



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

**Tereza Roháčová**

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**Těhotenství a porod tělesně postižených žen**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 22. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Lucii Kašové, za odborné vedení práce, trpělivost a poskytování rad. Dále chci poděkovat své rodině, že mi umožnila studium na vysoké škole.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	10
1.1. Holistické chápání zdraví se vztahem k tělesnému postižení.....	10
1.2. Tělesné postižení jako pojem.....	10
1.3. Specifika osob s tělesným postižením .....	12
1.4. Vrozené/získané tělesné postižení a jeho přijetí .....	13
2. ÚRAZY MÍCHY A PÁTEŘE.....	14
3. AUTOIMUNITNÍ ONEMOCNĚNÍ .....	16
3.1. Autoimunitní onemocnění v těhotenství.....	16
3.2. Roztroušená skleróza .....	17
3.2.1. Roztroušená skleróza a těhotenství.....	18
3.3. Systémový lupus erytematodes.....	20
3.3.1. Systémový lupus erytematodes a těhotenství.....	21
3.4. Revmatoidní artritida .....	21
3.4.1. Revmatoidní artritida a těhotenství.....	21
4. SEXUALITA A PARTNERSTVÍ.....	23
4.1. Partnerství .....	23
4.2. Sexualita a fertilita paraplegických žen .....	24
5. PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ.....	25
5.1. Prenatální péče .....	25
5.1.1. Cíle prenatální péče.....	26
5.2. Specifika těhotenství žen s handicapem .....	26
6. POROD.....	27
6.1. Císařský řez.....	27
7. ŠESTINEDĚLÍ.....	28

PRAKTICKÁ ČÁST .....	29
8. FORMULACE PROBLÉMU.....	29
8.1. Cíl.....	30
8.2. Dílčí cíle a výzkumné otázky.....	30
8.3. Charakteristika souboru .....	30
8.4. Metoda sběru dat.....	30
8.5. Organizace studie.....	31
8.6. Zpracování dat .....	31
9. ROZHOVOR.....	32
10. DISKUZE.....	43
ZÁVĚR.....	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	
SEZNAM PŘÍLOH .....	
PŘÍLOHY .....	

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Roháčová Tereza

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Těhotenství a porod tělesně postižených žen

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

Počet stran: číslované 39, nečíslované 14

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 15

Klíčová slova: Tělesný handicap, těhotenství, porod, porodní asistentka

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce pojednává o potřebách tělesně handicapovaných žen v těhotenství, za porodu a v časném šestinedělí. V teoretické části jsou popisovány jednotlivé druhy tělesného handicapu. V praktické části je pomocí kvalitativního šetření prezentován konkrétní případ ženy se získaným tělesným handicapem. Výstupem této bakalářské práce je doporučení pro porodní asistentky, které jim může pomoci v jejich praxi.

## **Annotation**

Surname and name: Roháčová Tereza

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Pregnancy and Childbirth Disabled Women

Consultant: Mgr. Lucie Kašová

Number of pages: numbered 39, unnumbered 14

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 15

Key words: Disability, pregnancy, childbirth, midwife

### Summary:

This bachelor thesis deals with needs of disabled women in pregnancy, during childbirth and early postpartum period. The theoretical part describes particular types of disability. The practical part of the qualitative research presented specific case of a woman with acquired disability. The outcome of this bachelor's thesis is the recommendation for midwives, which can help them in their practice.



## ÚVOD

S nárůstem silničního provozu přibývá dopravních nehod. Některé z nich mohou bohužel končit tím, že účastníkovi nehody zůstanou trvalé následky na zdraví. Mnohým lidem se toto může stát v mladém věku, kdy ještě nemají založenou vlastní rodinu. Proto je vhodné předpokládat, že se přirozeně vyskytne potřeba stát se rodičem. Tedy někteří lidé mají získaný handicap, jiní zase vrozený. To zda se jedná o vrozený či získaný handicap nic nemění na jedné z nejpřirozenějších potřeb, a tou je založení vlastní rodiny a výchova potomstva. Proto jsem se ve své bakalářské práci zabývala právě potřebami tělesně handicapovaných rodiček.

V teoretické části bakalářské práce se zaměřuji na jednotlivé typy handicapu, partnerství, prenatální péči, porod a šestinedělí. V praktické části je pomocí kvalitativní studie prezentován polostandardizovaný rozhovor s tělesně handicapovanou ženou. Se souhlasem respondetky, byl rozhovor zaznamenáván na diktafon. Následně byla data zpracována doslovným přepisem a doplněna o anamnézu respondetky. Rozhovor je rozdělen do jednotlivých období, jako je doba před těhotenstvím, samotný průběh těhotenství, následně porod a časně šestinedělí. Pod každým obdobím se nachází stručné shrnutí rozhovoru. V jednotlivých částech rozhovoru jsou zodpovězeny dílčí cíle studie. Výsledky šetření jsou shrnuty a zhodnoceny v závěrečné diskuzi.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

### 1.1. Holistické chápání zdraví se vztahem k tělesnému postižení

Rozdíly o představách lidského těla, tak i problematický vztah k vlastnímu tělu a sebepojetí se může projevit u lidí s tělesným postižením jako následek porušeného tělesného schématu. Holistické pojetí lidského těla je definováno jako soulad biopsychosociálních faktorů se stavem tělesné, duševní, spirituální a společenské pohody člověka. (Novosad, 2011, s. 83)

Zdraví je chápáno jako žádoucí stav integrity a ucelenosti lidského života. Můžeme říci, že tvoří jakousi normu. Nedosažení vzhledové a výkonové normy je to, co jevově a sociálně vytváří odlišnosti lidského těla. Tělesný handicap je mylně spojován s osobností člověka. Tělesná odlišnost stále bývá chápána jako hlavní osobnostní znak jeho nositele, přestože samotné postižení vůbec nevypovídá o osobnosti a charakteru člověka, který s ním žije. (Novosad, 2011, s. 84)

V současné době považujeme za tělesné postižení dlouhodobý či trvalý stav, který můžeme charakterizovat anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou takového rázu, kterou již nelze veškerou léčebnou technikou a péčí odstranit nebo výrazně zmírnit. Takový stav přináší jedinci výraznou redukci jeho životních šancí a omezuje jeho práceschopnost. Negativně ovlivňuje kvalitu jeho života. (Novosad, 2011, s. 85)

Zřetelným znamením osob s tělesným postižením bývá omezení schopnosti pohybu či narušení obvyklých pohybových vzorců a koordinace pohybů. To vše má vliv na zpochybňování hodnoty a normality lidí s tělesným postižením, protože hlavním projevem existence člověka je pohybovat se a být výkonný. To vše typicky lidským způsobem, který obnáší cíleně realizovat nejprve v duchu navržené plány (být soběstačný, pracovat).

### 1.2. Tělesné postižení jako pojem

Tělesné postižení obsahuje dvě často prolínající se skupiny. Tou první je chronické postižení. Jedná se obvykle o nevyлéčitelné onemocnění, které způsobuje hluboce nepříznivý zdravotní stav. Toto poškození vyžaduje dodržování určitého léčebného procesu. Svým působením snižuje kvalitu života nemocného. Sekundárně může způsobit omezení pohybových schopností. Druhou skupinu tvoří lokomoční, neboli pohybové postižení, které způsobuje omezení hybnosti až znemožnění pohybu člověka.

Dále může obsahovat motorické dysfunkce koordinace v souvislosti s postižením, vrozenou vývojovou vadou, funkční nebo orgánovou poruchou hybného a nosného aparátu. Dále můžeme hovořit o centrální nebo periferní poruše inervace, amputaci nebo deformaci části motorického systému. Poškození toho typu bývají ve většině případů patrné na první pohled. Přináší s sebou trvalé snížení funkční výkonnosti a ztrátu schopnosti vlastního pohybu. Společným znakem lidí s tímto postižením je primární redukce častých pohybových aktivit, v některých případech až imobilita. Toto vše má obrovský vliv na kvalitu života a soběstačnost. (Novosad, 2011, s. 87 - 88).

V Čechách jsou nejvíce užívanými termíny zdravotní postižení a handicap. Zdravotní postižení je chápáno jako narušení zdraví a integrity člověka. Můžeme říci, že zdravotní postižení nepříznivě ovlivňuje kvalitu života jeho nositele. Zhoršuje jeho schopnost pracovat, navazovat a udržovat kontakt s okolím. Handicapem je chápána nepříznivá sociální situace člověka, spojená s jeho omezenými schopnostmi. Takový člověk nemůže splňovat očekávání, která jsou v dané době a kultuře považována za normy. (Novosad, 2011, s. 89 - 91).

V současné době jsou čtyři základní modely tělesného postižení. První model je takzvaný medicínský či zdravotnický. Vychází z určité tělesné patologie. Zkoumá a posuzuje odlišnosti a určuje, co se odchyluje od normality. Utváří tedy negativní pohled na člověka s postižením, jelikož poukazuje na jeho nedostatky a omezení. Druhým modelem je model osobní tragédie. Zdravotní postižení je zde chápáno jako nešťastná životní situace a lidské neštěstí je hodné soucitu a charity. Vychází tedy z toho, že postižený bude závislý na pomoci druhé osoby. To popírá jeho skutečné schopnosti a jeho právo na sebeurčení. Oproti tomu sociální model podporuje maximální možnou míru samostatnosti a nezávislosti lidí s postižením. Novosad (2011, s. 95), ve svém díle *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita* uvádí: *„Tento model je postaven na prosazování rovných práv, příležitostí a rovného zacházení včetně odstraňování různých typů bariér ve sféře psychosociální, edukační, architektonické, informační apod. Sociální model usiluje o společenskou změnu a posouvá pozornost od samotného orgánového či funkčního poškození k postižení jako sociálnímu jevu, resp. sociálnímu znevýhodnění (handicapu), který je důsledkem postojů a klimatu znevýhodňující společnosti (disabling society).“* Aktuálně je tento model preferován a představuje změnu ve vnímání zdravotního postižení. Již nebere zdravotní postižení jako hlavní znak jeho nositele, ale pozoruje jaký dopad má postižení na existenci osobní i občansko-sociální. Posledním čtvrtým modelem je kulturní

model. Novosad (2011, s. 97) ho definuje takto: *„Kulturní model je širší než sociální model a orientuje se na morálku, postoje, zvyky a klima ve společnosti, fungující a nikoho nediskriminující vztahy mezi lidmi, přirozený respekt k individuálním hodnotám a specifickým. Přirozené, nedeformované vztahy mezi lidmi s postižením a lidmi bez postižení jsou v tomto kontextu chápány jako doklad kulturně-vzdělanostní úrovně a předpoklad či spíše znak civilizované společnosti.“* (Novosad, 2011, s. 94 - 97).

### **1.3. Specifika osob s tělesným postižením**

Hlavními specifiky jsou ztížení až ztráta schopnosti pohybu, dále problematická koordinace pohybů s možným narušením jemné motoriky, individuální závislost na pomůckách či opatření, jako je bezbariérovost prostředí či možnosti dopravy. Dále dlouhodobé dodržování životosprávy, léčebných opatření a rehabilitace. Lidé s tělesným postižením jsou ohroženi různými deprivacemi, jako je citová, podnětná, výkonná a činnostní deprivace. Tyto deprivace omezují člověka v tom, co by chtěl dělat a také ho mohou doprovázet poruchy sebepojetí a emoční labilita. Problematické může být navazování sociálních vztahů a utváření interpersonálních kontaktů a vazeb. Nejisté může být zvládnutí přirozených sociálních rolí. Mohou se vyskytovat komunikační bariéry způsobené několika faktory, jako jsou motorická narušení funkce mluvidel, křeče a grimasy, které mohou svádět k mylné domněnce, že se jedná o člověka s těžkým mentálním postižením. (Novosad, 2011, s. 105 - 107).

