

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Marie Kamarádová

**Těhotenství, porod a šestinedělí
u žen s tělesným postižením**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Dorazilová, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně s použitím literárních zdrojů a informací, které cituji a uvádím v seznamu použité literatury a zdrojů.

27. 4. 2024 v Olomouci

Marie Kamarádová

Děkuji paní Mgr. Radmile Dorazilové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, trpělivost při zodpovídání dotazů a poskytnutí užitečných rad. Poděkovat chci také své rodině za veškerou podporu a pomoc během tvorby práce.

Anotace

Typ závěrečné práce: bakalářská práce

Téma práce: Těhotenství, porod a šestinedělí u žen s tělesným postižením

Název práce: Těhotenství, porod a šestinedělí u žen s tělesným postižením

Název práce v AJ: Pregnancy, delivery, and puerperium in women with physical disability

Datum zadání: 2023-11-30

Datum odevzdání: 2023-04-27

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta: Fakulta zdravotnických věd

Ústav: Ústav porodní asistence

Autor práce: Marie Kamarádová

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Dorazilová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Štěpánka BUBENÍKOVÁ Ph.D.

Abstrakt v ČJ: Bakalářská práce se věnuje problematice těhotenství, porodu a šestinedělí u žen s tělesným postižením. Zaměřuje se na teoretické poznatky o vztahu mezi těhotenstvím a takovým postižením, a z nich vycházející péči porodní asistentky. Ženy s tělesným postižením mohou být v naší společnosti vnímány jako asexuální a neschopné otěhotnět, porodit a postarat se o děti. Tento z velké části mylný dojem může způsobit nepřipravenost porodní asistentky na práci s ženou s tělesným postižením. Bakalářská práce shrnuje důležitá témata, kterým by porodní asistentka, pečující o takovou ženu, měla rozumět.

Abstrakt v AJ: The bachelor thesis is devoted to the problems of pregnancy, childbirth and the nursing of women with disabilities. It focuses on the theoretical knowledge of the relationship between pregnancy and disability and the resulting care of midwives. Women with disabilities may be perceived in our society as asexual and unable to conceive, give birth and care for children. This largely false impression may be due to the unpreparedness of midwives to work with women with disabilities. The bachelor thesis summarizes important topics that a midwife caring for such a woman should understand.

Klíčová slova v ČJ: těhotenství, tělesné postižení, porod, šestinedělí, dětská mozková obrna, rozštěp páteře, poranění páteře

Klíčová slova v AJ: pregnancy, physical disability, labour, postpartum, cerebral palsy, spina bifida, spinal cord injury

Rozsah: 40 stran/0 příloh

Obsah

Úvod	6
1 Popis řešební strategie	8
2 Charakteristika tělesného postižení	9
2.1 Transverzální míšní léze	9
2.2 Rozštěpové vady páteře	10
2.3 Dětská mozková obrna (DMO)	10
2.4 Kompetence porodní asistentky v péči o ženu s TP	11
3 Těhotenství ženy s tělesným postižením	13
3.1 Péče porodní asistentky o těhotnou ženu s tělesným postižením	14
3.1.1 Prekoncepční příprava	14
3.1.2 Průběh těhotenství	15
3.1.3 Prenatální péče	15
3.1.4 Příprava k porodu	16
3.2 Těhotenství a transversální míšní léze	17
3.2.1 Průběh těhotenství	18
3.2.2 Péče porodní asistentky	19
3.3 Těhotenství a rozštěp páteře	20
3.3.1 Prekoncepční příprava ženy se SB	21
3.3.2 Průběh těhotenství	21
3.4 Těhotenství a dětská mozková obrna	22
3.4.1 Prekoncepční příprava	22
3.4.2 Průběh těhotenství	22
4 Porod ženy s tělesným postižením	24
4.1 Porod a transversální míšní léze	25
4.2 Porod a rozštěp páteře	26
4.3 Porod a DMO	26
4.4 Péče porodní asistentky o rodičku s TP	26
5 Šestinedělí	28
5.1 Kojení	29
5.2 Manipulace a péče o novorozence	30
5.3 Psychika ženy s TP	31
5.4 Péče porodní asistentky o šestinedělku s TP	31
5.4.1 Komunitní péče porodní asistentky v šestinedělí	32
Závěr	33
Seznam použité literatury a zdrojů	34
Seznam zkratk	39
Seznam tabulek	40

Úvod

Tématem bakalářské práce je těhotenství, porod a šestinedělí u žen s tělesným postižením. Porodní asistentka se s těmito ženami nesetkává každý den, a i když těhotné ženy s tělesným postižením můžeme dnes potkat častěji, stále jsou tyto případy ojedinělé a zkušenosti porodních asistentek omezené. Cílem práce je shromáždit dostupné informace o těhotenství, porodu a šestinedělí ženy s tělesným postižením, vyzdvihnout odlišnosti v péči porodní asistentky tak, aby odpovídala tělesnému stavu ženy, a poskytnout informace pro samotné ženy s tělesným postižením, které plánují otěhotnět, nebo již těhotenství prožívají.

Provedením rešeršní činnosti v několika světových databázích, byly vyhledané zdroje aktuálních informací na dané téma. Dále byly použité publikace poskytující zejména neměnné teoretické poznatky o jednotlivých handikepech. Výběr článků probíhal na základě klíčových slov, titulu, abstraktu i přečtení plného textu. Nehodící se články nebyly do práce zahrnuté.

Cíle práce byly naplněny, v jednotlivých kapitolách a jejich částech jsou shrnuté základní informace o Těhotenství, porodu a šestinedělí ženy s tělesným postižením, doplněné o specifické poznatky, které se vztahují k vybraným třem typům postižení. Zahrnutá jsou fakta a výsledky kvantitativních studií doplněná o zkušenosti samotných žen i porodních asistentek, účastnicích se studií kvalitativních. Práce poskytuje jak statistický pohled na problematiku, tak pohled na stránku psycho-sociální.

Výsledkem přehledové bakalářské práce je teoretický soubor informací o těhotenství, porodu a šestinedělí ženy s tělesným postižením, analýza dostupných informací o postupech v péči o tyto ženy a z toho plynoucí podněty a doporučení pro pečující porodní asistentku. Práce může sloužit i ženě s tělesným postižením, která má z jakéhokoliv důvodu o téma zájem.

Cíle práce

Hlavním cílem práce je obsáhnout problematiku těhotenství, porodu a šestinedělí žen, které žijí s některou z forem tělesného postižení, a zaměřit se na péči porodní asistentky. Tato práce má také za cíl poskytnout informace ženám, které se v takové situaci nacházejí a hledají odpovědi na své otázky, ať už těhotenství plánují, nebo právě prožívají.

Díličí cíle

1. Shromáždit informace o problematice tělesného postižení v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím.
2. Definovat zvláštnosti péče porodní asistentky o těhotné, rodící ženy a šestinedělky s tělesným postižením.
3. Sestavit soubor doporučení pro ženy s tělesným postižením plánující či prožívající těhotenství, porod a šestinedělí.

