

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**TĚHOTENSTVÍ U ŽENY S MÍŠNÍ LÉZÍ V KORELACI SE
ZDRAVOU ŽENOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARIE VODIČKOVÁ

Praha 2016

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**TĚHOTENSTVÍ U ŽENY S MÍŠNÍ LÉZÍ V KORELACI SE
ZDRAVOU ŽENOU**

Bakalářská práce

MARIE VODIČKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: porodní asistentka

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2016



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Vodičková Marie
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 7. 4. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Těhotenství u ženy s míšní lézí v korelaci se zdravou ženou

*Pregnancy in Women with Spinal Cord Injury in Correlation with
Healthy Women*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych především ráda poděkovala mé vedoucí práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za úžasnou pomoc při odborných konzultacích, za výborný profesionální přístup, za svůj drahocenný čas, který mi věnovala a za svou trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za trpělivost a podporu při mém studiu a také všem lékařům a porodním asistentkám z Nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově, kteří mi věnovali po celé tři roky praxe svůj čas.

ABSTRAKT

VODIČKOVÁ, Marie. *Těhotenství u ženy s míšní lézí v korelaci se zdravou ženou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D. Praha 2016. 45 s.

Tématem bakalářské práce je Těhotenství u ženy s míšní lézí v korelaci se zdravou ženou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část bakalářské práce v začátku popisuje syndrom transverzální míšní léze a poranění páteře. Poté práce charakterizuje sexuální život žen s transverzální míšní lézí a možnosti asistované reprodukce u žen s touto diagnózou. Hlavní částí této práce je téma těhotenství. Zde se dozvíme veškeré informace o tom, čím si ženy s touto diagnózou musí projít a jaká hrozí rizika. Praktická část je zaměřena na porodní asistentky, kde byl vytvořen kvantitativní dotazník, kterým bylo zjišťováno, jak jsou porodní asistentky připraveny na těhotné ženy s touto diagnózou.

Klíčová slova:

Komplikace těhotenství. Kvadruplegie. Paraplegie. Poranění míchy. Těhotenství.

ABSTRACT

VODIČKOVÁ, Marie. *Pregnancy in Women With Spinal Cord Injury in Correlation With Healthy Women*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D. Prague 2016. 45 p.

The theme of this thesis is Pregnancy in woman with spinal cord injury in correlation with healthy women. Bachelor work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes early spinal cord injury syndrome following by the topic of spinal injuries. Then the topic characterise women's sexual life who's affected by spinal cord injuries and the possibility of their assisted reproduction. The main issue of this work is the topic of pregnancy. The content of the pregnancy issue is to describe in detail what women with spinal cord injury have to withstand within the duration of pregnancy and what are the potencial risks they might be facing. In the practical part we are focused on midwives who were being questioned by our questionnaire covering their skills and experiences with pregnancy of women afflicted by spinal cord injury.

Key words:

Paraplegia. Pregnancy. Pregnancy complications. Quadriplegia. Spinal cord injuries.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 TĚHOTENSTVÍ U ŽEN S MÍŠNÍ LÉZÍ.....	12
1.2 Míšní poranění.....	12
1.2.1 Syndrom transverzální míšní léze	14
1.2.2 Klinický obraz	14
1.2.3 Průlom v závodu léčby míchy	15
1.2.4 Odběr a uložení kmenových buněk z pupečnickové krve	17
1.3 Psychologie handicapu	19
1.4 Interakce mezi těhotenstvím a zdravotním postižením.....	20
1.5 Sexuologická problematika žen po poranění míchy	20
1.6 Možností asistované reprodukce u žen s míšním poraněním	22
1.7 Strava a výživa v těhotenství.....	23
1.8 Léky v těhotenství:.....	24
1.9 Dekubity	27
1.10 Fyziologické změny v těhotenství u žen s míšní lézí.....	28
1.10.1 I. trimestr	29
1.10.2 II. trimestr a III. trimestr	31
1.11 Riziko předčasného porodu	33
1.12 Rizika pro plod	33
PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
2 CÍL	34
2.2 Dílčí cíle.....	34
2.3 Metoda sběru dat	34
2.4 Průzkumný soubor	35
3 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	36
ZÁVĚR.....	54

SEZNAM LITERATURY.....	55
SEZNAM PŘÍLOH.....	58

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIH	homologní inseminace
AXP	Autoexpress system
ČGB	Česká Genetická Banka
DKK	dolní končetiny
EEJ	elektroejakulace
HKK	horní končetiny
ICSI	intracytoplazmatická injekce spermií
IVF	asistovaná reprodukce, In vitro fertilizace
TESE	Testicular Sperm Extraction

(VOKURKA a kol., 2008)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ANÉMIE – pokles hemoglobinu a počtu červených krvinek, chudokrevnost

DYZESTÉZIE – porucha čítí

ELEKTROEJAKULACE – ejakulace vyvolaná působením elektrického proudu prostřednictvím rektální sondy

EMBRYOTRANSFER – přenesení embrya do dutiny děložní

HOMOLOGNÍ INSEMINACE – aplikace spermatu partnera do dělohy ženy

INTRACYSTOPLAZMATICKÁ INJEKCE SPERMIE – metoda spojená s výběrem optimální jedné spermie

KYFOSKOLIÓZA – chorobné, abnormální zakřivení páteře do strany skolióza a dozadu nadměrná kyfóza

PARAPLEGIE – plegie obou, nejčastěji dolních končetin

PARÉZA – částečná ztráta pohybových schopností svalu, končetiny

PLEGIE – úplná ztráta hybnosti, ochrnutí způsobené poruchou centrálního nervového systému

TRAUMATICKÁ LÉZE – porucha zdraví vzniklá úrazem

NULOVÁ HYPOTÉZA – tvrzení, které obvykle vyjadřuje „žádný neboli nulový rozdíl“ mezi testovanými soubory dat

(KRAUS a kol., 2005)

ÚVOD

Těhotenství u ženy s míšní lézí v korelaci se zdravou ženou není tak široce aktuální téma, proto bychom rádi poukázali na tyto ženy, které se vlivem různých příčin ocitly po poranění míchy v nelehké životní situaci. Proto se domníváme, že by jim rozhodně neměl být upírán nárok na právo být matkou s rovnocennou zdravotní péčí a přístupem, které sami automaticky očekáváme.

Toto téma jsme zvolili na základě zkušenosti s lidmi po poranění míchy, kteří jsou tímto úrazem upoutáni na invalidní vozík (dále jen vozičkáři). Značně se tím mnoha lidem změnil celý život a taktéž i empatický náhled na situaci, která může postihnout každého člověka bez očekávání a jakéhokoliv přičinění. Po úraze se pro takového člověka a jeho rodinu otevřela část života, která obsahovala poznávání, jak se o takového člověka postarat, jak rehabilitovat, jak předcházet mnohým zdravotním komplikacím, které u nich mohou vyvstat atd. Postoj k takovému poranění vyžaduje mnoho síly a vytrvalosti, jelikož je velkým testem na psychické i fyzické nároky každého člověka. Seznámili jsme se s činností Centrum Paraple, které svou činností pomáhá člověka s poškozením míchy navrátit do plnohodnotného života. V centru Paraple založili poradenský program „Máma, táta na vozíku“, kde jsme získali též mnoho informací k tomuto tématu. Dále jsme se seznámili se sportem založeným pro vozičkáře, s florballem na elektrických vozících, ve světě známém pod názvem Powerchair hockey – Electric wheelchair hockey. Návazností na tento sport podporovaný organizací Octopus – asociace pro vzdělávání, sport a kulturu, jsme měli příležitost účastnit se letního kempu pro handicapované s mnohými aktivitami, kde jsme se také setkali s maminkami na vozičku.

Rozhodnutí stát se matkou patří mezi nejdůležitější rozhodnutí v životě ženy. Pokud se žena pohybuje na vozíku, je toto rozhodování mnohem obtížnější. Touto bakalářskou prací bychom rádi zjistili, jak jsou porodní asistentky v nemocnicích připraveny na tyto ženy, které se rozhodly kráčet touto cestou.

Cílem bakalářské práce je více zviditelnit těhotenskou problematiku spojenou s touto diagnózou a poukázat nato, čím si těhotné ženy s míšní lézí mohou a musí projít v těhotenství, jaká rizika těmto ženám v těhotenství hrozí.

Praktickou částí bychom chtěli zjistit formou kvantitativního dotazníku, jak jsou porodní asistentky připraveny na tyto málo časté situace – těhotenství a porody žen s touto diagnózou.

Vzhledem k nízké aktuálnosti tohoto tématu, připojujeme v Příloze č.1 Průvodní list k rešerši. K tématu Těhotenství u žen s míšní lézí je minimum informací v literatuře, a proto jsme museli rozšířit časové vymezení v českých zdrojích, a to až na roky 1951 - 2015. Dle zadané rešerše byl počet záznamů v českých zdrojích 14, z nichž jsou plné 2 texty. Počet záznamů v zahraničních zdrojích bylo dohledáno 40, z kterých bylo 21 plných textů, ale většinu dokumentů ze zahraničních zdrojů jsme nepoužili, z důvodu obsahu jiných, podružných témat, než probíráme v této práci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ U ŽEN S MÍŠNÍ LÉZÍ

Těhotná paraplegička je ohrožena vznikem různých těhotenských patologií. Častá je anémie a infekce močového traktu. Dochází ke zhoršení obstipace. Většina žen je schopna i v těhotenství vyprazdňovat močový měchýř, nicméně v pozdním těhotenství je často nutná permanentní katetrizace. Těhotenství stimuluje kaudální segmenty míchy, které se vymykají kontrole z oblasti nad lézí a vedou k autonomní hyperreflexivitě. Autonomní pochody vyvolávající vznik děložních kontrakcí jsou u těchto žen zachovány. Děložní kontrakce nejsou těmito těhotnými vnímány, a proto je obtížné určit začátek porodu.

Roztočil a kol. (2008) uvádí, že ve III. trimestru je nutné týdenní vaginální vyšetření se stanovení cervix skóre, který signalizuje možný blízký začátek porodu. U těchto pacientek je častý překotný porod, proto je vhodná preventivní hospitalizace několik týdnů před porodem. Použití břišního lisu není u těchto pacientek možné. Je zde vyšší frekvence ukončení těhotenství per sectionem caesaream. Perinatální mortalita a morbidita není u těchto pacientek zvýšena. Zajímavý je poznatek, že se u těchto pacientek nevstřebávají catgutové stehy. Kojení není kontraindikováno.

1.2 Míšní poranění

Sameš (2005) uvádí, že poranění míchy patří mezi nejzávažnější traumata nejen proto, že postihují především mladší věkové skupiny obyvatel, ale také proto, že mnohdy zanechávají trvalý těžký neurologický deficit. Většinu pacientů tvoří muži ve věku 15-35 let. Z databáze České spondylochirurgické společnosti vyplývá, že každý rok vzniká více než 300 nových úrazů míchy (3,35/100 000 obyvatel). Mícha je nejčastěji poraněna v krční oblasti a na přechodu hrudního a bederního úseku páteře. Nejčastější míšní úrazy

jsou dopravní úrazy (55 %), následující úrazy pracovní a úrazy v domácnosti (22 %), sportovní úrazy se podílejí 18 %.

Bednařík a kol. (2010) popisují, že nadměrná flexe, extenze nebo rotace páteře nebo přímá komprese páteře vede ke zlomeninám nebo luxacím obratlů, poškození ligament a meziobratlových disků. Mícha je poškozena nadměrným natažením, tlakem úlomků obratlů nebo vyhrzlým diskem, stišťena při lokálním zúžení páteřního kanálu při luxaci obratle.

Při vzniku míšního poranění hraje významnou roli velikost páteřního kanálu, resp. subarachnoidálního prostoru, tedy kolik místa zabírá mícha v páteřním kanálu. Ten není za fyziologických podmínek vertikálně všude stejně prostorný. Právě místa intumescencí jsou oblastmi se zvýšeným rizikem poranění i při menším posunu kostěných struktur: nejčastěji jsou postiženy cervikální (C4–6) a thorakolumbální (T11–L2) míšní segmenty.

Abnormálně úzký páteřní kanál (vrozeně nebo při získaných degenerativních změnách) představuje rizikový faktor. I menší triviální trauma může u těchto osob způsobit závažné míšní postižení.

Podobně jako u mozkových traumat je výsledné postižení kombinací přímých a nepřímých faktorů. Z nepřímých faktorů hrají hlavní roli vaskulární mechanismy: krvácení (multifokální petechie jsou průkazné již 15 minut po vzniku traumatu), porucha mikrocirkulace, pokles průtoku způsobený vazospasmy a trombózou a ztráta lokální autoregulace. Významnou roli v rozvoji poškození míchy má i celková hypotenze při spinálním šoku. Dalším patofyziologickým mechanismem, který přispívá k rozvoji finálního poškození míchy, je vazogenní edém. Vzniká v centromedulární oblasti a šíří se periferně do bílé hmoty, přispívá k tkáňové kompresi a lokálním elektrolytovým změnám. Hlavní roli v poškození axonů hraje nekontrolovaný influx vápníku, který nakonec vede k nezvratnému buněčnému poškození.

1.2.1 Syndrom transverzální míšní léze

Dle Dungla (2014) znamená syndrom transverzální míšní léze úplné přerušení funkce míchy v celém průřezu. Pod místem léze dochází k úplné ztrátě volní hybnost, cití a kontroly sfinkterů.