Důležité je zmínit specifické potřeby lidí s tělesným postižením. Novosad (2011, s. 111) definuje tyto potřeby ve svém díle jako: *„Tyto potřeby jsou sekundárním důsledkem zdravotního postižení a vznikají tam, kde jeho důsledky vytvářejí překážky a znevýhodnění, které lidé bez postižení nezaznamenávají. Týkají se zejména přístupnosti prostředí, komunikace, informací, příležitostí i postojů, předsudků, předpojatosti ostatních, tj. škály okolností a podmínek, které mohou být za daného stavu pro určité jedince s postižením znevýhodňující. Tradiční klasifikace potřeb (např. speciálních vzdělávacích potřeb, což je termín nyní používaný ve školství) založená na typu a míře postižení má svá administrativně-legislativní pozitiva, ale může být riziková. V současné době se již tolik neorientujeme výhradně na diagnózu, postižení, ale především na překážky, které ze zdravotního omezení, poruchy vyplývají ve vztahu ke zvládnutí škály životních aktivit.“*

#### 1.4. Vrozené/získané tělesné postižení a jeho přijetí

Každý člověk přistupuje ke svému tělu s určitým estetickým měřítkem. V případech, kdy se kvůli vrozenému funkčnímu či orgánovému postižení, po operaci, úraze nebo těžké nemoci nepodaří dosáhnout normálního zdravotního stavu, nebo se navrátit k funkční a vzhledové normě, jsou lidé s handicapem vnímaví vůči své abnormalitě nebo funkční nedostatečnosti. Takový člověk pocítuje rozpor mezi vlastním a společností preferovaným estetickým ideálem, vzhledem a funkčností vlastního těla. Toto vše může vést k rozvoji ambivalentního až odmítavého postoje k vlastnímu tělu. (Novosad, 2011, s. 112 - 113)

Sociální postavení a psychika člověka s vrozeným postižením se vyvíjí odlišně od člověka, jehož zdravotní stav utrpěl změnu až v průběhu života. Ovšem nemůžeme říci, že člověk s vrozeným či časně získaným postižením zaujímá příznivější postavení. Jde o to, že od počátku jeho života ho doprovázely jednotlivé aspekty postižení a s tím spojené úsilí o překonání jeho důsledků. Takový jedinec autenticky získal a stále získává potřebné zkušenosti a ví, co může od života očekávat. Zvládá určité sociální role, má svůj relevantní sebenáhled a určitou hodnotovou hierarchii. (Novosad, 2011, s. 112-113).

Novosad ve své knize *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita* udává: *„Dá se stručně říci, že osoba s vrozeným, popř. brzy získaným postižením mívá k dispozici časový prostor a škálu podpůrných opatření k tomu, aby se adaptovala na svoji reálnou situaci, přijala ji, našla si vlastní cestu k seberealizaci a mohla žít co možná nejplněji.“* (Novosad, 2011, s. 113).

Lidé, kteří se náhle ocitnou v situaci prudké změny zdravotního stavu, funkčnosti a sociálního statusu, nemají možnost postupné adaptace. Můžeme říci, že jeden z největších tlaků na lidskou psychiku v období úrazu nebo z jiných různých důvodů, které vedou k získanému postižení, je nečekaný přechod zdraví v „nezdraví“, funkční nedostatečnosti a vzhledové odlišnosti. Lidé, kteří byli před tím plně zdraví, se mohou dostávat do krizové situace, kdy postižení pro ně znamená zásah do kvality života a omezení aktivit a životních příležitostí. To vše se může negativně promítnout do sociálního a rodinného postavení. Ve vyšší míře dochází k získanému postižení u jedinců v produktivním věku. Náhlá ztráta výkonnosti, pohyblivosti, rovnováhy, soběstačnosti, ale také vlády nad procesem vyměšování a pohlavním životem znamená zhroucení dosavadních jistot, představ a životních plánů, jež jsou každému člověku vlastní. Pro překonání této těžké životní krize je podstatná osobnost postiženého jeho zázemí. Důležitá je také míra závažnosti jeho stavu, dále jsou důležité perspektivy a schopnost adaptace jedince. Některým jedincům se podaří celkem rychle vyrovnat s následky traumat a

vytvořit si vhodné podmínky k plnohodnotnému životu. To vše je vysoce individuální. Co představuje pro některého člověka nepřekonatelnou komplikaci, může být pro druhého drobným problémem, jež lze nějak zvládnout. (Novosad, 2011, s. 115 - 116)

## 2. ÚRAZY MÍCHY A PÁTEŘE

Páteř tvoří osovou kostru trupu obratlovců. Je tvořena jednotlivými kostmi, které nazýváme obratle. Ty jsou na sebe vzájemně pevně, ale pohyblivě napojeny. Podle oblasti těla dělíme obratle na krční, hrudní, bederní, křížové a kostrční. Páteř člověka je tvořena sedmi krčními obratli, dvanácti hrudními obratli, pěti bederními, pěti křížovými, které druhotně splývají v kost křížovou, čtyřmi až pěti kostrčními obratli, které srůstají v kost kostrční. (Čihák, 2011, s. 103)

Každý obratel se skládá ze tří odlišně fungujících složek. Nazýváme je tělo, oblouk a výběžek. Nosnou část tvoří tělo obratle, *corpus vertebrae*, které je uloženo vpředu. Tělo obratle je vyplněno spongiosou a červenou kostní dřeví. Mezi jednotlivými obratli se nachází meziobratlová destička, ta je tvořena vazivovou chrupavkou. Důležitý je oblouk obratle, který je zezadu připojen k tělu obratle a chrání míchu. (Čihák, 2011, s. 103)

Nejčastější příčinou úrazu páteře je pád z výšky, dále jsou častá traumata způsobená dopravními nehodami, nebo úrazy vzniklé při sportu. Při těchto úrazech je důležité dbát na traumatologické a neurologické vyšetření, jejichž výsledky jsou nezbytné k určení správné terapie a prognózy. Nejčastějšími postiženými úseky jsou cervikální (C4-6) a torakolumbální (Th11-L2). (Novotná, 2012, s. 59)

Úrazy páteře postihují páteřní sloupec, jeho vazivový aparát, kostěný skelet, meziobratlové destičky, míšní a nervové struktury. Příným nárazem, hyperflexí nebo hyperextenzí se páteř láme, luxuje či subluxuje. Distorzí obratlů se rozumí přechodná dislokace kloubních ploch intervertebrálních skloubení, tedy poškození vazivového aparátu obratlů a jejich kloubů. Nejčastěji jsou postiženy krční obratle. Při luxaci obratlů jsou postižené segmenty páteřního sloupce mimo příslušná meziobratlová skloubení. Častěji postihuje obratle krční páteře či přechod mezi krční a hrudní páteří. Je zde riziko poranění míšních struktur či míšních kořenů, která jsou ve většině případů sdružena s traumatem skeletu. Traumatický výhřez meziobratlové ploténky je charakterizován výhřezem do prostor, kde je uložena mícha nebo míšní kořeny. Nejčastěji jsou postiženy segmenty krční a bederní páteře. Kteroukoliv úroveň páteřního sloupce mohou postihnout zlomeniny

obratlů. Hodnocena je míra dislokace úlomků a jejich posun do páteřního kanálu. Důležité je dále zjistit stabilitu postiženého segmentu. Vyšší riziko zlomenin obratlů se vyskytuje u jedinců s osteoporózou, zánětem kosti nebo metastatickým procesem. (Novotná, 2012, s. 59 - 60)

Přibližně u 15-20% pacientů s poraněním páteře dochází také k poškození míchy. Všeobecně toto poškození nazýváme „paraplegie“. Jedná se o poškození míchy v jakémkoliv jejím úseku. Tedy jak motorické, tak senzitivní a vegetativní dráhy míchy jsou úplně nebo jen částečně poškozeny. Motorické výpadky vedou k ochrnutí, ztrátě nebo omezení kvality citu jako jsou dotek, bolest. Teplota je doprovázena senzitivními výpadky. Vegetativní dysregulace a poruchy funkce parenchymatózních orgánů jsou způsobeny omezením sympatického a parasympatického nervového systému. (Wendsche, 2009, s. 13)

Úrazy míchy můžeme rozdělit podle charakteru postižení. Prvním je míšní komoce neboli otřes, který je charakterizován okamžitým, přechodným a plně reverzibilním poškozením míšních funkcí. Klinický obraz je závislý na výšce poškozeného segmentu. Projevem je porucha hybnosti končetin, která trvá několik vteřin až hodin. Dále se může vyskytnout přechodná porucha citlivosti distálně od poraněného míšního segmentu, eventuelně i porucha funkcí sfinkteru. Míšní kontuze, neboli zhmoždění, může být způsobena úlomky zlomených obratlů, meziobratlovou ploténkou nebo při subluxaci obratlů. Transverzální míšní léze se rozumí úplné přerušení míchy na úrovni určitého segmentu či několika segmentů. Nejčastěji se vyskytuje při luxaci, luxační fraktuře nebo tříštivé zlomenině obratlů. Projevuje se ztrátou veškeré volné hybnosti a všech kvalit cití distálně od léze. Nejzávažnější formou je léze nad C4 pro poruchu inervace bránice. V akutní fázi se objevuje porucha citlivosti distálně od místa léze. Pro prognózu je rozhodující, zda poranění míchy bylo primárně kompletní nebo jen částečné. Neúplný syndrom míšní léze je doprovázen zachováním ostrůvku cití nebo hybnosti. Centrální míšní syndrom doprovází motorické výpadky a variabilní výpadky cití. Vyskytuje se při hyperextenzivním poraněním krční páteře při stenóze kanálu. Přední míšní syndrom je porucha funkcí přední části míchy, tedy poruchy volné hybnosti, termického a algického cití, pod místem léze. Zadními provazci je zachováno vedení. Při zadním míšním syndromu jsou v popředí bolesti a parestezie horních končetin a trupu. Motorika je minimálně postižena. Při segmentálním výpadku cití a motoriky různého stupně hovoříme o kořenovém syndromu. (Novotná, 2012, s. 60 - 62)

Jedná-li se o postižení horních končetin, trupu a dolních končetin, pak hovoříme o tetrapostižení. Úroveň postižení se vyskytuje nad hrudním segmentem Th2. Zda bude zachována či poškozena funkce ruky závisí na výšce segmentu poškození, jelikož nervová pleteň, *nervus brachialis*, vychází z krčních míšních segmentů C4/5 – 8/ Th1. Nachází-li se úroveň poškození nad segmentem C4, kde jsou brániční nervy, zraněný není schopen spontánně dýchat a je odkázán na pomoc umělé plicní ventilace.

Jestliže je úroveň poškození pod segmentem Th4, je poškozen celý trup a dolní končetiny, zatímco horní končetiny jsou kompletně intaktní.

Při kompletním poškození míchy hovoříme o tetraplegii či paraplegii, dále se může vyskytnout i inkompletní poškození a je-li motorika zachována, ale je oslabená, mluvíme o, tetra- či paraparéze. (Wendsche, 2009, s. 13)

### **3. AUTOIMUNITNÍ ONEMOCNĚNÍ**

Hlavním úkolem imunitního systému je obrana organismu proti infekcím. Můžeme ho rozdělit na dvě skupiny: protilátkovou imunitu a buněčnou imunitu. Lymfocyty T jsou řazeny do buněčné imunity. Jejich hlavním úkolem je likvidace virů. Lymfocyty B spadají do protilátkové imunity. Jsou tvořeny v kostní dřeni a dokážou rozpoznat a odhalit bakteriální infekci v organismu.

Porucha imunitního systému, vede ke vzniku autoimunitního onemocnění. Dojde-li k poruše buněčné imunity, lymfocyty T začnou napadat vlastní buňky a chovají se jako by byly infikovány virem a ničí je. Při poruše protilátkové imunity produkují lymfocyty B protilátky zamířené proti vlastním tkáním. Tedy podle mechanismu poškození můžeme autoimunitní choroby dělit do dvou skupin. (Shoenfeld, Bartůňková, 2007, s. 10 – 12)

#### **3.1. Autoimunitní onemocnění v těhotenství**

K výskytu autoimunitního onemocnění dochází převážně u žen v reprodukčním věku. Je tedy možné, že k první klinické manifestaci onemocnění dojde během gravidity. To může způsobit různý stupeň postižení orgánů. Terapeutické možnosti léčby jsou omezeny právě těhotenstvím. Proto se každý postup léčby musí řešit individuálně. (Roztočil, 2008, s. 237)



### 3.2. Roztroušená skleróza

Roztroušenou sklerózu (RS) lze definovat jako onemocnění centrálního nervového systému (CNS), kde probíhají autoimunitní mechanismy, při kterých dochází k poškození myelinu a axonů. Právě ztráta axonů způsobuje trvalé následky u pacientů s RS. (Havrdová, 2009, s. 9).

Díky epidemiologii získáme základní fakta o výskytu a chování nemoci. V posledních letech významně narůstá prevalence pacientů s RS. Jedná se počet nemocných k celkovému počtu obyvatelstva. To je dáno především zvýšenou incidencí nemoci, tedy počtem nových případů s diagnostikou RS v určité populaci obyvatelstva za jeden rok. Incidence za poslední roky velmi výrazně stoupla. Je to dáno především kvalitní diagnostikou, která se stále zdokonaluje. Zároveň se podařilo prodloužit dobu dožití pacientů s RS pomocí lepší zdravotní péče a managementu nemoci. Ovšem základní epidemiologická fakta zůstávají stejná. Nejčastější příčinou neurologické invalidity u mladých lidí způsobuje právě roztroušená skleróza. První příznaky se většinou objevují mezi 20. - 40. rokem života. V průměru to je 31,7 let. Před 20. rokem se diagnostikuje 10% případů, po 50. roku věku pouze 5%. 70% pacientů s RS tvoří ženy. Původně byl udáván poměr 2:1 nemocných žen k mužům, ale podle dostupných dat se tento poměr zvyšuje. Onemocnění přibližně zkracuje délku života o 10 let proti předpokládané délce života dané populaci. Nyní trvání nemoci přesahuje přibližně 25 let. (Havrdová, Vachová, 2013, s. 21 - 22).