Vstupní literatura

Před tvorbou bakalářské práce byla prostudovány tyto publikace:

1. Heideveld-Gerritsen, M., van Vulpen, M., Hollander, M., et al. (2021). Maternity care experiences of women with physical disabilities: A systematic review, 96. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102938>
2. Tarasoff, L. A. A., Lunsy, Y., Welsh, K., et al. (2023). Unmet needs, limited access: A qualitative study of postpartum health care experiences of people with disabilities. *Journal of advanced nursing*, 79(9), 3324-3336. <https://doi.org/10.1111/jan.15642>
3. Procházka, M. (2020). *Porodní asistence*. Maxdorf.
4. Seidl, Z. (2023). *Neurologie pro studium i praxi* (3., zcela přepracované vydání). Grada.
5. Kalpakjian, C. Z., Kreschmer, J. M., Slavin, M. D., et al. (2020). Reproductive health in women with physical disability: a conceptual framework for the development of new patient-reported outcome measures. *J Womens Health* (2002). 2020;29(11):1427-14. *Journal of women's health*, 29(11), 1427-1436. <https://doi.org/DOI10.1089/jwh.2019.8174>

1 Popis rešeršní strategie

VHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

- **klíčová slova v ČJ:** těhotenství, tělesné postižení, porod, šestinedělí, dětská mozková obrna, rozštěp páteře, poranění páteře
- **klíčová slova v AJ:** pregnancy, physical disability, labour, postpartum, cerebral palsy, spina bifida, spinal cord injury
- **jazyk:** anglický, český
- **období:** 2001 – únor 2024
- **další kritéria:** oblast nelékařské péče

DATABÁZE

Web Of Science, SCOPUS, GOOGLE scholar, WILEY, PubMed

Nalezeno celkem 435 článků

VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

- duplicitní články
- neaktuální články
- články nesouvisející s problematikou vyhledávání
- kvalifikační práce

SHRNUTÍ VYUŽITÝCH DATABÁZÍ a VYHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

Web Of Science – 19 zahraničních článků

SCOPUS – 12 zahraničních článků

GOOGLE scholar – 8 zahraničních článků, 2 české články

WILEY – 6 zahraničních článků

PubMed – 4 zahraniční články

SHRNUTÍ DOHLEDANÝCH PERIODIK a DOKUMENTŮ

Recenzovaná periodika – 32 zahraničních, 2 česká periodika

Knižní publikace – 3 české knihy

Zákony – 1 vyhláška

Webové stránky – 1 relevantní webová stránka

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce bylo využito 44 dohledaných zdrojů

2 Charakteristika tělesného postižení

Podle definice WHO se tělesným postižením (TP) rozumí vada tělesné funkce nebo struktury, omezení pohybu při provádění různých aktivit, a tím i omezené zapojení se v mnoha životních situacích. Na postižení nemůže být pohlíženo pouze jako na zdravotní problém. Je to komplexní jev, který odráží interakci mezi lidským tělem a společností. Člověk s postižením potřebuje být schopný zvládat samostatně aktivity každodenního života, k tomu je žádoucí odstranění sociálních i prostorových bariér a zavedení novinek ve společnosti (WHO, 2011). Podle definice uvedené v jedné turecké studii (Gül a Koruk, 2019) je tělesně postižený ten člověk, který postrádá některou fyzickou schopnost v důsledku nedostatečnosti kosterní, svalové či nervové soustavy. Příčiny postižení jsou buď vrozené, nebo získané. Pro člověka tělesně postiženého je složitější se sociálně adaptovat a také vykonávat každodenní potřeby. Jeho zdravotní stav vyžaduje rehabilitaci, konzultační a podpůrné služby.

Z dat Světové zdravotnické organizace vyplývá, že více než 15 % světové populace má určitou formu postižení, z nichž nejčastější je to postižení tělesné (WHO, 2011). Každá desátá žena s tělesným postižením je právě v reprodukčním věku. Tělesná postižení, kterými se v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestineděním zabývá tato bakalářská práce, jsou transverzální míšňí léze, rozštěpové vady páteře a dětská mozková obrna.

2.1 Transverzální míšňí léze

Transverzální míšňí léze je nejzávažnější formou poranění míchy. To vzniká především v důsledku mechanického útlaku způsobeného úrazem míchy, nádorovým procesem či transverzální myelitidou. Od lokalizace a závažnosti poranění se odvíjí symptomy. Úplné přerušování v míše krční má za následek kvadruplegii, v míše hrudní spastickou paraplegii a léze v bederní oblasti způsobuje chabou nebo smíšenou paraplegii. Při inkompletní lézi má postižení charakter parézy, tedy částečné ztráty schopnosti pohybu. S poruchami hybnosti končetin je spojena porucha funkce sfinkterů, kožního i viscerálního cití a různá omezení sexuální funkce. Podle výše postižených míšňích segmentů pojmenováváme syndrom epikonu, konu a kaudy. u syndromu epikonu (postižení segmentů L4–S2) je částečně zachována hybnost dolních končetin a citlivost na jejich přední straně. Syndrom konu (postižení segmentů S3–S5) zahrnuje postižení svalů prstů a především narušení funkce sfinkterů, což vede k inkontinenci nebo retenci moči. Krví z epikonu je zásobený i míšňí konus. v případě narušení cévního zásobení míšňího epikonu se vyskytují tyto dva syndromy pospolu. Syndrom kaudy (oboustranné postižení míšňích kořenů pod úrovní segmentu L2) má velmi podobné příznaky jako zmíněné syndromy, navíc jsou spojeny s bolestí postižené oblasti. (Seidl, 2023)

2.2 Rozštěpové vady páteře

Spina bifida (SB), neboli rozštěp páteře, je vrozená vývojová vada charakterizovaná defektem páteřního kanálu, který má za následek výhřez míchy a jejích obalů v různé míře. Vzniká kolem třetího týdne prenatalního vývoje a spočívá v neúplném uzavření neurální trubice. Rozštěp páteře je nejčastějším vrozeným defektem neurální trubice. Fenotyp této vývojové vady není zdaleka jasně daný. Jedná se o škálu různých vad s podobnou příčinou, které se liší závažností i dopadem na život postiženého. Tělesné postižení, které se váže ke spině bifidě, nemusí být vždy přítomné. Bývá to porucha chůze a funkce sfinkterů. Prenatální diagnostika SB se zkvalitňuje a stoupá počet diagnostikovaných a pro tuto vadu ukončených těhotenství. Incidence rozštěpu páteře se ale po dlouhou dobu nemění. V Česku se tak v posledních letech rodí 1–2 děti se SB na 10000 narozených. (Šípek et al., 2019)

2.3 Dětská mozková obrna (DMO)

DMO, neboli dětská mozková obrna, je onemocnění vznikající v průběhu těhotenství, porodu či prvních 1–2 let od porodu. Postižení u DMO se v čase nezhoršuje, naopak, v případě efektivní rehabilitace se může klinický stav zlepšovat. Onemocnění v některých případech vzniká na podkladě nezralosti dětského mozku. Díky vyspělé lékařské péči o novorozence je paradoxně výskyt DMO na vzestupu. Přežívají totiž i pacienti, které by se dříve kvůli postižení mozku zachránit nepodařilo. Nejtypičtějším projevem onemocnění jsou poruchy hybnosti, další postižení může být smyslové, intelektuální a neurologické (epileptické záchvaty). Vlivy, jež mohou zapříčinit vznik DMO, dělíme podle období působení. **Prenatální vlivy** zahrnují onemocnění matky v těhotenství, užívání léků, drog, expozici záření či jinak vzniklé chromozomální aberace. **Perinatálním vlivem** je hypoxie plodu během porodu, a to v souvislosti s prolongovaným porodem, předčasným porodem, polohou koncem pánevním, vícečetným těhotenstvím aj. **Postnatálními vlivy** jsou úrazy nebo infekční onemocnění dítěte. (Seidl, 2023)

Dětská mozková obrna má formy **spastické** a **dyskinetické**. Spastické formy tvoří většinu, dělí se dle konkrétních poruch hybnosti.