1.2.2 Klinický obraz

Majkusová (2009) uvádí, že klinický obraz míšní léze je anatomicky určen jednak transverzálním rozsahem (horizontální topika), jednak výškovou lokalizací (vertikální topika) patologického procesu. Dle výšky poranění se v souvislosti s motorikou rozlišuje:

Pentaplegie je definována poškozením míchy v oblasti segmentů C1-C4. Vyskytuje se ochrnutí všech končetin, bránice a ochrnutí trupového a břišního svalstva.

Kvadruplegie (tetraplegie) znamená poškození míchy při lézi v rozsahu segmentů C5-Th1, kdy se vyskytuje částečná ztráta pohyblivosti HKK a úplná ztráta pohyblivosti na DKK a trupu.

Paraplegie vzniká při lézi hrudní míchy v oblasti segmentů Th1-Th12.

Paraparéza vzniká při lézi v oblasti bederní intumescence (L1-S2) manifestací na DKK.

Míšní šok

Jedná se o přerušení vedení veškerých aferentních a eferentních vzruchů míchou. Míšní šok není trvalý, trvá několik dní až týdnů, nejčastěji 2-3 týdny. Při jeho odeznění se navrácí svalový tonus, u centrálních lézí nastupuje spasticita, objevují se šlachookosticové reflexy, mírně se zvýší tonus svalstva močového měchýře, vzniká tzv. AUTOMATICKÝ MĚCHÝŘ (při určitém stupni náplně se automaticky vyprázdní bez vlastní vůle pacienta, nevyprázdní se však úplně).

Příznaky míšního šoku

- úplná a trvalá ztráta aktivní hybnosti
- úplná a trvalá ztráta všech druhů citlivosti, nejsou přítomny ani iritační projevy porušené citlivosti (bolesti)
- ochrnutí análních a močových sfinkterů
- trofické a vegetativní poruchy pod místem poškození s výrazným sklonem k tvorbě dekubitů, osteoporóze
- porucha vegetativních funkcí – hypotenze, bradykardie
- poruchy termoregulace
- střevní atonie
- respirační insuficience při postižení nad C4
- hyperglykemie

U pacientů s poraněním míchy mohou nastat i mnohé doprovodné komplikace, jakými jsou reflektorické změny (spazmy), respirační komplikace, dekubity, poruchy termoregulace, autonomní dysreflexie, odvápnění kostí a zlomeniny, heterotopické osifikace, otoky rukou a nohou, urologické komplikace, defekační komplikace, sexuální komplikace a v neposlední řadě i psychické komplikace.

1.2.3 Průlom v závodu léčby míchy

Kroužel a Dražanová (2013) uvádí, že dle vedoucího výzkumu těžkých poranění páteřní míchy studie (pokusy) týkající se terapie pomocí kmenových buněk ukázaly průlomové výsledky – imobilním (nepohyblivým) pacientům daly schopnost znovu chodit.

Po pokroku v druhém kole testování užití kmenových buněk k obnově růstu nervových vláken, China Spinal Cord Injury Network podala žádost o schválení třetí finální fáze, která by mohla začít na podzim.

„Toto přesvědčí doktory na celém světě, že **nemusí říkat pacientům – nikdy nebudete znovu chodit**. Dále je uvedeno, že 15 z 20 pacientů v čínském městě Kunming, kterým byly do těla vpraveny buňky z pupečnickové krve a dále absolvovali intenzivní

„chodící“ terapii (pohybovou rehabilitaci), byli v průměru schopni chodit s minimální asistencí sedm let po kompletním poranění míchy.

Léčba obnáší injekční vpravení mononukleárních buněk z pupečnickové krve do pacientovy poškozené míchy (páteře), aby pomohly regenerovat nervy, zatímco lithium je používáno k podpoře růstu nervových vláken.

Každá součást kombinované terapie bude testována ve třetí fázi, která bude zahrnovat 120 pacientů v Číně a dalších 120 pacientů napříč Indií, Norskem a Spojenými státy.

ChinaSCINet, nezisková organizace, která se sama označuje jako světově největší síť/společnost/organizaci pro klinické studie míšní terapie, byla založena v Hong Kongu v roce 2005. Hong Kong předběhne všechny ostatní země, pokud se studie poranění páteřní míchy ukáže jako pozitivní, to znamená, že Hong Kong se stane centrem pro terapii pomocí kmenových buněk. Čína mohutně investuje do výzkumu kmenových buněk, zatímco technologie (postupy) zůstává ve Spojených státech velmi kontroverzní kvůli obavám protipotravných táborů ohledně buněk získaných z lidských embryí.

Kmenové buňky z pupečnickové krve

Pupečnicková krev se nachází v placentě a pupeční šňůře novorozenců a je jedinečným zdrojem hematopoetických kmenových buněk. Jedná se o zárodečné buňky, ze kterých se formují červené krvinky, krevní destičky a buňky imunitního systému. Věkem koncentrace těchto buněk významně klesá, tímto se snižuje regenerační potenciál krvetvorby, včetně imunity.

Vedle hematopoetických kmenových buněk je pupečnicková krev zdrojem tzv. mezenchymálních kmenových buněk, které se podílí na regenerativních procesech pojivové tkáně, například chrupavky, šlach nebo svaloviny.

Hematopoetické kmenové buňky se více než 60 let využívají k léčbě hematologických a onkologických onemocnění. Nově přibývá klinických studií využívající unikátních vlastností kmenových buněk v regenerativní medicíně, imunologii a infekčním lékařství.

Uložení pupečnickové krve - jedinečná příležitost

Klupal (2011) popisuje, že

- Množstvím a dostupností buněk se jedná o unikátní životní příležitost, která se již nikdy nebude opakovat.
- Ve své jedinečné kvalitě, nezatížené nemocemi, životním prostředím a životním stylem jsou k dispozici jen jednou za život.
- Hluboce zamražené si dlouhodobě uchovávají své původní vlastnosti.
- V případě potřeby jsou buňky kdykoliv k dispozici, není potřeba hledat vhodného dárce.

1.2.4 Odběr a uložení kmenových buněk z pupečnickové krve

Příprava k odběru kmenových buněk.

Klupal (2011) uvádí, že maminka, která se rozhodne pro odběr kmenových buněk z pupečnickové krve, se na odběr samotný nemusí nijak připravovat. V době před porodem vyplní Dotazník o zdravotním stavu, který zašle do České genetické banky a na jehož základě lékař ČGB posoudí zdravotní způsobilost maminky k odběru. Poté, co je podepsána smlouva, je informována příslušná porodnice, v níž se odběr pupečnickové krve uskuteční. Odběr není možné uskutečnit v zařízení, které není smluvním partnerem ČGB.

Odběr pupečnickové krve

Klupal (2011) říká, že odběr kmenových buněk z pupečnickové krve se provádí ihned po narození dítěte, a to i v případě porodu císařským řezem. Po podvázání a přestřížení pupeční šňůry, ještě před porodem placenty, napíchne porodní asistentka žílu dezinfikované pupeční šňůry, ze které se nechá všechna pupečnicková krev samovolně odtéct do připraveného odběrového vaku. Celý proces odběru pupečnickové krve tak neznamena žádný zásah do průběhu porodu a je zcela bezbolestný jak pro matku, tak pro právě narozené dítě.

Transport pupečnickové krve

Klupal (2011) říká, že vak s odebranou pupečnickovou krví je ve speciálním ochranném obalu přepraven z porodnice do laboratoře k dalšímu zpracování. Rychlý a bezpečný převoz pupečnickové krve a příslušné dokumentace je zajištěn v jakoukoliv denní či noční hodinu.

Zpracování pupečnickové krve

Klupal (2011) popisuje, že pupečnicková krev je ihned po doručení do laboratoře zpracována a připravena k dlouhodobé archivaci. Česká genetická banka jako jediná společnost v České republice využívá AXP, který zajišťuje oddělení kmenových buněk od ostatních krevních elementů. Oddělené kmenové buňky pak mohou být zamrazeny dle jejich biologických vlastností za pomoci speciálního zamrazovacího protokolu. Celý proces zpracování probíhá v ČGB za přísných aseptických podmínek. Tzv. čisté prostory zaručují nejvyšší možný standard prostředí bez mikrobiálních a prachových částic, které by mohly vzorek kontaminovat. Materiál je v tomto prostředí zpracován a připraven k zamrazení.

Uskladnění kmenových buněk

Klupal (2011) uvádí, že správně provedené zamrazení kmenových buněk a jejich dlouhodobá archivace je pro jejich následné použití po rozmrazení klíčové. Proto ČGB používá špičkovou technologii BioArchive, která zaručuje nejen počítačem řízené zamrazení, ale i v rámci dlouhodobé archivace konstantní teplotu uskladnění bez teplotních výkyvů, které mohou buňky poškodit. Uskladnění kmenových buněk je průběžně monitorováno plně automatizovaným systémem.

1.3 Psychologie handicapu

Vztah k vlastnímu já

Kostkanová a kol. (2009) popisují, že psychologie stále zkoumá pozoruhodnou lidskou vlastnost uvědomovat si sebe sama. Slůvko „já“ propojuje sociální psychologii s psychologií osobnosti. Tomu, že si bezprostředně uvědomujeme sami sebe, říkáme jáská zkušenost. Ta je podle Macka velmi různorodá – uvědomování si sebe sama a vlastní jedinečnosti, emoční prožívání sebe sama, pocity kompetencí v situacích, uvědomování si okolního světa a své roli v něm atd. Souhrnně se jáskému systému říká rovněž sebereflexe. Sebereflexi můžeme rozdělit na tři vzájemně se doplňující složky, kterými jsou sebepojetí, sebevědomí a sebehodnocení.

Sebepojetí označuje celkový postoj k vlastní osobě, je to souhrn představ o sobě samém a hodnotících soudů sebe sama. Je výsledkem procesu sebeuvědomování člověka. Součástí sebepojetí je také tělesné sebepojetí, které souvisí s prožíváním svého těla. Zde působí faktory požadavků na vzhled a funkčnost a také je ovlivňováno kulturním prostředím.

Sebehodnocení spočívá v identifikaci a porovnání se s druhými lidmi či vzory. Při formování osobnosti a navazování vztahů hraje sebehodnocení zásadní roli. Je dokázáno, že mezi sebehodnocením a hodnocením druhých lidí existuje přímá úměra.

Soběstačnost, sebeúcta a sebedůvěra

Kostkanová a kol. (2009) říkají, že soběstačnost není ve státní správě definována, definován je však její opak, bezmocnost. Být soběstačným by mělo znamenat vykonávat každodenní činnosti bez pomoci dalších osob. K tomu má handicapovaným pomáhat i bezbariérové prostředí přizpůsobené zvláštním požadavkům, protože bariéry v prostředí mohou zamezit efektivnímu využití zbývajících schopností jedince a tím u něj podpořit vznik závislosti na cizí pomoci.

Se subjektivním vnímáním vlastní soběstačnosti u postižených úzce souvisí celková tendence jak vnímat svůj život. Například podle temperamentu bude srovnatelnou situaci jinak vnímat aktivní optimista než pasivní pesimista. Důležitou složkou pocitu

sebeuplatnění je představa o vlastní fyzické výkonnosti dovednostech a úspěšném zvládnání konkrétních motorických a manuálních úkonů.

Sebehodnocení a sebeúcta se nejvýrazněji formuje v adolescenci v souvislosti se schválením nebo neschválením sebe sama jako osobnosti. Období adolescence je typické velkým zaměřením na zevnějšek, respektive nespokojeností s ním.

Fyzicky postižený obvykle těmito vlastnostmi pro své onemocnění neoplývá v žádoucí míře. Sebedůvěra a sebeúcta hrají významnou roli při akceptaci handicapu a adaptaci na něj, protože usnadňují aktivizaci, motivaci k co největší soběstačnosti a adaptaci na situaci. Současně pozitivní zpětná vazba z okolí zvyšuje sebedůvěru i aktivační úroveň.

1.4 Interakce mezi těhotenstvím a zdravotním postižením

Paeslack (1996) říká, že dříve často zastávaný názor, že příčné ochrnutí a těhotenství se vzájemně vylučují, protože těhotenství znamená další možné ohrožení postižené ženy, jistě neplatí a neměl by dnes určovat postup lékařů. Spíše je třeba důrazně konstatovat, že u ochrnuté ženy, která je v dobrém tělesném i duševním stavu, nestojí těhotenství v cestě žádné medicínské důvody. Těhotenství v případě paraplegie si současně vyžaduje mimořádně pečlivé sledování, nejlépe ve spolupráci gynekologa a specialisty obeznámeného s paraplegií. Na obavy ochrnuté matky související s rizikem vývojových anomálií, které by se mohly projevit u jejího dítěte, a to především pokud jde o vrozené příčné ochrnutí, je možno, ba je nutno odpovědět důsledně uspokojujícím způsobem – kvóta vrozených vad u dětí, jejichž matka počala po vzniku příčného ochrnutí, se neliší od kvóty charakteristické pro ženy nepostižené příčným ochrnutím.

1.5 Sexuologická problematika žen po poranění míchy

Šrámková (2008) charakterizuje, že ženy, které před úrazem neměly sexuálního partnera, mohou mít později potíže v sociosexuální adaptaci. Problémem může být snížení nebo ztráta sexuální apetence, daná změnou vnímání tělesného schématu, pocity

insuficience, sníženého sebevědomí či deprese. Sexuologická konzultace je plně indikována. Každá ochrnutá žena je schopna sexuálního styku. Erotogenní zóny ochrnuté ženy stejně jako ochrnutého muže se nacházejí nad místem přerušení míchy. Tzv. zóna přechodu je při sexuální stimulaci zdrojem spíše dyzestázie. Z poloh je však nutno doporučit takové, které jsou pro pár pohodlné. Řada ochrnutých žen může trpět silným spazmy svalů dolních končetin, proto není vhodná tzv. klasická poloha. Vážně-li vzrušivost, je na místě použití některého z lubrikačních gelů. Orgazmus, stejně jako u mužů, je prožívaný kvalitativně odlišně než před úrazem, obvykle jako teplo v podbřišku. Dalšími typy prožitého orgazmu jsou psychogenní orgazmus a paraorgazmus, to je orgazmus prožitý simultánně s partnerem.