Etiopatogenezi onemocnění jsou mnohočetné zánětlivé infiltráty v CNS a to především v bílé hmotě. V takto vzniklých infiltrátech nalézáme aktivované T lymfocyty a makrofágy, méně již B lymfocyty. Přítomna je i lokalizovaná porucha hematoencefalické bariéry a to při akutních ložiscích. Na periférii je předpokládána aktivace autoagresivních T lymfocytů, které jsou specifické pro antigeny CNS. K setkání imunitního systému s antigeny CNS může dojít především v hlubokých krčních uzlinách. První aktivace klonů probíhá zřejmě na základě antigenních mimikrů při virových infekcích v předchorobí. Ta by teoreticky neměla být schopna tak velkého pomnožení, které je potřebné k zahájení imunitní reakce, která by poškodila cílovou tkáň. K proliferaci těchto specifických lymfocytů dochází až při pomnožení na druhý podnět. To potom přestupují do cílové tkáně a iniciují zánětlivé ložisko. V místě vstupu dojde k porušení bariéry a produkce mediátorů zánětu. To vede k atrahování dalších nespecifických zánětlivých buněk do místa léze. (Havrdová, 2009, s. 9 - 10).

V ložisku se ztrácejí axony a rozpadá se myelin. Ten je obkličován protilátkami a ničen makrofágy a jejich toxickými produkty. Nejzávažnějším dějem při RS je ničení vlastních nervových vláken. Není zcela známo, kolika mechanismy tento děj probíhá. (Havrdová, 2009, s. 10).

Demyelinizace centrálních drah způsobuje výpadek funkce a dává tak vzniknout neurologickým příznakům. Rozhodující pro typ klinických příznaků je místo v centrální nervové soustavě, kde se zánětlivý infiltrát vytvořil. Nejčastějším počátečním příznakem je optická neuritida, projevující se zamlženým viděním, bolestivostí při pohybu bulbu, výpadky zorného pole a poruchou barevného vidění. Mezi závažnější příznaky patří centrální poruchy hybnosti, které jsou doprovázeny spastickou reakcí, přítomností pyramidových iritačních jevů a vyššími reflexy. V průběhu choroby dochází k různým kombinacím, které vedou k závažné hybné invaliditě. Přibližně 85% pacientů s RS trpí patologickou únavou. Ta je způsobena multifaktoriálním dějem. Pacienti s diagnostikou roztroušené sklerózy trpí častěji depresivními stavy. Bývá to právě v době diagnostiky onemocnění a v období relapsu. (Havrdová, 2009, s. 14 - 15).

Průlomovým bodem v diagnostice roztroušené sklerózy se stala magnetická rezonance. Velký vývoj dále prodělala kritéria k hodnocení RS pomocí magnetické rezonance. (Havrdová, Taláb, 2013, s. 166).

Nová kritéria jsou založena na klinickém obraze pacienta, přítomnosti prokazatelného neurologického nálezu. Nutná je spolupráce s vyšetřovacími metodami, které mají dané pořadí. První je magnetická rezonance, následuje vyšetření mozkomíšního moku a vyšetření oligoklonálních pásmů. Díky vyšetření mozkomíšního moku nezjistíme diseminaci lézí v čase ani v prostoru, ale získáme informace o zánětlivé povaze procesu. (Havrdová, 2009, s. 16)

### **3.2.1. Roztroušená skleróza a těhotenství**

Roztroušená skleróza postihuje často ženy ve fertilním věku. Proto je vysoce pravděpodobné, že pacientka s RS bude přemýšlet o možnosti početí. Není to tak dávno, co byla ženám s RS gravidita zakazována z důvodu častých atak po porodu a obav z následné invalidizace matky. V některých případech bylo doporučováno umělé přerušování těhotenství. V posledních 20 letech se podařilo díky výzkumu zjistit, že během těhotenství dochází k fyziologickým regulacím imunitní reaktivity matky. Tím je zajištěna tolerance plodu. (Havrdová, Meluzínová, Nytrová, 2013, s. 418).

Je nutné, aby se jednalo o plánovanou graviditu v době nejlepší stabilizace choroby. Potřebné je také dobré rodinné a sociální zázemí, aby matka byla po porodu co nejméně vystavována stresu. (Havrdová, 2009, s. 70)

Při plánování gravidity, je zapotřebí upravit léčbu. Imunosupresiva vysazujeme 3 – 6 měsíců před plánovaným početím. Při potvrzení gravidity vysazujeme imunodulancia. Z důvodu zvýšeného rizika vývojových vad je vhodné genetické vyšetření. (Oralová, 2011, s. 43)

V průběhu těhotenství hovoříme o období imunotolerance. Imunitní systém matky je nucen tolerovat přítomnost plodu, který je vybaven z poloviny znaky otce. Ke snížení imunitní odpovědnosti během těhotenství napomáhá několik mechanismů. Jedná se o embryo specifický preimplantační faktor, který zajišťuje ochranu embrya během implantace a v průběhu I. trimestru. Jako další mechanismus fungují pohlavní hormony, hlavně zvýšená hladina estrogenů a progesteronů a také prolaktinu, jehož hladina stoupá během těhotenství a hlavně po porodu v období laktace. (Havrdová, Meluzínová, Nytrová, 2013, s. 419 – 420)

Vyskytne-li se akutní ataka v těhotenství, řídíme se délkou gravidity. V prvním trimestru při těžké hybné atace je někdy bohužel nutné těhotenství ukončit, aby mohla být nasazena účinná léčba. V druhém trimestru je povolena dávka okolo 250 mg methylprednisolonu za den. V třetím trimestru je povolená dávka 250 – 500 mg methylprednisolonu denně. (Havrdová, 2009, s. 70)

Léky se většinou podávají za hospitalizace do odeznění příznaků ataky. Celkově by podaná dávka neměla přesáhnout 1500 – 2000 mg. (Havrdová, Meluzínová, Nytrová, 2013, s. 427)

Porod je nejčastěji veden vaginální cestou a neměl by být protrahovaný. Děložní kontrakce jsou pod neurohormonální kontrolou, takže nejsou ovlivněny případnou míšní afekcí v souvislosti s roztroušenou sklerózou. Porod císařským řezem je volen pouze z porodnické indikace. Je možné užití epidurální analgezie a spinální anestezie. Celková narkóza pro pacientky s RS není vhodná. (Havrdová, Meluzínová, Nytrová, 2013, s. 427 – 429)

Preventivně lze podat intravenózní imunoglobuliny již 24 hodiny po porodu. Dále se užívají pouze jednou měsíčně v obvyklém dávkování, aby mohla žena kojít a zároveň byla chráněna před poporodními atakami, které se vyskytují velmi často. Kojení je standardně doporučováno na dobu prvních třech měsíců od porodu, jelikož prolaktin

aktivuje Th 1 subpopulaci. V případě akutní ataky, zastavujeme laktaci a ataku řádně léčíme. (Havrdová, 2009, s. 70)

Po porodu je nutné kontrolovat klinický stav rodičky. V období šestinedělí je vhodné vyšetření pomocí magnetické rezonance. Pokud je klinická stabilizace a průkazná magnetická rezonance může být umožněno kojení na dobu šesti měsíců od porodu. (Havrdová, Meluzínová, Nytrová, 2013, s. 432)

Můžeme říci, že RS nemá vliv na schopnost koncepce ani na průběh gravidity či zdraví plodu a dosavadní studie neprokazují negativní vliv těhotenství na průběh onemocnění. Těhotné s RS jsou v rizikové skupině kvůli možnému vzniku autoimunitní tyreoiditidy, proto je vhodné screeningové vyšetření hormonů štítné žlázy během prvního trimestru a tři měsíce po porodu. (Havrdová, Meluzínová, Nytrová, 2013, s. 431 – 432)

### **3.3. Systémový lupus erytematodes**

Jedná se o systémové onemocnění postihující více orgánů současně. Tato choroba postihuje ženy desetkrát častěji než muže. Projevuje se typickou vyrážkou na lících kostech a kořenu nosu, takzvaný motýlovitý řas. Obličej je nejčastějším místem výskytu vyrážky, ale může se objevit kdekoliv jinde na kůži, třeba jen jako malé skvrnky. Dalším příznakem je řídnutí vlasů, v některých případech až ztráta. Vyskytovat se také mohou vřídky v ústní dutině, které připomínají afty. Lupus většinou způsobuje postižení kloubů, ty mohou být oteklé a kůže nad nimi začervenalá a teplejší, vše je doprovázeno subfebrilií, která je způsobena zánětlivým procesem v organismu. Přibližně u poloviny pacientů s lupusem dochází k onemocnění ledvin, na to lze přijít vyšetřením moče na přítomnost bílkoviny a krve. Podrobnějším mikroskopickým vyšetřením můžeme zjistit přesnější postižení ledvin. Systémový lupus je charakteristický zánětlivým onemocněním v různých orgánech těla. Projevuje se otoky a výpotky v postižených oblastech, které způsobují značnou bolestivost. V případě, kdy jsou zasaženy plíce, se může vyskytovat i kašel a dušnost. (Shoenfeld, Bartůňková, 2007, s. 46 – 47)

Systémový lupus také postihuje krevní systém. Poškozeny mohou být všechny složky krve. Zvětšená slezina a chudokrevnost se vyskytují při poškození červených krvinek. Objevuje se i nižší počet leukocytů a trombocytů. (Shoenfeld, Bartůňková, 2007, s. 47 – 48)

### **3.3.1. Systémový lupus erytematoses a těhotenství**

Statistika dokazuje, že u jedné třetiny pacientek s SLE dojde během těhotenství k zlepšení onemocnění, u druhé třetiny se stav onemocnění nezmění a u poslední třetiny dojde ke zhoršení onemocnění. Proto je velmi nutné ženu v těhotenství pravidelně kontrolovat nejen na gynekologii, ale také na interně, revmatologii nebo klinické imunologii, podle toho, který specialista ženu léčil před otěhotněním. Těhotenství se může zkomplikovat přítomností antikardiolipinových protilátek, které způsobují trombózu placenty, a tím mohou vést k potratům v druhém trimestru gravidity. Nejzávažnějším rizikem je znovuobnovení nemoci, ne však během gravidity, ale v poporodním období a to vlivem hormonálních změn, ke kterým během porodu a v šestinedělí dochází. Nutná je prevence a včasné nasazení léčby, aby nedošlo k poporodní aktivaci nemoci.

V placentě dochází k přenosu mateřských autoprotilátek do krevního oběhu novorozence. U malého počtu novorozenců můžeme pozorovat kongenitální lupus, ten do 3 – 4 týdnů vymizí, jelikož matčiny autoprotilátky jsou v krvi novorozence zničeny. (Shoenfeld, Bartůňková, 2007, s. 51 – 52)

## **3.4. Revmatoidní artritida**

Jedná se o chronické systémové autoimunitní zánětlivé kloubní onemocnění. Projevující se symetrickou polyartritidou. Incidence revmatoidní artritidy s přibývajícím věkem stoupá. Mnohem častěji postihuje ženy. To je vysvětlováno možným ovlivněním hormonálními faktory. Pacientky s revmatoidní artritidou mívají nižší koncentraci testosteronu. Začátek onemocnění může propuknout náhle s bouřlivým projevem nebo pomalu s postupným zhoršováním v průběhu až několika měsíců. Pacienti vždy pociťují bolest, mnoho z nich zmiňuje nepříjemnou ranní ztuhlost, která trvá déle než jednu hodinu. Typická je snížená síla stisku ruky pacientů, celková únava a úbytek hmotnosti. (Poláková, 2009, s. 12-14).