Diparetická forma

Diparetická forma vzniká většinou v důsledku prematurity nebo perinatálních faktorů (hypoxie). Typickou posturou je semiflekční postavení trupu a spastická paraparéza dolních končetin s addukcí v kyčlích, semiflexí v kolenou a stojem na špičkách. Ortopedická korekce, nejčastěji na šlachách, umožní chůzi, většinou však s ortézami a o berlích.

Hemiparetická forma

U hemiparetické formy je hybnost narušena jednostranně a výrazněji bývá postižená horní končetina. Postižená paže je v addukci a vnitřní rotaci, ostatní klouby drží semiflekční postavení. Prsty jsou natažené s palcem v addukci. Funkce ruky je tak celkem omezena, což může mít velký význam po porodu, při péči o dítě. Dolní končetina téže strany je v addukci a extenzi, noha drží equinovarovní postavení. Při nevhodné nebo nedostatečné terapii, především rehabilitační, se rozvíjí skolióza a kontraktury. S touto formou se až ve 44 % případů vyskytuje epilepsie.

Dyskinetické formy

Dyskinetické formy dětské mozkové obrny se vyznačují abnormálními pohyby a posturami, způsobenými poruchou koordinace pohybů a regulace svalového tonu. Rozdělují se ještě na **hyperkinetické**, kdy se postižený projevuje velkými mimovolnými neúčelnými pohyby, a **dystonické**, kdy jsou emočním podnětem nebo pokusem o pohyb vyvolané abnormální změny svalového tonu trupu a šíje.

Existuje mnoho dalších forem DMO, některé mají ale nepříznivou prognózu a doprovází je mikrocefalie a mentální retardace. Některé jsou naopak méně závažné a na první pohled nepostřehnutelné. Potíže, které se projeví v dospělosti v návaznosti na DMO, jsou u žen nejčastěji inkontinence, dochází k přetěžování kloubních struktur vlivem chybného postavení a přibýváním svalových kontraktur. U kyčelních kloubů vzniká subluxace s omezením kloubního rozsahu. (Kraus, 2004, s. 68–90)

2.4 Kompetence porodní asistentky v péči o ženu s TP

Porodní asistentka má zásadní roli v péči o ženu v těhotenství, během porodu a v šestinedělí. Jejím úkolem je postarat se adekvátním způsobem taktéž o těhotnou, rodičku, a matku s tělesným postižením. Je oprávněna edukovat ženu o životosprávě v těhotenství a při kojení, o přípravě k porodu. Navštěvuje ženy v rodinném prostředí a poskytuje jim poradenství v těhotenství i ohledně péče o dítě po porodu a kojení. v § 5 odstavci 1 písmenu e–g vyhlášky 55/2011 o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků se přímo uvádí:

Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 (Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí) a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu. Přitom sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu [...] Může připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních, vést fyziologický porod a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu.

Z toho plyne, že porodní asistentka by neměla samostatně pečovat o ženy s rizikovým těhotenstvím, mezi které jsou ženy tělesně postižené ve většině případů zařazovány. Pokud je žena v lékařské péči, poradenství a příprava k porodu i domácí návštěvy během těhotenství a po porodu jsou aktivity, které z kompetence porodní asistentky ani v případě rizikového těhotenství nemohou být odstraněny. Naopak je velice vhodné, aby tyto činnosti porodní asistentka vykonávala a maximálně tak ženě s tělesným postižením usnadnila a zpříjemnila často obtížné období těhotenství, porodu a šestinedělí.

Ze studie (Kalpakjian et al., 2020), která se zabývá reprodukčním zdravím žen s TP, vyplynulo několik témat. Porodní asistentka pečující o takovou ženu, by se měla zaměřit na její edukaci. Sama ale musí mít přehled o tom, jak konkrétní postižení ženu omezuje a jak tato omezení mohou ovlivňovat průběh těhotenství. Ženy účastnicí se studie hodnotily u svých poskytovatelů péče velmi pozitivně odhodlání se učit, navzdory zprvu minimálním znalostem o TP. Porodní asistentka se může učit od samotné ženy jak její stav ovlivňuje fyziologické procesy, a podle toho přizpůsobit péči. Aby to bylo možné, je potřeba si vybudovat u ženy důvěru. Účastnicím studie právě tato vzájemná důvěra a celostní koncepce péče chyběla.

3 Těhotenství ženy s tělesným postižením

Většina žen ve svém životě dříve, či později zatouží po dítěti, po mateřství a rodičovství. Nezáleží, zda je žena naprosto zdravá, nebo má nějaké zdravotní omezení. Díky pokroku v porodnictví jsou dnes možnosti tělesně postižených žen široké, i proto je těhotenství těchto žen stále častější. Zkušenosti, vědomosti a přístup porodních asistentek, ale i porodníků a gynekologů, jsou přesto v tomto směru mnohdy omezené. (Heideveld-Gerritsen et al., 2021)

„V některých případech participantky nevěděly, jestli mohou otěhotnět. v tomto ohledu několik účastnic zmínilo, že prožily spontánní potrat nebo zamklé těhotenství. To jim přineslo pocit bolesti, ale také potvrdilo jejich schopnost otěhotnět.“ uvádí ve svém kvalitativním výzkumu Mercerat a Saïas (2021). Výsledky tohoto výzkumu také poukazují na to, že v mnoha případech zdravotník prohlásil ženu za neplodnou a tím jí uzavřel cestu k vysněnému mateřství. Jedna z žen přiznala, že později litovala toho, jak snadno se vzdala a nezkusila svoji neplodnost léčit. (Mercerat a Saïas, 2021)

Hlavní předpoklad pro těhotenství je plodnost. Tělesné postižení může, ale ani nemusí ovlivnit plodnost ženy. Ze studie provedené v Turecku (Gül a Koruk, 2019), která se zaměřovala na plodnost a těhotenské problémy žen s tělesným postižením, vyplývá, že problémy s plodností tyto ženy většinou netrpí. Ze všech žen mělo 91 % alespoň jedno dítě. Častěji v porovnání se ženami bez postižení otěhotní neplánovaně, a pokud nejsou na těhotenství připravené, nebo to jejich zdravotní stav zdánlivě neumožňuje, podstupují často umělé přerušování těhotenství. Neobvyklé nejsou ani spontánní potraty nebo intrauterinní úmrtí plodu. Komplikace s otěhotněním ale nemusí být spojené s tělesným postižením, a příčiny mohou být podobné jako u žen bez tělesného postižení.