Menstruace se po úraze míchy objevuje obvykle od třech měsíců. Pokud ochrnutá žena neplánuje koncepci, musí se chránit použitím některé z antikoncepčních metod. Nejvýhodnější a nejbezpečnější je použití kondomu – žena je chráněná před nežádoucí či neplánovanou graviditou a zároveň před vznikem infekce. Kondom doporučujeme, protože vzhledem k perianogenitální anestézii postižená žena nezaznamená příznaky poševního diskomfortu, a proto může dojít ke vzniku rozsáhlého pánevního zánětu. Užití hormonální antikoncepce je třeba zvážit a konzultovat s hematologem. Kontraceptiva mohou u disponovaných žen zvyšovat riziko vzniku tromboflebitid a trombembolických příhod. Toto riziko je u paraplegiček primárně zvýšené již po ochrnutí.

Šrámková (2008) říká, že otěhotnění paraplegiček je možné, pakliže tato schopnost nebyla změněná již před úrazem. Chen et al. (2005) popsal graviditu u páru, kde oba partneři byli po poranění míchy (což není běžný model, hodnoceno podle profilu našich pacientů v programu asistované reprodukce). V převážné většině paraplegických párů je jeden partner nepostížený. Spermie byly získány elektroejakulací. U ženy byla provedena hormonální stimulace se ziskem 10 oocytů. Z 5 zygot byla transferována 4 embrya. V 39. týdnu gravidity žena s postižením kaudy porodila vaginální cestou zdravou holčičku.

Před plánovanou graviditou doporučujeme pokud možno vysadit užívané léky. Tři měsíce před koncepcí navrhujeme užívání některého z volně prodejných polyvitaminových přípravků pro těhotné.

V tomto období edukujeme ženu o nutnost zvýšené péče o močové cesty a stanovíme koncepční optimum. Každá gravidita ochrnuté ženy je považována za rizikovou, proto je pravidelné sledování gynekologem dle běžně užívaného harmonogramu důležité. U ochrnutých žen jsou nezbytné pravidelné urologické kontroly, protože hrozí zvýšené riziko urologických zánětů. Při exacerbaci uroinfekce s teplotou či třesavkou gravidní paraplegičku hospitalizujeme, neboť tyto symptomy jsou známkou postižení horních močových cest. Těhotenství ochrnutých žen bývá ukončeno dva týdny před očekávaným termínem porodu operačně pro ochrnutím danou neschopnost dítě aktivní, volnou svalovou činností porodit. Graviditu ochrnutých žen, zejména žen s vysokým ochrnutím – tetraplegiček – je třeba bedlivě zvážit nejen z hlediska rizika zdravotních komplikací, ale i z hlediska sociálního.

1.6 Možností asistované reprodukce u žen s míšním poraněním

Šrámková (2008) popisuje, že vzhledem k patospermii postižených je metodou volby k dosažení koncepce paraplegického páru ICSI. Úspěšnost této metody je nejméně závislá na kvalitě spermií, proto její použití umožňuje mít biologicky vlastní děti i mužům, kteří by v minulé době museli přijmout alternativu oplození spermii dárce. Engin-Uml a kol. (2006) srovnali počet dosažených gravidit v závislosti na použité technice odběru spermií u 44 ochrnutých. U 8 mužů provedli elektroejakulační odběr, u 26 TESE, u 10 získali spermie po masáži prostaty. Otěhotnění bylo dosaženo po oplození spermii získanými elektroejakulací, u 2 párů (25 %), u 4 párů po TESE (17 %) a 2 párů (20 %) po masáži prostaty. I z našich klinických zkušeností je zřejmé, že lepšího efektu v koncepci paraplegických párů se dosahuje použitím ejakulovaných spermií ve srovnání s TESE. Komiya a kol. (2004) popsali řešení problematiky infertility u 16 ochrnutých párů. Spermie získali použitím EEJ a TESE, oplození provedli dle kvality spermií AIH, IVF a ICSI. Deset párů otěhotnělo, sedmi paraplegickým párům ze 16 se narodilo dítě (43 % efekt). Autoři nezjistili rozdíl v kvalitě spermií v parametrech koncentrace a motility u úspěšných a neúspěšných párů. Avšak věk gravidních žen byl nižší než těch, co neotěhotněly. Autoři vyvodili závěr, že EEJ a ICSI jsou nejpoužívanější techniky k dosažení koncepce paraplegických párů. Efekt metod asistované reprodukce je u paraplegických párů nižší než u běžné populace. V indikovaných případech provádíme u paraplegických párů

před embryotransferem preimplantační genetickou diagnostiku jako metodu časně prenatalní diagnostiky. Preimplantační genetická diagnostika zahrnuje sérii technik, které se používají k diagnostice a vyloučení genetických abnormalit embryí před jejich zavedením do dělohy a slouží k tomu, aby pro embryotransfer byla vyloučena embrya s chromozomální či genovou aberací.

1.7 Strava a výživa v těhotenství

Vladíková (2007) uvádí, že během těhotenství je správná životospráva ženy důležitější než jindy. Je důležité, aby dbala na zdravý životní styl nejen kvůli sobě, ale i kvůli svému dítěti. Špatné návyky, které žena v předchozí době získala, totiž mohou poškodit nejen její organismus, ale především u vyvíjejícího se plodu mohou způsobit patologické stavy.

Roztočil a kol.(2008) doporučuje, že strava by měla být vydatná a to o obsahu 2400–2800 kcal. Není vhodná redukční dieta, která může vyvolat předčasný porod, ani hyperkalorická, která vede k obezitě, gestačnímu diabetu a preeklampsii.

Obsah bílkovin má být 80-100 g/den a z tohoto množství je doporučována polovina živočišného původu.

Množství tuků se doporučuje 60-80 g/den.

Jidla bohatá na cukry je vhodné omezit. Vlákna a vitaminy jsou obsaženy v ovoci a zelenině.

Minerály a stopové prvky. V druhé polovině těhotenství je vhodná jejich suplementace, z důvodu stoupání jejich spotřeby plodem.

Žena by měla být v době těhotenství dostatečně hydratovaná, spotřeba tekutin by neměla klesnout pod 2 litry za den.

Špálová (2006) říká, že žena s omezenou možností pohybu by si měla dát pozor na zvýšení váhy během těhotenství („normální“ přírůstek váhy je mezi 11-15 kg), neměla

by přijímat potravu „za dva“. Zvýšený nárůst váhy může zhoršit prokrvení dolních končetin a způsobit výraznější otoky, hrozí dekubity, při extrémním přírůstku váhy hrozí, že by se žena nevešla do svého vozíku.

1.8 Léky v těhotenství:

Virové a bakteriální infekce

Binder (2002) uvádí, že virové infekce horních cest dýchacích i chřipkové epidemie se těhotným nevyhýbají a zvláště **chřipka** si vybírá každoročně daň v podobě zvýšeného výskytu potratů v období po proběhlé epidemii. Krátkodobá léčba antipyretiky (Paralen), běžnými antitusiky a případně expektorancii je plně na místě. Z antitusik jsou v těhotenství kontraindikována antitusika kodeiového typu, Sinecod je kontraindikován v průběhu prvního trimestru. Relativně bezpečný je Ditustat. U mukolytik je do 12. gestačního týdne doporučována určitá opatrnost co se týče dávkování. V prevenci superponovaných bakteriálních infekcí je vhodné včas nasadit těhotné antibiotika.

Při onemocnění těhotné některou z dětských infekčních nemocí je možné léčbu doplnit **antivirotiky**, stejně jako u primárního výsevu genitální formy herpetické infekce. U infekční hepatitidy typu A se léčba neliší od netěhotných žen, hepatoprotektiva se vyznačují velmi nízkou toxicitou. Léčbu virových onemocnění doplňujeme podáváním vitamínů.

Léčba nejrůznějších **bakteriálních infekčních nemocí** je i v těhotenství doménou **antibiotik**. Pokud nehrozí nebezpečí z prodlení, pak podáváme antibiotika podle citlivosti na vyvolávající agens. Pokud jsme nuceni nasadit antibiotika ihned, řídíme se empirií. Antibiotiky první volby jsou léky z **penicilinové řady**, které jsou pro plod ověřeně neteratogenní. Bezpečné pro plod jsou rovněž **oxaciliny, cefalosporiny a linkosamidová ATB**. Makrolidová antibiotika nepodáváme v průběhu prvního trimestru. Glykosamidová antibiotika (gentamycin) podáváme krátkodobě (do pěti dnů) jen u závažných stavů. Metronidazol v průběhu gravidity podáváme pouze vaginálně. Sulfonamidová chemoterapeutika můžeme bezpečně podávat v průběhu druhého a do poloviny třetího trimestru.

Hypertenze

Binder (2002) tvrdí, že s potřebou korigovat krevní tlak se v průběhu těhotenství setkáme poměrně často. Vysoký krevní tlak ohrožuje nejen těhotnou, ale i samotný vývoj plodu. Nekorigovaná hypertenze způsobuje placentární změny, které vedou k zaostávání růstu plodu (IUGR). V nejtěžších případech mohou vyústit až v nitroděložní odumření plodu. Lékem první volby neškodným pro plod je **metyl-dopa (dopegyt)**. V současnosti je velmi oblíbený beta-blokátor **vasocardin (metoprolol)**, který je těhotnou dobře snášen a je ve většině případů dostatečně efektivní. Při chronické medikaci u esenciálních hypertoniček (kdy je nutná terapie od počátku gravidity) je nutné pečlivě sledovat vývoj plodu. Beta-blokátory samy o sobě způsobují růstovou retardaci plodu. **Deprasolin** jako blokátor alfaadrenergických postsynaptických receptorů působí vazodilatačně, jeho účinek nastupuje po odstupu dvou až čtyř týdnů, v těhotenství je tedy vhodný jako lék volby při dlouhodobé medikaci, často v kombinaci s jiným antihypertenzivem. **Dihydralaziny** jsou v současnosti pro svůj rychlý a mohutný antihypertenzivní účinek vyhrazeny k řešení vážnějších stavů, včetně těžkých preeklamsií. Nepresol - jako zástupce této skupiny - je podáván v infúzi za kontinuální monitorace krevního tlaku i monitorace srdeční akce plodu. Při poklesu TK pod 80 mm Hg je plod intrauterinně ohrožen hypoxií.

Onemocnění ledvin

Binder (2002) říká, že zatížení ledvin je v průběhu těhotenství pochopitelně zvýšené. Anatomie ženského uropoetického ústrojí, tlak rostoucí dělohy a vliv placentárního hormonu progesteronu způsobují, že **infekce vývodných cest močových** jsou v těhotenství poměrně časté. Infekty uropoetického aparátu vedou i k ohrožení délky trvání těhotenství, proto je jim třeba věnovat patřičnou pozornost a adekvátně je léčit. Lékem první volby při cystitidě nebo cys-topyelitidě je **ampicilin**. Antibiotika nasazujeme i v případě tzv. asymptomatické bakteriurie, kdy počet bakterií dosahuje 10⁵. Těhotenství je při chronické glomerulonefritidě vysoce rizikové. Funkční stav ledvin zatížených zvýšenými nároky má v průběhu gravidity tendenci ke zhoršení a je limitující pro pokračování samotného těhotenství. Řada nositelů tohoto onemocnění užívá **kortikosteroidy**, které v průběhu těhotenství obecně podáváme v bolusu tak, abychom

projevy onemocnění dostali pod kontrolu, a pak rychle přecházíme na co nejnižší udržovací účinnou dávku.

Onemocnění gastrointestinálního traktu

Binder (2002) popisuje, že těhotnou velmi často obtěžuje na počátku těhotenství **nauzea a zvracení**. V léčbě se uplatní H1 antihistaminika první generace (Protazin, Teadryl, Torekan). S pokračujícím těhotenstvím se objevuje pyróza. Dietní opatření je možné doplnit podáváním **antacid** (Gastregel, Gasterin, Rennie, Tums). Kontraindikovány jsou preparáty obsahující soli bizmutu.

Těhotné rovněž trpí **sklonem k obstipaci**. V léčbě je možné podávat osmoticky působící laxativa (laktulóza, magnézium sulfát). Přírodní i syntetická kontaktní laxativa jsou kontraindikována. Antihemeroidálie je možné při obtížích podat, měli bychom se ale vyhnout preparátům s obsahem kortikoidů. Při žlučnickém záchvatu je možné podat krátkodobě parasymptolytika, papaverin je kontraindikován v průběhu laktace, No-spu a Algifen lze podávat bez omezení. Při průjmovitých onemocněních je carbo activates zcela bezpečné, Endiaron je kontraindikován v prvním trimestru. Hepatoprotektiva, včetně S-denyl methioninu (Tramsmetil) a ursodeoxycholové kyseliny, se vyznačují velmi nízkou toxicitou, a nejsou tedy v graviditě kontraindikovány. Při léčbě vředové choroby jsou kontraindikovány antagonisté H2 receptorů, soli bizmutu a analoga prostaglandinů. Selektivní parasymptomimetika jsou kontraindikována v prvním trimestru. Se Sukralfátem a inhibitory protonové pumpy nejsou dostatečné zkušenosti, při jejich použití je na místě určitá opatrnost.