### **3.4.1. Revmatoidní artritida a těhotenství**

Je prokázáno, že riziko vzniku revmatoidní artritidy během těhotenství je velmi nízké, ovšem riziko se zvyšuje v poporodním období a to až do doby dvanácti měsíců od termínu porodu. Přibližně 70 – 80 % pacientek s revmatoidní artritidou je v období těhotenství v remisi. To je spojováno s regulací protizánětlivých cytokinů, za kterými stojí právě gravidita ženy. Žena, která se rozhodně otěhotnět, by měla být v období koncepcie v remisi. U gravidní pacientky by měly být léčeny příznaky onemocnění, ne však samotná

diagnóza. Jedná-li se o pacientku, která je během gravidity v remisi, automaticky nemusí užívat žádné léky. (Poláková, 2009, s. 13, 98)

## 4. SEXUALITA A PARTNERSTVÍ

### 4.1. Partnerství

Pravděpodobně nejdůležitějším ukazatelem sexuální atraktivity žen pro muže je věk partnerky. Muži obecně preferují mladší partnerky. Důvodem této preference by mohla být vědomá i nevědomá strategie, jak si zajistit sexuální přístup k partnerce po celou dobu jejího fertlního věku. Muži totiž chtějí být otcem všech jejich dětí a nechtějí investovat do dětí jiných mužů. Dalším ukazatelem je poměr mezi pasem a boky, který by měl zajišťovat optimální fertilitu. Dívky v prepubertálním věku nemají ještě zaoblené boky, tedy poměr je zde vyšší. Oproti tomu postpubertální dívky a mladé ženy mají tento poměr nižší, ten se však s přibývajícím věkem opět zvyšuje. Obecně platí, že čím je vyšší poměr, tím se snižuje atraktivita a současně plodnost ženy. Mezi další ukazatele můžeme zařadit velikost ňader. Muži dnešní populace všeobecně preferují nadprůměrně velká ňadra. Tato preference ovšem není historicky doložena. Rozhodující je spíše tonus ňader, který na rozdíl od velikosti souvisí s věkem ženy a její fertilitou. Dále můžeme zařadit i čich, který hraje velkou roli v lidské sexualitě. Ženy v postpubertálním věku produkují vaginální sekret, který se mění vlivem menstruačního cyklu, a podobně jako u jiných primátů, jsou schopné přivolat sexuální zájem mužů. Menstruační cyklus řídí i jiné sexuální signalizace žen. Mnoho výzkumů prokázalo, že ženy během ovulace odhalují nejvíce plochy kůže těla, nosí provokativní oblečení, více se líčí, nosí šperky, navštěvují bary a restaurace, mají více erotické fantazie. U žen, které užívají hormonální antikoncepci se toto chování vyskytuje podstatně méně. (Šulová, Weiss, 2011, s. 115-117)

Ženy, na rozdíl od mužů, nepřikládají takový důraz věku partnera. Pravděpodobně je to dáno tím, že s vyšším věkem muže se nějak významně nesnižuje jeho plodnost. Navíc vyšší věk může znamenat vyšší postavení v sociální hierarchii a s tím související přístup ke zdrojům. Mezi nejdůležitější rysy k výběru dlouhodobého partnera patří nejen dobrý genetický a zdravotní stav, ale také přístup ke zdrojům. Kromě přístupu ke zdrojům, musí muži signalizovat ochotu se o ně podělit, tím dávají ženě najevo, že v budoucnu budou ochotni investovat čas, city, peníze a energii do své partnerky a potomků. To vše symbolicky dokazují dáváním dárků. Jestli-že žena nehledá muže na trvalý vztah, pak dalším důležitým ukazatelem se stává vzhled partnera. Důležité jsou vzhledové charakteristiky, které souvisí s testosteronovými ukazateli a ukazateli dobré imunity. Mezi hlavní indikátory patří tělesná symetrie, hustší a tmavší vousy a výška postavy. Dalším

korelátorem je i tělesný pach. Ženy jsou všeobecně citlivější na pach partnera a dokážou vyčíst imunologický status jedince. Dále sem můžeme zařadit behaviorální indikátory. Tyto indikátory nezahrnují pouze fyzické charakteristiky, ale i kreativitu. Proto pro jednu ženu bude atraktivní sportovec a pro druhou romantický básník. (Šůlová, Weiss, 2011, s. 117-118)

## **4.2. Sexualita a fertilita paraplegických žen**

Mezi sexuální dysfunkce, které se mohou vyskytnout u žen po poranění míchy, řadíme ztrátu sexuální apetence, poruchu vzrušivosti a poruchu orgasmické schopnosti. Paraplegické ženy vyžadují méně často sexuologickou péči oproti mužům. Můžeme si to vysvětlit tím, že žena má svého ošetřujícího gynekologa a sním, řeší možné gynekologické a sexuologické problémy. V pórúrazovém období by měla být ženě poskytnuta sexuologická konzultace. Rodinné zázemí je velice důležité. Je dobré, když při edukaci ženy je přítomen i partner, ovšem s tím musí oba partneři souhlasit. Pro společný partnerský sexuální život může být problémem snižená nebo až vymizelá sexuální apetence ženy, spojená se změnou vnímání tělesného schématu, pocity insuficience a ztráta sebevědomí ženy. Každá ochrnutá žena je schopna pohlavního styku. Nad místem přerušeni míchy se nacházejí erotogenní zóny ochrnuté ženy. Tvoří je šíje, ušní lalůčky, ústa, prsa a prsní bradavky. Přechodová zóna je při erotické stimulaci spíše zdrojem nepříjemných pocitů. Ztrátu citlivosti lze nahradit vlastními představami nebo ji „transformovat“ z oblastí s normální citlivostí. (Wendsche, Šrámková, 2009, s. 155)

Vhodné je doporučit takové polohy, které jsou pro pár pohodlné. Řadu ochrnutých žen může trápit silný spazmus svalů dolních končetin, proto není vhodná tzv. klasická poloha, je tedy nutné hledat jinou vhodnou polohu. Nabízí se poloha na boku. Jsou-li problémy se vzrušivostí, je vhodné použít lubrikační gel, který se aplikuje před stykem do oblasti poševního vchodu. Orgasmus je prožívaný odlišně než před úrazem, většinou jako teplo v podbřišku. Jestliže žena neplánuje koncepci, je nutné užít některou z antikoncepčních metod. Vhodné je užití bariérové antikoncepce, tj. kondomu. Ten chrání ženu před nechtěným otěhotněním a zároveň i před infekcí. Užívání hormonální antikoncepce je nutné zvážit a konzultovat s hematologem vzhledem ke zvýšenému riziku vzniku tromboflebitid a trombembolických příhod. Z ženských bariérových antikoncepčních metod lze užít pesar, ten ovšem může zvyšovat riziko infekcí močových cest, které je i tak u ochrnutých žen poměrně vysoké. Z přirozených metod můžeme jmenovat výpočet plodných a neplodných dnů. Jedná se ovšem o méně spolehlivou



metodu, stejně tak i „coitus interruptus“. Tyto metody nejsou vhodnou antikoncepční metodou. (Wendsche, Šrámková, 2009, s. 156)

## 5. PRŮBĚH TĚHOTENSTVÍ

### 5.1. Prenatální péče

Prenatální péče je soubor vyšetření, jejichž úkolem je kontrolovat nerušený průběh těhotenství, vývoj plodu a zdravotní stav matky. Nutné je včasné rozpoznání rizikových faktorů, které by mohly ohrozit matku nebo plod. Těhotenství dělíme na tři skupiny: fyziologické, s nízkým rizikem a vysoce rizikové. (Binder, 2011, s. 33)

Při prvním vyšetření se zaznamenají osobní údaje těhotné. Žena je edukována o obecných pravidlech týkající se jejího těhotenství. Pro stanovení míry rizika je nutné získat podrobnou anamnézu ženy, včetně informací o sociální situaci, v níž se žena nachází. Podle data poslední menstruace se stanoví termín porodu, který se později koriguje s ultrasonografickým vyšetřením v I. trimestru. (Roztočil, 2008, s. 57 – 58)

Frekvence návštěv v prenatální poradně se řídí podle toho, v jakém týdnu gravidity se žena nachází. Všeobecně je doporučováno do 23. týdne těhotenství navštěvovat poradnu každé čtyři týdny. Mezi 24. – 32. týdnem je návštěva každé 3 týdny. Postupně se interval zkracuje na každé dva týdny, a to v období mezi 33. - 40. týdnem gravidity. Od 37. týdne až do termínu porodu je návštěva naplánována na každý jeden týden. (Pařízek, 2009, s. 90)

Vyšetření v prenatální poradně rozdělujeme na pravidelná a termínová vyšetření. Mezi pravidelná vyšetření patří sběr anamnestických dat. Pomocí rozhovoru získáváme informace o subjektivních obtížích a stesků těhotné. Dále sem patří zevní vyšetření ženy, číselný údaj o hmotnosti, ptáme se na možné otoky a přítomnost varixů. Při každé návštěvě také měříme krevní tlak a pomocí chemické analýzy moči pátráme po přítomnosti bílkovin, glukózy a ketolátek. Možné je také stanovit hodnotu cervix skóre. Od 24. týdne těhotenství detekujeme známky vitality plodu. V týdenních intervalech provádíme non-stress test a to od 38. týdne těhotenství. (Roztočil, 2008, s. 58)

Termínová vyšetření jsou vždy specifická pro daný týden gravidity. Do 16. týdne se provádí hematologické vyšetření a sním stanovení hladin hemoglobinu, hematokritu, erytrocytů, leukocytů, trombocytů, určuje se krevní skupina a Rh-faktor a stanovení přítomnosti protilátek proti erytrocytům. Nezbytné je také sérologické vyšetření protilátek proti syfilis, HIV a HBsAg. Jako poslední sem patří biochemický screening vrozených vývojových vad. Během 18. – 20. týdne se žena dostaví na první ultrazvukový screening

plodu. Méně oblíbené je vyšetření glukózové tolerance, které se provádí mezi 24. – 28. týdnem. To je zajištěno pomocí glukózotolerančního testu, které spočívá v perorálním podání 75 g glukózy nalačno. Druhý ultrazvukový screening plodu se provádí během 30. – 32. týdne těhotenství. Spolu s ním se u Rh negativních matek a matek s krevní skupinou 0 zasílá krevní vzorek na vyšetření titru protilátek. Bez ohledu na krevní skupinu a Rh-faktor se provádí stanovení hemoglobinu, hematokritu, erytrocytů, leukocytů a trombocytů. Mezi 36. – 37. týdnem se odebírá vagino-rektální stěr na mikrobiologické vyšetření na přítomnost streptokoků skupiny B. (Roztočil, 2008, s. 58)

### **5.1.1. Cíle prenatální péče**

Mezi hlavní cíle prenatální péče spadá poskytování fyzické péče, poučování těhotné o zdravých návycích, které by měly přetrvávat i po porodu, dále edukace ženy, jak má o sebe co nejlépe pečovat. Nejhlavnějším úkolem je zajištění bezpečného porodu pro matku i dítě takovým působením na matku, aby dodržovala zdravé návyky a tím se redukovaly rizikové faktory. (Leifer, 2004, s. 56)

## **5.2. Specifika těhotenství žen s handicapem**

Při transverzální lézi míšní zůstává reprodukční funkce zachována. V těhotenství je paraplegická žena ohrožena vznikem různých patologií. Mezi častá rizika patří anémie a infekce močových cest. Objevuje se zhoršená obstipace, která je ve větší míře způsobena preparáty železa, které se nasazují jako terapie, při riziku anémie. S vyprazdňováním močového měchýře nebývá ve většině případů problém. Ovšem je možné, že u některých žen bude v závěru těhotenství nutná permanentní katetrizace močového měchýře. Díky těhotenství jsou stimulovány kaudální segmenty míchy, které se v oblasti nad lézí vymykají kontrole a tím vedou k autonomní hyperreflexivitě. Vznik děložních kontrakcí je zachován, ale ve většině případů nejsou takto handicapovanou ženou vnímány, proto není jednoduché určit začátek porodu. Je tedy běžné, že v třetím trimestru žena dochází jedenkrát za týden na vaginální vyšetření, kdy se stanovuje hodnota cervix skóre, podle kterého lze odhalit blížící se porod. Z důvodu rizika překotného porodu je vhodná preventivní hospitalizace ženy již několik týdnů před porodem. Jelikož použití břišního lisu není možné nebo jen velmi obtížné, většina těhotenství je ukončena porodem císařským řezem. (Roztočil, 2008, s. 240)

Jo McGowan ve svém článku o právech a sexualitě handicapovaných žen, zpochybňuje tvrzení vlády, která negativně hodnotí možnost rodinného života handicapovaných žen. (McGowan, 2009, s. 83 – 86)

## **6. POROD**

Porod je přirozený děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce z těla matky. Může se jednat o porod spontánní, medikamentózní, indukovaný nebo operativní. Ke každé ženě přistupujeme individuálně, s přihlédnutím na daný handicap, možná rizika, a zkušenosti ženy. (Roztočil, 2008, s. 109,110)

### **6.1. Císařský řez**

Jedná se o porodnickou operaci, při které je plod extrahován z dělohy břišní cestou. K provedení císařského řezu je důležité, aby naléhající část plodu nebyla vstoupá v porodních cestách. Císařský řez má několik indikací. Ty mohou být ze strany matky, plodu, kombinované, samostatné, sdružené, jasné a problematické. (Roztočil, 2008, s. 335)

Císařský řez může být prováděn již v těhotenství, kdy ještě nenastala pravidelná děložní činnost. Hovoříme tak o plánovaném císařském řezu. Opakem je akutní císařský řez, který se provádí v době již rozběhlého porodu. (Pařízek, 2009, s. 506)