Ze všech studií, zahrnutých v této práci, a zabývajících se vlivem tělesného postižení na těhotenství, vyplývá, že těhotná žena má vyšší riziko mnohých komplikací. Willi Horner-Johnson (2022) ve své studii uvádí, že ženy s tělesným postižením se potýkají častěji s onemocněními, které jsou pro těhotenství typické jako je gestační hypertenze, preeklampsie, gestační diabetes mellitus a další. Po porodu jsou ženy častěji opakovaně hospitalizované pro zánětlivé komplikace, např. puerperální endometritidy, nebo psychické potíže, jako je poporodní deprese a psychóza. Mimo obvyklé těhotenské komplikace se mohou potýkat s méně častými, zato závažnějšími problémy. i proto jsou ženy s TP automaticky zařazovány do skupiny rizikových těhotných (Horner-Johnson et al., 2022). Tento postup nehodnotí pozitivně účastníci Kanadské studie (Mercerat a Saïas, 2021) na téma perinatální péče a dostupnost služeb pro rodiče s postižením. V článku, který se věnuje medikaci u žen s vrozeným tělesným postižením Michelle Huez García et al. (2022) píše, že 9 z 10 těchto žen užívá během těhotenství alespoň jeden lék. v porovnání se ženami bez tělesného postižení užívají častěji analgetika, antidepressiva a antibakteriální terapii. Také je u nich častější užívání více léků zároveň. Důvodem bývá samotné postižení a výše zmíněné potíže, kterými těhotné ženy s tělesným postižením trpí častěji, než ženy bez postižení (García, Petersen et al., 2022). Riziko je vyšší

také u porodnických komplikací, které vedou k ukončení těhotenství císařským řezem, ať už akutním, nebo plánovaným. v některých případech je ale pro ženu mnohem vhodnější porodit vaginálně (Robertson, Dawood a Ashworth, 2020). Ženy s tělesným postižením rodí často předčasně, kdy příčinou je samotné postižení, nebo faktory s tím související, např. močopohlavní infekce. Z toho plynou rizika obtížné poporodní adaptace, hypotrofie a nízké porodní hmotnosti u novorozence. (García, Parker et al., 2022)

3.1 Péče porodní asistentky o těhotnou ženu s tělesným postižením

Estonská kvalitativná studie z roku 2023 poukazuje na nedostatečné vzdělání porodních asistentek ohledně těhotenství žen s omezenou mobilitou, což s tělesným postižením úzce souvisí. Ženy, účastníci se rozhovorů, uvedly, že obecné informace dostaly, ale nebyly jim zodpovězené specifické otázky, které se týkaly jejich postižení. Jedné z žen bylo naznačeno, že jelikož porodní asistentka nemá zkušenost s někým, jako ona, musí si odpovědi na otázky najít sama. Jedna z účastnic by už během plánování těhotenství ocenila kontakt na ženu, která trpí poruchou mobility a má vlastní zkušenost s těhotenstvím. Od ní by se mohla dozvědět, jakým problémům může na cestě za mateřstvím čelit. (Merits, Lubi a Tammes, 2023)

3.1.1 Prekoncepční příprava

Role porodní asistentky v péči o těhotnou ženu, rodičku a šestinedělku je především preventivní a týká se jak roviny fyzické, tak psychosociální. Proto je jejím úkolem postarat se o celkové zdraví ženy, aby se minimalizoval výskyt komplikací nejen v souvislosti s těhotenstvím. K této péči patří především edukace o zásadách zdravého životního stylu. (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků 2011)

Je vhodné pravidelně monitorovat tělesnou hmotnost a BMI, na základě toho pak ženě doporučit úpravu stravy a tělesnou aktivitu, kterou bude vzhledem ke svému postižení zvládat. Populárním sportem právě pro lidi s tělesným hendikepem bývá plavání. Porodní asistentka může nabídnout ženě individuální lekci cvičení ve stylu těhotenské přípravy, případně ji pozvat na společné lekce cvičení dle preferencí a možností ženy i porodní asistentky.

Psychosociální aspekty prekoncepční přípravy spočívají především v nalezení podpory ve svém okolí. v první řadě je podporujícím nejčastěji manžel, partner, otec dítěte. Ve studii Paige Church et al. (2021) zúčastněné ženy zdůrazňovaly důležitost podpory své rodiny i nejbližšího okolí, ale u zdravotníků ji nehledaly. Některé z nich se setkávaly s diskriminací a poznámkami ohledně toho, zda jsou vůbec schopné zvládnout těhotenství a postarat se o sebe i o dítě po porodu. Přínosnější pro ně bylo zapojení do komunit, většinou online, přes Facebook a jiné sociální sítě. Nacházely zde zkušenosti žen, které žijí s podobným postižením a prožily

nebo prožívají těhotenství a mateřství. Rozumí tak jejich obavám a otázkám a mohou jim dát užitečné praktické rady. Klíčová je ale podpora rodiny, kde ženy nachází sociální i emoční zázemí, finanční podporu a pomoc v každodenním životě. Jedna z účastnic studie (Merits, Lubi a Tammes, 2023) říká, že její rodina a přátelé jí pomohly se vším, o co požádala. Tato podpůrná síť lidí je velmi zásadní k rozhodnutí založit rodinu pro ženu s tělesným postižením i bez něj.

Porodní asistentka by měla pokrýt důležitou část podpory ze strany odborníka, vyvracet negativní komentáře a naslouchat ženě s cílem ji co nejvíce pomoci získat důvěru v sebe i ve své okolí. Může ženě nabídnout také domácí péči, doporučit sociální podporu, atd. I zdravotnický odborník může mít předsudky týkající se asexualitě tělesně postižených žen. Velmi často se kvůli tomu ženám nedostane žádných informací o jejich sexuálním zdraví, dokud se samy nezeptají. Chybí tak základní edukace i speciální informace o souvislosti sexuality s jejich tělesným postižením. Zkušenosti žen se zdravotníky ale nejsou pouze negativní. Při plánování těhotenství mají mnohé ženy jejich plnou podporu. Zásadní je podle žen s TP najít multidisciplinární tým lidí, kteří vědí, co dělají. Členové týmu by měli zastupovat povolání lékařská (porodník, neonatolog) a povolání nelékařská, a to je především porodní asistentka, fyzioterapeut, případně sociální pracovník. (Church et al., 2021)

3.1.2 Průběh těhotenství

Těhotenství ženy s tělesným postižením je specifický stav a to, jak probíhá, závisí na zdravotním stavu ženy před těhotenstvím, na typu postižení a na mnoha dalších aspektech jejího zdraví. Ženy s tělesným postižením se obecně potýkají s výhradně těhotenskými komplikacemi častěji, než ženy zdravé. Další zvýšená rizika jsou úzce svázaná se sníženou mobilitou matky, např. nadměrný hmotnostní přírůstek, žilní trombóza, obstrukce a nebezpečí pádu.

Lidé s tělesným postižením mohou být vystaveni nestabilním životním podmínkám a nižšímu sociální zařazení. Důsledkem toho mají pak problémy s financemi, stravou a snadněji se stanou kuřáky. Porodní asistentka by měla pečlivě zhodnotit sociální situaci a celkový stav ženy. Těhotenství může být i výsledkem sexuálního násilí spáchaném na ženě. Pokud existuje podezření, měli bychom mu věnovat náležitou pozornost. (Drosdzol-Cop et al., 2020)

3.1.3 Prenatální péče

Úkolem porodní asistentky je poskytovat ženě individuální prenatální péči, která bude odpovídat jejím potřebám a podmínkám. Je zcela běžné, že žena otěhotní neplánovaně. Do prenatální péče se dostává bez předchozí přípravy na těhotenství a je na porodní asistentce, aby se postarala o její náležitou edukaci, podporu a potřebnou péči.

