncentrace glukózy v krvi se blíží hodnotám zdravého člověka. Je-li třeba diabetika těsně kompenzovat, musíme použít speciálních inzulinových režimů. Dnes používáme jako kritérium kompenzace stanovení glykemií nalačno a po jídle v celodenních profilech.

Diabetické těhotenství je rizikové, jak pro matku, tak pro plod. DM může vést ke spontánnímu potratu, způsobit VVV plodu, akceleraci růstu či růstovou retardaci (IUGR) plodu, náhlou smrt plodu a další metabolické komplikace související s produkcí inzulinu a inzulinovou rezistencí u potomků. (3,8)

8.1 Optimální kompenzace diabetu

Optimální kompenzace diabetu:

Hodnoty glykémie nalačno a před jídly	< 5,5 mmol/l
Hodnoty postprandiální glykémie	< 7,7 mmol/l
Normální nebo minimální mikroalbuminurie	
Normální hodnoty vykovaného hemoglobinu	
Normální hodnoty krevního tlaku po celou dobu těhotenství	

8.2 Plod diabetické matky

Novorozenec diabetické matky je charakterizován makrosomií – vysokou porodní hmotností pro abnormální ukládání tuku a glykogenu. Dále zvýšeným výskytem vrozených malformací. Plody diabetiček jsou ohrožovány embryopatií a fetopatií.

8.2.1 Embryopatie

U embryopatie se jedná o malformaci podmíněnou převážně geneticky. Plod není schopen života v důsledku těžkých vývojových vad. Děti diabetiček jsou dvojnásobně ohroženi vrozenými vývojovými vadami (VVV), nežli děti zdravých matek.

Pravděpodobnou příčinou embryopatie je špatná kompenzace onemocnění v období organogeneze. Vyskytují se VVV srdce, CNS a urogenitálního traktu.

8.2.2 Diabetická fetopatie

Diabetická fetopatie je stav, kdy se dítě rodí zdánlivě zdravé, ale má soubor příznaků, jako jsou vysoká porodní hmotnost i délka, svalová hypotonie a měsíčkovitý vzhled obličeje podobný Cushingovu syndromu, s větším množstvím podkožního tuku v obličeji, tmavými hustými vlásky, vlasovou linií posunutou do čela, rosáklé podkoží a podkožní tukové tkáně tvoří na některých místech až laloky, především v zátylku a pod bradou. Dále je patrná akrální cianóza, edémy zejména v obličeji a na končetinách, které mohou způsobit i zúžení očních štěrbin. Krk novorozence je velmi krátký a hlava téměř nasedá na široký hrudník, ramena jsou široká. Rozměry pupečníku mohou být až dvojnásobné, rovněž placenta je veliká.

Novorozenec zaujímá typickou polohu na zádech s tzv. „žabím“ postojem dolních končetin. Bývají zvětšené i některé orgány, nejčastěji játra, slezina a srdce. Celkový vzhled dětí připomíná nezralé novorozence, ačkoli je jejich tělesná hmotnost vysoká. (3,17) Mezi nejčastější komplikace diabetické fetopatie patří:

Porodní traumatismus - K porodnímu traumatismu dochází při abnormální velikosti novorozence, přičemž hmotnost často přesahuje 4500g. Tento stav vede k porodnickým komplikacím. Díky pokrokům v porodní péči jako je zvýšená frekvence císařských řezů a cílené předčasné ukončování těhotenství, se porodní traumatismus stal vzácností. Akcelerace růstu plodu – plody diabetiček jsou na svůj gestační věk velké. U plodů se vyskytují abnormality v ukládání abdominálního tuku, zvětšuje se vrstva podkožního tuku a svalová hmota. Dochází k organomegalii. Dále dochází k urychlení kostního zrání, tedy hypertrofii inzulín-senzitivních tkání. Riziko makrosomie plodu vzrůstá při stoupající hladině glukózy u matky. Akcelerace růstu je asymetrická, což je patrné i při ultrazvukovém vyšetření v průběhu těhotenství. (8)

Respirační poruchy - Vážnou komplikací i jen lehce nezralých novorozenců je syndrom respirační tísně (RDS). Plíce novorozence nejsou dostatečně zralé a je opožděná tvorba surfaktantu. Mezi příznaky RDS patří cyanóza – promodralé zbarvení kůže, dušnost a propadající se mezižební prostory.

Hypoglykémie - K poklesu glykémie dochází v prvních hodinách po porodu. Velmi nízké hladiny glykémie jsou velmi nebezpečné, hrozí riziko poškození CNS. Je tedy nutné

hladiny glykémie opakovaně monitorovat. Vyšetřování glykémie se provádí již odběrem z pupečníkové krve, dále pak za 30 minut a 60 minut, dále v 1 až 2 hodinových intervalech, nebo při symptomech hypoglykémie – třes, křeče, apatie, abnormální křik.

Hyperbilirubinemie - Jedná se o žluté zbarvení kůže, sliznic a očního bělma. Vyskytuje se až ve 40% novorozenců diabetických matek.

Polycytemie - Novorozenci mají hematokrit přes 60%, viskozita krve je vysoká a zhoršuje se tak průtok krve v kapilárách. Tento stav může vést až k tkáňové hypoxii. Mezi další komplikace fetopatie patří hypokalcemie a hypomagnezemie.

Prevence diabetické fetopatie - Rozhodující význam pro prevenci fetopatie je včasná diagnóza a správná terapie DM. Ženy by měly být pečlivě sledovány a rodit ve specializovaných pracovištích. Úspěšné léčení onemocnění snižuje úmrtnost plodů. (3)

8.3 Rizika pro matku a důsledky pro plod

Mezi nejčastější rizika pro matku patří spontánní potrat, rozvoj gestační hypertenze až preeklampsie, předčasný porod a předčasný odtok vody plodové. Mezi další časté komplikace patří infekce močových cest, vaginitida, ketoacidoza, retinopatie, nefropatie a neuropatie. V závěru těhotenství je žena ohrožena poraněním porodního kanálu, vyplývající např. z rizika makrosomního plodu, související i s nutností provedení porodu forceps či ukončení těhotenství císařským řezem. V neposlední řadě je častou komplikací polyhydramnion, tedy nadměrné množství vody plodové.

Plod je nejvíce ohrožen perinatální mortalitou a vznikem vrozených abnormalit. V souvislosti s onemocněním je u diabetických matek vyšší procento plodů s makrosomií (vyšší traumatismus plodu) či plodů se zpomaleným nitroděložním růstem. Prodloužená maturace plic, novorozenecká hypoglykémie, hyperbilirubinemie, syndrom dechové tísně, či obtížný porod ramének v závěru porodu, to vše jsou komplikace, se kterými se u diabetických plodů můžeme setkat. (3,8)

9 CHRONICKÉ KOMPLIKACE DIABETU U MATKY

Diabetes je dlouhodobě probíhající onemocnění, které po letech svého průběhu vyvolává změny v organismu. Tyto změny označujeme jako chronické komplikace DM. Mezi nejčastější patří: diabetická retinopatie, diabetická nefropatie a diabetická neuropatie.

9.1 Diabetická retinopatie

Jedná se o poškození zraku. Je to nejzávažnější a nejobávanější specifická komplikace. Výskyt se zvyšuje s dobou trvání i stupně kompenzace diabetu. U šedesátiletých pacientů je asi 3-4 krát častější než u čtyřicetiletých. Častější výskyt u DM I. typu. Trvá-li DM více než 15 let, je postiženo asi 50% nemocných. (4)

„Vznik a rozvoj diabetické retinopatie je spjat s dlouhodobou dekompenzací diabetu. Dlouhodobá hyperglykémie vede k poruše mikrocirkulace, ke zvýšené prostupnosti stěny kapilár. Průtok krve kapilárou je zvýšen za současného poklesu oxygenace a poškození endotelu cévy. Důsledkem jsou hlavní sítnicové abnormality: uzávěry cév, dilatace cév, prosakování a novotvorba cév.“(4) Dlouhodobé rozšíření cévy vede ke vzniku balónkovitých vyklenutí stěny cév- mikroaneurysmat, drobných tečkovitých krvácení do okolí výdutě. Průtok krve v cévách sítnice klesá, to znamená menší přívod krve a kyslíku tkáním – hypoxie. Dále vznikají mikrotromby až úplný uzávěr cévy. Postupně patologický proces přestoupí do svého nejzhoubnějšího stadia – proliferativní diabetická retinopatie. Tento stav vede k úplnému zničení sítnice.

9.1.1 Stádia diabetické retinopatie

- 1) Neproliferativní: tzv. počínající. Jejimi hlavními projevy jsou mikroaneurysma a hemoragie.
- 2) Pokročilá : hlavní projevy jsou ucpávání cév a hypoxie
- 3) Proliferativní: nově vytvořené cévy, ztráta zraku
- 4) Makulopatie: hlavní příznaky jsou edém žluté skvrny, pokles ostrosti zraku

9.1.2 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory progresu diabetické retinopatie řadíme hypertenzi, tedy tlak vyšší než 140/90, hyperglykémii, graviditu, poranění oka, poruchy krevní srážlivost, genetické dispozice a opakované záněty.

9.1.3 Terapie

Prevence vzniku retinopatie je snaha navodit dlouhodobou kompenzaci diabetu. Mezi možné, léčebné postupy patří například: laserová fotokoagulace, panretinální fotogulace či vitrektomie. (4, 16)

9.2 Diabetická nefropatie

Diabetická nefropatie vzniká dlouhodobě zvýšenou hladinou glykémie. U diabetiků bývá progrese nefropatie podpořena opakovanými infekcemi močových cest. Vyznačuje se proteinurií (prostupem bílkoviny do moče), hypertenzí a postupným zánikem ledvinných funkcí. Mikroangiopatické změny postihují cévy ledvinných klubiček, tedy glomerulů. Vznikají změny v mikrocirkulaci a účinky biologicky aktivních látek podporují proliferaci buněk. Zvýšený kapilární tlak a změny glomerulů vedou k úniku plazmatických bílkovin do moče, což se projeví proteinurií. Hypertenze s hyperlipidemií a proteinurie nad 3g za 24 hodin s otoky označujeme jako nefrotický syndrom. Expanze mesangiálních buněk přispívá k postupnému zániku glomerulů a s nimi i k zániku vlastní výkonné tkáně ledvin. Schopnost ledvin očistit krev od zplodin klesá. Dochází k hromadění jedovatých zplodin v organismu, a v konečném stadiu ustává tvorba moči. Funkce ledvin musí být nahrazena.

9.2.1 Stadia diabetické nefropatie

Prvním stádiem diabetické nefropatie je stadium hypertroficko-hyperfunkční, druhé stádium - období mikroskopických změn. Třetím stádiem je stadium incipientní (počínající) nefropatie, čtvrtým stádiem je manifestní proteinurie. Poslední, páté stadium je ledvinná nedostatečnost a selhání ledvin.