Onemocnění cév a poruchy krvetvorby

Binder (2002) uvádí, že těhotenství představuje **trombofilní situaci** s až šestkrát vyšším rizikem vzniku tromboembolické nemoci (TEN). Dochází k častější manifestaci varixů dolních končetin a pánevních žil, což je způsobeno zpomalením krevního návratu, tlumivým vlivem progesteronu na hladkou svalovinu a rostoucím tlakem zvětšující se dělohy. V prevenci TEN se uplatňují nízkomolekulární heparinové preparáty (Clexane, Fraxiparin, Fragmin apod.). Jejich aplikace zahrnuje z preventivních důvodů poměrně široké spektrum těhotných. Tzv. **miniheparinizace** spočívá v peripartálním podávání

malých dávek těchto preparátů od porodu do prvních dní šestinedělí. Nízkomolekulární heparinové preparáty podáváme i dlouhodobě u těhotných s anamnézou trombembolické příhody, trombofilních mutací, abrupce placenty, mrtvého plodu a opakovaných těhotenských ztrát. Při dlouhodobé léčbě heparinem hrozí zvláště v těhotenství zvýšené riziko dekalifikace, nízkomolekulární hepariny jsou zřejmě z tohoto hlediska mnohem bezpečnější.

Z poruch krvetvorby jsou v těhotenství nejčastější mikrocytární anémie u nedostatku železa a trombocytopenie. U anémií vystačíme v drtivé většině případů s perorálním podáváním preparátů železa. Parenterálním preparátům se v těhotenství pro možnou alergickou reakci raději vyhneme. Erythropoetin jsme s úspěchem opakovaně použili při korekci anémie u těhotných po transplantacích ledvin.

1.9 Dekubity

Šeflová (2010) uvádí, že dekubit s těžkou destrukcí tkání je i v dnešní době velmi významným problémem, který dokáže zkomplikovat zdravotní stav pacienta a jehož řešení je značně nákladné. Často se udává, že vznik dekubitů je důsledkem špatné ošetrovatelské péče, ale v ošetrovatelské praxi se jim věnuje zvláštní pozornost, a i přes veškerou profesionální péči dekubity existují a existovat budou. Z praxe vyplývá, že nejen ošetrovatelská, ale i lékařská péče hraje významnou roli v prevenci a léčbě dekubitů.

Preventivními opatřeními jsme ve většině případů schopni eliminovat dekubity, které jsou charakterizované hlubokou destrukcí tkání. Pro hojení je klíčové odstranění tlaku v místě defektu. Problematické je vyloučení tlaku u mnohočetných nebo rozsáhlých dekubitů. Jediným možným řešením je antidekubitní matrace s aktivním vzduchovým systémem. Cílem všech opatření je nemít žádné dekubity, ale u pacientů v těžkém zdravotním stavu i za dodržení všech daných opatření se vytvořit mohou a pak považujeme za velmi dobré, když vzniknou jen dekubity v I. nebo maximálně ve II. stupně, protože je lze bez následků vyhojit.

Hodnocení stupně dekubitů dle Hibbsové:

1. stupeň:

Překrvení kůže, které přetrvává po stisku i po 5 minutách, bez porušení celistvosti povrchu.

2. stupeň:

Částečná ztráta kožního krytu, objevuje se puchýř nebo mělký důlek, mokvavá plocha (klinicky: odřenina, puchýř, mělčí kráter).

3. stupeň:

Úplná ztráta kůže i podkoží, šedá, černá krusta (klinicky: nekróza, hluboký kráter).

4. stupeň:

Ztráta kůže s rozsáhlým poškozením hlubokých funkčních struktur, fascií, cév, nervů, svalů a přiléhajících kostí, nekróza tkáně (podmínování: kombinace rozsahu změn III. a IV. stupně).

Signore (2012) uvádí, že dekubity se vyskytují u 5–10 % žen s transverzální míšní lézí. Mezi přispívající faktory patří gestační váhový přírůstek, nedostatečně prostorné nebo polstrované invalidní vozíky.

Pacientky by měly být poučeny ke změně postoje, pravidelně kontrolovat podložku na vozíku, zda-li je rovnoměrně rozložená, aby nezpůsobovala otlaky na hýždích. Dále jakékoli výstupky na vozíku jako jsou šroubky, také správné obutí a správně nasazené ponožky. Doporučováno je nosit přilnavé prádlo, nejlépe bavlněné.

1.10 Fyziologické změny v těhotenství u žen s míšní lézí

Těhotenství je rozděleno do tří trimestrů, z nichž každý trvá přibližně tři měsíce. V dalších dvou podkapitolách popisujeme témata, která se vztahují na každý trimestr. Normální fyzické změny, společné příznaky těhotenství, typické zdravotní potíže

a způsoby, jak je zvládat, zdravotní péče včetně návštěv v ordinaci, vývoj plodu, možné komplikace, emocionální obavy a určité obavy na každý trimestr.

Rogers (2006) uvádí, že drobné příznaky těhotenství mohou být lehce přehlédnuty, protože některé další příznaky byly značně viditelnější a snadněji zapamatovatelné. Mnoho žen tyto příznaky přehlídí, protože mají obavy z toho, aby neměly postižené dítě. Zdravotní postižení ovlivní vnímání těhotenských příznaků. Například mnoho žen, které mají transverzální míšní lézi si nemusí být vědomy vaginální infekce, protože nemohou cítit genitální podráždění. Někdy si ženy nejsou jisté, zda zažívají symptomy těhotenství nebo jejich postižení. Jedna z žen popsala svědění nohou, jako těhotenský příznak, ale nebyla si jistá, protože se ten pocit velmi podobal artritické bolesti. Některé ženy, které zažívají nepříjemné a matoucí příznaky, by se rozhodně neměly bát tyto problémy diskutovat s lékařem. Jakákoliv zdravotní změna může být vedoucí bod k určení diagnózy.

1.10.1 I. trimestr

První známky a symptomy těhotenství

Rogers (2006) říká, že spousta žen, které jsou na vozíku, neuznávaly počáteční příznaky těhotenství, dokud někdo tuto variantu neuznal za velmi možnou. Ačkoli obyčejné příznaky na začátku těhotenství mohou mít i jiné příčiny, tak ženy, které zažívají jeden nebo více z následujících příznaků, by měly zvážit možnost, že je těhotná.

Rogers (2006) uvádí, že tento trimestr je důležitý z důvodu, kdy je žena nejvíce ohrožena prožitkem z těhotenství a hrozí riziko potratu, proto je důležité preventivní opatření a vše projednat se svým lékařem. Důležitá věc, která je nutná projednat s lékařem je své zranění. Tím se určí, zda je zapotřebí více bezpečnostního opatření. Některé ženy nemusí pociťovat raná stádia těhotenství, proto je možné větší riziko neočekávanosti a zanedbání.

Wahlgren (2012) charakterizuje, že během tohoto trimestru by mohla žena cítit první známky těhotenství jako jsou nevolnosti, hormonální změny, bolestivost v místě prsou, časté močení, změny chuti k jídlu a zácpa.

Amenorea

Roztočil a kol.(2008) popisují, že amenorea je nepřítomnost menstruačního krvácení, nemusí být známkou těhotenství, ale může se též vyskytnout v souvislosti s anovulací, emocionálními poruchami, změnami prostředí a jako součást akutních a chronických metabolických nebo systémových poruch.

Tento příznak nebývá nijak jiný než u zdravých žen. Tohoto příznaku si nemusí žena okamžitě všimnout. Nejčastější příčinou je neočekávané těhotenství, to je vždy nutno vyloučit.

Nauzea

Pařízek (2009) říká, že nucení ke zvracení předchází, často společně s vyšší tvorbou slin, projevům ostatních forem časných gestóz, může se vyskytovat samostatně nejen ráno, ale po celý den, zejména při pohledu na jídlo, vnímání pachu jídel při pobytu v přeplněných místnostech, při jízdě v dopravních prostředcích. Vymizí obvykle po druhém měsíci gestace.

Změny prsou

Rogers (2006) popisuje, že spousta žen uvádí změny ve vzhledu jejich prsou. Bradavky a dvorce jsou poněkud tmavší a hrbolatější během těhotenství. Na prsou jsou nápadnější žíly. Žena pociťuje svědění, mravenčení a bolestivost.

Roztočil a kol.(2008) uvádí, že tyto změny jsou vyvolány růstem sekrečního duktálního systému a zvětšují se mazové Montgomeryho žlázy.

Změny pigmentace kůže

Roztočil a kol. (2008) popisuje kromě zvýšené pigmentace bradavek dochází následkem těhotenské aktivace melanin stimulujícího hormonu ke ztmavnutí kůže čela

a tváří. Tento jev se nazývá chloasma gravidarum nebo těhotenská maska. Spojnice mezi pupkem a symfýzou nazývaná linea alba tmavne a v těhotenství se nazývá linea nigra.

Polakizurie

Roztočil a kol. (2008) uvádí, že zvýšená frekvence močení je v časném těhotenství způsobena tlakem roztoucí dělohy na močový měchýř, který vede ke snížení jeho capacity. Po vystoupení dělohy do břišní dutiny ve druhém trimestru těhotenství tento tlak ustává a znovu se objevuje na konci těhotenství, kdy do male pánve vstupuje naléhající část plodu.

1.10.2 II. trimestr a III. trimestr

Hmotnostní přírůstek ženy by mohl být výraznější, a proto by vozík měl být tomuto problému přizpůsoben.

Dalším rizikovým faktorem, který ovlivňuje únavu a mobilitu je hypotenze nebo nízký krevní tlak. V druhém trimestru jsou ženy více náchylnější k nízkému krevnímu tlaku, což může být příčinou závratě a tak by se mělo i zamezit rizikům pádů a zranění.

V druhém a třetím trimestru mohou být převládající i následující faktory:

Řízení močového měchýře

Wahlgren (2012) říká, že vysoký tlak na močový měchýř může způsobovat močovou inkontinenci a infekci močového měchýře. Ženy, které mají vyšší riziko infekce močových cest, což jsou ženy se zraněním vyšší než Th6, mají vyšší riziko autonomní dysreflexie jako jsou návaly horka, vysoký krevní tlak, pocení, svalové křeče a úzkost. Tyto ženy by měly mít zavedený permanentní močový katétr a tím se více zamezí převládání bakterií v močovém měchýři.

Pyelonefritida

Wahlgem (2012) uvádí, že pokud se žena s infekcí močového měchýře neléčí, může se infekce šířit do ledvin a tím je vyvoláno vysoké riziko selhání ledvin.

Svalové křeče

Wahlgem (2012) popisuje že, svalové křeče se mohou měnit, mohou klesat, či vysoce narůstat.

Krevní sraženiny

Wahlgem (2012) říká, že během těhotenství se zvyšuje otok končetin zejména v dolních končetinách, a proto u žen s transversální míšní lézí hrozí riziko narušení proudění krve v žilách a tak způsobit krevní sraženinu. Kompresivní punčochy a pravidelné pohybové cvičení může pomoci snížit otok a zvýšit proudění krve.

Dýchací problémy

Signore (2012) uvádí, že základní respirační funkce může být narušena u těchto žen, z důvodu oslabeného dýchacího svalstva nebo hrudní deformace z posttraumatické kyfoskoliózy, zvláště ženy s hrudní lézí a vyšší. Respirační postižení může mít negativní následek vůči těhotenství, protože gravidní děloha může vytvářet tlak na bránici a tím způsobuje zhoršené dýchání. U vybraných žen s míšní lézí se provádí základní a sériové vyšetření plicních funkcí, kde může být provedeno zhodnocení vitální kapacity. Podle toho se určuje, zda je případná potřeba plicní ventilace.

Dawood (2014) říká, že pokud je hodnota vitální kapacity plic pod 12-15 ml/kg, vyžaduje se mechanická ventilace.

Infekce močových cest a zhoršená funkce ledvin

Špálová (2006) říká, že chronické infekce močových cest jsou způsobeny poruchou inervace. V těhotenství se vlivem hormonálních změn močové cesty rozšiřují, hromadí se v nich větší množství moči a snáze dojde k infekci. Je proto třeba více dbát na dodržování režimu ve vylučování a pravidelně kontrolovat, zda nedochází k infekci.

Každá infekce močových cest musí být přeléčena antibiotiky. Doporučuje se nejlépe každý měsíc moč laboratorně zkontrolovat. Při chronickém zhoršení funkce ledvin může dojít k „zákeřnému“ - plíživému, bezbolestnému selhání ledvin.

1.11 Riziko předčasného porodu

Špálová (2006) popisuje, že u žen s poškozením míchy není riziko předčasného porodu vyšší než v běžné populaci. Riziko je zvýšeno při jakýchkoli infekcích – poševních, které mohou postoupit až do dělohy a zejména při infekcích močových cest, které mohou dráždit dělohu. Infekce močových cest mohou způsobit i závažnější poškození ledvin, mohou způsobit horečky a septický stav, který je pro osud těhotenství velmi rizikový. Na začátku těhotenství může jakákoli infekce způsobit potrat, ke konci těhotenství (od 25. týdne) může způsobit předčasný porod. Proto je nutné infekce sledovat a léčit (i nestandardně antibiotiky v dávce 1 tableta denně po dobu 2–3 měsíců). Většina antibiotik těhotenství negativně neovlivní.