Ve studiích (Horner-Johnson et al., 2019; Deierlein et al., 2021; Crane et al., 2019) se prokázalo, že ženy s tělesným postižením podstoupí první prohlídku v prenatální poradně v průměru dříve, než je tomu u zdravých žen. Ve většině případů jsou také automaticky řazeny mezi rizikově těhotné, proto je v prenatální péči čeká mnoho vyšetření navíc a navštěvují

ambulanci častěji, než je běžné. Dojíždění do ambulancí je pro některé ženy obtížné, především, protože samy cestovat nemohou, vždy je musí partner, nebo kdokoliv jiný dovést a asistovat jim. Ve studiích se velmi často uvádí bariérové prostředí jako překážka v poskytování prenatální péče. Ženy mají běžně potíže už jen s přístupem do ambulance. Dalším aspektem je vybavení přímo v ambulanci. Například přesun na vyšetřovací křeslo může být velmi obtížný, sresující a nebezpečný. (Horner-Johnson et al., 2019; Heideveld-Gerritsen et al., 2021)

Jedna z účastnic studie (Merits, Lubi a Tammes, 2023) sdílela zkušenost z prohlídky v prenatální poradně, kdy si s sebou přivedla kamarádku, aby ji podpořila a byla nápomocná. Personál ambulance ale zřejmě viděl situaci jinak a kamarádka nebyla adekvátně přijata jako podporující osoba. Žena už tak raději chodila do ambulance sama. Porodní asistentka by měla být otevřená všem možnostem, které ženě pomohou cítit se při vyšetření dobře a v bezpečí. u ženy s tělesným postižením je obzvlášť vhodné, aby měla doprovod, který rozumí jejímu postižení a potřebám. v rámci zmíněné studie byly ženy s péčí porodních asistentek nad očekávání spokojené.

Samotné vyšetření přináší několik specifických situací, na které porodní asistentka u ženy s tělesným postižením může při vyšetření narazit. v první řadě vysvětlení a přesun na vyšetřovací stůl nebo křeslo. Porodní asistentka by se měla ženy minimálně zeptat, jestli bude potřebovat pomoci, shodnotit její schopnosti, ale zbytečně se nevnucovat (Heideveld-Gerritsen et al., 2021). Zaujetí vhodné pozice nohou v rámci vyšetření je dalším krokem. Existuje několik možností, buď využití porodnického křesla, kde je pozice jasně daná, nebo zaujetí různých poloh na lehátku. Pro ženy se spastickým typem postižení je doporučená poloha na boku s vnější dolní končetinou pokrčenou v koleni a přitisknutou k hrudníku. Jiná pozice je tzv. diamantová, kdy jsou chodidla spojená k sobě a kolena rozevřená od sebe. Další možné pozice jsou v leže na zádech s dolními končetinami do tvaru písmene M¹ a V². (Drosdzol-Cop et al., 2020, s. 167)

3.1.4 Příprava k porodu

Příprava těhotné ženy k porodu je jednou z hlavních kompetencí porodní asistentky. Tato příprava probíhá i během prohlídek v prenatální poradně, nebo jako jednorázový kurz pořádaný porodnicí. Plnohodnotnou formou je komplexní kurz psychoprofylaktické přípravy. Ten se skládá z několika lekcí zaměřených vždy na jedno téma, od vlivu těhotenství na život ženy až po porod a péči o sebe i dítě. Součástí bývá cvičení a relaxace. Jedním aspektem takového kurzu jsou informace a osvojení dovedností, které těhotná žena potřebuje, dalším aspektem je komunita a prostor pro sdílení, které najde ve skupinovém kurzu. Žena s TP v kurzech hledá především informace. Komunitu těhotných s TP je v předporodním kurzu téměř nemožné najít, jelikož podobných žen tolik není, a do kurzu se přihlásí jen zlomek z nich. Mnohem přínosnější v hledání takových komunit jsou sociální sítě. Existuje studie (Litchman et al., 2019), ojedinelá

¹ chodidla jsou široce rozkročena a opřena celou ploškou o podložku, pokrčená kolena tvoří hroty písmena M
² dolní končetiny jsou natažené a položeny na podložce dotvaru písmena V

svého druhu, která zkoumá osobní blogy a webové stránky žen s postižením. Zaměřuje se na to, co na nich ženy sdílejí ohledně předtěhotenské péče, těhotenství, porodu a poporodního období. Takových blogů neexistuje málo a v dnešní době je sdílení zkušeností na internetu opravdu jednoduché a přístupné téměř pro každého. Z analýzy blogů mimo jiné vyplývá potíž s účastí v předporodním kurzu. Informace v kurzu nebyly přizpůsobené pro těhotnou s postižením, proto si informace musela hledat sama.

Výsledkem adekvátně vedeného předporodního kurzu je klidnější příchod do porodnice. Pokud žena ví, co očekávat, cítí se sebevědoměji a může se aktivně účastnit vlastní péče během porodu. Navíc se redukuje stres a napětí, a to i u doprovodu rodičky. Ženám v kurzech chyběly hlavně informace týkající se konkrétně jejich postižení. Porodní asistentka by měla pracovat se ženou individuálně a nabídnout jí například osobní konzultaci. Ženy u porodních asistentek velmi pozitivně hodnotí snahu, učit se nové věci a přizpůsobovat edukaci jejich potřebám. Ze studie (Smeltzer et al., 2022), která se zaměřuje na zkušenosti lektorů psychoprofylaktické přípravy k porodu, vyplynulo několik otázek, na které lektorky potřebovaly odpovědi. Tyto otázky se týkají senzitivity v postižených částech těla, schopnosti z hlediska mobility, zaujetí různých poloh v těhotenství a při porodu, možností analgezie a anestezie.

3.2 Těhotenství a transversální míšňí léze

Podle zahraničních studií má přibližně 14–18 % žen s transversální míšňí lézí děti, narozené po příčinné události. Ženy s poraněním páteře a následným ochrnutím v důsledku transversální míšňí léze mívají prodlevu mezi vznikem poranění a otěhotněním průměrně 5–15 let. Prožijí relativně krátkou dobu amenorey, po ustálení činnosti endokrinního systému a návratu menstruace je plodnost z dlouhodobého hlediska stejná, jako před zraněním. Pokud není možné přirozené oplodnění, lze využít u těchto žen metody reprodukční medicíny. Při jejich aplikaci se musí dbát na prevenci vícečetných těhotenství, které mohou u žen s trasverzální míšňí lézí způsobit o to větší potíže. Proto se intrauterinní inseminace (IUI) provádí pouze v monofolikulárních cyklech a při embryotransferu se zavede pouze jedno ebryo. Stimulace cyklu pro odběr folikulů je, při použití nízkých dávek hormonů, z hlediska žilní trombózy relativně bezpečná. Samotná aspirace zralých folikulů představuje riziko autonomní dysreflexie manipulací v pánvi. Proto bývá tento zákrok prováděný v cekové anestezii. (Bertschy et al., 2020)

V dostupné literatuře se uvádí mnoho komplikací a zvýšených rizik, která mohou postihnout těhotné ženy s transversální míšňí lézí. Studie (McLain et al., 2023), která srovnává výsledky těhotných žen s transversální míšňí lézí s těhotnými bez tohoto postižení, uvádí, že ženy s poraněním míchy měly statisticky vyšší riziko infekcí močových cest. Méně častou komplikací bývají dekubity a autonomní dysreflexie. u dětí narozených ženám s transversální míšňí lézí byly signifikantně nižší průměrné hodnoty porodní hmotnosti, délky a obvodu hlavičky, než u dětí zdravých žen.