9.2.2 Terapie

Léčba je závislá na stadiu diabetické nefropatie. Základem je dlouhodobá kompenzace diabetes mellitus, včasné zahájení léčby hypertenze, dietní opatření, důsledná antibiotická léčba se zvýšeným příjmem tekutin při močových infekcích. Sledujeme bilanci příjmu a výdeje bílkovin a to při snížení glomerulární filtrace, snížení příjmu bílkovin na 0,6-0,7g/1kg váhy za 1 den. U nefrotického syndromu se ztrátou 5-20g bílkovin je naopak nutné zvýšit příjem bílkovin. V terminálním stadiu nefropatie jsou pacienti zařazeni do hemodialyzačního programu. (4,16)

Náhrada funkce ledvin :

Ledvinné funkce můžeme nahradit těmito postupy:

1. *Hemodialýza* = 2-3 krát týdně v nemocnici, trvání 4-5 hodin
2. *Peritoneální dialýza* = doma kontinuálně, dutina břišní
3. *Transplantace ledviny* = ledvina od dárce, imunosuprese
4. *Transplantace ledviny + pankreas* = pro DM I. typ, imunosuprese (4,16)

9.3 Diabetická neuropatie

Jedná se o difúzní nezánětlivé poškození funkce a struktury periferních nervů. Hyperglykémie je hlavní příčinou vzniku. Dělíme ji do dvou základních skupin dle lokalizace poškození: Somatická (periferní) neuropatie a vegetativní (autonomní) neuropatie. Klinické projevy jsou ovlivněny typem poškozeného vlákna – motorické, senzitivní, vegetativní.

Terapie je zaměřena především na prevenci vzniku neuropatie nebo zpomalení rozvoje onemocnění. Prevencí vzniku diabetické neuropatie je dobrá kompenzace diabetu. Řada lékařských studií dokládá, že zlepšení špatné kompenzace (kontrola glykémie, omezení hyperglykémie) DM může působit na zlepšení neuropatie. Dále se využívá nebo zkouší řada specifických léků a terapeutických postupů.

10.TERAPIE

Cílem léčby je dosáhnout optimální metabolické kompenzace včetně snížení akutních i chronických komplikací onemocnění. Život diabetické ženy by měl být plnohodnotný a srovnatelný s životem zdravé ženy. Úprava léčby a životosprávy by měla vyhovovat potřebám nemocné. Léčba diabetu má mnoho podob. Zahrnuje dietní opatření, pohybový režim, léčbu perorálními antidiabetiky a v neposlední řadě léčbu inzulinem. (4,16)

9.4Dietní léčba

Mezi základní opatření v léčbě onemocnění patří dieta. (19) Cílem dietní léčby je zlepšení kompenzace DM, při dietě sladěné s vlastní produkcí inzulinu, s léčbou inzulinem nebo perorálními antidiabetiky společně s fyzickou aktivitou. Dále zajištění normální tělesné hmotnosti a normální hodnoty krevního tlaku. Nutné je zabránit výkyvům glykémie a preventivně bojovat proti hypoglykémii. Též je důležité zajistit normální hodnoty glykémie po jídle. Snahou každého nemocného by mělo být stabilizování složení krevních lipidů společně s prevencí a léčbou pozdních komplikací DM, a to vše při zachování co nejlepšího duševního zdraví ženy vedoucího k co nejlepší kvalitě života.

9.5Pohybový režim

K léčbě DM patří i pohybový režim. V pohybovém programu hraje svoji roli věk pacienta, typ diabetu, způsob léčby a přítomnost komplikací spojených s onemocněním. Pohyb má příznivý vliv na prevenci vzniku DM II.typu, zlepšení kompenzace diabetu, udržení optimální tělesné hmotnosti, snížení kardiovaskulárních onemocněních , zlepšení pohyblivosti kloubů a páteře, odstranění napětí a stresu a tím navození duševní rovnováhy.

Vhodné pohybové aktivity pro diabetiky: plavání, bruslení, chůze, jízda na kole, aerobní cvičení, tenis, tanec, lyžování.

Nevhodné pohybové aktivity pro diabetiky: sporty s nárazovým vypětím sil a takové, při kterých ztrácí půdu pod nohama – létání, parašutismus, horolezectví, potápění, sprint, závody motorových vozidel. Tyto sporty jsou nevhodné u diabetiků s rizikem vzniku hypoglykémie. (4)

9.6Perorální antidiabetika (PAD)

Léčba perorálními antidiabetiky v těhotenství je dosud diskutovanou otázkou z hlediska bezpečnosti. PAD jsou léky vhodné u diabetiků s převahou inzulinorezistence,

rozpoznatelné zvýšením C-peptidu. PAD se liší chemickou strukturou i mechanismem účinku.

Metformin je lék ze skupiny biguanidů. Snižuje množství glukózy vytvářené v játrech a pomáhá glukóze vstupovat do buněk svalů. Také zpomaluje rychlost vstřebávání glukózy ve střevě a snižuje hladinu volných mastných kyselin v krvi. Je vhodný u obézních gravidních žen. Mírně snižuje chuť k jídlu a také nevede ke zvyšování tělesné hmotnosti. V současnosti vzhledem k těmto vlastnostem je lékem první volby v léčbě DM II. typu, buď samostatně nebo v kombinaci s inzulínem či dalšími PAD. Mezi nežádoucí účinky Metforminu patří trávicí obtíže jako je mírná nevolnost, pocit plnosti žaludku, průjem či zácpa. Tyto obtíže se však vyskytují na začátku léčby, po několika dnech zmírní nebo úplně vymizí. (15,4)

9.7 Inzulínoterapie

„Inzulínové preparáty obsahují inzulínovou složku, látky ovlivňující rychlost působení a stabilizující přípravky.“ (4) Inzulíny dělíme dle původu na zvířecí a lidské (humánní) HM. Dnes se již využívají výhradně humánní inzulínové preparáty. Několik let se vedle humánních inzulínu používají i tzv. inzulínová analoga. Inzulínová analoga jsou chemické látky, se stejným účinkem jako humánní inzulíny, liší se pouze strukturou. Analoga mají dobrý efekt a komfort při podání. Využití inzulínových analog je stále větší. Léčba inzulínem se provádí dvěma způsoby. Prvním je podávání v několika denních dávkách inzulínu, nejčastěji 4-6 dávek, kdy kombinujeme krátkodobě působící inzulín s inzulínem střední či dlouhodobě působícím. Jedná se o tzv. intenzifikovaný inzulínový režim. Během těhotenství se často počet denních dávek zvyšuje v zájmu co nejlepší kompenzace diabetu.

Dalším způsobem je aplikace inzulínu inzulínovou pumpou s kontinuálním podáváním inzulínu podkožně po dobu 24 hodin v určité bazální dávce a přidáváním bonusové dávky inzulínu k hlavním jídlům. (4,16)

Dělení inzulínových preparátů dle délky účinku:

Inzulínové preparáty dělíme dle doby působení na krátkodobě působící inzulín k hlavním jídlům, střednědobě působící inzulíny a dlouhodobě působící inzulíny. Indikací k zahájení inzulínoterapie je několik. Jsou to opakované vyšší hladiny glykémie než jsou doporučené hodnoty. Vyšší hladiny glykémie musí být zjištěny 2x – 3x ve vyšetřovaných glykemických profilech. Dalším důvodem je zjištění akcelerace růstu plodu při ultrazvukovém vyšetření. Opakovaná přítomnost ketolátek v moči při vyloučení jiné možné příčiny než diabetu je také indikací k zahájení léčby inzulínem. (4,16,22)

10 PÉČE V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ

Porodnické sledování diabetických žen se neliší od sledování zdravých těhotných. Doporučuje se však častější sledování a to v intervalech dvou týdnů. Častější by mělo být ultrazvukové vyšetření plodu, ke zjištění případné růstové retardace plodu či naopak růstové akceleraci plodu. Nezbytné jsou pravidelné měsíční kontroly. Při každé kontrole sledujeme glykemické profily, orientačně moč na cukr, bílkovinu a ketolátky, dále měříme krevní tlak a sledujeme váhový přírůstek. (19)

10.1 Vyšetření v průběhu těhotenství:

Vyšetření hladiny glykémie, glykémie je hladina glukózy v krvi. U zdravých lidí se pohybuje od 3,5 -5,6 mmol/l. Jedná se o poměrně konstantní hodnotu s malými výkyvy po jídle, které nazýváme normoglykémie. Hladina glykémie by se měly přibližovat co nejvíce fyziologickým hodnotám. Pokud u těhotné ženy nedosáhneme dobré kompenzace nebo se objeví komplikace, je nutná hospitalizace v jakémkoliv týdnu gravidity.

Vyšetření ledvin, které se provádí na začátku a na konci gravidity, mikroalbuminurii se vyšetřuje 1x za 3 měsíce, při prokázání nefropatie sledujeme proteinurii, kreatin v séru, renální funkce 1x za měsíc.

Oční vyšetření provádíme před graviditou, nebo na jejím začátku a pak těsně před porodem. Pokud otěhotní diabetička s diabetickou retinopatií, pravidelně kontrolujeme každé 3 měsíce.

Krevní obraz vyšetřujeme v každém trimestru.

Krevní tlak při normálních hodnotách kontrolujeme po 2 týdnech, od 20. týdne gravidity až do porodu 2x týdně.

Vyšetření moči bakteriologické vyšetření provádíme nejméně 1x za měsíc.

Kardiotokografické monitorování plodu provádíme od 37 týdne.

Orientační vyšetření funkce štítné žlázy a antityreoidálních protilátek u těhotných s DM I. typu.

Ultrasonografické vyšetření plodu do 20. týdne gravidity provádíme dle běžného schématu. Mezi 17.-22. týdnem gravidity doporučujeme vyšetření plodu ultrazvukem k vyloučení genetické vady plodu, ve druhé polovině gravidity se vyšetření provádí jedenkrát za tři týdny. (19,11)

10.2 Selfmonitoring

Selfmonitoring je vlastní měření a monitorování glykémie, ketolátek v krvi a odpad cukru a ketolátek v moči. Pacientky jsou vybaveny glukometry a samostatně si provádějí kontroly glykemií.

Selfmonitoring je dnes nedílnou součástí dobře vedené péče o diabetiky. Umožňuje samostatně se orientovat ve svém onemocnění, podporuje motivaci ke spolupráci, cíleně upravit léčebný režim, zkvalitňuje ženám život a uvolňuje životní režim. Diabetik by měl být informován o hodnotách glykémie během dne, aby mohl objektivně tuto léčbu, sám aktivně realizovat. Dále by měl být dostatečně stimulovaný, zdravotně uvědomělý, aby byl schopen pochopit souvislost mezi jednotlivými podanými dávkami inzulínu, množstvím, složením a mezi příjmem potravy, tělesnou aktivitou, pracovním nasazením a celkovým denním režimem.

Frekvence kontrol by měla být individuální, ve vztahu k použité terapii a stavu diabetu. Doporučujeme kontroly buď denní měření 3-4 hodnot nalačno a po jídle, nebo měření tzv. velkého glykemického profilu, který se provádí 1x týdně, při němž si žena monitoruje glykémii nalačno, před hlavními jídly, hodinu po jídle a dále ve večerních i nočních hodinách. I během měření velkého glykemického profilu je měřen ještě jedenkrát až dvakrát v týdnu malý glykemický profil se dvěma až třemi hodnotami glykémie denně. Glykemický profil je série měření glykémie v průběhu 24 hodin. (11,22)

10.3 Porod a šestinedělí

Jestliže je průběh gravidity, stav plodu i metabolická kompenzace DM uspokojivá preferujeme spontánní nástup porodní činnosti. Načasování samotného porodu je individuální. Diabetickým ženám se nedoporučuje potermínové těhotenství, pro nebezpečí náhlého úmrtí plodu v posledních dnech gravidity. K těmto situacím dochází zřídka, vzhledem k vysoké frekvenci předčasných porodů. Dalším důvodem je známka makrosomie plodu. K předčasnému ukončení těhotenství přistupujeme tehdy, pokud dochází k zhoršování cévního onemocnění, zhoršování preeklampsie, při výskytu ketoacidózy, při růstové retardaci plodu, při známkách distresu plodu nebo u žen se zatíženou porodnickou anamnézou.