1.12 Rizika pro plod

Signore (2012) uvádí, že u žen s transversální míšní lézí nebývá nijak značně velké riziko postižení plodu. Běžným problémem u těchto žen bývá reakce léků na plod, které užívají. V těchto případech by tyto ženy měly užívání léků konzultovat s lékařem. Běžně předepsané léky jsou anticholinergika na křeče močového měchýře a antispasmodika na řízení svalové spasticity. Obecně většina léků by neměla nijak plodu škodit, tudíž žena může nadále pokračovat v užívání léků, za podmínky konzultace s lékařem, kdy lékař může pozměnit dávkování léků.

PRAKTICKÁ ČÁST

2 CÍL

Zjistit, zda jsou porodní asistentky dostatečně připraveny a obeznámeny specifiky těhotenství a specifiky péče o těhotné ženy, které byly upoutány na invalidní vozík.

2.2 Dílčí cíle

1. Mají porodní asistentky zkušenost s těhotnými ženami na vozíčku?
2. Zjistit, jaké znalosti mají porodní asistentky o těhotenství u žen s míšní lézí.
3. Posoudit, v jaké míře je jejich zdravotnické zařízení bezbariérové a uzpůsobené pro ženy s touto diagnózou.

Průzkumné otázky

Průzkumná otázka 1 – Je na oddělení šestinedělí a porodním sále zabezpečen plně bezbariérový přístup?

Průzkumná otázka 2 – Umí porodní asistentky manipulovat a komunikovat se ženami s míšní lézí?

2.3 Metoda sběru dat

Pro praktickou část této bakalářské práce jsme zvolili kvantitativní průzkum formou dotazníku, který je uveden jako Příloha č. 3.

Dotazník obsahoval 16 uzavřených otázek, které jsou pomyslně rozděleny na 3 části. První část se týká zkušeností porodních asistentek s tělesně postiženými osobami a s těhotnými ženami na vozíčku (1, 4, 5, 6), druhá část je zaměřena na znalosti porodních asistentek o těhotenství u žen s míšní lézí (2, 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16) a poslední částí se zjišťuje v jakém rozsahu je jejich zdravotnické zařízení uzpůsobeno ženám na invalidním vozíčku (7, 8, 9, 10).

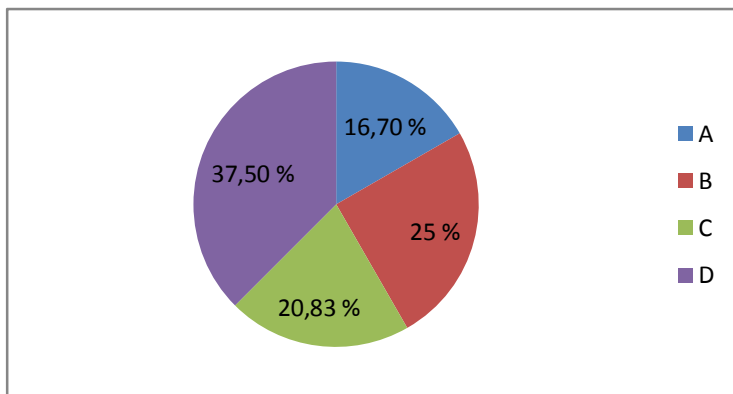
Dotazník objasňoval důvod vzniku a obsahoval poděkování za vyplnění dotazníku. Porodní asistentky byly ujistěny, že dotazník je anonymní a odpovědi byly zpracovány a vyhodnoceny dle průzkumného problému bakalářské práce. Průzkum jsme realizovali v Nemocnici Rudolfa a Stefanie v Benešově v roce 2015 a na začátku roku 2016.

2.4 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvořily porodní asistentky z Nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově, na základě Protokolu k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce, který je uveden jako Příloha č. 2. Vytvořili jsme 30 dotazníků, které jsme rozdali na oddělení šestinedělí, porodním sále a na oddělení rizikového těhotenství. Vrátilo se nám zpět 24 vyplněných dotazníků, což představuje 80 %. Vyplněné dotazníky jsme zpracovali a vyhodnotili v koláčových grafech. Poté jsme dle statistického testu nezávislosti vyhodnotili 4 otázky z dotazníku v kontingenčních tabulkách.

3 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

1. Položka – Máte zkušenosti s pacienty (muži i ženy), kteří mají míšňí lézi?



A) **Ano, mám zkušenosti s těmito lidmi z osobního života.**

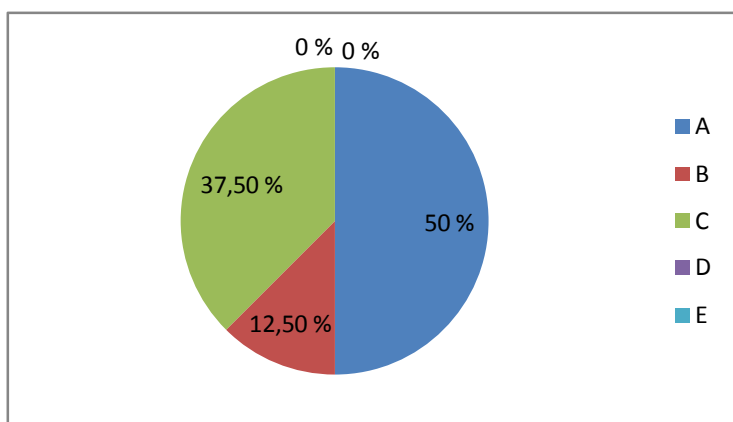
B) **Ano, mám zkušenosti v rámci výkonu povolání**

C) **Nesetkala jsem se těmito lidmi**

D) **Mám jen teoretické znalosti pro výkon povolání ze studia**

Touto otázkou jsme zjistili, že 16,70 % porodních asistentek má vlastní zkušenosti z osobního života s lidmi s touto diagnózou, 25 % porodních asistentek má zkušenosti s těmito lidmi v rámci výkonu povolání, 20,83 % porodních asistentek se s lidmi s touto diagnózou nesetkala a 37,50 % má pouze teoretické znalosti ze studia pro výkon povolání.

2. Položka – Uveďte zdravotní komplikaci, kterým nejvíce trpí osoby s míšňí lézí.

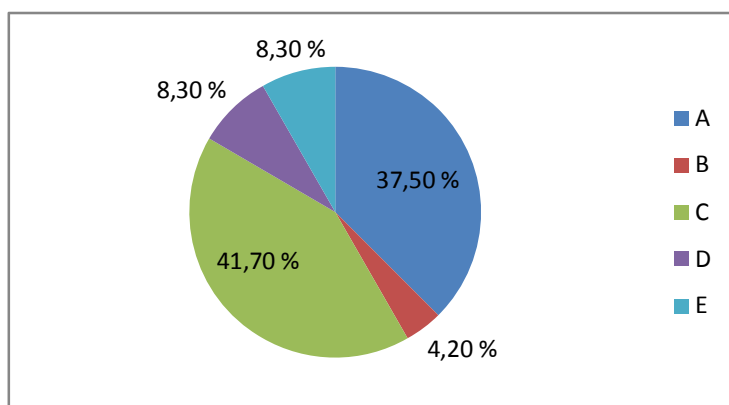


- A) Dekubity
- B) Dýchací problem
- C) Urologické potíže
- D) Hypertenze
- E) Hypotenze

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda jsou porodní asistentky obeznámeny s nejčastějšími zdravotními problémy, kterými mohou trpět vozíčkáři. 50 % porodních asistentek označilo, že nejčastěji vozíčkáři trpí dekubity, 12,5 % porodních asistentek odpovědělo, že nejčastěji vozíčkáři trpí dýchacími problémy a 37,5 % porodních asistentek uvedlo, že nejčastěji trpí vozíčkáři urologickými problémy.

Špálová (2006) uvádí, že nejvíce vozíčkáři trpí urologickými potížemi, na druhém místě dekubity a na třetím místě dýchacími problémy. Hypertenze a hypotenze mají také svůj důležitý význam u osob s míšní lézí, ale není to jeden z nejčastějších zdravotních komplikací u lidí s touto diagnózou.

3. Položka – Jaké nejčastější komplikace mohou potkat těhotné ženy s míšní lézí?



- A) Dekubity
- B) Dýchací problem
- C) Urologické potíže
- D) Hypertenze
- E) Hypotenze

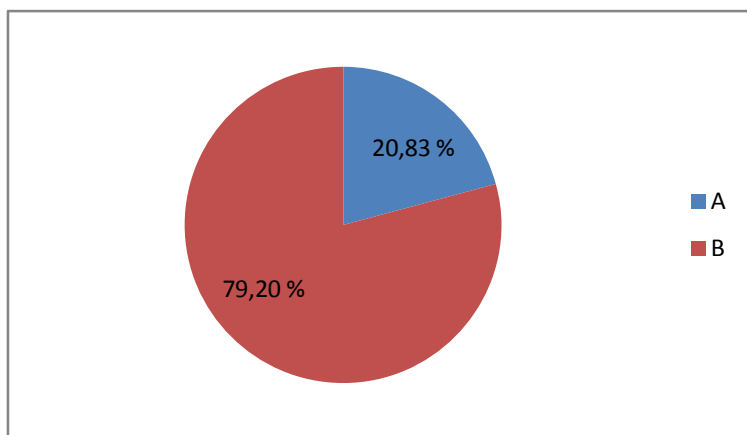
Touto otázkou v dotazníku jsme zjistili, že 37,5 % porodních asistentek tvrdí, že těhotné ženy s touto diagnózou nejvíce mohou potkat dekubity.

41,7 % porodních asistentek odpovědělo, že těhotným ženám na vozíčku nejvíce hrozí urologické komplikace.

8,3 % tvrdí, že mohou nastat komplikace hypertenze a hypotenze a pouhá 4,2 % tvrdí, že u těhotných na vozíčku mohou nastat dýchací obtíže.

Špálová (2006) uvádí, že ženy s míšní lézí nejvíce trpí urologickými problémy, kdy hrozí infekce močového traktu, která vede až k selhání ledvin. Dále obecně tito lidé, kteří jsou upoutáni na invalidní vozík trpí rizikem vzniku dekubitů, kdy léčba nebývá snadná. U žen s poškozením míchy nebývá riziko předčasného porodu vyšší než u běžné populace. Riziko je zvýšeno při jakýchkoli infekcích – poševních, které mohou postoupit až do dělohy. Hypertenze, hypotenze a trávicí potíže nejsou tak časté komplikace u těhotných žen s touto diagnózou.

4.Položka – Máte vlastní zkušenosti s těhotnou ženou s míšní lézí?

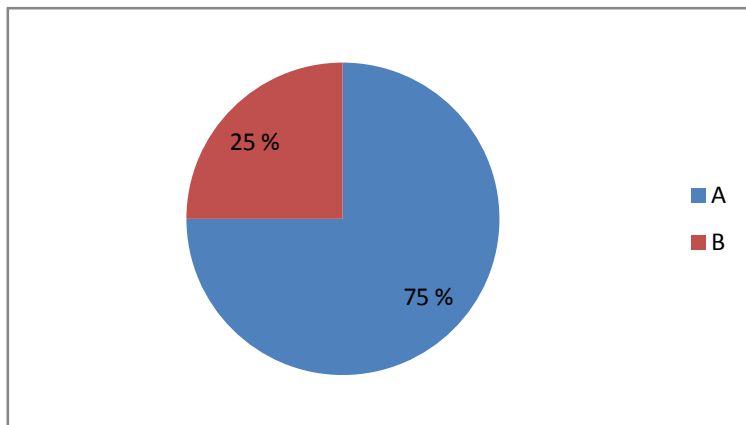


A) **Ano**

B) **Ne**

Touto otázkou jsme zjistili, že 79,2 % nemá zkušenosti s těhotnými ženami s míšní lézí a 20,83 % má osobní zkušenosti s těhotnými s touto diagnózou.

5. Položka – Je vaše komunikace se ženou s touto diagnózou pro Vás obtížnější než se zdravou těhotnou ženou?

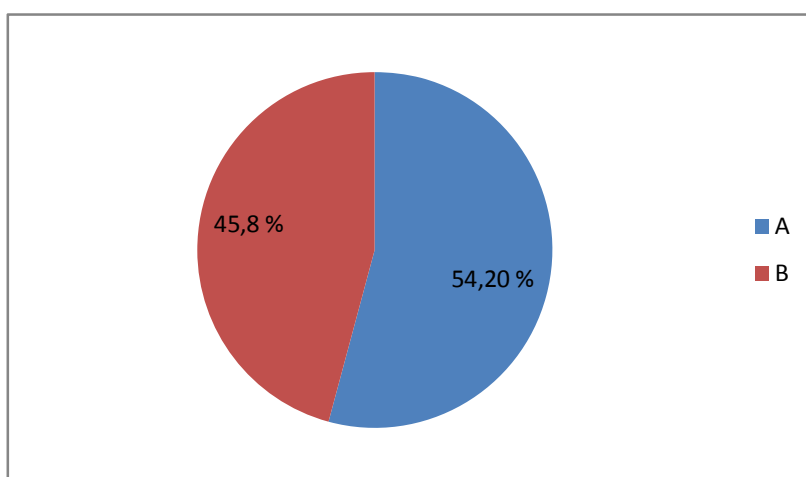


A) Komunikace není pro mne překážkou

B) Komunikace je pro mne obtížná

Touto otázkou jsme zjistili, že pro většinu porodních asistentek není překážkou komunikace s těhotnými ženami s míšní lézí, což je 75 % a 25 % porodních asistentek ví, že komunikace by byla značně obtížnější s těhotnou na vozičku než se zdravou těhotnou ženou.