Švédský článek (Khalili et al., 2022) uvádí jako nejčastější tyto komplikace: infekce močových cest, anemii, nutnost indukce porodu, předčasný porod a plánovaný císařský řez. Celkově je ale úroveň těhotenských a porodních komplikací u těchto žen poměrně nízká.

Poranění míchy získané během těhotenství

Samotné těhotenství u žen s transverzální míšní lézí není příliš časté. o to vzácnější je, když poranění míchy³ utrpí žena v průběhu těhotenství. (Mazzia a Anne Berndl, 2023; Wasiak, Czajkowski a Frasuńska, 2023) Nejčastější příčinou poranění míchy jsou autonehody v průběhu druhého trimestru, vzácně i ve velmi raných fázích těhotenství. Toto poranění vyžaduje jednak diagnostiku pomocí zobrazovacích metod, které jsou v těhotenství kontraindikovány (RTG), a jednak operační léčbu s nutností anestezie. Po akutní fázi poranění přichází pro ženu i ošetřující personál velmi náročné období. Je nutné co nejdříve zahájit komplexní rehabilitaci a maximálně tak podpořit adaptaci těhotné ženy na úplně novou a obtížnou životní situaci. Budoucí matka se musí umět postarat nejen o sebe, ale i své dítě. Žena, která získá tělesné postižení několik málo měsíců před narozením dítěte, musí tak zvládnout ve velmi krátkém čase mnoho nových dovedností.

3.2.1 Průběh těhotenství

Těhotenské fyziologické změny jsou postižením různě umocněny. Například snížená střevní motilita je tím větší komplikací, čím méně se žena dokáže pohybovat a problémy s obstipací má často již před těhotenstvím. Dále je zvýšené riziko žilní trombózy a následné tromboembolie. Jednak kvůli imobilitě, a jednak v důsledku činnosti hormonů a změny tlakových poměrů v dutině břišní, což často způsobí snížený průtok krve hlavně v žilách dolních končetin a pánve. V těchto oblastech se tak snadněji tvoří krevní sraženiny. S imobilitou souvisí vznik dekubitů a vředů, riziko jejich vzniku roste s příbytkem hmotnosti v těhotenství, který je obvykle u imobilních žen vyšší (Wasiak, Czajkowski a Frasuńska, 2023). Proto je v prenatální péči nezbytná kontrola hmotnosti, jak je ovšem zvykem v péči o všechny těhotné ženy, a případná redukce hmotnostního přírůstku. Hmotnostní přírůstek přispívá, kromě vzniku dekubitů, také k riziku kardiovaskulárních komplikací, autonomní dysreflexie⁴ a všech ostatních potíží souvisejících s imobilitou (Crane et al., 2019). Kontrolu je doporučeno provádět každé 4 týdny, poslední 2 měsíce těhotenství pak každé 2 týdny. Pro regulaci hmotnosti je vhodné co nejdříve zavést zdravou dietu. Příčinou nárůstu hmotnosti mohou být i otoky, proto je potřeba zhodnotit, co potíže způsobuje a podle toho stav adekvátně řešit. Velmi často se těhotné ženy s transverzální lézí potýkají s urologickými problémy. Naprosto běžné jsou IMC, močová inkontinence a polakisurie. Závažnější infekce, jako pyelonefritida až sepse představují vysoké riziko pro předčasný porod. Projevy močových infekcí se mohou lišit od symptomů obvyklých

³s následkem transverzální míšní léze

⁴viz níže

u žen s nenarušenou citlivostí. Komplikace jako retence moči může být kvůli ztrátě citlivosti v pánevní oblasti úplně asymptomatická. Dalšími komplikacemi, které se mohou objevit u žen s vysokou paraplegií (T4) a tetraplegií, jsou problémy s respirací. Riziko závisí na stupni poruchy motoriky a je vyšší ve druhém a třetím trimestru⁵. Je doporučena respirační terapie s podpůrnou fyzioterapií, v některých případech může být potřeba kyslíková maska pro noční podporu ventilace. (Bertschy et al., 2020)

Autonomní dysreflexie

Jednou ze specifických komplikací, které mohou potkat pacienty s transverzální míšní lézí, je autonomní dysreflexie (AD). Jde o akutní stav organismu, který vzniká v důsledku excitace autonomních reflexů v oblastech pod přerušением míchy v segmentu T6 a výše. Podráždění autonomních nervů může být způsobeno zvýšeným tlakem či jinými mechanickými podněty. V těhotenství je nejčastějším podnětem tíha samotné těhotné dělohy a následně porodní kontrakce, rektální a vaginální vyšetření, a císařský řez. Může to být ale také obstipace, retence moči, katetrizace a sexuální stimulace. Nebezpečím autonomní dysreflexie je vzestup krevního tlaku, a to prudce nad meze normy. Zvýšení intrakraniálního tlaku má za následek bolest hlavy a vysoké riziko vzniku cévní mozkové příhody. Dále se zpomaluje srdeční frekvence, může nastat zvýšené pocení a v důsledku zvýšení TK vznikají často edémy. Hrozí až vazokonstrikce uterinních cév, což způsobuje hypoxii plodu. (Droszol-Cop et al., 2020)

Symptomy autonomní dysreflexie mohou připomínat projevy preeklampsie, a to především vysokým krevním tlakem a otoky. Hlavní rozdíly mezi těmito komplikacemi je to, že u preeklampsie se vysoký krevní tlak vyvíjí postupně během těhotenství, u AD je vzestup tlaku a vznik následných symptomů (viz Tabulka 1) náhlý a prudký. Pokud se jedná o autonomní dysreflexii vzniklou při porodu v důsledku děložních stahů, vzestup TK je patrný pouze při kontrakcích.

3.2.2 Péče porodní asistentky

Porodní asistentka pečuje o ženu s transverzální míšní lézí běžně v rámci prenatální péče u gynekologa, ale i v komunitní péči (domácí návštěvy, předporodní psychoprofylaktická příprava atd.) a v případě hospitalizace ženy na oddělení rizikových těhotných. Nejdůležitější součástí péče je prevence. Při prevenci a léčbě **obstipace** je potřeba, aby žena konzumovala potraviny bohaté na vlákninu a dostatek tekutin. Použití Laktulose jako změkčovadla stolice může pomoci, nežádoucím účinkem je ale vznik střevních plynů a nadýmání. Proto jsou více doporučovány alternativní metody jako např. masáž břicha. **Žilní trombóze** je možné předcházet důkladným posouzením přítomných rizikových faktorů. Antitrobotická profylaxe je dle guidelines (Bertschy et al., 2020) doporučována v těhotenství od 28. týdne a po celé šestinedělí. Prevence spočívá v elevaci dolních končetin, používání kompresních punčoch.