U všech těhotných, které jsou na inzulínoterapii, je optimální porod po ukončeném 37. týdnu gravidity. U žen, které jsou pouze na dietě je vhodné ukončit těhotenství ve 40. týdnu gravidity. Pokud porodní činnost nenastane, porod se indukuje prostaglandinem či infuzí s oxytocinem. V případě ohrožení matky či plodu anebo při nevhodných

podmínkách pro porod je indikován císařský řez. Lze říci, že indikace k operačnímu ukončení těhotenství jsou benevolentnější, než u zdravé ženy. Za ideální se jeví možnost ukončení gravidity programovaným porodem, tj. porod v pracovní době při ideální připravenosti personálu v dopoledních hodinách.

10.3.1 Specifika péče o ženu během porodu

Spočívá v pravidelném monitorování hladin glykémie, a to v intervalech 1-2 hodin. Porod klade na ženu velkou fyzickou námahu, která vede ke zvýšeným nárokům na množství glukózy a inzulínu. Metabolické kontrole pomůže i vyšetření acidobazické rovnováhy. Během celého porodu podáváme ženě kontinuální infuze 10% glukózy s inzulínem. Inzulinoterapie bývá nezměněna. Hladiny glykémie udržujeme v rozmezí 6-8mmol/l. Monitoring plodu je samozřejmostí.

10.3.2 Péče o ženu po porodu

Musíme upravit potřebu inzulínu dle hladin glykémie. Po porodu ženy potřebují podstatně méně inzulínu než v průběhu těhotenství. Ihned po porodu si novorozence přebírá tým neonatologů. U novorozence kontrolujeme glykémii, kterou při nízkých hodnotách kompenzujeme podáním glukózy, dále vyšetřujeme bilirubin, kalcium, acidobazickou rovnováhu, krevní obraz. Dále kultivace z nosu, krku, stolice a moče. Novorozence je umístěn na novorozeneckém JIP oddělení, pokoji s intermediální péčí či po dvou hodinách sledování k matce.(7,10,19)

10.3.3 Specifika péče v šestinedělí

Jestliže je zdravotní stav ženy vyrovnaný, je o ni a novorozence dále pečováno v systému rooming in. Tento systém je vhodný k navázání tzv. „bondingu“ – navázání vztahu matka-dítě. Ženu informujeme o riziku infekce, edukujeme o zvýšené hygieně, častém sprchování a mytí rukou. Kontrolujeme hojení porodního poranění či abnormální rány. Následná péče o ženu s pregestačním diabetem neolitem přechází opět do péče diabetologa. Ženy s GDM jsou v pozdějším životě ohroženy až třikrát častěji vznikem DM II. typu, proto doporučujeme jejich další sledování po porodu. Vyšetřujeme glykémii nalačno nebo provádíme orální glukózo-toleranční test jednou za dva roky. Kojení se ženám doporučuje, s přihlédnutím na zvýšení kalorického příjmu. Pokud žena nekojí, pediatr navrhne vhodný typ náhradní výživy. (19,7,10)

11.PSYCHIKA ŽENY V EMOCIONÁLNÍM A VÝZNAMNÉM OBDOBÍ

Těhotenství a porod je považováno za velmi významnou vývojovou krizi v životě ženy. Probíhají změny somatické, fyziologické, endokrinní, sociální a psychické. Během těhotenství se žena musí vyrovnat s mnoha životními změnami. Vývoj psychických změn je podmíněn osobností ženy, věkem, postojem k těhotenství, připraveností na novou roli matky, na jejím sociálním a ekonomickém zázemí, podporou rodiny apod. Pro ženu je toto období tedy velmi náročné a to i za podmínek, kdy je těhotenství fyziologické. (18)

10.4 Psychika ženy s komplikacemi během těhotenství

Všechny komplikace v těhotenství, přinášejí do života ženy stres a nejistotu. Již tak labilní psychika těhotné je ještě více zatížena a žena prožívá intenzivnější strach a úzkost. Těhotné, které mají těhotenství rizikové, je ohrožena potřeba jistoty a budoucnosti, objevuje se strach z toho, co bude. Všechny zásahy do těhotenství, které jsou pro ženu neobvyklé, znamenají nejistotu a pochybnosti, zda je vše v pořádku.

Žena potřebuje během celého těhotenství emocionální podporu. Těhotné, s diabetem vnímají svoji graviditu individuálně, ale pro všechny je toto období velmi náročné. Podpora by měla být komplexní jak ze strany rodiny, tak porodní asistentky. Dostatečná informovanost ženy o jejím aktuálním stavu, možných rizicích a léčebných postupech by měla být samozřejmostí. (18)

PRAKTICKÁ ČÁST

12.FORMULACE PROBLÉMU

V dnešní době diabetes mellitus představuje bezpochyby jedno z nejzávažnějších civilizačních onemocnění. Toto onemocnění znamená jak psychickou, tak sociální zátěž diabetika. Diabetes Mellitus v těhotenství představuje řadu možných rizik jak pro ženu, tak pro dítě. Cílem mé práce je zjistit dopad diabetes mellitus na těhotenství. Na ženy u kterých byl v těhotenství diagnostikován gestační diabetes mellitus a na ženy, které mají pregestační diabetes – DM I. typu.

13.STANOVENÍ CÍLE

13.1. Hlavní cíl

Zjistit dopad onemocnění diabetes mellitus na těhotenství.

13.2. Dílčí cíle

- 1) Zjistit psychický dopad diabetu na těhotenství.
- 2) Zjistit fyzický dopad na těhotnou ženu s diabetem.
- 3) Zjistit fyzický dopad diabetu na novorozence

14. VZOREK RESPONDENTŮ

Výzkum byl zaměřen na ženy s diabetem. Výběr respondentů byl specifický a záměrný. Celkem jsem provedla tři rozhovory. Jednalo se o ženu s diagnostikovaným gestačním diabetem mellitus a dvě ženy, které měly pregestační diabetes mellitus – DM I. typu. U těchto žen je poukázáno na velký rozdíl v prenatální péči v odstupu několika let. Tento rozdíl představuje velké změny v prožívání celého těhotenství.

15. METODIKA VÝZKUMU

Jako metodiku své bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, který umožňuje problematiku diabetu v těhotenství hlouběji prozkoumat. Použila jsem polostandardizovaný rozhovor. Rozhovor je rozdělen do tří částí. Nejdříve se věnuji těhotenství a předporodnímu období. Ve druhé části rozhovoru se zaměřuji na porod a ve třetí části se věnuji období šestinedělí.

16. PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

16.1 Rozhovor číslo 1 – gestační diabetes

Údaje o respondentovi: Věk: 33

Grav: 2

Vzdělání: maturita

Část č. 1: těhotenství, období před porodem

1. Bylo Vaše těhotenství plánované?

„Ano bylo. Byla jsem na umělém oplodnění.“

2. Zнала jste rizika a možné komplikace diabetes mellitus (dále jen DM) v těhotenství? Poskytli Vám dostatek informací o možných komplikacích?

„V prvním těhotenství jsem neměla žádné informace, všechno probíhalo v naprostém pořádku, takže nebyl ani důvod. Teď ano. Byla jsem uměle oplodněná, bála jsem se o osud svého těhotenství, takže jsem se více zajímala. Můj gynekolog mi poskytoval dostatek informací a na všechny mé dotazy a připomínky jsem dostala vždy odpověď.“

3. V jakém týdnu gravidity Vám zjistili gestační diabetes mellitus (GDM)?

„Zjistili mi to ve 24 týdnu při vyšetření na těhotenskou cukrovku. Po prvním náběru mi ani tu sladkou tekutinu nenechali vypít a odeslali mne do diabetologické poradny.“

4. Jak probíhalo Vaše těhotenství? Co jste prožívala, v průběhu těhotenství?

„V začátcích těhotenství jsem trpěla na silné nevolnosti a zvracení. Léčili mě Torecanem, bohužel u mě propukla silná alergická reakce. Křeče v obličeji, nemohla jsem vůbec mluvit, křeče mě braly i do rukou, měla jsem nekoordinované pohyby. Ihned jsem vyhledala lékaře. Ptala jsem se co mi je, řekli mi, že neví. Bylo to velmi nepříjemné. Následovala řada vyšetření, včetně neurologa. Nikdo nevěděl co se děje. Poté mi sdělili, že je to alergická reakce. Po pěti hrozných hodinách bylo po všem. Jednou, když jsem opět trpěla nevolností, mi chtěli dát znovu tento lék, to mě tedy rozčílilo. Vidí přece v kartě červeně napsáno alergie! Jinak v průběhu těhotenství vše šlo celkem dobře. Chodila jsem na pravidelné kontroly, měřila jsem si glykémii několikrát denně a řídila jsem se podle rozpisu jídelníčku, který mi dali v diabetologické poradně. Pocity byly smíšené.“

5. Jak probíhala Vaše kompenzace a léčba diabetu? Dietní opatření / inzulin? Měla jste dostatek informací?

„Naordinovali mi dietu. Během dne jsem si 5x měřila glykémii, 2 hodiny po jídle, protože 1 hodinu po jídle jsem hodnoty měla ještě vyšší, řekli mi, že se mi asi pomaleji spotřebovává cukr. Měla jsem takový přehled- tabulku, kam jsem si hodnoty zapisovala a při návštěvě diabetologa jsem naměřené hodnoty ukazovala lékaři. Několikrát se stalo, že jsem hodnoty měla vyšší, nevím kvůli čemu, možná to bylo asi dietní chyba z mé strany. Tak mi lékař dal domu inzulinové pero, kde byla předdefinovaná dávka, myslím si ta nejnižší 1-2 jednotky, které si mám aplikovat při vyšších hodnotách. Bylo přesně dáno při jakých hodnotách, přesně si už nepamatuji, kolik to bylo. Na diabetologii bylo konzultační středisko, kde mě naučili zacházet s glukometrem i s inzulinovým perem. Všichni byli ochotní a trpělivý. Myslím, že dostatek informací jsem určitě měla. “

6. Spolupracovala jste s odborníkem - diabetologem? Byly návštěvy časté? Zatěžovaly Vás? Měla jste dostatek informací?

„Ano chodila jsem na pravidelné kontroly jednou za 14 dní. Byla tam úžasná lékařka, která mi poskytovala dostatek srozumitelných informací. Nebylo to samozřejmě příjemné, ale nedá se říci, že by mě to nějak zvlášť zatěžovalo. Přála jsem si donosit zdravé dítě, takže jsem dělala všechno proto, aby tomu tak bylo. “

7. Nastaly během těhotenství nějaké komplikace, jaké? Jak jste to zvládala?

„Nejdříve jsem tedy prodělala alergickou reakci. Poté někdy v průběhu těhotenství mi zjistili onemocnění štítné žlázy a pak následovala těhotenská cukrovka. Někaké další vážné komplikace naštěstí nenastaly. Oproti prvnímu těhotenství, kdy vše probíhalo v pořádku, jsem byla znepokojená. Byla to změna, která nebyla příjemná, takže jsem o tom přemýšlela a bála jsem se, aby bylo s miminkem vše v pořádku. Měla jsem velkou oporu rodiny. “

8. Cítila jste strach a obavy o své zdraví a miminko?

„O sebe jsem se nebála, ale o miminko samozřejmě ano. “

9. Cítila jste dostatečnou oporu od rodiny / manžela? Doprovázel Vás manžel na kontroly?

„To ano, manžel mi byl velkou oporou. Většinou mě do poradny doprovázel. Uklidňoval mne a jeho přítomnost pro mne znamenala mnoho. Přenášel na mne klid a pocit, že vše dobře dopadne.“

10. Těšila jste se na miminko, povídala jste si s ním, věděla jste, co to bude? Měla jste vybrané jméno?

„Ano, všichni jsme se moc těšili. Jisté obavy jsme samozřejmě měly, ale nezbylo nám nic jiného než doufat, že to bude v pořádku. Věděli jsme, že to bude opět chlapeček a jméno jsme vybrali v průběhu těhotenství.“

11. Jaké byly Vaše vztahy s rodinou / manželem? Reakce manžela na Vaše těhotenství?

„V rodině bylo všechno v pořádku, těšili jsme se na chlapečka. Manžel měl radost jako já, vzhledem k tomu, že to bylo plánované těhotenství. Měli jsme radost.“

12. Pociťovala jste nějaké velké změny / omezení – (dietní omezení, časté měření glykémie, chodila jste do společnosti), která by vážně narušovala Vaše každodenní potřeby?