Nejčastějším typem laparotomického řezu je suprapubický Pfannenstielův řez. Na děloze se využívá řez podle Geprta, ten je veden po protětí vezikouterinní pliky. V oblasti dolního děložního segmentu se plika příčně sesune. Operátér po protětí vaku blan extrahuje naléhající část plodu rukou. Následuje vyjmutí placenty a kontrola děložní dutiny. V případě plánovaného císařského řezu provede operátér manuální dilataci děložního hrdla, aby byla zpřístupněna cesta k odchodu očístek v období šestinedělí. (Roztočil, 2008, s. 336)

Předoperační i pooperační péči o ženu zajišťuje porodní asistentka. Je velmi důležité, aby porodní asistentka dbala na emocionální podporu ženy, která může mít pocity viny, že se porod neodehrál předpokládaným způsobem. Tyto negativní pocity se mohou ukrýt v podvědomí a působit tak negativně v dalším těhotenství. (Leifer, 2004, s. 208 – 209)

## 7. ŠESTINEDĚLÍ

Šestinedělí vymezuje dobu, kterou žena prožívá zhruba šest týdnů od svého porodu. Změny, které prodělalo tělo ženy během těhotenství, se v šestinedělí pozvolna vytrácejí. Pohlavní orgány a celý ženin organismus se vrací do stavu před otěhotněním, zároveň se hojí možná poranění vzniklá za porodu. V neposlední řadě vrcholí změny mléčné žlázy a nastává kojení. (Pařízek, 2009, s. 564)

Průměrná délka hospitalizace se pohybuje mezi 4 a 5 dny, doba se odvíjí od zdravotního stavu novorozence a matky. V prvních hodinách po porodu následuje mobilizace rodičky. Ve většině případů se jedná o první zvedání, chůzi a obstarání osobní hygieny. Později se žena seznamuje s chodem oddělení a péčí o novorozence. (Roztočil, 2009, s. 130)

Zásadou úspěšného kojení je časně přiložení k prsu ihned po porodu, časté přikládání, kdykoliv si dítě řekne. Mateřské mléko je bohaté na bílkoviny, tuky, sacharidy, vitamíny, minerální látky a stopové prvky. Je tedy nejlepší možnou výživou pro kojence. Nenahraditelné jsou jeho imunologické složky. Přibližně čtvrtina mleziva je tvořena obrannými látkami, především sekrečním imunoglobulinem A, lyzozymem a laktoferinem. Kojení nepřináší výhody pouze dítěti, ale i matce. Kojením se vyplavuje oxytocin, který napomáhá správnému a časnému zavínování dělohy. Je prokázáno, že kojení chrání ženu před rakovinou prsu, vaječnicků a před osteoporózou. Dobrý pocit z kojení přináší ženě psychickou podporu. Porodní asistentka během hospitalizace seznámí ženu se základy kojících technik, způsobu přikládání a péčí o prsy a bradavky. (Roztočil, 2008, s. 134 – 135)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 8. FORMULACE PROBLÉMU

Spolu s námi žijí i občané, kteří se narodili s tělesným handicapem. S nárůstem silničního provozu zase přibývá dopravních nehod, které bohužel někdy mohou končit tím, že účastníkovi nehody zůstanou trvalé následky na zdraví. Právě ohroženou skupinou jsou lidé na prahu dospělosti, kteří dosud nemají dostatečné zkušenosti s řízením. Domnívám se, že obě skupiny lidí s tělesným postižením si přejí partnerský vztah a z toho později vyplyne i potřeba stát se rodičem. Samozřejmě, že handicapovaný člověk se sám rozhoduje na základě toho, zda je postižení vrozené či získané, jaký je stupeň postižení a zda mu umožňuje nejen nezávislý život, ale i možnost péče o druhé. Jako porodní asistentky bychom rozhodnutí o otěhotnění a mateřství měly respektovat a budoucí maminku maximálně podpořit v jejích individuálních potřebách. Postoj veřejnosti k této otázce není zcela jednoznačný a stále je poměrně velká část laiků, ale i odborníků, kteří se domnívají, že handicapovaní by děti mít neměli. Naše zdravotnictví je na rozvinuté úrovni. Ženy mají k dispozici nejmodernější techniku i laboratorní vyšetření, které dovedou s velkou pravděpodobností diagnostikovat možné postižení plodu. Mají však tělesně handicapované ženy i psychickou podporu? Je všude ve zdravotnictví vyřešen nejen bezbariérový přístup do budovy, ale i možnost použití koupelny, WC, vyšetřovacího lůžka a pomůcek potřebných k péči o novorozence? Umí především porodní asistentky s tělesně handicapovanými těhotnými a rodičkami komunikovat? Mají tělesně handicapované těhotné a rodičí ženy ztížený přístup k naplnění svých potřeb? To jsou základní otázky, na které bych chtěla odpovědět v této bakalářské práci.

## **8.1. Cíl**

Zjistit, zda mají tělesně handicapované těhotné a rodící ženy ztížený přístup k naplnění svých potřeb

## **8.2. Dílčí cíle a výzkumné otázky**

1. Zjistit, zda se tělesně handicapovaná žena setkala s respektem k jejímu těhotenství a během porodu ze strany porodních asistentek.
  - a. Setkala se tělesně handicapovaná žena s respektem k jejímu těhotenství od porodních asistentek?
  - b. Pociťovala tělesně handicapovaná žena respekt od porodních asistentek během porodu?
2. Identifikovat, jestli byla tělesně handicapované ženě, nabídnuta individuální péče porodní asistentkou.
  - a. Pociťovala žena, psychickou podporu od porodní asistentky v ambulanci péči?
3. Analyzovat, zda bylo zdravotnické zařízení, kde žena rodila bezbariérové a v jakém rozsahu.
  - a. Mohla se rodička sama pohybovat v rámci sociálního zařízení porodnice?
  - b. Byly ženě nabídnuty pomůcky k péči o novorozence?
4. Posoudit, zda byla vhodná komunikace ze strany porodních asistentek.
  - a. Zvolila porodní asistentka vhodnou komunikaci při rozhovoru s tělesně handicapovanou ženou?

## **8.3. Charakteristika souboru**

Již v názvu bakalářské práce se skrývá kritérium k výběru respondentky. Jednalo se tedy o ženu, která se stala matkou navzdory svému tělesnému handicapu. Podařilo se mi získat kontakt na ženu, která před deseti lety prodělala vážnou autonehodu a od té doby je paraplegičkou. V současné době je na mateřské dovolené.

## **8.4. Metoda sběru dat**

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní šetření. K získání potřebných informací, využívám polostandardizovaný rozhovor. V úvodu rozhovoru je uvedena stručná anamnéza respondentky. Žena je předem seznámena s výzkumem ví, jak bude rozhovor probíhat, i to, že vše bude zaznamenáno na diktafon. Respondentka je plně

informována, že veškerý sběr dat je anonymní, slouží pouze pro potřeby k praktické části bakalářské práce a po její kompletaci budou data vymazána. Veškeré informace, které byly ženě předány, jsou stvrzeny jejím vlastnoručním podpisem v informovaném souhlasu.

### **8.5. Organizace studie**

K získání důležitých dat pro šetření jsem zvolila metodiku rozhovoru. Respondentkou je žena se získaným tělesným handicapem, která je v současnosti na mateřské dovolené. První proběhl telefonický rozhovor, kde jsem se blíže seznámila s její diagnózou. Dále jsme se domluvily na osobním setkání. Rozhovor proběhl v klidné atmosféře a postupně se probraly všechny důležité body průzkumu. Začínalo se obdobím před těhotenstvím, otěhotněním, samotným průběhem těhotenství, porodem a časným šestidenním. Průzkumné šetření začalo v říjnu roku 2013 a bylo dokončeno v březnu roku 2014.

### **8.6. Zpracování dat**

Se souhlasem respondentky, byl rozhovor zaznamenáván na diktafon. Následně byla data zpracována doslovným přepisem a doplněna o anamnézu respondentky. Výsledky šetření jsou shrnuty a zhodnoceny v závěrečné diskuzi.

## 9. ROZHOVOR

Anamnéza:

- Věk: 37 let
- Rodinný stav: rozvedená
- Diagnóza ženy: těžká paraparéza Th5 a zlomenina L1

**Váš tělesný handicap je získaný, můžete mi prosím blíže popsat, kdy a jak k tomu došlo?**

*V roce 2002, už to bude 12 let, co jsme s bývalým manželem bourali v autě, kdy já jsem jela jako spolujezdec. Od té doby jsem tedy na vozíčku. S tím že tam je jako hlavní postižení, hlavní diagnóza je těžká paraparéza Th5, plus já mám ještě zlomeninu i L1, takže ono se to takhle zkombinovalo pěkně. Takže to je asi stěžejní z té anamnézy.*

**Jak dlouho jste byla hospitalizovaná?**

*My jsme bourali 11. června, nejdříve bylo ARO (Anesteziologicko-resuscitační oddělení) pak jsem byla na traumatologii, pak jsem byla chvílku na rehabilitaci tady v Plzni, pak jsem byla v rehabilitačním ústavu v Hrabyni a vracela sem se domů 16. dubna příštího roku, takže prakticky deset měsíců.*

**Kdo Vám nejvíce pomohl zvládnout tuto těžkou životní situaci?**

*Tak asi určitě rodiče v té době a bráchové. Manželství v té době již nebylo harmonické. Takže k jeho rozpadu by došlo i bez bouračky. Určitě řada mých známých a kamarádů, bez kterých by to nešlo. Ale asi nejvíc sem si pomohla já, když se takhle zpětně nad tím zamyslím. Tak si myslím, že i tím, že byl vzdálenostní odstup do té Ostravy, protože já mám rodiče v Českých Budějovicích a všechny známé v Plzni. Takže pomínu-li takovou tu jejich první podporu tak si myslím, že v té první fázi nejpotřebnější asi já musím zpětně říct. Určitě bych se neobešla bez té podpory, ale kdybych já se o to nezasadila, tak by to nešlo.*



Období před těhotenstvím

**S vaším partnerem, jste se seznámila již před nehodou, nebo až po nehodě?**

*Až po nehodě, vlastně dlouho, sedm let po nehodě.*

**Kdy jste začala uvažovat o dítěti?**

*Když jsme se seznámili, tak přítel rovnou vyrukoval s tím, že by rád znova založil rodinu, mě to v tu chvíli vůbec nenapadlo, nějak jsem to neřešila v té době. Někak jsme to začali řešit, když jsme byli druhý rok spolu. Tím, že přítel není z Plzně, ale je z Mladé Boleslavi, tak jsme museli logisticky vyřešit kam, se kdo přestěhuje, jak s prací a co jak dál. Takže asi dva roky po seznámení jsme o tom začali vážně uvažovat. Pak to vážlo na tom přesunu a pak jsme otěhotněli dřív, než se přesunul.*

**Konzultovala jste možnosti těhotenství s lékařem/porodní asistentkou?**

*Jednak jak člověk jezdí do toho vozíčkářského centra v Praze do toho paraplete, tak tam je největší koncentrace všech těchto lidí, tak tam jsem zjišťovala nějaké informace do začátku, protože člověk vůbec nevěděl, jestli vůbec vozíčkářky můžou být těhotný a jestli je vůbec nějaká šance na úspěšné těhotenství. Tam jsem tedy zjistila takové to primární, že to vlastně jde. Pak jsem se svým obvodním gynekologem řešila, zda po tělesné stránce je vše v pořádku. A pak jsme společně doladovali taková ta specifika, co to bude obnášet, eventuelně rozdíl oproti zdravému člověku a tak nějak jsme došli k závěru, že není potřeba se toho obávat. Ale zjišťovala jsem to určitě dopředu, určitě bych do toho nešla bezhlavě, aniž bych věděla dopředu, co mě čeká, jaká jsou rizika a co to bude obnášet. Faktem taky je, že jedna z mých vozíčkářských kamarádek už měla miminko, takže jsem i od ní měla informace, a mohla jsem to vidět. Takže svým racionálně pragmatickým přístupem bych do toho určitě nešla, aniž bych dopředu neměla alespoň teoretickou informaci, co a jak.*

**Řešila jste možnost těhotenství se svojí matkou?**

*S mámou jsem to řešila tak že už ten vztah pokročil, tak jsme ji informovali, že bychom o tom uvažovali. Ale tím, že jednak moje maminka kdysi potratila před prvním zdárným těhotenstvím, tak se toho obávala a navíc si nebyla úplně jistá, jestli se to dá zvládnout to těhotenství a pak i péče o to miminko. Takže i když jsme oznámili, že „jsme těhotný“, tak její první reakce byla, jestli máme rozum, jestli jsme se do toho nepustili zbytečně nějak po hlavě. Takže sem to s ní v postatě moc neřešila, protože jsem měla pocit, že ona se zbytečně moc bojí a přistupuje k tomu moc negativně, což jsem nechtěla, aby na mě nějak dolejhalo, ale pak když se to těhotenství přehouplo přes půlku a bylo teda jasný, že to nejhlavnější riziko je za námi, tak pak se začala těšit, přijala ten fakt, že bude babička, protože je to její*

*první vnouče, teď si to užívá. Ale ze začátku asi nereagovala úplně standardně jako matka, takže moc jsme to neřešili. Já jsem moc nechtěla ji nechat s těma negativy na mě útočit.*

### **Pociťovala jste podporu ve vašem rozhodnutí od porodní asistentky?**

*Od lékaře určitě, jednak my jsme byli domluvení, že to těhotenství, pokud to půjde, nevyskytnou se tam nějaký komplikace, takže to odkroutíme spolu, takže to tak fungovala. I když tam byl pokaždé nikdo jiný, tím že se ty vyšetření neobejdou bez asistence, protože i vyšetření na klasickém gynekologickém křesle obnáší to, že mi porodní asistentka musí držet jednu nohu, aby zbytečně mi nepadala a tak. Takže bez té asistence by se to určitě neobešlo. Musím říct, že tam nenarážím za celé ty roky, co tam chodím, že by s tím měl někdo nějakou potíž, takže nezaznamenala jsem něco, že by se nad tím někdo pozastavil a řekl něco ve stylu, že by se na mém místě bál a nepouštěl se do toho. Tak tohle jsem vůbec nezaznamenala, vůbec.*

Dotazovaná žena má získaný tělesný handicap. V roce 2002 utrpěla vážné poranění páteře při autonehodě. Přibližně po deseti měsících, které strávila v nemocnicích, zůstala závislá na invalidním vozíku. Jak sama udává, tuto těžkou životní situaci ji pomohla překonat rodina a blízcí známí, zároveň si žena uvědomuje, že velkou zásluhu nad rekonvalescencí, má ona sama, kdy se rozhodla bojovat se svým zdravotním stavem.