⁵tehdy roste děloha rychleji a mění se tak tlakové poměry v dutině břišní

Tabulka 1: diferenciální diagnostika autonomní dysreflexie a preeklampsie

	Autonomní dysreflexie	Preeklampsie
úroveň léze	T6 a vyšší	nezávisí na úrovni léze
krevní tlak	prudký vzrůst, vysoké hodnoty	postupné zvyšování hodnot
srdeční tep	většinou bradykardie, v rané fázi tachykardie	obvykle normální frekvence
proteinurie	negativní	pozitivní (> 300 mg/24 h)
klinické příznaky	červenání, pocení, „husí kůže“, nárazová bolest hlavy, otoky	kontinuální bolest hlavy, otoky, bolest v nadbříšku, poruchy vidění
zvláštnosti v sérologii	nebývají	možné např. při současném HELLP syndromu (zvýšené jaterní enzymy a žlučové kyseliny, trombocytopenie, hemolytická anemie)

(Bertschy et al., 2020, s. 451)

Nezbytný je aktivní, případně pasivní pohyb, vhodné je sprchování chladnou vodou. Lékaři ve většině případů předepisují terapii nízkomolekulárními hepariny. Přírůstek hmotnosti, suchost kůže a změny působení tlaku v oblasti pánve jsou spojené se vznikem **proleželin**, neboli dekubitů. Jejich prevence spočívá v prostém polohování na vozíku, či na lůžku a pravidelné kontrole kůže. Navíc je vhodné používání antidekubitních podložek a podsedáků na vozíku, dále aplikace šetrných hydratačních krémů na suchou kůži. (Bertschy et al., 2020)

3.3 Těhotenství a rozštěp páteře

Těhotenství žen s rozštěpem páteře je ve většině případů bezproblémové. Přesto je riziko komplikací o něco vyšší, než u žen tzv. nízkorizikových. Pečlivé prekoncepční plánování a časné řešení komplikací je předpokladem pro zdraví a prospěch matky i plodu. (Sivarajah et al., 2019)

Kvalitativní studie (Tong et al., 2022) z USA uvádí, že 6 zúčastněných žen mezi lety 2006 a 2016 úspěšně donosilo 8 těhotenství, kdy žádné z dětí se nenarodilo s rozštěpem páteře. Ženy průměrně porodily ve 37. týdnu těhotenství, tedy na hranici předčasného porodu, což potvrzuje výsledky mnoha jiných studií. Čtyři z šesti žen měly během těhotenství ztíženou mobilitu a potřebovaly mimořádnou asistenci. Celkově ale těhotenství u žen se SB nezpůsobilo žádné trvalé změny zdravotního stavu. S imobilitou souvisí vznik otoků, zácpa a méně často dekubity. Fyziologické změny v těhotenství postihují především močový a trávicí systém. Některé ženy se potýkají se zhoršenou funkcí močového měchýře, až s inkontinencí. Dalším častým problémem jsou infekce močových cest vedoucí až k chronické pyelonefritidě. (Church et al., 2021)

3.3.1 Prekoncepční příprava ženy se SB

Prekoncepční konzultace je velmi doporučována u každé ženy se SB nejlépe v raném reprodukčním věku s individuálním přístupem vzhledem ke stupni postižení. Tyto pacientky v některých případech trpí hydrocefalem, ten může způsobit předčasný nástup puberty a tím i dřívější schopnost otěhotnět. Během prekoncepční konzultace by měla být pokryta problematika všech přidružených potíží, které mohou mít významný vliv na plodnost a těhotenství. Patří mezi ně abnormality močového a zažívacího traktu, zavedený cerebrospinální shunt, hypertenze, skolióza, epilepsie a ortopedické postižení. Ženy s rozštěpem páteře často užívají mnoho různých léků. Je důležité vyřadit z léčby teratogeny. V případě, že žena trpí epilepsií, onemocnění by mělo být stabilizované. U těchto žen s rozštěpem páteře je, častěji než u dalších tělesných postižení, nutné, udržet tělesnou hmotnost v normě a zachovat dostatečný příjem kvalitních živin. Obezita je jedním z faktorů zvyšujících riziko rozštěpových vad neurální trubice u plodu, stejně jako mnohá medikamentózní léčba na obezitu nasedajících onemocnění (pregestační hypertenze, diabetes mellitus, TEN aj.). Spina bifida je potenciálně dědičné postižení s rizikem do 5 % u postižení jednoho, respektive 15 % při postižení obou rodičů. Pro prevenci defektů neurální trubice se obecně doporučuje užívání kyseliny listové. Pro ženy s pozitivní rodinnou (předchozí dítě s vrozenou vadou) či osobní anamnézou je stanovena doporučená dávka 5 mg kyseliny listové alespoň tři měsíce prekoncepčně a dále do 12 týdne gravidity. Dalším zvýšeným rizikem vzniku SB je užívání léků s potenciálně teratogenním účinkem. (Sivarajah et al., 2019)

Kyselina listová patří mezi vitaminy skupiny B, konkrétně se označuje jako *B₉*. Nejčastěji se pro její doplnění používají doplňky stravy, běžně se ale tento vitamín vyskytuje především v zelené zelenině, vepřovém a hovězím mase, vejcích, v menším množství také v brokolici, kukuřici a dalších potravinách. Při příliš vysoké hladině kyseliny listové v organismu se mohou objevit příznaky alergické reakce jako například erytém, svědění, či nauzea. (Hlúbik, 2001, s. 566)

3.3.2 Průběh těhotenství

Ženy s rozštěpem páteře často postrádají informace o tom, jaký bude mít těhotenství vliv na jejich tělesné postižení a naopak. Mají strach jednak ze zhoršení vlastních potíží a postižení dítěte, jednak z toho, že se o něj nedokáží postarat. Obecně velmi časté jsou u žen se SB infekce močových cest, v těhotenství je vlivem fyziologických změn (snížená motilita a útlak ureterů, hladina glukózy v moči, asymptomatická bakteriurie atd.) výskyt častější. Některé ženy se SB mohou mít poruchu ledvinné funkce. Většinou jsou automaticky zařazené mezi rizikové těhotné a podstupují mnoho vyšetření. (Anne Berndl et al., 2020)

V rámci přípravy k porodu je třeba naučit ženu jak poznat počínající porod, protože při rozštěpu páteře se může objevit i snížená citlivost viscerálních orgánů a bolest vyvolanou děložními stahy proto žena ucítí později. Vzhledem k tomu, že častým rizikem je předčasný

porod, je důležité, aby žena byla edukována včas. (Church et al., 2021)

3.4 Těhotenství a dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna je nejčastější postižení hybnosti u dětí. Výzkum, zabývající se těhotenstvím žen s touto diagnózou a zdravím jejich novorozенých dětí, není vzhledem k variabilitě, stupni a formě postižení dostačující. Závažnost obtíží lidí s DMO se liší pacient od pacienta a během života se může různě měnit (Deeksha et al., 2023). Kazuistika, která je předmětem zmíněného článku, potvrzuje, že žena s DMO má vyšší pravděpodobnost komplikovaného těhotenství. Potíže jako hyperemesis gravidarum⁶, anemie, předčasný porod, gestační diabetes mellitus (GDM), hypertenzní onemocnění⁷, nutnost hospitalizace a léčby na oddělení rizikových těhotných se vyskytují u těchto žen častěji. (Hayward et al., 2017)