6. Položka – Je manipulace s těhotnou ženou s míšní lézí pro Vás obtížná?

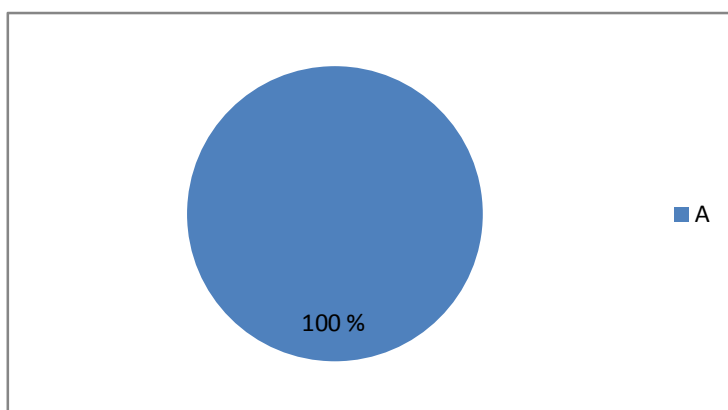


A) Manipulace s touto ženou není pro mne překážkou

B) Manipulace je pro mne obtížná

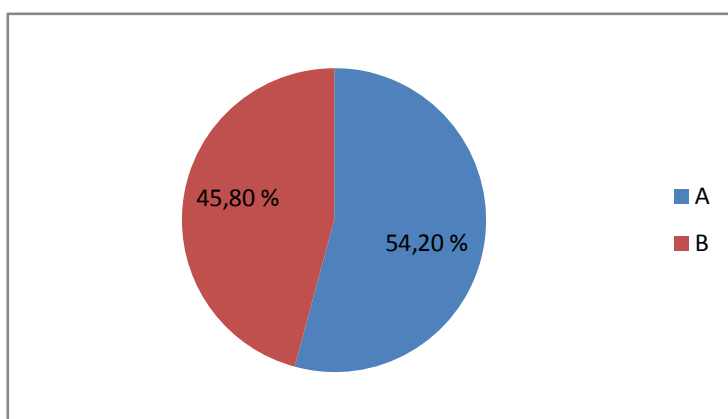
Tato otázka nám prozradila, že 54,2 % porodních asistentek nemá problém s manipulací s těhotnými s touto diagnózou, 45,8 % porodních asistentek udalo, že je pro ně manipulace se ženou s míšní lézí obtížná.

7. Položka – Nabízí vaše oddělení šestinedělí bazbariérový přístup?



U této otázky jsme zjistili, že všech 24 porodních asistentek, neboli 100 % odpovědělo, že v jejich zdravotnickém zařízení je téměř bezbariérový přístup.

8. Položka – Nabízí váš porodní sál bezbariérový přístup?

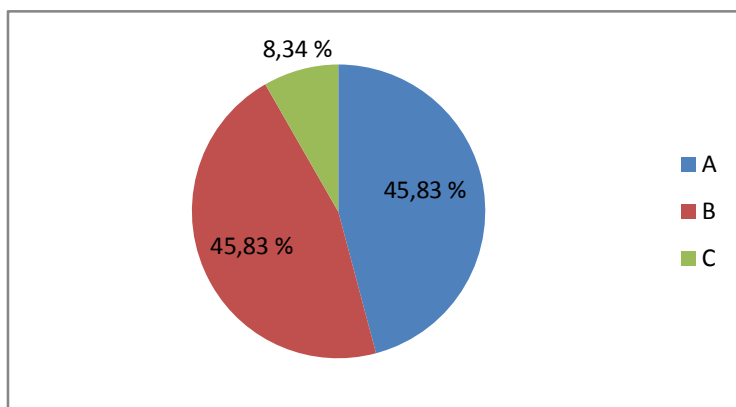


A) **Ano**

B) **Ne**

54,2 % porodních asistentek uvedlo, že je jejich porodní sál plně bezbariérový, 45,8 % porodních asistentek označilo, že není úplně bezbariérový.

9. Položka – Ohodnot'te bezbariérový přístup ve vaší nemocnici.



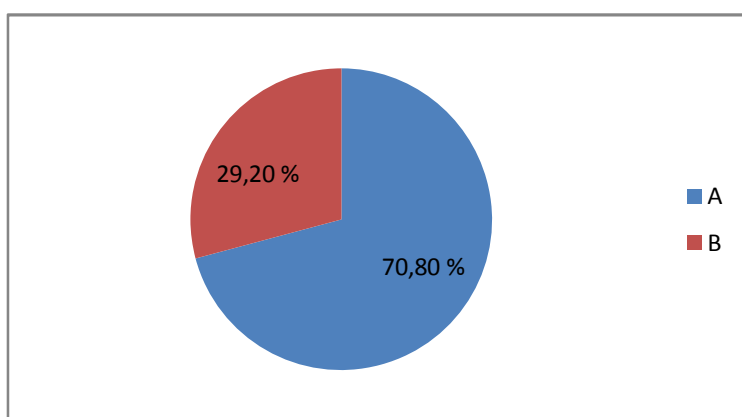
A) Výborný

B) Dobrý

C) Špatný

V této otázce jsme se dozvěděli, že 45,83 % porodních asistentek hodnotí jejich zdravotnické zařízení výborně a dobře. 8,34 % porodních asistentek hodnotí jejich bezbariérový přístup jako špatný.

10. Položka – Máte ve vaší nemocnici dostatek vybavení pro ženy s touto diagnózou?

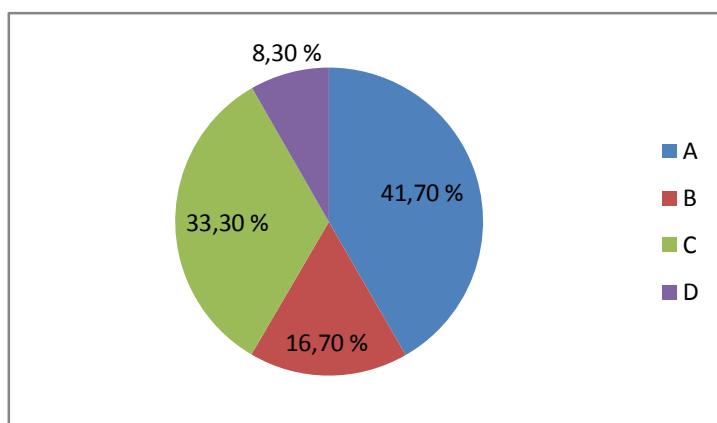


A) **Ano, naše zdravotnické zařízení má dostatek vybavení pro ženy s touto diagnózou**

B) Je potřeba nabídnout více pomůcek k polohování a ke každodenní péči pro tyto ženy (madla, zvedák, antidekubitní pomůcky)

Touto otázkou jsme zjistili, že většina porodních asistentek je spokojena s vybavením jejich nemocnice pro těhotné ženy s touto diagnózou a to je 70,8 % a 29,2 % porodních asistentek odpovědělo, že by bylo potřeba jejich zdravotnické zařízení obohatit pomůckami pro těhotné ženy na vozičku.

11. Položka – Na co byste se při sepisování anamnézy nejvíce zaměřila u žen s míšní lézí?



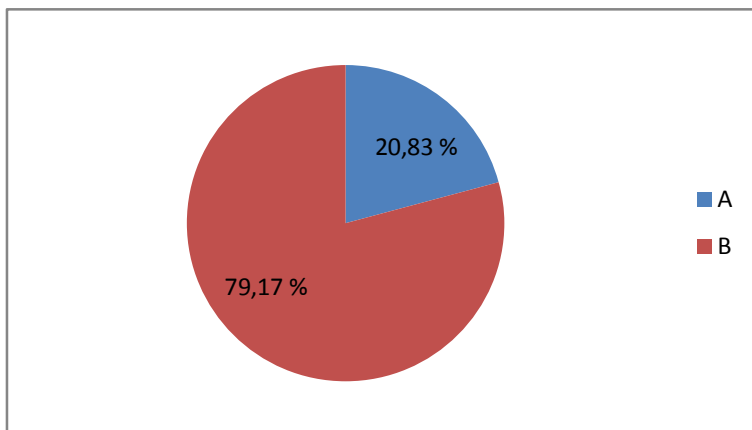
- A) **Soběstačnost**
- B) **Genetické predispozice**
- C) **Otoky**
- D) **Sociální anamnéza**

Touto otázkou jsme chtěli zjistit poznatky porodních asistentek a v dotazníku jsme se dozvěděli, že 41,7 % porodních asistentek by se nejvíce zaměřila na soběstačnost pacientky, 33,3 % porodních asistentek by se zaměřila na otoky pacientky, 16,7 % porodních asistentek by více rozpracovala genetickou stránku těhotné ženy s touto diagnózou a 8,3 % porodních asistentek by nejvíce zajímala sociální stránka těchto žen.

Rogers, (2006) uvádí, že samozřejmě soběstačnost ženy i sociální anamnéza je velmi důležitá, ale nejdůležitější je genetická stránka u těhotných žen s touto diagnózou,

aby se potvrdilo, zda-li plod dítěte bude zdravé, či ne. Také záleží, jestli těhotná žena upoutaná na invalidní vozík je od narození invalidní, či trpí od narození nějakou nemocí, která ji dovedla k invaliditě a nebo je žena z důvodu úrazu na invalidním vozíku.

12. Položka – V České republice ženy s míšní lézí převážně rodí spontánním porodem nebo Sectio Caesarea?

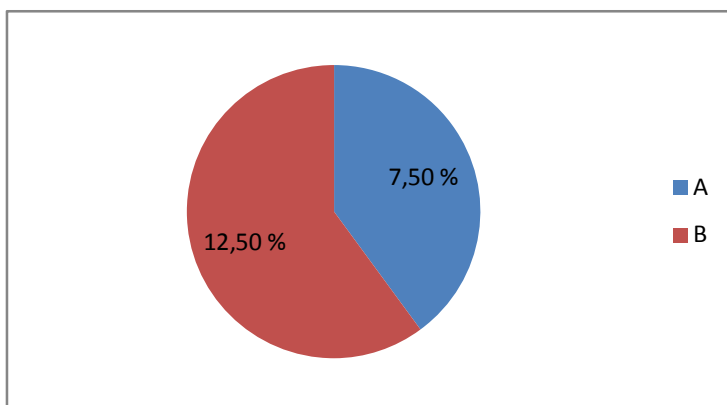


A. Spontánní porod

B. Sectio Caesarea

Roztočil (2008) říká, že u nás v České republice těhotné ženy s míšní lézí převážně rodí císařským řezem, protože kontrakce nejsou ženou vnímány, a proto je obtížné určit začátek porodu.

13. Položka – Pokud jste zadala spontánním porodem, proč?



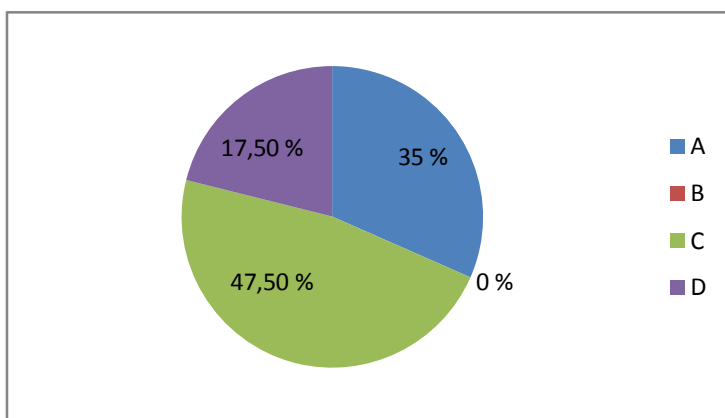
A. Toto onemocnění není indikací k Sectio Caesarea

B. Nehrozí pooperační komplikace jako po Sectio Caesarea

20,83 % porodních asistentek uvedlo, že těhotné ženy s touto diagnózou převážně rodí spontánním porodem a 79,17 % porodních asistentek odpovědělo, že těhotné ženy na invalidním vozíku rodí spíše Sectio Caesarea.

7,5 % porodních asistentek říká, že toto onemocnění není indikací k císařskému řezu a 12,5 % porodních asistentek tvrdí, že nehrozí takové pooperační komplikace jako po císařském řezu.

14. Položka – Pokud jste zadala Sectio Caesarea, proč?



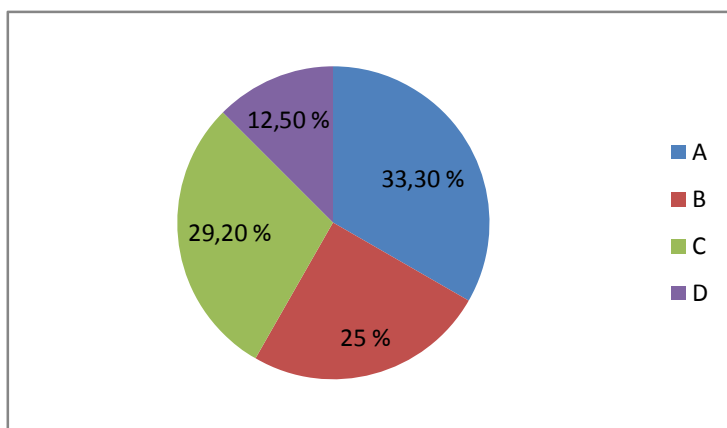
- A) **Hrozí mnoho komplikací u žen s touto diagnózou**
- B) **Je to pohodnější způsob porodu pro tyto ženy**
- C) **Ženy s míšní lézí nemají funkční svaly břišního lisu, hrozí riziko nepostupujícího porodu a hypoxie plodu**
- D) **Ženy s touto diagnózou trpí respiračními problémy**

20,83 % porodních asistentek označilo, že těhotné ženy s touto diagnózou rodí převážně spontánním porodem.