S nynějším partnerem se žena seznámila až po autonehodě. V počátcích nového vztahu, žena o možnosti pořízení potomka neuvažovala, ovšem partner ihned nastínil, že by se v budoucnu dítěti nebránil, ba naopak. Přibližně po dvou letech od seznámení, začali partneři uvažovat o založení rodiny. Žena možnost těhotenství konzultovala se svým gynekologem, jak v rozhovoru udává, nikdy by se k těhotenství neodhodlala, aniž by věděla veškerá pro a proti. Dále žena řešila možnost těhotenství se svojí matkou. Ta v počátcích měla spíše pasivní postoj k těhotenství a zároveň strach o dceru, kdyby se těhotenství nezdařilo. Postupně, když viděla, že těhotenství prospívá, začala se na příchod vnoučete těšit a dnes je hrdou babičkou. Dotazovaná žena zmiňuje, že ve svém rozhodnutí cítila podporu jak ze strany lékaře tak porodních asistentek a za celou dobu těhotenství se neseťkala s negativním postojem zdravotníků.

Těhotenství

### **Otěhotněla jste snadno?**

*Přítel říká, že jsme se do toho pustili po vzoru našich otců a dědů a vzhledem tomu, že jsme otěhotněli druhý měsíc, co jsme se snažili, přitom když jsme se viděli jednou za čtrnáct dní, tak se to povedlo samo a docela i rychle.*

### **Je ambulance vašeho gynekologa bezbariérová?**

*Z toho důvodu, já chodím do fakultky, že je to tam bezbariérové, včetně záchodů, parkování, co se týče zázemí a jednak je to můj kamarád, takže to tak vyplynulo z této situace.*

### **Nabídla Vám porodní asistentka možnost návštěv předporodní přípravy?**

*Ne to jsme neabsolvovali v rámci gynekologie. Protože vše, co jsme potřebovali vědět, jsme zjistili od obvodního gynekologa, komplet. To, co jsme řešili před porodem, bylo, jak se to tedy provede, jaký pokoj vybereme, aby to bylo těch pár dní po porodu řešitelných i s tím vozíkem. Takže klasický předporodní kurz jsme neabsolvovali, ale absolvovali jsme v Praze v tom parapleti, oni dělají dvakrát do roka takové kurzy, jmenuje se to máma-táta na vozíku, a tam jezdí vozíčkáři, kteří už mají děti, vozíčkáři, kteří jsou těhotný nebo ti co teprve plánují. Více méně, si vyměňují ty zkušenosti mezi sebou. Bývá tam i gynekolog, takže tam jsme se dozvěděli úplně všechno, co to bude obnášet.*

### **Měla jste psychickou podporu v porodní asistentce?**

*Určitě, protože člověk nevěděl, jak to těhotenství bude vyloženě fyzicky cítit od pohybů přes všechno ostatní, takže určitě podpora v tom, že kdybych nevěděla cokoliv tak můžu volat 24 hodin denně. Tak to určitě pomohlo v tom, že já jsem byla úplně v klidu, že kdyby se něco dělo, tak by okamžitě byl způsob jak to vyřešit. Což si myslím, že by porodní asistentka obsáhla taky, těhotné taky mají kontakt, kam se eventuálně obrátit. Takže to mi pomohlo moc. To byla po mě velká podpora, protože jsem věděla, že kdyby něco tak ihned volám.*

### **Nastal během těhotenství nějaký těžký moment, se kterým jste si nevěděla rady?**

*My jsme řešili, jestli amniocentézu nebo ne, vzhledem k tomu, že jsem byla těsně na hranici 35-36 let, takže věková indikace by tam byla, ale zase pokud by bylo všechno v pořádku, tak jsme se domlouvali, že jí dělat nebudeme. Nicméně pak na ultrazvuku se objevila nějaká cystička v choroidálním plexu, takže prakticky za minutu dvanáct se řešilo, jestli amniocentézu uděláme, neuděláme a prakticky jsme se rozhodovali během pár hodin, takže to bylo takový a ještě to bylo v době, kdy přítel měl víc práce, takže jsme to tak logisticky složitě vymýšleli, takže to jo, to byl takovej jeden moment a pak ty tři týdny, kdy člověk*

*čeká, až ty výsledky přijdou a i jestli to na tom ultrazvuku zmizí. Tak to si myslím, že byl jediný takový těžší moment, takový nečekaný a narychlo. Zpětně to nebylo žádné drama, ale asi to byla jediná ani ne komplikace spíše akční situace, kdy sem trochu byla nervózní.*

**Jestli ano, kdo Vám pomohl?**

*Tady určitě partner.*

**Naopak, jaká je vaše nejmilejší vzpomínka související s těhotenstvím?**

*Nejmilejší asi? No kromě toho, že jsme zjistili, že jsem těhotná, protože to jsme zjišťovali spolu, tak to byl takovej hezkej moment. A pak první ultrazvuky, takový ty kdy už je opravdu vidět, že jak se říká, že už to není žádná fazole, ale že už to vypadá jako malý človíček, tak to jsou hezký chvíle.*

Otěhotnění proběhlo spontánně bez jakýchkoliv problémů. Pravidelné návštěvy v těhotenství u gynekologa ženě nečinily žádné potíže, protože prostředí ambulance je bezbariérové. Během těhotenství žena neabsolvovala žádný profylaktický kurz vedený porodní asistentkou, ale v rámci centra Paraple se sídlem v Praze absolvovala seminář s názvem Máma, táta na vozíku, určený lidem s handicapem. Zde si lidé vyměňují své zkušenosti a zároveň jsou přítomni i odborníci, kteří jsou připraveni zodpovědět případné dotazy. Žena udává, že cítila velkou podporu ze strany lékaře a porodních asistentek v průběhu těhotenství.

Porod

### **Byl Vám podán dostatek informací, jak bude veden porod?**

*My jsme přesně dopředu věděli, byla to plánovaná sekce, protože takhle se to v naprosté většině případů u vozíčkářů – paraplegiček i tetraplegiček dělá. Takže my jsme přesně věděli, kdy nastoupíme do nemocnice, co to bude obnášet, jak to bude vypadat. Pak jsme sice rodili dřív, než se mělo, což jsme měli родit v pondělí a nastupovali jsme do porodnice v neděli. Anička se rozhodla, že už se narodí v neděli. Takže se to rozběhlo, a abychom neriskovali, že odteče voda a nějak se to z akutní v noci, takže se ta plánovaná sekce z rána přesunula už na večer. Ale jinak jsme dopředu přesně věděli.*

### **Navštívila jste pracoviště, kde jste rodila, ještě před samotnou hospitalizací?**

*Jo. My jsme se tam byli podívat, i z toho důvodu, protože primárně jsme uvažovali o nadstandardním pokoji, aby tam byl člověk sám, z hlediska vozíku a tak dál. Nakonec jsme tam vybrali pokoj, kde je bezbariérová koupelna se záchodem. Takže byli jsme se tam určitě podívat, protože na nadstandardu je sprchový kout, kam by mě musel přítel přenášet a sama bych se tam určitě nedostala. Takže jsme zvolili tenhle bezbariérový pokoj.*

### **Cítila jste od porodních asistentek podporu a respekt, nebo jste spíše měla opačný pocit?**

*No tím, že jsme tam dorazili v neděli na plánované pondělí, tak jsme si dali těsně před odjezdem řízek s bramborou kaší, takže se pak čekalo, až pomine ten limit šesti hodin od jídla, takže jsme tam byli s porodními asistentkami. Pak jsem už dostala kapačku a tak dál. Mě se vlastně týkala jen taková ta příprava, cévka, zabandážování nohou, a šli jsme už rovnou na sál. Pak to byl takový fojr, takže na to nebyl ani moc nějaký časoprostor. Ale rozhodně si myslím, že s tím ani ony neměli žádný problém.*

### **Volily porodní asistentky vhodnou komunikaci?**

*Nesetkala jsme se v porodnici ani v průběhu těhotenství s nevhodnou komunikací, s žádnými nevhodnými narážkami či poznámkami. Spíše jsme naráželi na takovou tu klasickou věc, že každý se snaží, tak já vám pomůžu, já jakoby něco, ale já do poslední chvíle jsem se zvládala přesouvat sama všude. Pak již se mnou jezdil přítel, takže když se, ke konci natáčelo CTG (kardiotokografický záznam), tak tam jsou vysoký ty lehátka, tam bych se sama nedostala, to bychom asi ani s porodní asistentkou nezvládly. Ale za celou dobu jsem nenarazila, že by se nad tím nějak pozastavovaly, nějak z toho byly zaskočený, to ne. To bylo úplně v pohodě.*

### **Jak porod probíhal?**

*Ten nakonec probíhal docela rychle. Natočilo se kontrolní CTG (kardiotokografický záznam), proběhlo vyšetření. Tam už bylo nějaký otevření na dva nebo tři prsty. Takže se rozhodlo, že půjdeme hned. Pak už to šlo ráz na ráz. Já sem si akorát došla na záchod, zacévkovali mě, zabandážovali nohy, vysvlékla jsem se, sbalili jsme všechny věci a jela sem na sál. Anestezie byla celková. Já jsem se ptala na spinální anestezii, protože bych ji eventuelně volila, ale v podstatě prameny uvádí, že se neví, jak se rozdistribuuje a i z hlediska nějaké spasticity a tak dál, se volí u těch vozíčkářů celková anestezie. Kdyby to šlo, tak abych asi volila ten spinál, tak člověk u toho chce logicky bejt, ale faktem je, že dělá se to tak, takže jsem o tom více nešpekulovala.*

### **Měla jste na zdravotnický tým, nějaký speciální požadavek?**

*Ne to jsem neměla, nějak mě ani nenapadá co. Asi kdybych měla tu spinální anestezii, ale tady to pak šlo docela rychle, tak jsem do ničeho nezasahovala.*

### **Snažily se porodní asistentky o podporu bondingu?**

*Partner viděl Aničku dříve než já. Já, jsem byla na pooperačním pokoji, a on ji tedy viděl dřív, pochoval si ji, pak byl ještě za ní na tom pokoji. Já jsem ji viděla až někdy v průběhu noci. Takže on ji viděl dvakrát. Poprvé, když ještě nebyla umytá, a pak když byla už čistoučká.*

### **Jestliže jste rodila v celkové anestezii, kdy Vám byla dcera prvně přinesena?**

*Já vůbec nevím v kolik to bylo hodin, někdy v průběhu té noci. Člověk, jak je pomatený z té narkózy, tak jsem se ani neptala kolik je hodin. Myslím si, že to bylo někdy do půlnoci, já jsem měla alespoň ten pocit. Oni mě doprobudili, když ji tam přivezli, takže já vůbec nevím kolik bylo. Jednou jsem ji viděla v průběhu té noci, a pak ráno jsem se přesouvala na oddělení šestinedělí a tam jsem ji viděla, to bylo půl devátý. Za tu noc jsem ji viděla jednou.*