„Myslím si, že velké omezování to nebylo. Přizpůsobila jsem se celkem rychle. Na měření glykémie jsem si zvykla. Co se týče diety- nemohla jsem si vždy dát to, na co jsem měla chuť, ale pro zdraví dítěte jsem dietu dodržovala. Nevařila jsem si extra. Jen jsem si třeba nedala přílohu. Měla jsem od diabetologa jídelníček, kde bylo několik variant, možností co k snídani, k obědu. Jídlo jsem si vážila. V těhotenství jsem byla doma, protože jsem byla ještě na mateřské s prvním synem. Co se týče společnosti, návštěvy jsem přijímala normálně. Mám mnoho zálib, takže jsem se dokázala zabavit a hlavně tedy s jedním malým dítětem doma jsem měla o zábavu postaráno.“

13. Jak se Vaše miminko během těhotenství vyvíjelo?

„Úplně normálně. Všechny vyšetření byly v normě.“

Část číslo 2. : Porod

- 1. V jaké nemocnici jste rodila? Pokud mimo místo Vašeho bydliště, cítila jste pocit bezpečí, jistoty, důvěry, dostatek informací? Zнала jste lékaře? Bylo Vám nepříjemné svěřit se do rukou neznámého lékaře a zdravotnického personálu?**

„Do poradny jsem chodila přímo do Fakultní nemocnice, kde jsem i rodila. Takže jsem lékaře znala. Na ambulanci se lékaři střídali, což bylo trochu nepříjemné, ale vždy jsem odcházela spokojená, sdělili mi co jsem potřebovala vědět. Sestřičky v nemocnici jsem neznala. Pocit důvěry byl u mě narušený, vzhledem k tomu co se stalo na začátku těhotenství. Informace mi poskytovali, dalo by se říci, že až příliš. Mnoho informací- o komplikacích a rizicích u mě vzbuzovalo nejistotu a obavy “

- 2. Rodila jste přirozenou cestou, nebo císařským řezem- Proč?**

„Rodila jsem normálně, přirozenou cestou.“

- 3. Jak probíhal samotný porod? Co jste prožívala, jak jste to zvládala? Měla jste dostatek informací?**

„ Na pravidelné kontrole u diabetika mi naměřili vysoký tlak- 180/115 myslím. Ihned mě hospitalizovali. Na oddělení rizikových těhotných mi kontinuálně měřili tlak po 10 minutách. Nemohla jsem se hnout. Jinak mi nic nebylo, otoky jsem neměla, necítila jsem se špatně. Vyděsil mě přístup zdravotníků. Říkali, že mi musí být špatně. Informace mi poskytovali lékaři i sestřičky na oddělení. Byli hodní. Měla jsem strach z porodu, co bude následovat, bála jsem se o miminko. Naplánovali mi na následující den vyvolání porodu. V tu chvíli jsem se začala bát ještě více. Vzhledem k týdnu těhotenství .Byla jsem ve 34 týdnu! Měla jsem strach o dítě. Bylo mi jasné, že se narodí předčasně. Druhý den ráno mi začali vyvolávat porod. Dali mi tabletu na zkracování čípku. Postupně mi začínaly kontrakce. Po šesti hodinách mi dali druhou. Po té druhé tableti to šlo rychle, porodila jsem do hodiny. Manžel tam byl semnou, byl mi velkou oporou. Šlo to opravdu rychle. Po porodu syna ošetřili a hned ho odvezli na oddělení neonatologie. Manžel se šel na syna podívat a pak se za mnou opět vrátil. Řekl mi, že je krásný. Těšila jsem se, až ho uvidím a doufala jsem, že je v pořádku. “

4. Nastaly nějaké komplikace během porodu? Jaké? Jak jste to prožívala?

„Porod probíhal rychle, myslím si, že v závěru porodu trochu klesaly ozvy miminka, ale porodila jsem rychle. Měla jsem strach.“

5. Byl s Vámi manžel u porodu? Cítila jste oporu - bylo to lepší/horší?

„Ano byl u porodu. U prvního porodu semnou manžel byl a byla jsem ráda, že tam je. Trvalo to delší dobu a dělal mi společnost, takže jsem chtěla, aby byl i u druhého porodu. Myslím si, že je to lepší. Samozřejmě jsem se bála, byla jsem úzkostlivá. Byl mi oporou, držel mě za ruku a dodával mi sílu.“

6. V kolikátém týdnu se miminko narodilo?

„Ve 34 týdnu.“

7. Měla jste strach z porodu, vzhledem k hmotnosti miminka a možným komplikacím? (makrosomie/IUGR)

„Bála jsem se. Věděla jsem, že je nedonošený, že bude menší a že budeme muset být v nemocnici delší dobu. Nebylo to lehké.“

8. Jaká byla hmotnost miminka? Kolik vážilo a měřilo?

„Nakonec nebyl tak malý. Vážil 2380 gramů a měřil 47 centimetrů.“

9. Měla jste nějaké porodní poranění? Jaké? Jak probíhalo hojení rány?

„Porod šel úplně krásně a rychle a k mé velké radosti úplně bez poranění.“

10. Vyskytla se těsně po porodu u miminka nějaká komplikace? Jaké? Je zdravé? Jak jste to zvládala?

„Byl nedonošený, měl typické příznaky nedonošených, měl hypertonus, takže jsme cvičili, rehabilitovali. Byl sledován a prodělal řadu vyšetření. Měla jsem strach. Zjistili, že má rozšířenou močovou trubici. Žádné problémy s tím naštěstí nemá. Bylo nám jen řečeno, že může mít častější záněty močových cest. Dále má na obličejí mateřské znaménko, které je na první pohled viditelné. Znaménko je větší, je nad horním rtem, bradě a krku. Konzultovala jsem to s lékaři, kteří mi řekli, že v předškolním věku syna lze znaménko odstranit na plastické chirurgii. Lékaři mi sdělili, že není jasná příčina rozšířené močové trubice ani znaménka a že to nemá souvislost s těhotenskou cukrovkou.“

11. Kdy Vám miminko poprvé ukázali? Jak jste se cítila? Kdy jste si ho mohla pochovat?

„Druhý den jsem za ním byla na oddělení JIRP. Ležel v inkubátoru. Chodili jsme tam za ním. Ale nemohli jsme tam být nepřetržitě, to mi vadilo. Přikládali jsme na něj ruce, přebalovali jsme ho. Mléko jsem si odstříkávala a nosila jsem ho sestřičkám a ty ho vyživovali pomocí sondy. Bylo to velmi psychicky náročné. Když Vám leží dítě v inkubátoru, všude nějaké hadičky, není to příjemný pocit.“

12. Na jakém oddělení leželo Vaše miminko? (JIRP/JIP)

„Syn nejprve ležel na JIRP ve čtvrtém patře a pak na JIP, kde jsem byla hospitalizovaná také, na roomingu, takže poté, když byl na JIP jsem mohla syna kdykoliv vidět.“

13. Jak probíhala hospitalizace - jak jste se cítila? Bylo to pro Vás těžké? Návštěvy rodiny? Kdy Vás propustili domů?

„Bylo to náročné. Ležela jsem sama na pokoji a to mi opravdu vadilo. Neměla jsem si s kým popovídat. Později jsem se na oddělení seznámila s jednou maminkou, která tam měla také nedonošené dítě. Povídali jsme si a navzájem se podporovaly. To mi opravdu pomohlo. Dodnes jsme spolu v kontaktu. Manžel za námi chodil denně, a když tam zrovna nebyl, byla jsem ráda, že je tam někdo, kdo má stejný problém a stejné pocity. Stýskalo se mi, můj druhý syn byl doma s manželem. Bylo to velice těžké. Domů jsme odešli po třech týdnech.“

Část číslo 3.: Šestinedělí

1. Jak probíhalo Vaše šestinedělí? Jak se vyvíjel Váš zdravotní stav? Jak pokračovala Vaše léčba? – dieta/inzulin?

„V šestinedělí bylo vše v pořádku. Občas jsem si změřila glykémii, která byla v pořádku, takže jsem nedržela nějak přísnou dietu. Po šestinedělí jsem byla na kontrole u svého diabetologa a bylo to v pořádku. Na další kontrolu mám přijít až za dva roky.“

2. Bála jste se, že se nezvládnete o miminko postarat? Měla jste nějaké pochyby?

„Myslím si, že ne. Bylo to mé druhé dítě a prospíval dobře. Bylo to v pořádku.“

3. Měla jste oporu od rodiny? Jak navázal kontakt s miminkem manžel?

„Samozřejmě. Všichni se na syna moc těšili a přilnuli k němu, pomáhali mi, hlídali druhého syna, když bylo potřeba. Manžel navázal kontakt dobře. Přilnul k němu, stejně jako k prvnímu synovi.“

4. Jak se vyvíjelo Vaše miminko, jeho zdravotní stav?

„Všechno bylo v pořádku. Prospíval dobře.“

5. Kojila jste? Jak dlouho? Pokud ne- proč ne, jaká byla náhradní výživa miminka?

„Ano, kojila jsem tři měsíce.“

6. Jak se cítíte teď? Jste spokojená?

„Teď se cítím velice dobře. Jsem spokojená a šťastná, že mám dva syny.“

7. Plánujete do budoucna další těhotenství?

„Neplánuji. Lékař mi už další těhotenství nedoporučil z důvodu velkého rizika.“

DISKUZE K ROZHOVORU ČÍSLO 1 - GDM

Rozhovor číslo 1, jsem prováděla s 33.-letou ženou, která byla po druhé těhotná. Rozhovor probíhal u paní doma, s předem domluveným termínem.