17,5 % porodních asistentek odpovědělo, že rodí císařským řezem z důvodu respiračních problémů, 35 % porodních asistentek si myslí, že hrozí mnoho komplikací u těhotných žen s míšní lézí u spontánního porodu, proto volí císařský řez. 47,5 % porodních asistentek tvrdí, že ženy s touto diagnózou nemají funkční svaly břišního lisu a proto nemohou rodit spontánním porodem.

Špálová, (2006) tvrdí, že v České republice převážně těhotné ženy s míšní lézí rodí Sectio Caesarea z důvodu, že tyto ženy hlavně nemají funkci svalů břišního lisu, dále z respiračních důvodů, kdy je ve třetím trimestru děloha postavena nejvýš, a proto je funkce bránice omezena, a proto rodičky s touto diagnózou nejsou schopny spontánní porod udýchat.

15. Položka – Podle jakých příznaků byste určila u žen s míšní lézí, že se jedná o začátek porodu?



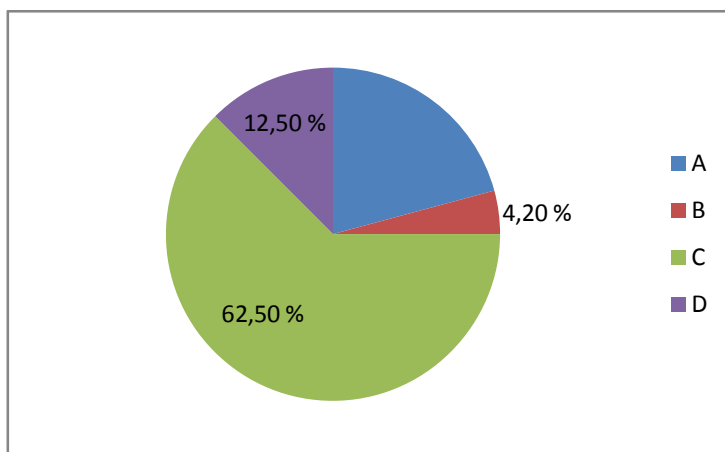
- A) **Pravidelné kontrakce**
- B) **Odteklá plodová voda**
- C) **Otevírání vaginální branky**
- D) **Dle termínu porodu, důležitá včasná hospitalizace a kontrola každodenního vyšetření**

Touto otázkou jsme zjistili, že 33,3 % porodních asistentek by určila začátek porodu dle pravidelných kontrakcí. 25 % porodních asistentek by určila začátek porodu dle odteklé plodové vody. 29,2 % porodních asistentek by určilo začínající porod dle otevírání vaginální branky.

12,5 % porodních asistentek by nechalo hospitalizovat těhotné s touto diagnózou dle termínu porodu a prováděly by pravidelné vaginální vyšetření a určovaly by zralost porodních cest k porodu.

Jak jsme se již zmínili na straně 12, tak těhotné ženy s touto diagnózou nevnímají děložní kontrakce, a proto bychom obtížně určovali začátek porodu. Ve III. trimestru je nutné týdenní vaginální vyšetření se stanovení cervix skóre, který signalizuje možný blízký začátek porodu. U těchto pacientek je častý překotný porod, proto je vhodná preventivní hospitalizace několik týdnů před porodem a každý den kontrolovat otevírání vaginální branky.

16. Položka – Mezi nejčastější úrazy, které vedou k poranění míchy patří:



- A) **Sportovní úrazy**
- B) **Úrazy v domácnosti**
- C) **Dopravní úrazy**
- D) **Pracovní úrazy**

Na tuto otázku nám 62,5 % porodních asistentek odpovědělo, že nejčastějšími úrazy, které způsobují poranění míchy jsou dopravní úrazy. 20,80 % porodních asistentek uvedlo sportovní úrazy, 12,5 % odpovědělo pracovní úrazy a 4,2 % neboli jedna porodní asistentka označila úrazy v domácnosti.

Dle statistických údajů máme zjištěno, že nejčastěji tato poranění vznikají při dopravních nehodách, na druhém místě pracovní úrazy, dále sportovní a nakonec úrazy v domácnostech.

Statistické vyhodnocení dle testu nezávislosti – obtížnost komunikace a manipulace porodních asistentek s těhotnými ženami s míšní lézí

Skutečné četnosti

Znak	Komunikace	Manipulace	Celkem
Není překážkou	18	13	31
Je obtížná	6	11	17
Celkem	24	24	48

Očekávané četnosti

Znak	Komunikace	Manipulace	Celkem
Není překážkou	15,5	15,5	31
Je obtížná	8,5	8,5	17
Celkem	24	24	48

Testové kritérium:

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 2,277$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha); df} = 2,706$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 10 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

Statistické vyhodnocení dle testu nezávislosti – bezbariérové přístupy na oddělení šestinedělí a porodních sálů

Skutečné četnosti

Znak	Odd. šestinedělí	Porodní sály	Celkem
Ano	24	13	37
Ne	0	11	11
Celkem	24	24	48

Očekávané četnosti

Znak	Odd. šestinedělí	Porodní sály	Celkem
Ano	18,5	18,5	37
Ne	5,5	5,5	11
Celkem	24	24	48

Testové kritérium:

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:
 $G = 14,27$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha), df} = 2,706$$

Rozhodnutí:

Na hladině významnosti 10 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu, která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

Analýza výsledků průzkumu

Ze statistického vyhodnocení testu nezávislosti možnosti bezbariérového přístupu na oddělení šestinedělí a porodních sálů vyplynulo, že při hladině významnosti 10 % byla nulová hypotéza o nezávislosti jednotlivých znaků zamítnuta. Tímto bylo prokázáno, že existuje určitá závislost vybavenosti oddělení šestinedělí a porodních sálů bezbariérovými přístupy. Což je zdokumentováno na straně 48.

Dle statistického vyhodnocení testu nezávislosti obtížnosti komunikace a obtížnosti manipulace porodních asistentek s těhotnými ženami s míšní lézí byla přijata nulová hypotéza o nezávislosti jednotlivých znaků. Tím bylo prokázáno, že neexistuje určitá závislost mezi obtížností komunikace a obtížností manipulace s těhotnými ženami s míšní lézí. Toto je při hladině významnosti 10 % uvedeno na straně 49.

Diskuze

Výsledky vykonaného průzkumu se nedají srovnávat s výsledky jiných vykonaných průzkumů, protože většina je orientována spíše na těhotné ženy s míšní lézí, na jejich informovanost a prožitky během těhotenství a porodu.

Tímto průzkumem jsme zjistili, že většina porodních asistentek nemá zkušenosti s těhotnými ženami s míšní lézí, což není pro nás překvapivým výsledkem.

Dále většina otázek se zaměřovala na znalosti porodních asistentek o těhotenství u žen s míšní lézí. Touto částí průzkumu jsme se dozvěděli, že porodní asistentky o těhotných ženách s touto diagnózou mnoho neví, a proto si myslíme, že by si tyto ženy měly vyhledat specializovanou porodnici, kde mají zkušenosti s těmito ženami a rodit pod odborným dohledem specialistů.

Bezbariérovost zařízení hodnotily porodní asistentky kladným výsledkem, se kterým jsme předpokládali.

Komunikaci porodních asistentek našeho průzkumu s těhotnými ženami s míšní lézí jsme srovnávali s výsledky rozhovoru uvedeného v Diplomové práci studentky Jitky

Vladíkové (2007). Náš průzkum se orientoval především na porodní asistentky a průzkum formou rozhovoru studentky Jitky Vladíkové (2007) se zaměřoval na tělesně postižené rodičky. V průzkumu studentky Jitky Vladíkové (2007) jsme zjistili, že tělesně postižené matky byly se zdravotnickým personálem nadmíru spokojené a dále nebylo zjištěno, že by měly porodní asistentky obavy z náročnějších situací. V našem průzkumu jsme se dozvěděli, že práce s těhotnými ženami s míšní lézí není pro porodní asistentky zdaleka lehká. Zde vidíme příklad toho, jak mohou být pro zdravotnický personál z psychologického hlediska situace složité a přesto k případu přistupují profesionálně.

V průzkumu bylo dosaženo všech cílů. Bylo zjištěno, že Průzkumná otázka 1 se potvrdila, protože výsledky průzkumu ukázaly, že oddělení šestinedělí je plně bezbariérové a porodní sál nemá zcela bezbariérové možnosti. Jako například práh při vstupu do sprchy.

Průzkumná otázka 2 se potvrdila. Porodní asistentky uváděly, že komunikace se ženou s diagnózou míšní léze je pro ně snažší než manipulace s takovou ženou. Dle statistického testu nezávislosti se potvrdilo, že nemá na sobě závislost komunikace a manipulace porodních asistentek s těhotnými ženami s míšní lézí.

Doporučení pro praxi

Na základě dotazníku bylo zjištěno ještě několik dalších poznatků například, že ne mnoho porodních asistentek má zkušenosti s těhotnými vozíčkářkami. Vzhledem k ženám s míšní lézí, které se rozhodnou založit si vlastní rodinu i přesto, jaká omezení prožívají, by se na ně mělo poukázat především v porodnické péči.

Zde uvádíme pro porodní asistentky pár doporučení pro komunikaci s budoucí maminkou s tělesným postižením ve zdravotnickém zařízení:

Komunikujte s osobou s tělesným postižením, ne s jejím doprovodem

Toto pravidlo platí jak v případě přivolání pacienta do ordinace, tak při zjišťování anamnézy, kdy je nutné komunikovat s osobou s postižením, nikoliv s jejím případným

doprovodem. Jedinci s postižením je pak velice nepříjemné, když namísto s ním komunikujete s jeho doprovodem, cítí se nesvéprávný.

Nechte se vést pokyny osoby s tělesným postižením

Při nezbytné fyzické pomoci je nutné nechat se vést osobou s tělesným postižením, která přesně ví, jakým způsobem jí můžete pomoci. Mnoho pacientů umí přesně a konkrétně popsat způsob, jak mu můžete pomoci s přesunem na lůžko, WC, při pomoci s oblékáním či poskytnutí jiné podpory v dalších činnostech.

Zvyšujte jistotu a pocit soběstačnosti

Při poskytnutí nezbytných kompenzačních pomůcek (vozík, berle, schodištní plošiny, rampy, sedačky do vany, antidekubitní podložky atp.) zvyšujete jistotu a pocit soběstačnosti pacienta s tělesným postižením, proto se snažte, aby všechny potřebné pomůcky měl jedinec s tělesným postižením u sebe, či k nim měl snadný přístup.

Zjistěte rozsah postižení a s tím související možná omezení v komunikaci

U osob s výrazně narušenou expresivní složkou řeči (např. u osob s dětskou mozkovou obrnou) jsou často využívány náhradní a podpůrné způsoby komunikace (tzv. AAK – alternativní a augmentativní komunikace). Zjistěte, zda pacient používá některý z těchto systémů doplňující standardní komunikační kód – jazyk (fotografie, piktogramy, Makaton, znak do řeči a podobně) – a komunikujte s ním alternativní nebo augmentativní komunikací.

Nemanipulujte s vozíkem bez vědomí pacienta, buďte připraveni na odmítnutí

V případě, že je pacient na vozíku, je mu velice nepříjemné, když s ním manipulujete bez jeho vědomí, proto se ho vždy zeptejte, než ho přemístíte z místa na místo. Neberte manipulaci s jedincem na vozíku jako automatickou povinnost každého člověka, ten může mít k odmítnutí tisíce různých, třeba i zdravotních důvodů.

Pokuste se zachovat běžná společenská pravidla v komunikaci

Mnoho lidí se domnívá, že jedinec s tělesným postižením má současně jiné, přidružené postižení. Opak je pravda – ne všichni jedinci s tělesným postižením mají současně mentální postižení. Proto zachovávejte symetrii vztahu: berte dospělého jedince s tělesným postižením jako dospělého, nepoužívejte například zbytečné zdobněliny a respektujte svého komunikačního partnera jako rovnocenného. Buďte také připraveni na to, že viditelnost postižení ve vás může vyvolat různé reakce, někdy to jsou reakce nepřiměřené (projevy lítosti, opovržení, posměchu a podobně).

Přizpůsobte svoji pozici při komunikaci

Pro člověka na vozíku je někdy velmi obtížné komunikovat s člověkem stojícím (vytváří se velký výškový rozdíl). Snažte se vzájemnou komunikaci přizpůsobit zornému poli pacienta tak, že si k němu například sednete, aby vaše komunikace probíhala tzv. „tváří v tvář“.

Komunikujte!

Vzájemná komunikace usnadní další potřebné postupy. Pacientů na vozíku se neostýchejte optat na jejich pohybové možnosti. Ne každý, kdo sedí na vozíku, je na něj upoután či naopak – kdo chodí, je schopen se například sám, bez pomoci zvednout ze židle.

V porodnictví by se mělo s těhotnými ženami s míšními lézích plně počítat, a proto zde uvádíme pár rad, které by měly těhotné ženy s touto diagnózou znát:

Vítová (2007) doporučuje:

- Právo na nerušený soukromý a rodinný život je zaručeno každému Listinou základních práv a svobod 23/1991 Sb. Stejně tak má každý právo na adekvátní péči, včetně případné léčby neplodnosti a aplikace metod asistované reprodukce, pokud toto potřebuje, a to bez ohledu na to, má-li taková pacientka nějaký handicap či nikoli.