### **Kdy a jak proběhlo první přiložení k prsu?**

*To proběhlo ráno, až po tom přesunu na šestinedělí, někdy kolem deváté ráno, to znamená nějakých třináct hodin po porodu.*

### **Na pokoji intermediální péče, se porodní asistentka nepokusila o přiložení k prsu?**

*Ne, zde jsme to nezkoušeli, faktem je, že člověk je unavený a pomatený z narkózy, takže jsme to nezkoušeli. Ted' už mám více informací, a nyní bych to chtěla, zkusit už tam. Faktem je, že tehdy jsem to nějak neřešila, ale kdybychom byli těhotný znova, tak bych to určitě chtěla vyzkoušet už dříve. I z hlediska toho, že nám trvalo kojení správně rozjet.*

### **Bylo přiložení k prsu úspěšné?**

*Moc to nešlo. S tím kojením jsme potom zápasili. Ale povedlo se a nakonec kojíme doteďka.*

### **Povedlo se laktaci správně nastartovat?**

*Zpočátku moc ne, pořád jsme to zkoušeli, museli jsme i dokrmovat, i doma jsme dokrmovali asi tři dny. Pořádně se to rozběhlo asi desátý den po porodu, s tím že už jsme jenom kojili.*

Žena dopředu věděla, jak bude porod veden, že se bude jednat o plánovaný císařský řez v celkové narkóze. Nastoupila do fakultní nemocnice, den před plánovaným císařským řezem. Nakonec se porod rozběhl sám a císařský řez musel být proveden již v den nástupu do porodnice. Již v těhotenství žena navštívila prostředí šestinedělí, aby se zde s porodními asistentkami dohodla, jaký pokoj bude pro ni nejlepší. Dotazovaná žena byla spokojená s přístupem porodních asistentek. V období po porodu ji zpětně mrzí, že se kojení nepokusila nastartovat dříve, již na pokoji intermediální péče, ale vyčkala se až na ranní převoz na oddělení šestinedělí. V počátcích bylo kojení velmi obtížné a žena musela dceru dokrmovat. S příkrmem se skončilo až po propuštění domů, přibližně desátý den od porodu.

Časné šestinedělí

**Na oddělení šestinedělí jste byla na standardním pokoji nebo na nadstandardním pokoji?**

*Nevím, jestli to berou jako nadstandard, ale byli jsme na bezbariérovém pokoji a byli jsme tam sami, což bylo fajn.*

**Jestliže jste byla na nadstandardním pokoji, byl zde s vámi přítomen stálý doprovod?**

*My jsme trošku narazili na to, že pediatři se trošku báli, jak bychom to s Aničkou zvládli sami od toho druhého, třetího dne. Takže nakonec tam partner byl, s tím že jezdil do práce a pak za námi do nemocnice. Abych mohla mít Aničku u sebe na pokoji, musel přítel přespávat s námi na pokoji. Takže tam strávil veškerý čas s námi. Primárně jsme neuvažovali o tom, že by tam byl celou dobu, někdo to tak řeší, vím, že některé vozíčkářky to tak mají, že je tam partner s nimi celou dobu. U nás to tak nakonec bylo, protože to bylo nutné, ale jinak jsme o tom neuvažovali.*

**Jaká byla spolupráce s porodními asistentkami na oddělení šestinedělí?**

*Tam to bylo v pohodě. Jedna linie byla moje, já jsem do druhého, třetího dne měla cévku, antibiotika. Tam bylo důležité, abych se rozpochovala, přesunula se na vozík, dokázala si obstarat záchod a takovýchle ty věci. No a pak Anička, to kojení to bylo hlavní, a potom jsme zkoušeli oblékání, a jak přisunout postýlku, jestli já na vozíku nebo na posteli. Takže jsme různě přesouvali stolečky a vše ostatní. Nakonec jsme to zvládli myslím dobře. Porodní asistentky byli trpěliví, přesouvali jsme i ty hromádky různě a zkoušeli jsme, z jaké strany to bude lepší a tak různě. Takže ty si asi s semnou užily.*

**Dokázaly porodní asistentky přizpůsobit prostředí pokoje tak aby, jste se mohla bezpečně pohybovat?**

*Ano to dokázaly, to bylo bezproblémové.*

**Bylo sociální zařízení pokoje bezbariérové?**

*Ano, to bylo, proto jsme si pokoj vybrali.*

**Jak probíhala mobilizace po porodu?**

*No mobilizace, musím říct, že těch dvacet čtyři hodin kdy člověk jen leží, je tedy hroznejch. To nevím, jestli je člověk více rozlámaný z té operace nebo z toho ležení. To bylo tedy hrozný. První sprchu jsme vynechali a nahradili ji hygienou na lůžku. Druhý den jsem šla na záchod i do sprchy. Potom jsem se sprchovala vždy s přítelem. Já bych se asi rozpochovala dřív. Faktem je, že to ležení, pro mě bylo hrozný. Už to jak člověk musí trčet na té posteli, tak je to hrozný.*



### **Obstaraly veškerou péči v rámci mobilizace porodní asistentky nebo byl přivolán fyzioterapeut?**

*Byla tam za mnou fyzioterapeutka, ale pak jsme se shodli na tom, že jak mám desetiletou zkušenost, takže vím já co a jak. Takže tam to bylo pouze limitovaný tou bolestí a stahováním té dělohy a tou jizvou. I když já mám sníženou citlivost bolesti, takže to byl spíše tlak a tah v části té jizvy. Od třetího dne jsem už ani nechtěla žádná analgetika, protože nebylo proč. Takže fyzioterapeutka tam byla, a dohodli jsme se, že kdyby byla potřeba tak by dorazila znova.*

### **Jak dlouho jste byla s miminkem hospitalizovaná?**

*Od neděle do soboty, v sobotu dopoledne jsme byly propuštěny.*

### **Byla potřeba pomoc laktační poradkyně?**

*Jo určitě, chodila ze začátku vlastně na každé kojení. To jsme i odsávaly, takže jsme kojily, odsávaly, dokrmovaly pořád dokola. Ze začátku to vůbec nešlo a až někdy asi ve čtvrtek se objevil nějaký náznak mléka, ale maličko pár mililitrů. Pak už něco bylo, ale dokrmovaly jsme ještě tři dny doma.*

### **Jak Vám pomohly porodní asistentky s péčí o novorozence?**

*To jsme taky zkoušely vyloženě, abych já na ní dosáhla a jak, protože mně se obtížně dělají věci, kde mám obě ruce ve vzduchu, protože ta stabilita toho trupu není úplně dobrá, takže mám tendenci přepadávat. Takže jsme zkoušeli, kam si opřít ty ruce, jak si posunu Aničku, spoustu věcí do teď dělám, že nemám Aničku k sobě čelem, ale mám ji třeba bokem, abych se mohla opřít. To jsme vychytali dobře. Zkoušeli jsme i různé kojící polohy i s kojícím polštářem. Porodní asistentky mě různě obkládali polštáři, abychom našli nejlepší a mě nejpříjemnější polohu ke kojení. Tím, že člověk musí v té poloze vydržet třeba i půl hodiny, tak to není úplně lehké. To byly porodní asistentky opravdu trpělivé. To jsme zkoušeli zleva, zprava, zespoda, ze shora abychom to nějak vykoumali.*

### **Měly porodní asistentky k dispozici speciální pomůcky, které by Vám pomohly se samostatnou péčí o novorozence na oddělení šestinedělí?**

*Ten kojící polštář. Ke koupání jsme žádné pomůcky nepoužívali, protože dlouho koupal přítel, i doma. Je to hodně složitý a já jsem začala koupat až v době, kdy Anička zvládala držet hlavičku, jinak vše ostatní jsme zvládali bez problémů.*

### **Jak byste celkově zhodnotila práci porodních asistentek?**

*Já si myslím, že opravdu byly trpělivé. Zkoušeli jsme vše co a jak. Člověku jdou ty věci ze začátku pomaleji a jinak a dopředu ani neví, jak to má udělat. Takže se vše řešilo*

*operativně na místě. Na psychiku vůbec nepůsobilo dobře to, že to kojení nešlo tak jak by člověk chtěl. Tady mi hodně porodní asistentky pomohly, tím že se mi věnovaly. Spousta jiných věcí byla takových podružných. Mezi tím kojením člověk řešil sebe, oblékání. Teď, člověk má ještě ty příšerný punčochy proti trombóze, takže je ještě díky nim méně pohyblivý. Ale myslím, že jsme to celkem vychytali.*

**Máte pocit, že porodní asistentky umí pracovat s tělesně handicapovanými rodičkami?**

*Tak já můžu soudit podle sebe a i podle zprostředkovaný zkušenosti, kdy tedy většina těch lidí rodila v Praze. Většinou pokud to jde, tak minimálně ze středních Čech se koncentrují v Motole, tam jedna paní doktorka se na to specializuje. Je schopná nabrat pacientky z celé České republiky. Ale znám lidi co rodily tady v Plzni, nebo v Českých Budějovicích a tam to je vždy o tom, že musíte dopředu dojít shlédnout zařízení. Neobejde se to v řadě věcí bez asistence toho partnera a musí se dopředu domluvit, co se domluvit dá a zbytek se musí řešit operativně, protože se dopředu nikdy přesně nic neví. Taky každý ten vozíčkář je jiný, každé to postižení je trochu jiné a moc se to nedá odhadnout dopředu. Rozhodně si myslím, že tam nebyl žádný zádrhel. Myslím si, že s tím porodní asistentky neměly nějaký problém, nebo jestli to ony vnímaly jako nějaký problém a trochu se toho obávaly, to já nevím, protože to se semnou neřešily. Tím, že já už spoustu věcí vím a věděla jsem tak nějak co a jak a měla jsem nějakou představu, jak to bude. Tak si myslím, že to proběhlo v pohodě, neměla jsem pocit, že by tím byly nějak zaskočený, nebo s tím měly nějaký problém.*

**Měla jste domluvenou návštěvu porodní asistentky v šestinedělí u Vás doma?**

*Ne, to jsme neměli domluvený. Faktem je, že ty laktační poradkyně nám jednak doporučily nějakou tu telefonickou linku. A kdyby byl problém, tak není potřeba jim zavolat, nebo přijet. Takže jsme věděli, že kdyby se to kojení nerozběhlo, tak bychom tam zavolali nebo eventuálně se tam i zastavili. Nakonec to nebyla potřeba, ale domluveného jsme neměli nic.*

Na oddělení šestinedělí, byla žena ubytována na standardním pokoji, který byl bezbariérový v rámci sociálního zařízení. Aby mohl být uskutečněn rooming in, musel být po celou dobu hospitalizace přítomen partner ženy. Žena si velmi cenní práce porodních asistentek na oddělení šestinedělí, protože jí velice pomohly s rekonvalescencí po porodu a s péčí o novorozence. Společně vypilovaly techniky, jak manipulovat s novorozencem. Jediné co nebylo možné provádět, bylo koupání miminka, to obstaral otec dítěte. Porodní asistentky pracovaly i s pomůckami, které ženě usnadnily polohu při kojení. Jak již bylo řečeno, žena byla velice spokojená s prací a přístupem porodních asistentek.

## 10. DISKUZE

Téma bakalářské práce „Těhotenství a porod tělesně postižených žen,, jsem si vybrala záměrně, protože mě daná tematika velice zajímá. Většina odborné literatury pro porodní asistentky i literatura určená pro nastávající rodičky, je ve větší míře zaměřena na zdravé ženy. Setkáváme se zdroji udávající různá onemocnění v těhotenství, ať již taková, se kterými žena do těhotenství vstupuje jako je diabetes mellitus prvního typu, epilepsie, kardiální onemocnění a další, tak s onemocněními, která jsou v přímé souvislosti s těhotenstvím jako je například gestační diabetes, hypertenze vyskytující se až v graviditě, preeklampsie a jiné. Ovšem literatura, která by byla věnována paraplegickým či jinak handicapovaným ženám, které se rozhodnou pořídit potomka není běžnou součástí knihkupectví. Proto mě zajímal osobní postoj a pohled ženy, která navzdory svému handicapu zvládla založit rodinu.

Pomocí polostandardizovaného rozhovoru jsem získávala odpovědi na dané téma. Hlavním cílem bylo zjistit, zda mají tělesně handicapované těhotné a rodičí ženy ztížený přístup k naplnění svých potřeb. Pomocí dílčích cílů jsem si vytyčila jednotlivé body rozhovoru, které mi přišly nejdůležitější. Nyní bych se ráda o každém bodu zmínila.