Těhotenství paní číslo 1. bylo plánované, podstoupila umělé oplodnění. Cítila dostatek srozumitelných informací o problematice diabetu v těhotenství a možných komplikacích. Gestační diabetes jí diagnostikovali ve 24 týdnu při vyšetření OGTT v poradně. Těhotenství probíhalo celkem dobře. Na začátku těhotenství paní prodělala silnou alergickou reakci po podání léku. Naordinovali jí dietu, kterou dodržovala po dobu těhotenství. Celé těhotenství byla doma, protože ještě byla na mateřské dovolené s prvním synem. Pro vlastní monitorování glykémie využívala selfmonitoring. Glykémii si měřila 5x denně, vždy dvě hodiny po jídle a naměřené hodnoty si zapisovala do tabulky. Během těhotenství se stalo, že několikrát měla hladiny glykémie vyšší. Proto jí dal diabetolog inzulinové pero, které mělo předdefinovanou dávku inzulinu. Inzulin si měla aplikovat v případě vyšších hladin, přesně stanovených. Na diabetologii navštěvovala konzultační středisko, kde byla seznámena a zaučena v oblasti diabetu. Naučila se zacházet s glukometrem i inzulinovým perem. Cítila dostatek informací. V průběhu gravidity si žena

nikdy inzulin neaplikovala. Chodila na pravidelné kontroly na diabetologii, které ji nijak zvlášť nezatěžovaly. Přála si zdravé dítě, a proto dělala vše potřebné. V těhotenství nenastaly žádné komplikace, miminko se vyvíjelo normálně. Pociťovala strach a obavy o dítě, ale o sebe strach neměla. Cítila velkou oporu ze strany rodiny. Na miminko se všichni velmi těšili, předem věděli, že to bude opět chlapeček. Změny, které nastaly v těhotenství, působily na ženu znepokojivě, ale necítila žádné velké omezení. Na léčebný režim si zvykla rychle.

Navštěvovala gynekologickou poradnu v Plzni, kde později i rodila. Zdravotnický personál ji tedy nebyl cizí a necítila pocity nedůvěry a nejistoty z důvodu cizího prostředí. Když byla na pravidelné kontrole u diabetologa, naměřili jí vysoký krevní tlak a z tohoto důvodu ji také ihned hospitalizovali. Kontinuálně monitorovali krevní tlak a informovali ji o možných komplikacích a rizicích. Mnoho informací najednou u ženy vzbuzovalo pocity nejistoty a obavy o své miminko. Na druhý den naplánovali vyvolání porodu. Byla úzkostlivá a bála se o osud svého dítěte, protože byla teprve ve 34 týdnu gravidity. Porod probíhal bez komplikací a celkem rychle. Porodila bez poranění. U porodu s ní byl manžel, který jí byl velkou oporou a jeho přítomnost zhodnotila jako velký přínos. Miminko při narození vážilo 2380 gramů a měřilo 47 centimetrů. Bylo umístěno na jednotce JIRP a později JIP, kde žena ležela také, a tak mohla syna kdykoliv vidět. Poprvé syna viděla druhý den, ležel v inkubátoru, což působilo na její psychiku negativně. Bála se o jeho zdravotní stav. Hospitalizace probíhala v pořádku, ze začátku pociťovala obavy a vadilo jí, že je na pokoji sama, chyběla jí komunikace. Později se seznámila s jinou maminkou a od té chvíle se cítila mnohem lépe. Měli obě nedonošené dítě, a tak se navzájem podporovaly. Dodnes jsou spolu v kontaktu. U miminka nenastaly žádné komplikace. Při vyšetření zjistili, že má rozšířenou močovou trubici, což by mohlo vést k častějším zánětům močových cest. Dále má chlapeček na obličeji viditelné mateřské znaménko, které lze ve vyšším dětském věku plasticky odstranit. Nebyla prokázána souvislost s gestačním diabetem. Manžel ženu a syna v nemocnici pravidelně navštěvoval. Stýskalo se jí po prvním synovi, který byl doma s otcem. Celou hospitalizaci označila jako velmi náročnou. Po třech týdnech byli propuštěni domů.

V šestinedělí vše probíhalo bez komplikací. U miminka bylo vše v pořádku, prospíval dobře. Žena kojila tři měsíce. V šestinedělí si kontrolovala hladiny glykémie, které byly v pořádku, a proto nedržela nějakou přísnou dietu. Po šestinedělí byla na kontrole u diabetologa, kde bylo také vše v pořádku. Na další kontrolu se má dostavit za dva roky.

Momentálně se cítí velmi dobře, je spokojená a je šťastná, že má dva syny. Další těhotenství neplánuje, lékař již další graviditu neplánuje z důvodu zvýšeného rizika.

16.2 Rozhovor číslo 2. – pregestační diabetes mellitus

Údaje o respondentovi: Věk: 36 Grav: 1 Vzdělání: střední bez maturity

Část č. 1: Těhotenství, období před porodem

1. Bylo Vaše těhotenství plánované? Jak probíhala Vaše příprava na těhotenství?

Kontroly u specialistů? Léčba inzulinem?

„Ano, bylo plánované. Na kontroly jsem chodila častěji, myslím, že to trvalo asi 3 měsíce, poté jsem otěhotněla. Diabetes se v těhotenství úplně změnil. Ze začátku těhotenství se glykémie zvedla, takže jsem musela dávky inzulinu zvyšovat, asi po 2 měsících mi klesla-to jsem měla hypoglykémie, takže jsem dávky musela snižovat a ke konci těhotenství to bylo zase zvýšené. Můj diabetolog mi již před těhotenstvím navrhol, zda nepřejít na inzulinovou pumpu, ale já nechtěla. Dokud budou stačit pera, chci být na perech. Jsem na ně zvyklá a nevadí mi. V těhotenství opět navrhol přejít na pumpu, já celkem vyděšená říkala, že bych radši zůstala na peru, měla jsem strach, s pumpou neumím zacházet. A tak mi vyhověl, to jsem byla opravdu ráda. Co se týče inzulinu- mám Humaloc což je rychlý inzulin, který si aplikuji ráno, v poledne a večer. A pak mám dvacetičtyřhodinový Lantus, který si aplikuji na noc. Tyhle inzuliny jsem si kombinova, jak jsem potřebovala, po konzultaci s diabetologem. Někdy když jsem měla vyšší hladiny, tak jsem si malou dávku Lantuse aplikovala i ráno, abych měla stálou hladinu.“

2. Od kdy máte diabetes (dále jen DM) ? - od dětství – věk?

„Od 10 let.“

3. Zнала jste rizika a možné komplikace DM v těhotenství? Měla jste dostatek informací?

„ Informací jsme měla dostatek. Ze začátku těhotenství jsem chodila do poradny v Plzni a po nějaké době jsem přestoupila do Prahy. Takže se mi stalo, že jsem

slyšela názory dvou odlišných nemocnic. Trochu jsem tím byla znepokojená. Ale v Praze jsem lékaře znala, přilnula jsem k nim a plně jsem jim důvěřovala.“

4. Spolupracovala jste s odborníkem - diabetolog? Jak často jste chodila na kontroly? Jak jste to prožívala, jak moc Vás to zatěžovalo?

„Do gynekologické poradny jsem chodila k paní doktorce v Plzni, která mi ve 3 měsíci řekla, že má strach a navrhla mi, najít si někoho jiného. Diabetologii navštěvuji v Praze – Ikem již několik let, s lékařem se tedy dobře znám a plně mu důvěřuji. Docházela jsem k němu celé těhotenství, ale v průběhu gravidity mi ještě doporučil lékařku Dr. K. Andělovou, která se více specializuje na těhotné diabetičky. Doporučili mi v Praze i nového gynekologa, který se soustředil jen na těhotenství a miminko a co se týče cukrovky byla jsem v rukou dvou specialistů. Nic mě nezatěžovalo, brala jsem to jako výlet. Na začátku jsem jezdila často, poté jednou za 14 dní a ke konci těhotenství opět častěji-jednou týdně.“

5. Jak probíhala Vaše kompenzace a léčba diabetu? Dietní opatření / inzulin, měření glykémie – měla jste svůj glukometr a sama si kontrolovala hladiny glykémie? Jak jste si aplikovala inzulin – inzulinové pero / pumpa? Jak jste to zvládala? Opora rodiny?

„Slovo dieta bych asi nepoužila, spíše hlídání sacharidů. Já jím všechno, umím si přepočítat jídlo přes chlebové jednotky a podle toho se řídím. Hladiny glykémie si měřím několikrát za den, většinou tak 5x, když mi bylo nějak nevolno, tak jsem se měřila častěji. Inzulin si aplikuji pomocí inzulinového pera, před hlavními jídly. Když jsem si naměřila vyšší hladiny, tak jsem si ještě připichovala. Necítila jsem žádné omezení, jsem na to zvyklá.“

6. Cítila jste strach a obavy o své zdraví a zdraví miminka?

„O sebe jsem strach neměla. Bála jsem se o dceru. Aby byla v pořádku a vše dobře dopadlo.“

7. Co přesně jste prožívala v průběhu těhotenství? (Obavy, nejistota, úzkost, omezení, chodila jste do společnosti – přátelé, rodina)?

„Neomezovala jsem se. Když mi nebylo dobře, tak jsem si lehla a odpočívala jsem. Když mi bylo dobře, tak jsme se jeli někam podívat a užili jsme si den úplně normálně. Přirozený strach a obavy o miminko jsem samozřejmě měla.“

8. Cítila jste dostatečnou oporu od rodiny/přítele? Jak Vám pomáhali?

„Většinou jsem si dokázala sama zařídit vše, co jsem potřebovala. Do Prahy jsem dojížděla někdy i sama. Rodina mi byla oporou.“

9. Nastaly během těhotenství nějaké komplikace, jaké? Jak jste to zvládala, cítila jste oporu rodiny?

„Nějaké vážnější komplikace nenastaly. Trpěla jsem na otoky. Takže jsem nosila kompresové punčocháče. Mám porušenou lymfu v dolních končetinách, již 6let, mimo těhotenství se léčím ruční lymfodrenáží, což v těhotenství není možné, takže jsem nosila jen ty kompresové punčochy. Měla jsem vyšší tlak, takže jsem brala Dopegyt, nejprve 2x denně, později 3x denně.“

10. Byla jste během těhotenství hospitalizovaná? Kolikrát? Proč?

„Ne byla.“

11. Těšila jste se na miminko, povídala jste si s ním, věděla jste co to bude? Měla jste vybrané jméno?

„Těšila jsem se hrozně moc. S miminkem jsem si povídala, zpívala jsem mu, pouštěla jsem mu hudbu a povídala pohádky. Nevěděli jsme co to bude, takže jsme měli připravené dvě jména.“

12. Jaké byly Vaše vztahy s rodinou/partnerem? Reakce partnera na Vaše těhotenství- obavy o Vás?

„Partner se na miminko těšil.“

13. Pociťovala jste nějaké velké změny/omezení, která by vážně narušovala Vaše každodenní potřeby? – (dieta / inzulin, měření glykémie, společnost) ?

„Jak už jsem zmiňovala, tak žádné omezení jsem necítila.“

14. Jak se Vaše miminko během těhotenství vyvíjelo?

„Miminko se vyvíjelo dobře. Vše bylo úplně v pořádku.“

Část číslo 2.: Porod

1. V jaké nemocnici jste rodila? Pokud mimo místo Vašeho bydliště, cítila jste pocit bezpečí, jistoty, důvěry, dostatek informací? Zнала jste lékaře/sestřičky? Bylo Vám nepříjemné svěřit se do rukou neznámého lékaře?