- Pokud jste zdravotně postižená a chcete mít dítě, nikdo Vám to nesmí zakazovat, pokud Vám lékař těhotenství ze zdravotních důvodů nedoporučí, chtějte vědět proč a máte-li možnost, zeptejte se i více lékařů.
- Pokud nechcete chodit na běžné kurzy pro těhotné, je dobrým řešením třeba dula nebo porodní asistentka, poradí, vysvětlí, a to většinou daleko obsáhleji než na kurzech. Protože dula nebo porodní asistentka se individuálně zaměřuje pouze na Vás.
- Najděte si např. dulu nebo soukromou porodní asistentku – ta může být možná i dobrým řešením pro prenatální péči, není-li třeba nějaký zvýšený dohled a některé nabízí kontinuální péči – v těhotenství, při porodu v nemocnici a pak návštěvy v šestinedělí, takže můžou pomoci předvídat a řešit např. problémy s kojením či péčí o dítě a sebe dané individuálním postižením, zkrátka někoho, kdo Vás v těhotenství psychicky podpoří, partner – otec dítěte to sám obvykle nezvládá, neboť je to pro něj též nápor, má prostě také strach. Sestavte si porodní plán, nebo aspoň rámcový návrh toho, co je pro vás u porodu přijatelné a co už méně.

ČESKÉ užitečné odkazy:

<http://duly.cz> – seznam dul

www.ckpa.cz, www.unipa.cz – profesní organizace porodních asistentek, lze je požádat o kontakt na porodní asistentku ve Vašem okolí

www.porodniasistence.cz – časopis Porodní asistence, s odkazem na Almanach soukromých porodních asistentek, který vydává

www.iham.cz – Hnutí za aktivní mateřství, věnuje se problematice přirozených porodů u nás

ZÁVĚR

Bakalářská práce se především zabývá těhotnými ženami s transverzální míšní lézí. V začátku práce uvádíme informace o poranění páteře a míchy a psychologickou stránku handicapovaných, jak vnímají sebe sami ve vztahu s tělesným postižením. Dále se zaměřujeme na sexuologickou problematiku tělesně postižených, kde se dozvídáme, že každá ochrnutá žena je schopna sexuálního styku a stejně tak může přirozeně otěhotnět. V práci se také zmiňujeme o možnosti asistované reprodukce u žen s touto diagnózou, kdy je více alternativních metod způsobu oplodnění.

V bakalářské práci také uvádíme informace o správné stravě a výživě v těhotenství a především upozorňujeme na zvýšený nárůst váhy, které by se měly ženy s touto diagnózou vyvarovat. Dále více rozpracováváme téma týkající se dekubitů, které postihují nejen ženy na vozíku, ale všechny tělesně postižené osoby.

Důležitou částí v bakalářské práci jsou fyziologické změny v těhotenství u žen s touto diagnózou, kde ty nejdůležitější postupně rozpracováváme. Také se v práci zaměřujeme na komplikace v těhotenství, které mohou těhotné ženy s míšní lézí postihnout a to především urologické problémy.

Součástí bakalářské práce je kvantitativní průzkum formou dotazníku, kde se zaměřujeme na připravenost porodních asistentekna těhotné ženy s touto diagnózou.

Cílem bakalářské práce je více zviditelnit problematiku těhotenství u žen s míšní lézí a poukázat na ženy s míšní lézí, které by rády prošly mateřstvím jako každá zdravá žena.

Cíle bakalářské práce, které jsme stanovili v Úvodu byly splněny.

SEZNAM LITERATURY

BEDNAŘÍK, J., a kol., 2010. *Poranění míchy*. Klinická neurologie – speciální část. [online]. ISBN 978-80-738-7389-9. [citováno 28.12.2015]. Dostupné z: <http://www.medicabaze.cz>.

BINDER, T., 2002. *Farmakoterapie v průběhu gravidity*. [online]. [citováno 15.3.2016]. Dostupné z: <http://www.zdravi.euro.cz>

DAWOOD, R., 2014. *Pregnancy and Spinal cord Injury*. Royal College of Obstetrician's and Gynecologists. UK. 101 p.

DUNGL, P. a kol., 2014. *Ortopedie*. 2. přepracovaná doplněná vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.

ENGIN-UML, S.Y. a kol., 2006. Comparison of three retrieval techniques in spinal cord injured men: pregnancy outcome. *Gynecol Endocrinol*. 252–255 p. ISSN neuvedeno.

HANÁKOVÁ, A., 2012. *Doporučení pro komunikaci s budoucí maminkou s tělesným postižením ve zdravotnickém zařízení*. [online]. [citováno 17.3.2016]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz>

CHEN, S.U. a kol., 2005. Successful pregnancy achieved by intracytoplasmic sperm injection using cryopreserved electroejaculate sperm in a couple both with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1884–1886 p. ISSN neuvedeno.

KLUBAL, R., 2011. *Kmenové buňky z pupečnickové krve*. [online]. Česká genetická banka. Praha. [citováno 20.4.2016]. Dostupné z: <http://www.genetickabanka.cz>

KOMIYA, A. a kol., 2004. *Clinical results of infertility treatment to male patients with spinal cord injury*. Hinyokika Kiyo, 21–23 s. ISSN neuvedeno.

KOSTKANOVÁ, O. a kol., 2009. *Tělesně handicapovaní lidé a jejich sociální integrace v ČR*. [online]. Hospodářská a kulturní studia. Provozně ekonomická fakulta ČZU v Praze. [citováno 18. 2. 2016]. Dostupné z: http://www.hks.re/wiki/telesne_handicapovani_lide_a_jejich_socialni_integrace_v_cr.

KRAUS, J. a kol., 2005. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1351-2.

KROUŽEL, L. a DRAŽANOVÁ, J., 2013. *Průlom v závodu léčby míchy*. [online]. Česká asociace paraplegiků. Praha. [citováno 20.4.2016]. Dostupné z: <http://www.vozejkov.cz>

MAJKUSOVÁ, A., 2014. *Míšní léze. Poranění míchy – míšní léze*. [online]. Školící a fyzioterapeutické centrum Jimramov. [citováno 9. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.jarmila-capova.cz/misni-leze/>.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v Ošetrovatelství. Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 3. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

PAESLACK, V., 1996. *Ochrnuté ženy*. Ortopedická klinika University v Heidelbergu. SRN. Přednáška Mezinárodního semináře Svazu paraplegiků.

PAŘÍZEK, A., 2009. *Český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím – až do dvou let dítěte*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2653-3.

ROGERS, J., 2006. *The Disabled Woman's Guide to Pregnancy and Birth*. USA: Mfrs. Inc. Demoshealth. ISBN 1-932603-08-5.

ROZTOČIL, A. a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, A. a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

SAMEŠ, M., 2005. *Neurochirurgie*. Praha: Maxdorf. 127 s. ISBN 978-80-7345-072-0.

SIGNORE, C., 2012. Society for Maternal-Fetal Medicine. *Pregnancy in Women with Spinal Cord Injuries. Publications Committee*. 24-25 p. ISSN neuvedeno.

ŠEFLOVÁ, I. a JANČÍKOVÁ, G., 2010. *Postupy v prevenci a léčbě dekubitů*. [online]. Suppl. Léčba ran a péče o pokožku. [citováno 16. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz>.

ŠPÁLOVÁ, I., 2006. *Těhotenství a porod u žen s míšní lézí*. Výpis z přednášky. Kurz „Máma na vozíku“.

ŠRÁMKOVÁ, T., 2008. *Postrauematická sexuální dysfunkce u pacientů s transverzální míšní lézí. Urologie pro praxi – přehledové články*. 285-286 s. ISSN neuvedeno.

VÍTOVÁ, K., 2007. *S bříškem a handicapem*. [online]. [citováno 19. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz> . ISSN 1214-2017.

VLADÍKOVÁ, J., 2007. *Mateřství tělesně postižené ženy*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Brno. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dagmar Opatřilová, PhD.

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol., 2008. *Velký lékařský slovník*. 8. vydání. Praha:Maxdorf. ISBN 978-80-734-5166-0.

WAHLGREN, K., 2012. An Excerpt from the Article. *Pregnancy After Spinal – Cord Injury*. 14-15 p. ISSN neuvedeno.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Průvodní list k rešerši

Příloha č. 2 – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha č. 3 – Dotazník pro porodní asistentky

Příloha č. 1

Průvodní list k rešerši

Téma rešerše: Těhotenství u žen s míšní lézí

Žadatel: Marie Vodičková

Jazykové vymezení:

Čeština, angličtina

Klíčová slova: Poranění míchy, paraplegie, kvadruplegie, těhotenství, komplikace těhotenství

Klíčová slova v angličtině: Spinal cord injuries, paraplegia, quadriplegia, pregnancy, pregnancy complications

Časové vymezení:

V českých zdrojích: 1951-2015

V zahraničních zdrojích: 2005-2015

Druhy dokumentů:

Knihy, články, kvalifikační práce

Počet záznamů:

České zdroje: 14 záznamů: (knihy, články)/plné texty: 2


Zahraniční zdroje: 40 záznamů/plné texty: 21

Základní prameny: Medvik (knihovny Medvik + Bibliographia medica Čechoslovaca), Medline, EMBASE, CINAHL)

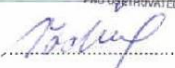
Zpracoval: Mgr. Lojdová, NLK
26. 5. 2015

Příloha č. 2

**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**
(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění
dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Marie Vodičková	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník 3.A PA
Téma práce	Těhotenství u žen s míšní lézí v korelaci se zdravou ženou	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov a.s. Máchova 400, Benešov, 256 01	
Jméno vedoucího bakalářské práce	PhDr. doc. Jitka Němcová, PhD.	
Vyjádření vedoucího bakalářské práce k finančnímu zatížení při realizaci výzkumu/průzkumu	Výzkum/průzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího bakalářské práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	 podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

V Praze, dne: 20. 11. 2015


.....
podpis studenta

Mgr. Bc. Marie Vodičková MBA
NÁMĚSTKYNĚ
PRO OŠETROVATELSKOU PÉČÍ

Příloha č. 3

Vážené porodní asistentky,

jmenuji se Marie Vodičková, jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické v Praze a mým studijním oborem je porodní asistentka. Tento dotazník jsem vytvořila za účelem mé bakalářské práce, jejíž téma se nazývá Těhotenství u žen s míšní lézí v korelaci se zdravou ženou. Cílem tohoto dotazníku je zjistit znalost porodních asistentek vzhledem k této problematice, proto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku.

Za podporu mé bakalářské práce moc děkuji.

Dotazník je anonymní.

1. Máte zkušenosti s pacienty (muži i ženy), kteří mají míšní lézi?

- A) Ano, mám zkušenosti s těmito lidmi z osobního života
- B) Ano, mám zkušenosti v rámci výkonu povolání
- C) Nesetkala jsem se s těmito lidmi
- D) Zním jen teoretické znalosti pro výkon povolání (studium)

2. Uveďte nejčastější zdravotní komplikace, kterými nejvíce trpí osoby s míšní lézí.

- A) Dekubity
- B) Dýchací problémy
- C) Urologické potíže
- D) Hypertenze
- E) Hypotenze

3. Jaké nejčastější komplikace mohou potkat ženy s touto diagnózou v těhotenství.

- A) Dekubity
- B) Dýchací problémy
- C) Urologické potíže
- D) Hypertenze
- E) Hypotenze

4. Máte vlastní zkušenosti s těhotnou ženou s míšní lézí?

- A) Ano
- B) Ne

5. Je vaše komunikace s těhotnou ženou s míšní lézí pro Vás obtížnější než se zdravou těhotnou ženou?

- A) Komunikace není pro mě překážkou
- B) Komunikace je pro mne obtížná
- C) Nevím, nemohu posoudit

6. Je manipulace s těhotnou ženou s míšní lézí pro Vás obtížná, či nikoliv?

- A) Manipulace není pro mě překážkou
- B) Manipulace je pro mne obtížná
- C) Nevím, nemohu posoudit

7. Nabízí vaše oddělení šestinedělí bezbariérový přístup?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

8. Nabízí váš porodní sál bezbariérový přístup?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

9. Ohodnoťte bezbariérový přístup ve vaší nemocnici.

- A) Výborný
- B) Dobrý
- C) Špatný

10. Máte ve vaší nemocnici dostatek vybavení pro ženy s touto diagnózou?

- A) Ano, naše nemocnice má dostatek vybavení pro tyto ženy
- B) Je potřeba nabídnout více pomůcek k polohování a ke každodenní péči pro tyto ženy (madla, zvedák, antidekubitní pomůcky)

11. Na co byste se při sepisování anamnézy nejvíce zaměřila a více rozpracovala ?

- A) Soběstačnost
- B) Genetické predispozice
- C) Otoky
- D) Sociální anamnéza

12. V České republice ženy s míšními lézímí převážně rodí spontánním porodem nebo Sectio Caesarea?

A) Spontánní porod

B) Sectio Caesarea

13. Pokud jste zadala spontánním porodem, proč?

A) Toto onemocnění není indikací k Sectio Caesarea

B) Nehrozí pooperační komplikace jako po Sectio Caesarea

14. Pokud jste zadala Sectio Caesarea, proč?

A) Hrozí mnoho komplikací u těchto žen

B) Je to pohodlnější způsob porodu pro tyto ženy

C) Necítí kontrakce, hrozí riziko nepostupujícího porodu a hypoxie plodu

D) Ženy s touto diagnózou trpí respiračními problémy

15. Podle jakých příznaků byste určila u žen s míšní lézí, že se jedná o začátek porodu?

A) Pravidelné kontrakce

B) Odteklá plodová voda

C) Otevírání vaginální branky

D) Dle termínu porodu, důležitá včasná hospitalizace a každodenní vyšetření

16. Mezi nejčastější úrazy, které vedou k poranění míchy patří:

A) sportovní úrazy

B) úrazy v domácnosti

C) dopravní úrazy

D) pracovní úrazy