Právo na nerušený soukromý a rodinný život má ze zákona každý občan. Zaručuje mu ji Listina základních práv a svobod 23/1991 Sb., konkrétně článek 10. Stejně tak má každý právo na adekvátní péči a možnosti léčby neplodnosti a spolupráce s centry asistované reprodukce. To vše bez ohledu zda se jedná o zdravého nebo tělesně handicapovaného člověka. Proto mě zajímalo, zda se dotazovaná žena setkala s respektem od porodních asistentek, ve svém rozhodnutí založit rodinu. Z rozhovoru vyplynulo, že se žena za celou dobu těhotenství ani při porodu nesetkala s negativním postojem či názory porodních asistentek. Myslím si, že toto zjištění je více než uspokojujivé a jsem velice ráda, že porodní asistentky přistupovaly ve své práci profesionálně a lidsky. Lidský přístup je velmi důležitý a neměl by být opomíjen. Proto si trůfám říci, že profese porodní asistentky potažmo zdravotníka není vhodná pro každého. Člověk ovlivněný předsudky a negativními postoji, není dobrou oporou jinému člověku, který jeho péči potřebuje.

V dnešní době si může těhotná žena vybrat, zda bude navštěvovat předporodní kurz, cvičení určené těhotným ženám a různé jiné semináře, workshopy a festivaly zaměřené právě na těhotenství, porod a mateřství celkově. Nabízí se jí tedy pestrá škála možností, kde se může dozvědět cenné informace a rady ohledně těhotenství, intrauteriního

vývoje miminka, životosprávy a porodu. To vše s ní může po boku absolvovat partner a tak se zapojit do příprav na příchod nového člena rodiny a zároveň být ženě oporou. Dnes se mnoho profylaktický kurzů zaměřuje právě na rodičky s tělesným handicapem. Zajímalo mě, zda porodní asistentka v ambulanci obvodního gynekologa, kam žena docházela, nabídla, žene možnost profylaktického kurzu, který by se zaměřoval právě na rodičky s handicapem. Z rozhovoru vyplynulo, že dotazovaná žena nenavštěvovala žádný profylaktický kurz vedený porodní asistentkou. Respondentka společně s partnerem absolvovala speciální seminář určený handicapovaným párům, který se koná v centru Paraple se sídlem v Praze. Program Máma, táta na vozíku reaguje na specifické potřeby a problémy lidí s poškozením míchy, kteří plánují založení rodiny, nebo již děti mají. Nastávající a čerstvé rodiče, seznámí s praktickými radami a dovednostmi, jak zvládat tuto roli a zároveň je podpoří v tom, že vše zvládnou. Témata související s rodičovstvím mohou prodiskutovat s odborníky, kteří se orientují v daných oblastech, jako jsou partnerské vztahy, výchova dětí a plánování těhotenství u žen s poškozením míchy. Dále dotazovaná žena udávala, že velkou podporu cítila v tom, že kdykoliv by se vyskytla nečekaná událost, mohla se telefonicky obrátit na svého gynekologa. Jak sama říká: „Tohle mi moc pomohlo“. Tedy v tomto konkrétním případě, porodní asistentka nebyla poskytovatelem individuální péče, ale spolupracovala s ženou pouze v ambulanci. Ovšem nelze paušálně říci, že by porodní asistentka tuto službu nemohla nebo nechtěla pokrýt, ale spíše k tomu nebyl dostatečný prostor.

Důležitou stránkou u lidí s handicapem, kteří jsou závislí na vozíku, tvoří bezbariérovost prostředí, kde se pohybují. Proto mnoho otázek v rozhovoru bylo zaměřeno právě na bezbariérovost zdravotnického prostředí, kde se žena pohybovala, tedy ambulance gynekologa, porodnice a oddělení šestinedělí. Když jsem položila tuto otázku, zda je ambulance vašeho gynekologa bezbariérová, žena ihned odpověděla, že to je právě jeden z důvodů, proč navštěvuje tuto ambulanci. Tato ambulance je bezbariérová včetně sociálního zařízení a parkování. Dále žena udávala, že již v těhotenství navštívila oddělení šestinedělí, aby se zde domluvila s porodními asistentkami, jaký pokoj pro ni bude nevhodnější. Zpočátku přemýšlela nad nadstandardním pokojem, ten se ukázal jako nevhodný, kvůli špatnému přístupu do sprchového koutu. Žena by zde byla plně odkázána na pomoc jiné osoby při obstarání osobní hygieny. Proto byl zvolen standardní pokoj, který měl velmi dobře zajištěné bezbariérové sociální zařízení, a tedy sprchový kout byl velice vyhovující, pro samostatnou obsluhu handicapovanou ženou. Společně s pomocí a

péči porodních asistentek si žena osvojila nejlepší a nejvhodnější techniky, jak pečovat o své dítě, při běžných aktivitách, jako je přebalování, oblékání a kojení. Porodní asistentky nabídly možnost využití vhodných pomůcek, jako je například kojící polštář, který pomohl ženě, aby našla vhodnou polohu při kojení, která by jí byla příjemná, a ve které by mohla setrvat delší dobu, která je při kojení nutná. Žena sama zmínila, že jí zde porodní asistentky velmi pomohly, a že si velice jejich práce cenní. Je zde tedy vidět, že porodní asistentky odvedly dobrou práci a pomohly ženě zvládat péči o novorozence. Porodní asistentky dokázaly vhodně přizpůsobit prostředí, kde byla žena hospitalizovaná. Můžeme tedy říci, že prostředí gynekologicko-porodnické kliniky je plně schopné se postarat o handicapované rodičky a poskytnout jim takové prostředí, kde se mohou handicapované ženy samy pohybovat a obstarat si základní potřeby samy, bez dopomoci druhé osoby, a tím zlepšovat svoji rekonvalescenci.

Správně zvolená komunikace s klientem, v našem případě s těhotnou ženou, později rodičkou a nedělkou, je jedním ze známek dobře odvedené práce. To jak se klientka při rozhovoru s porodní asistentkou cítí, a zda je jí rozhovor příjemný je velmi důležité. Důležitá je dostatečná míra empatie, kterou ženě naznačujeme, že se dokážeme do její role vcítit a tím rozpoznat její potřeby. Při komunikaci s handicapovaným člověkem, se porodní asistentka může nevědomě dopustit několika chyb. Někteří lidé mohou mít problém s artikulací a s mluvou, způsobené svým handicapem. Je velice neprofesionální považovat takto tělesně handicapovaného člověka za mentálně postiženého člověka. Je nevhodné dokončovat věty za klienta, neposkytnout mu dostatek prostoru k odpovědi, či se bavit pouze s doprovázející osobou. Toto vše může handicapovaného člověka stavět do pasivní role a vnucovat mu pocit nesvéprávnosti. Proto je důležité dodržovat určité zásady. Jestliže vedeme, delší rozhovor s klientem je nutné udržovat stejnou výšku očí a nemluvit ke klientovi z vrchu. Vede-li porodní asistentka rozhovor s klientkou, která je závislá na vozíku, je důležité, aby také seděla. Porodní asistentka musí dbát na to, aby seděla ke klientce čelem, nevhodné je otáčet se zády. Musíme poskytnout klientovi dostatek prostoru k odpovědi. Je důležité citlivě si ověřovat, zda nám klient porozuměl a naopak. To vše není jednoduché a porodní asistentka se může cítit nejistě a rozpačitě. Dotazovaná žena v rozhovoru udává, že komunikace s porodními asistentkami byla bezproblémová. Žena nepocítovala žádná zaváhání či komunikační bariéry při rozhovoru s porodními asistentkami. Můžeme tedy říci, že chování porodních asistentek v tomto bodě bylo velice vhodné. Zvládly prokázat svoji profesionalitu a zároveň vysokou

míru empatie a nedopustily se žádných komunikačních chyb, o kterých jsem se zmiňovala v tomto odstavci.

## ZÁVĚR

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní šetření. K získání potřebných informací, jsem využila polostandardizovaný rozhovor. Žena byla předem seznámena s cílem mé bakalářské práce. Dále byla informována, jak bude rozhovor probíhat, a že vše bude zaznamenáno na diktafon. Proto byl, žene podán k podpisu informovaný souhlas, kde svým podpisem potvrdila, že veškerý sběr dat je anonymní a po kompletaci práce bude vymazán.

První kontakt s respondentkou proběhl telefonicky, společně jsme se domluvily na osobním setkání. Rozhovor proběhl v klidné atmosféře a postupně jsme probraly všechny důležité body šetření. Jsem velice ráda, že jsem se s ženou mohla osobně setkat a vidět ji, jak výborně zvládá péči o svoji dceru.

Jsem velice ráda, že se mi díky kvalitativnímu šetření podařilo splnit vytyčené cíle bakalářské práce. Dále jsem díky své bakalářské práci vytvořila výstup pro praxi a to desatero určené právě porodním asistentkám s názvem: *Deset základních doporučení pro porodní asistentky, které doprovází tělesně handicapované ženy během těhotenství, porodu a v období šestinedělí*. Tato práce mě obohatila o nově získané informace a přinesla mi řadu nových zkušeností. Jsem velmi šťastná, že jsem se díky zpracování své bakalářské práce mohla setkat s ženou, která překonala svůj handicap a výborně zvládá roli matky.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BINDER, Tomáš a Blanka VAVŘINKOVÁ. *Těhotná v ordinaci negynekologa*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 201 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2518-8.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie I. 3.*, upr. a dopl. vyd. Editor Miloš Grim, Oldřich Fejfar. Praha: Grada, 2011, 534 s. ISBN 978-80-247-3817-8.

HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza*. 1. vyd. Ilustrace Klára Zápotocká, Veronika Bratrychová. Praha: Mladá fronta, 2013, 485 s. ISBN 978-802-0431-547.

HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 96 s. Farmakoterapie pro praxi, Sv. 39. ISBN 978-807-3451-875.

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. české vyd. Praha: 2004, 988 + 5 stran barevné přílohy. ISBN 80-247-0668-7.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd.1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

NOVOTNÁ, Martina. *Neurologie pro všeobecné praktické lékaře*. Editor Petr Herle. Praha: Raabe, c2012, 186 s. ISBN 978-808-7553-312.

ORALOVÁ, Karolína. Plánované rodičovství u pacientek s roztroušenou sklerózou. *Moderní babičtví*. 2011. s. 43-44, ISSN 1214-5572.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-653-3.

PAVELKOVÁ, Andrea. *Revmatoidní artritida a biologická léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2009, 125 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-807-3451-929.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

SHOENFELD, Yehuda, Terezie FUČÍKOVÁ a Jiřina BARTŮŇKOVÁ. *Autoimunita: vnitřní nepřítel*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 88 s. ISBN 978-802-4720-449.



ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, c2011, 439 s. ISBN 978-807-3452-384.

WENDSCHE, Peter. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. 2., přepracované vyd. Brno: NCONZO, 2009, 226 s. ISBN 978-807-0135-044.

McGOWAN, Jo. Sexuality, Rights, and the Disabled. *Human life review*. 2009. p. 83-86.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Klasifikace neurologického poškození dle Frankela, modifikována společností American spinal injury Association (ASIA)

Příloha 2: AO klasifikace vytvořená Magerlem et.al. v roce 1994

Příloha 3: Informovaný souhlas

Příloha 4: Výstup pro praxi

## PŘÍLOHY

### **Příloha 1: Klasifikace neurologického poškození dle Frankela, modifikována společností American spinal injury Association (ASIA)**

- A. Kompletní motorická a senzitivní léze pod úrovní poranění
- B. Kompletní motorická léze, zachováno citění polohy, avšak ztráta povrchového citu (dotek, teplota)
- C. Zachována citlivost, přítomnost oslabené motoriky, (svalový test pod 3 body)
- D. Bez neurologického deficitu

Zdroj – WENDSCHE, Peter. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. 2., přepracované vyd. Brno: NCONZO, 2009, 226 s. ISBN 978-807-0135-044.

### **Příloha 2: AO klasifikace vytvořená Magerlem et.al. v roce 1994**

Nejpodrobnější a v současnosti nejvíce používaná.

Vychází z dvousloupcové teorie a rozlišuje 3 typy poranění:

**Typ A: kompresivní** poranění předního sloupce, bez poranění zadního sloupce (prakticky se jedná o kompresi obratlového těla, buď klínovitou, nebo tříštvou),

**Typ B:** poranění předního i zadního sloupce s **distrakcí** (prakticky se jedná o distrakční poranění zadního sloupce – ZVK nebo oblouku a trnového výběžku),

**Typ C:** poranění předního i zadního sloupce s **rotací** (prakticky se jedná o střížně dislokované zlomeniny).

Zdroj – WENDSCHE, Peter. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. 2., přepracované vyd. Brno: NCONZO, 2009, 226 s. ISBN 978-807-0135-044.

## Příloha 3: Informovaný souhlas

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE STUDENT

Katedra

Fakulta

e-mail

VEDOUcí BP:

Katedra

Fakulta

e-mail

CÍL STUDIE

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj – Mgr. Kateřina Ratislavová, KOS FZS ZČU

## **Příloha 4: Výstup pro praxi**

Prospekt vložen v deskách bakalářské práce.