„Rodila jsem v Podolí. Asi se budu opakovat, ale lékařům v Praze jsem plně důvěřovala. Věděla jsem, že jsem v dobrých rukách, a kdyby nastala nějaká komplikace, věděla jsem, že oni ji vyřeší. Komunikace byla výborná.“

2. Rodila jste přirozenou cestou, nebo císařským řezem - (S.C.) ? Proč?

„Císařským řezem. Byl mi naplánován z důvodu rizika očních komplikací – aby nedošlo k velkému tlaku na oči.“

3. Pokud S.C. – Byl S.C. plánovaný - proč? nebo akutní - proč? Jak to probíhalo? Měla jste celkovou nebo spinální anestezii? Vaše pocity?

„Byl plánovaný. Měla jsem celkovou anestezii. 27.1 jsem nastoupila na oddělení rizikových těhotných kvůli častému natáčení miminka a mému dojíždění. Při tom jsme se domluvili, že 3.2. provedou císařský řez.“

4. Jak probíhal samotný porod? Co jste prožívala, jak jste to zvládala?

„3.2. v dopoledních hodinách mi udělali císařský řez. Bála jsem se. Přála jsem si, aby miminko bylo v pořádku.“

5. Nastaly nějaké komplikace během porodu? Jaké? Jak jste to prožívala?

„Žádné komplikace nenastaly.“

6. Byl s Vámi partner u porodu? Cítila jste oporu-bylo to lepší/horší?

„Nebyl, čekal na chodbě a pak se mohl jít na dceru podívat.“

7. Měla jste strach z porodu, vzhledem k hmotnosti miminka a možným komplikacím? (makrosomie – velké miminko / IUGR- malé miminko)?

„Porodily jiný, tak porodím taky. Věděla jsem, že jsem v dobrých rukách. Věřila jsem jim, takže jsem byla v klidu. Uklidní, povzbudí, řeknou co dělat a prostě v pohodě.“

8. V kolikátém týdnu se miminko narodilo? A v jakém roce se narodilo, datum ?)

„Narodila se v 38+5.“

9. Jaká byla odhadovaná hmotnost miminka? Kolik vážilo a měřilo?

(makrosomie, IUGR)

„Dcera vážila 3500g a měřila 48 centimetrů.“ A odhadovaná hmotnost byla dost podobná.“

10. Měla jste nějaké porodní poranění? Jaké? Jak probíhalo hojení rány? – (popř. abdominální řez.- rána na břicho po císařském řezu)?

„Řez na břicho se hojil velice dobře. Říká se, že u diabetiků bývá hojení ran horší, ale mě se to úplně krásně zatahlo.“

11. Vyskytly se po porodu u miminka nějaké komplikace? Jaké?

„Ne vůbec žádné. Ihned po porodu miminko odnesly na JIP, kde měřily glykémii a neměla hypoglykémii. Ve čtvrtek jsme porodili a v úterý jsme šli domů.“

12. Na jakém oddělení leželo Vaše miminko? (JIP / JIRP) Mohla jste u něj být?

„Ležela na JIP, tam jsem s ní nebyla.“

13. Kdy Vám miminko poprvé ukázali? Jak jste se cítila, když Vám miminko poprvé ukázali? Kdy jste si ho mohla pochovat?

„Já ležela taky na JIP jeden den po porodu. Tam mi dceru přinesli ukázat, ale nenechávali mi jí tam, protože jí často měřili hladiny glykémie. Byla jsem šťastná, když jsem jí uviděla.“

14. Jak probíhala hospitalizace - jak jste se cítila? Bylo to pro Vás těžké?

Návštěvy rodiny? Kdy Vás propustili domů?

„Druhý den mě převezly na oddělení šestinedělí a dceru také. Měla jsem jí už u sebe. Cítila jsem se skvěle! Když máte dítě u sebe, tak je Vám všechno jedno, ať si dělají, co chtějí. Po porodu, vlastně tedy po císařském řezu jsem měla zimmici, cukr mi spadl na nízké hodnoty, takže mi do infuze inzulin nepřidávali. Glykémii mi pravidelně měřili. Když mi bylo nevolno, tak mi sestřička přišla změřit i navíc. Po prvním vstávání jsem se cítila hrozně, měla jsem pocit, že se neudržím na nohou, ale časem se to zlepšilo. Pak jsem si glykémii hlídala opět sama a aplikovala jsem si inzulin dle hladin glykémie. Partner za námi do porodnice chodil. Těšili jsme se domů. A pátý den jsme jeli.“

Část číslo 3.: Šestinedělí

1. Jak probíhalo Vaše šestinedělí? Jak se vyvíjel Váš zdravotní stav? Jak pokračovala Vaše léčba? – dieta / inzulin?

„Ze začátku jsem měla hypoglykémii, byla jsem na nízkých dávkách. Trvalo to delší dobu, než se to zvedlo. Jinak je vše v pořádku. A co se týče diabetu, tak jsem dosud na dávkách inzulinu jako v těhotenství, inzulinu si aplikuji nižší dávky. Ještě se mi to nevrátilo na hodnoty, které jsem měla před těhotenstvím.“

2. Měla jste oporu od rodiny? Jak navázal kontakt s miminkem partner?

„Partner navázal kontakt dobře. Těšil se na dceru jako já.“

3. Jak se hojilo Vaše poranění?

„Jak už jsem zmiňovala, tak jizva se zacelila krásně. Žádné komplikace nenastaly.“

4. Jak se vyvíjelo Vaše miminko, jeho zdravotní stav?

„Vyvíjela se dobře, vůbec žádné problémy.“

5. Jak se máte teď? Jste spokojená?

„Jsem spokojená. Malá je úžasná, pohodová, hodná a dělá mi radost. Jsem šťastná, že ji mám.“

6. Plánujete další těhotenství?

„Momentálně ne, jsem šťastná, že mám dceru.“

DISKUZE K ROZHOVORU ČÍSLO 2. – PREEXISTUJÍCÍ DIABETES MELLITUS

Rozhovor číslo 2, jsem prováděla s 36-letou ženou, která byla těhotná poprvé. Rozhovor probíhal u paní doma, s předem domluveným termínem.

Těhotenství bylo plánované, žena se na něj připravovala tři měsíce a poté otěhotněla. Diabetes se v těhotenství úplně změnil. Hladiny glykemií se měnily. Nejprve byly vyšší, poté nižší a v závěru těhotenství opět vyšší. Celé těhotenství byla na inzulínovém peru, které jí vyhovovalo. Aplikuje si dva typy inzulínů, které si sama kombinuje, jak potřebuje – Humaloc a Lantus. Diabetes mellitus má již od 10 let. Na časté měření glykemií a aplikaci inzulínu několikrát denně je zvyklá a nijak ji nezatěžuje a nenarušuje její každodenní činnost. Informací o diabetu, možných komplikacích a rizicích má dostatek. Během těhotenství navštěvovala nejprve gynekologa v Plzni, poté v Praze, kde má i svého diabetologa – diabetologické centrum Ikem. Do této diabetologické poradny dojíždí již mnoho let, lékaře tedy velmi dobře zná a plně mu důvěřuje. Diabetolog jí v těhotenství doporučil i spolupráci s Dr. Andělovou, která se specializuje na těhotné diabetičky. Do Prahy dojížděla jednou za čtrnáct dní. Pravidelné kontroly u specialistů jí nijak nezatěžovali. Brala to spíše jako výlet. Co se týče dietního omezení, zdůrazňuje, že se nijak neomezuje. Jí všechno a jídlo si přepočítává přes chlebové jednotky a podle toho se řídí. Využívá také selfmonitoring a to přibližně 5x denně, někdy i častěji. Inzulín si aplikuje před hlavními jídly a to pomocí inzulínového pera. Pokud bylo potřeba, inzulín si připichovala. Necítila žádné omezení, je na to zvyklá. V průběhu těhotenství cítila strach a obavy o své miminko. Přála si, aby se jí narodilo zdravé dítě. Co se týče podpory ze strany rodiny, žena jen letmo uvádí, že podpora byla dostatečná, ale zdůrazňuje, že je samostatná a vše co potřebovala, si dokázala zařídit sama. Partner se na dceru těšil. Měla

jsem dojem, že rodinu staví mimo sebe a nechce se o ní více zmiňovat. Během gravidity nenastaly žádné vážné komplikace, miminko se vyvíjelo dobře. Měla jsem pocit, že možné komplikace bagatelizuje. Ke konci těhotenství měla žena otoky, takže nosila kompresní punčochy. Léčila se s vyšším tlakem, užívala dvakrát denně Dopegyt, později třikrát denně. Hospitalizovaná v těhotenství nebyla. Na miminko se velmi těšila, navazovala s ním kontakt. Povídala si s ním, povídala mu pohádky, zpívala mu a pouštěla hudbu. Nevěděli, co to bude, proto měli vybrané dvě jména.

Rodila v Praze v Podolí, kde s lékaři byla velice spokojená. Velké obavy z porodu neměla, protože lékařům plně důvěřovala a věděla, že je v dobrých rukách. Komunikace s nimi byla podle paní výborná. Byl naplánovaný císařský řez z důvodu rizika očních komplikací. Císařský řez proběhl v pořádku pod celkovou anestézií. Miminko se narodilo v týdnu 38+5 s porodní hmotností 3500 gramů a 48 centimetrů. Hojení rány po abdominálním řezu probíhalo v naprostém pořádku, jizva se plně zacelila. Miminko po porodu bylo umístěno na jednotce JIP. Následující den paní i s novorozenou dcerou byla přemístěna na oddělení šestinedělí. Při prvním pohledu na dceru byla šťastná a cítila úlevu, že je v pořádku. Miminko se vyvíjelo dobře, nemělo hypoglykémii ani jiné komplikace. Paní kontinuálně monitorovali první den. Následující den si hladiny glykémie hlídala sama. Hladiny glykémie byly nízké, takže inzulin si zprvu neaplikovala. Postupně se hladiny ustálili, ale dosud nemá hodnoty stejné jako před těhotenstvím.

V šestinedělí vše probíhalo bez komplikací. Měla jsem dojem, že paní si možné komplikace opět bagatelizuje a vůbec si nepřipouští, že nějaké byly či mohli být. Miminko se vyvíjelo dobře a žádné komplikace nenastaly. Teď se cítí velmi dobře, je spokojená. Dcera jí dělá radost. Další těhotenství zatím neplánuje, je šťastná, že má zdravou dceru.

16.3 Rozhovor číslo 3. – pregestační diabetes mellitus

Údaje o respondentovi: Věk: 48 Grav: 2 Vzdělání: maturita

Část č. 1: Těhotenství, období před porodem

- 1. Bylo Vaše těhotenství plánované? Jak probíhala Vaše příprava na těhotenství?
Léčba inzulinem?**

„Neplánované, gynekolog mě předal na kliniku na Slovanech. Léčbu inzulinem jsem znala.“

- 2. Od kdy máte diabetes (dále jen DM) ? - od dětství – věk?**

„Od 8 let.“

- 3. Zнала jste rizika a možné komplikace DM v těhotenství?**

„Zнала.“

- 4. Spolupracovala jste s odborníkem- diabetolog? Jak často jste chodila na kontroly? Jak jste to prožívala, jak moc Vás to zatěžovalo?**

„Spolupracovala, na pravidelné kontroly jsem chodila každých 14 dní. Nezatěžovalo mě to, neprožívala jsem to negativně.“

- 5. Jak probíhala Vaše kompenzace a léčba diabetu? Dietní opatření / inzulin, měření glykémie – měla jste svůj glukometr a sama si kontrolovala hladiny glykémie? Jak jste si aplikovala inzulin – inzulinové pero / pumpa? Jak jste to zvládala? Opora rodiny?**

„Glykémii jsem si měřila několikrát za den, většinou 5x. Glukometr mám svůj. Držela jsem přísnou dietu. Inzulin jsem si aplikovala injekční stříkačkou. Psychika byla v pohodě, cítila jsem velkou oporu rodiny.“

- 6. Cítila jste strach a obavy o své zdraví a zdraví miminka?**

„Jsem optimistka a obavy jsem si moc nepřipouštěla.“

7. Co přesně jste prožívala v průběhu těhotenství? (Obavy, nejistota, úzkost, omezení, chodila jste do společnosti – přátelé, rodina)?

„Omezení ze strany lékařů. Jinak jsem chodila do společnosti, na návštěvy a dokonce jsem byla i na horách, kde jsem chodila na procházky.“

8. Cítila jste dostatečnou oporu od rodiny/přítele? Jak Vám pomáhali?

„Rodina mě podporovala dostatečně i v této době manžel.“

9. Nastaly během těhotenství nějaké komplikace, jaké? Jak jste to zvládala, cítila jste oporu rodiny?

„Ve čtvrtém měsíci jsem měla problémy s ledvinami a měla jsem dietu – neslanou, nemastnou a hospitalizovali mě v nemocnici. V této době se psychika zhoršila. Rodina mě podporovala, ale už bez manžela.“

10. Byla jste během těhotenství hospitalizovaná? Proč?

„Byla jsem hospitalizovaná až do porodu.“

11. Těšila jste se na miminko, povídala jste si s ním, věděla jste, co to bude? Měla jste vybrané jméno?

„Na miminko jsem se moc těšila, povídala jsem si s ním. Věděla jsem, že to bude holčička a jméno jsme vybrané měli také.“

12. Jaké byly Vaše vztahy s rodinou/partnerem? Reakce partnera na Vaše těhotenství- obavy o Vás?

„Vztahy s rodinou byly super.“

13. Pociťovala jste nějaké velké změny/omezení, která by vážně narušovala Vaše každodenní potřeby? – (dieta / inzulin, měření glykémie, společnost) ?

„Největší omezení pro mě byla - nemocnice, kde semnou nic nedělali! A ani nedodržovali dietu – jídla byla přesolená! Chyběla pestrost stravy, zelenina i ovoce!“

14. Jak se Vaše miminko během těhotenství vyvíjelo?

„Ve vývoji nebyl žádný problém, až na začátku 7 měsíce se začalo něco dít, ale nikdo mi neřekl co! Na paní docentku jsem čekala devět hodin, než přišla a oznámila mi, že budu rodit předčasně. Ale proč mi nikdo neřekl!“

Část číslo 2.: Porod

- 1. V jaké nemocnici jste rodila? Pokud mimo místo Vašeho bydliště, cítila jste pocit bezpečí, jistoty, důvěry, dostatek informací? Zнала jste lékaře/sestřičky? Bylo Vám nepříjemné svěřit se do rukou neznámého lékaře?**

„Rodila jsem na Slovanech v Plzni. I když v místě bydliště, tak se strachem a obavou z lékařů a hlavně nedůvěrou k nim! Měla jsem nedostatek informací! Lékaři byli arogantní! Bylo mi nepříjemné svěřit se jim do rukou a dodnes jim nezapomenu, že mě neposlali do Prahy do Ikemu, kam se problémové těhotné diabetičky posílají!“

- 2. Rodila jste přirozenou cestou, nebo císařským řezem - (S.C.) ? Proč?**

„Rodila jsem císařským řezem, pod celkovou narkózou.“

- 3. Pokud S.C. – Byl S.C. plánovaný - proč? nebo akutní - proč? Jak to probíhalo? Měla jste celkovou nebo spinální anestezii? Vaše pocity?**

„Probíhalo to tak, že jsem vůbec netušila co se děje a bude dále dít! Moje pocity byly děsivé!“

- 4. Jak probíhal samotný porod? Co jste prožívala, jak jste to zvládala?**

„Samotný porod musel být horor! – Později za dva roky, jsem na ulici potkala lékaře, jehož jméno bych nejradši zapomněla. Prohlásil, že na mě často myslí a použiji jeho slova : že to u mě všechno pěkně zkazil, mírně řečeno. Promiňte.“

- 5. Nastaly nějaké komplikace během porodu? Jaké? Jak jste to prožívala?**

„Malá měla obtočenou pupeční šňůru kolem krku a i problém s plícemi. Měla malou porodní váhu a byla v inkubátoru. Bylo to psychicky velmi náročné. Nikomu jsem tam nedůvěřovala!“

6. Byl s Vámi partner u porodu? Cítila jste oporu-bylo to lepší/horší?

„Manžel u porodu nebyl, necítila v něm žádnou oporu.“

7. Měla jste strach s porodu, vzhledem k hmotnosti miminka a možným komplikacím ? (makrosomie – velké miminko / IUGR- malé miminko)?

„Stach jsem měla obrovský! A ještě více se stupňoval, když mě nechali samotnou na porodním sále tři hodiny a nikdo mi neřekl, co se děje a bude dítě!“

8. V kolikátém týdnu se miminko narodilo? A v jakém roce se narodilo?

„Už přesně nevím, myslím, že 28. Datum: 1997.“

**9. Jaká byla odhadovaná hmotnost miminka? Kolik vážilo a měřilo?
(makrosomie, IUGR)**

„Váha byla asi 1150 gramů a míru nevím.“

10. Měla jste nějaké porodní poranění? Jaké? Jak probíhalo hojení rány? – (popř. abdominální řez. - rána na břicho po císařském řezu)?

„Po císařském řezu jsem se hojila dobře.“

11. Vyskytly se po porodu u miminka nějaké komplikace? Jaké?

„Nevyvinuté plíce a přidušení pupečnickem.“

12. Na jakém oddělení leželo Vaše miminko? (JIP / JIRP) Mohla jste u něj být?

„Bylo v inkubátoru, nevím přesně název, ale mohla jsem tam docházet.“

13. Kdy Vám miminko poprvé ukázali? Jak jste se cítila, když Vám miminko poprvé ukázali? Kdy jste si ho mohla pochovat?

„Po prosbách, po čtyřech dnech. Hrozný pocit bezmoci. Bylo to strašné.“

14. Jak probíhala hospitalizace- jak jste se cítila? Bylo to pro Vás těžké? Návštěvy rodiny? Kdy Vás propustili domů?

„Hospitalizace byla strašná, ze strany lékařů – bezohlední! Nechali mě na oddělení s matkami, kterým nosili děti na kojení. Bylo to hrozně náročné. Cítila jsem se nepopsatelně

Část číslo 3.: Šestinedělí

1. Jak probíhalo Vaše šestinedělí? Jak se vyvíjel Váš zdravotní stav? Jak pokračovala Vaše léčba? – dieta / inzulin?

„Stres! Což vedlo k výkyvu inzulinu – nahoru, dolu, takže se zhoršily ledviny. Dále na inzulinu již 3x denně.“

2. Měla jste oporu od rodiny? Jak navázal kontakt s miminkem partner?

„Oporu rodiny jsem měla velkou. Od manžela ne, našel si během hospitalizace jinou partnerku.“

3. Jak se hojilo Vaše poranění?

„Poranění se hojilo dobře, psychika hůře.“

4. Jak se vyvíjelo Vaše miminko, jeho zdravotní stav?

„Stav miminka se zhoršoval, po třech týdnech zemřelo.“

5. Jak se máte teď? Jste spokojená?

„Momentálně se mám skvěle. V roce 2002 jsme si s novým manželem adoptovali holčičku. V lednu 2003 jsem absolvovala transplantaci v Praze v Ikemu – kombinovanou – ledvina/slinivka, kdy ledvina se úspěšně přijala a slinivka musela být vyndána. Byla jsem převedena na inzulinovou pumpu a v roce 2006 jsem absolvovala transplantaci slinivky znovu a úspěšně. Od té doby jsem bez inzulinu a těším se s dcery, které bude letos 12 let a je skvělá. Nikdy už bych do Plzně na kliniku nešla z důvodu mých hrozných předchozích vzpomínek, vše teď řeším v Praze, kde je přístup opravdu jináčí.“

DISKUZE K ROZHOVORU ČÍSLO 3. – PREGESTAČNÍ DIABETES MELLITUS

Rozhovor číslo 3, jsem prováděla s ženou, které je nyní 48 let, v těhotenství jí bylo 33 let. Na tuto ženu, jsem dostala kontakt od známé, která mi ovšem sdělila, že paní se semnou nechce osobně setkat, jelikož je to pro ni stále citlivé a bolestivé téma. Ale že velice ráda přispěje svým příběhem do mé práce prostřednictvím emailu.

Těhotenství paní číslo 3, bylo neplánované. Od svého gynekologa byla předána do péče na klinice na Slovanech. Diabetes mellitus má již od dětství. Komplikace diabetu v těhotenství znala. Spolupracovala s diabetologem a chodila na pravidelné kontroly

jednou za čtrnáct dní. Návštěvy jí nijak nezatěžovali a neprožívala to negativně. Glykémii si měřila doma sama většinou 5x denně. Inzulín si aplikovala pomocí injekční stříkačky. Cítila se dobře a měla dostatečnou oporu rodiny a v této době i od manžela. Velké obavy si nepřipouštěla, byla optimistická. Omezení cítila ze strany lékařů. Do společnosti chodila normálně, sama se neomezovala. Když nastaly komplikace ve čtvrtém měsíci těhotenství, byla hospitalizovaná a v nemocnici zůstala až do porodu. Měla problémy s ledvinami, byla na přísné dietě. Oporu manžela ztratila, v této době se psychika velmi zhoršila. Velké omezení pro ni byla nemocnice, kde se jí nikdo nevěnoval, byla neinformovaná. Měla pocit nedostatečné péče, nedodržování jejího dietního omezení. Na miminko se těšila, povídala jí s ním, věděla, že to bude holčička a jméno měla tedy vybrané. Podporovala jí rodina. Miminko se vyvíjelo dobře, až v sedmém měsíci se začalo něco dít.

Paní nevěděla co se děje. Měla absolutní nedostatek informací. Po delší době jí sdělili, že bude rodit předčasně. Byla vyděšená a vůbec netušila co se děje. Paní cítí dodnes nepochopení, proč jí neodeslali do specializovaného centra v Praze. Rodila císařským řezem v celkové anestezii. Paní stále neměla dostatek srozumitelných informací, takže se to odráželo i na její psychice. Pocity byly doslova děsivé. Miminko mělo obtočený pupečník kolem krku a nedovyvinuté plíce. Bylo to pro ni velmi psychicky náročné, nikomu nedůvěřovala a neměla oporu manžela. Týden, kdy se ukončilo těhotenství, přesně neví, pravděpodobně ve 28 týdnu. Bylo to v roce 1997. Miminko leželo v inkubátoru, paní za ním mohla chodit, ale poprvé jí dceru ukázali až po prosbách, po čtyřech dnech! Hospitalizace na ní zanechala trvalou bolest a nedůvěru k lékařům.

V šestinedělí byla ve stresu, což vedlo k výkyvům inzulínu a to vedlo ke zhoršení ledvin. Inzulín si aplikuje 3x denně. Rodina jí podporovala, ale manžel již ne, našel si jinou partnerku. Poranění se hojilo dobře, psychika hůře. Stav miminka se zhoršoval a po třech týdnech zemřelo. Myslím si, že to pro ni muselo být velice náročné. Truchlení po dceři, ztráta manžela a opora v nedohlednu.

V roce 2002 si s novým manželem adoptovali holčičku. V lednu 2003 absolvovala transplantaci v Praze v Ikemu – kombinovanou – ledvina/slinivka, kdy ledvina se úspěšně přijala a slinivka musela být vyndána. Byla převedena na inzulínovou pumpu a v roce 2006 absolvovala znovu transplantaci slinivky a úspěšně. Od té doby je bez inzulínu a těší se z dcery, které bude letos 12 let. Do Plzně na kliniku by již nešla z důvodu negativních předchozích vzpomínek, teď vše řeší v Praze, kde je spokojená. Momentálně se má velmi dobře.

17. ZÁVĚREČNÁ DISKUZE

Cílem mé praktické části bylo zjistit dopad diabetu mellitu na těhotenství. Záměrně jsem si do svých rozhovorů vybrala ženy s odlišnými příběhy. Cílem bylo komplexně porovnat gestační diabetes s pregestačním diabetem. Pro zajímavost jsem uskutečnila rozhovor s ženou, která má diabetes mellitus I. typu a rodila před patnácti lety.

Rozhovor číslo 1, jsem prováděla s ženou s gestačním diabetem. Z diskuze, která probíhala ve velice příjemné atmosféře, vyplývá, že GDM neměl psychický ani fyzický dopad na ženu. Dítě se narodilo bez komplikací a v současné době je zdravo. Respondenta mohla provádět veškeré denní činnosti a nedošlo ke změně sociálních rolí vlivem onemocnění. Proto se domnívám, že dopad diabetu byl minimální.

Ve druhém rozhovoru, dle odpovědí nedošlo vlivem onemocnění k závažným psychickým ani fyzickým změnám. Porod proběhl bez komplikací a novorozenec se narodil zdrav. Z rozhovoru jsem měla dojem, že respondenta není objektivní při odpovědích ohledně komplikací. Tento rozhovor na mne nepůsobil upřímně. Podle odpovědí vyplývá, že onemocnění nepůsobilo ženě problémy, ačkoli vše bylo pravděpodobně jinak (více diskuze č. 2)

Třetí a poslední rozhovor byl s ženou, která měla také pregestační diabetes mellitus. Psychický i fyzický dopad byl velký. Dítě tři týdny po porodu zemřelo na následky předčasného porodu.

U žen ve druhém a třetím rozhovoru je poukázáno na rozdílnou péči v odstupu několika let. Tento rozdíl představuje velké změny v prožívání celého těhotenství. Rozhovor číslo dva a tři jasně poukazuje na markantní rozdíl, co se týče prenatální péče o těhotné diabetičky. Jak v informovanosti, vstřícném přístupu zdravotníků a v neposlední řadě i v nových diagnostických postupech. Tento fakt se odráží ve spokojenosti a pocitech těhotných žen. Paní, která byla těhotná před 15 lety popisuje rozdílné zkušenosti, na rozdíl od žen, které rodily v úseku posledních dvou let. Její pocity byly převážně negativně laděné. Byla nedostatečně informována a cítila pocity úzkosti a bezmoci. Vzhledem k tomu, že její těhotenství nemělo šťastný konec, byly její prožitky umocněné.

Respondenta číslo dvě byla v těhotenství pečlivě a pravidelně sledována několika odborníky a s jejich prenatální péčí byla naprosto spokojená. Cítila se v dobrých rukách a měla v lékaře naprostou důvěru. Myslím si, že důvěra v lékaře a pocit, že je vše jak má být, hraje velkou a důležitou roli v prožívání celého těhotenství. Z těchto všech informací vyplývá, že *cíl číslo jedna: psychický dopad diabetu na těhotenství* byl největší na

respondentu číslo 3. Respondentky číslo 1 a 2 zátěž onemocnění zvládly dobře. *Cíl číslo dva: fyzický dopad na těhotnou ženu s diabetem* byl na respondenty 1 a 2 minimální, ale respondentka číslo 3 si z období těhotenství nese trvalé následky. *Cílem číslo tři bylo: zjistit fyzický dopad diabetu na novorozence.* Děti respondentek číslo 1 a 2 byly bez komplikací. Novorozenec respondentky číslo 3 měl závažné komplikace, které vedly k jeho smrti. Domnívám se, že v případě dobré kompenzace a prenatální péče je onemocnění méně rizikové jak pro matku, tak pro plod. Ovšem za předpokladu porodu plodu ve stanovený termín. V případě prudkého průběhu onemocnění, které vede k závažným komplikacím u matky, je následná gravidita velice riziková.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – na část teoretickou a praktickou. Teoretická část zahrnuje definici onemocnění, klasifikaci, způsoby léčby, komplikace. V praktické části je popis výzkumné metodiky, kterou jsem si pro výzkum zvolila.

Schopnost počít dítě je u žen s diabetem 1. typu přibližně stejná jako u ostatních žen. S dobře kompenzovaným diabetem jsou šance na porod zdravého dítěte téměř shodné jako u žen bez diabetu. Přesto jsou matky i jejich děti vystaveny většímu riziku vzniku komplikací během těhotenství a porodu. Někdy však není těhotenství doporučeno z důvodu onemocnění matky. Vzhledem k vyššímu riziku ohrožení plodu a novorozence je velice důležité, aby ženy s diabetem měly možnost родit na pracovišti se zkušeným profesionálním týmem specialistů. Pro zdárný průběh těhotenství a porod je důležitá dobrá kompenzace DM, proto by těhotenství diabetické ženy mělo být plánované. Samotné těhotenství představuje pro ženu velkou životní změnu, se kterou se musí vyrovnat.

V bakalářské práci jsem se zajímala o charakteristiku onemocnění, klasifikaci, jednotlivé typy DM, možná rizika a komplikace, terapii a v neposlední řadě i psychický stav ženy. Problematika diabetu je rozšířená a zaslouží si velkou pozornost. V dnešní době je těhotenství s DM možné, ale vyžaduje specializované diagnostické postupy a pravidelné kontroly u specialistů jsou samozřejmostí. Práce mi pomohla hlouběji prozkoumat a pochopit toto závažné civilizační onemocnění.

Mým doporučením pro další vývoj DM v praxi je, zajistit dobrou spolupráci gynekologů a diabetologů. Těhotenství s DM je pro ženu náročné, proto by měla být snaha odborníků alespoň malou mírou usnadnit ženě toto období, a to například dostatečnou informovaností a s tím spojené pochopení problematiky onemocnění a navození pocitu důvěry.

Možným řešením a mým výstupem pro praxi, je pořádání předporodních kurzů pro těhotné ženy s DM. Zde by mohlo být onemocnění lépe prodiskutováno, čímž by se zvýšila informovanost žen o problematice DM. Každý člověk je jedinečný a potřebuje individuální přístup. Myslím si, že úroveň péče a znalostí o problematice diabetes mellitus je v dnešní době na dobré cestě k maximální pomoci ženám. Pro stále zdokonalující se péči, je zapotřebí dobrá komunikace mezi intenzivně vzdělávajícími se zdravotníky a pacientkami.

SEZNAM LITERATURY

1. ANDĚL, Michal. *Diabetes Mellitus a další poruchy metabolismu*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001, ISBN 80-7262-047-9
2. BARTOŠ, Vladimír a Terezie Pelikánová. *Praktická diabetologie*. 3.vyd. Praha: 2003, ISBN 80-85912-69-4
3. BOREK, Ivo a kol. *Vybranné kapitoly z neonatologie a ošetrovatelství péče*. Brno:1997, ISBN 80-7013-254-0
4. BRÁZDOVÁ, Ludmila a kol. *Diabetes Mellitus*. Brno: 2006, ISBN 80-7013-446-1
5. BRÁZDOVÁ, Ludmila a kol. *Průvodce diabetologií pro zdravotní sestry*. Brno: 2000, ISBN 80-7013-305-8
6. ČEPICKÝ, Pavel. *Moderní babičtví 2*. Praha: Levret s.r.o., 2003, ISBN 80-903183-6-3
7. ENKIN, M., KEIRSE M.J.N.C., RENFREW M., NEILSON J., *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada 1998, ISBN 80-7169-417-7
8. HÁLEK, Zdeněk a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0418-8
9. CHLUP, Rudolf a kol. *Úvod do diagnostiky a léčby diabetu*. Olomouc:2000, ISBN 80-244-0091-X
10. JEKLOVÁ, A., TROJANOVÁ, B. *Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. Brno: 1997, ISBN 80-7013-411-9
11. KOLESÁR, Pavol. *Diabetológia pre zdravotné a diétne sestry*. Osveta 1991, ISBN 80-217-0335-0
12. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4
13. LEBL, Jan, Štěpánka Průchová a kol. *Abeceda diabetu příručka pro děti, mládež, dospělé a jejich rodiče*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2004, ISBN 80-7345-022-4
14. PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír Bartoš. *Diabetes Mellitus minimum pro praxi*. Praha: Tridon, 1999, ISBN 80-7254-020-3
15. PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Desatera léčby perorálními antidiabetiky*. Praha: Tridor, 2004, ISBN 80-7254-462-4
16. PODROUŽKOVÁ, Blažena, Mudr. Csc. *Diabetologie, vybrané kapitoly*

17. z *diagnostiky, kontroly a léčby diabetu*. Brno: 1994, ISBN 80-7013-166-7
18. PŘIBYLOVÁ, H. Mudr. Csc. *Dítě diabetické matky*. Praha: 1982, ISBN 08-088-82
19. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vydání. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. ISBN 978-80-254-2186-4
20. RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus-komplikace a přidružená onemocnění diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1671-8
21. SVAČINA, Š. *Diabetologie*. 1. vydání. Praha: Triton., 2010. ISBN 978-80-7387-348-6
22. SVAČINA, Š. *Trendy soudobé diabetologie*. Praha: Galén 2005. ISBN 80-7262-359-1

Internetové odkazy:

23. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Praha: 2009, Standardy péče o diabetes mellitus v těhotenství, dostupné na :
<http://www.diab.cz/standardy>
24. Syndrom respirační (dechové) tísně RDS, autor: Lucie Příkrylová, 30. 11. 2011, Dostupné na: <http://nedoklubko.cz/2011/11/30/syndrom-respiracni-dechove-tisne/>

SEZNAM PŘÍLOH

1. Fetopatie
2. Metformin – perorální antidiabetikum
3. Glukometr
4. Inzulinová pumpa

Příloha číslo 1.

Fetopatie :



Zdroj: <http://www.porodnice.cz/cukrovka-neboli-diabetes>

Příloha číslo 2.

Metformin - perorální antidiabetikum :



Zdroj: <http://www.irannajo.com/products/metformin.htm>

Příloha číslo 3.

Glukometr :



Zdroj: http://www.sanafarm.ro/aparate-glucometre-c-9_17.html

Příloha číslo 4.

Inzulinová pumpa :



Zdroj: http://www.google.cz/search?hl=cs&q=pumpy+inzul%C3%ADnov%C3%A9&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.,cf.osb&biw=1366&bih=641&um=1&ie=UTF-8&tbm=isch&source=og&sa=N&tab=wi&ei=PW9nT-ycHoO1hAeX9qGNCA