3.4.1 Prekoncepční příprava

Žena by měla být před těhotenstvím v optimální fyzické kondici i psychické pohodě. Cesta k mateřství pro ni může být velmi obtížná. Výsledky studie Heléne. E. K. Sundelin (2019) ukazují, že frekvence ranných spontánních potratů u žen s DMO je o více než 10 % vyšší, než u žen z kontrolní skupiny. Je potřeba počítat i s tímto rizikem, ženu i její rodinu dobře edukovat. Ženy s DMO jsou náchylnější k poporodní depresi, příčinou jsou různé změny funkcí pohybového aparátu a k tomu navíc starost o novorozence. Proto je pro ně vhodné mít zajištěnou dobrou psychologickou péči (Hayward et al., 2017). U žen s DMO je největším rizikem v těhotenství předčasný porod. K tomuto riziku přispívá kromě samotného onemocnění matky také nízké BMI, stres (jak fyzický, tak psychický), nezdravé návyky (kouření), preeklampsie a GDM. V prekoncepční přípravě by se proto měla porodní asistentka věnovat prevenci těchto komplikací, pokud je to možné, a pokračovat v ní během prenatální péče. K zajištění optimální fyzické kondice je vhodné kontrolovat tělesnou hmotnost, zajistit rehabilitaci, kvalitní výživu a omezit nezdravé návyky. Dosažení co největší samostatnosti v péči o sebe sama ještě před těhotenstvím a porodem je klíčové pro následné zvládnutí role matky v rodině. (Sundelin et al., 2020; Pilarska a Szablewska, 2023)

3.4.2 Průběh těhotenství

Ženy s DMO mohou mít vyšší rizika těhotenských komplikací mnohdy nasedajících na obezitu či nadměrný váhový přírůstek v těhotenství. Hlavním problémem bývá předčasný porod, dále zhoršená poporodní adaptace novorozence a jeho nižší porodní hmotnost. Ženy mohou zažívat v průběhu těhotenství zvýšený stres způsobený psychosociálními vlivy i tělesnými potížemi, bolestí a spasticitou (Sundelin et al., 2020). Ve srovnání s běžnou populací se u lidí s DMO vyskytuje častěji epilepsie. Epileptický záchvat v těhotenství může způsobit

⁶nadměrné zvracení v těhotenství

⁷gestační hypertenze, preeklampsie, HELLP syndrom

závažné potíže, především akutní hypoxii plodu. Žádná z dohledaných studií se nezmiňuje o tom, že by se v závislosti na těhotenství měnila frekvence záchvatů. Ženy by měly být v péči lékaře stabilizované již před těhotenstvím.

4 Porod ženy s tělesným postižením

Ženy s tělesným postižením jsou náchylnější k předčasným porodům, proto je plánování vedení porodu doporučeno opravdu zavčas. Prvním krokem je odběr anamnézy. Hodnotí se anatomické poměry, dále se dle zvyklostí vyhledává výskyt autonomní dysreflexie, hypotenze, rekurentní respirační infekce, tromboembolie, intrakraniálního krvácení a další. Ženy s poraněním páteře nad segmentem T10 nemusí být citlivé na děložní kontrakce, a to vede častěji k překotným porodům doma, nebo hospitalizaci ke konci těhotenství pro zajištění observace. Porodní asistentka by měla sledovat u ženy známky blížícího se porodu a především ženu naučit, jak pozná pohmatem na dělohu porodní kontrakce, aniž by cítila bolesti. To by mělo proběhnout ideálně kolem 28. týdne těhotenství. (Bertschy et al., 2020)

Výsledky studie poukazují na výzvy a komplikace související s porodem u žen s tělesným postižením. Jedna z těchto výzev byla výběr způsobu porodu, další se týkaly pečujících osob: nezkušenost a nedostatek vědomostí porodních asistentek, nedostatečná spolupráce a koordinace postupů v péči o ženu, negativní přístup apod. Porodní asistentky na druhou stranu jako komplikaci uvedly, že žena neměla vypracovaný porodní plán. Ve svém článku Lesley A. Tarasoff píše: „Výsledky studie uvádí, že prenatalní systém péče není nastavený na ženy s TP a to může souviset se zhoršenou péčí. Klíčové intervence pro získání zkušeností a zlepšení v této oblasti jsou spolupráce mezi poskytovateli prenatalní péče a péče o pacienty s postižením, zahrnutí žen s TP do smysluplných edukačních programů a plánování péče.“ (Tarasoff, 2017)

To, co rodící žena od porodní asistentky očekává, je úleva od bolesti a podpora hladkého průběhu porodu. Metody, které k tomuto cíli vedou, jsou u každé ženy individuální. Kromě přímých intervencí hraje velkou roli informovanost, možnost se účastnit své péče a rozhodovat se podle svých preferencí. Nedostatek vědomostí a zkušeností může způsobit, že ženy dostávají nevhodné a nepřesné informace o rizicích a potenciálních komplikacích porodu. S tím se pojí i rozhodování o způsobu porodu, anestezie atd. Plán péče a jeho hodnocení napomáhá k doplnění potřebných zkušeností porodních asistentek. (Pavlidou a Sarantaki, 2021)

Způsob porodu

Studie K. Robertson, R. Dawood a F. Ashworth (2020), která se zaměřuje na **vaginální porod** žen s poraněním páteře, uvádí, že 77 % žen porodilo vaginálně. Z nich téměř každý pátý porod byl operativní (VEX, kleště). Zbýlých 23 % porodů bylo vedeno císařským řezem. Nejčastější komplikace u vaginálního porodu bylo zhoršení spasmů a infekce močových cest. Jedním z důvodů plánovaného císařského řezu je malprezentace plodu blízko termínu porodu. Incidence polohy koncem pánevním a polohy příčné v tomto souboru těhotných, byla více než 13 % (Robertson, Dawood a Ashworth, 2020). Celková incidence malprezentace při porodu je v běžné populaci přibližně poloviční. Nejčastějšími příčinami je předčasný porod, anomálie

dělohy, úzká pánev a další, což koreluje s tělesným postižením a jeho vlivem na těhotenství. (Shruthi a Apollo, 2020).

Porod císařským řezem se volí z důvodů anatomických, a také velmi často pro obavu z autonomní dysreflexie u žen s poraněním páteře v segmentu T6 a vyšších. Preventivní efekt má i u vaginálního porodu využití epidurální analgezie. Plánovaný císařský řez sice předchází možným komplikacím vaginálního porodu, je ale potřeba zvážit jeho nevýhody. Kromě samotné anestezie i následky operace představují pro ženu mnohá rizika. Zotavení může být prodloužené a ztížené, omezená hybnost zároveň s tělesným postižením ještě více snižuje soběstačnost, schopnost ženy pečovat o sebe a o dítě, a vyskytují se další běžné komplikace porodu per SC (Biel et al., 2020). Porodní asistentka by se měla při péči o ženu před i po porodu císařským řezem zaměřit na empatický přístup a emoční podporu, zajistit ženě setkání s novorozencem co nejdříve je to možné, a umožnit přítomnost blízké osoby. (Merits, Lubi a Tammes, 2023)

4.1 Porod a transverzální míšňí léze

Podle míry postižení citlivosti v oblasti viscerálních orgánů malé pánve může být obtížné rozeznat porodní bolesti. Rodící žena tak nemusí vůbec poznat, že porod běží. Agnieszka Droszol-Cop et al. (2020) ve svém článku uvádí, že taková porucha citlivosti bývá přítomna u transverzální léze segmentu T12 a vyšších.

Míšňí léze T6 a výše vyžaduje brzké zavedení epiduralního katetru, před tím, než se porod rozběhne. Tento postup je prevencí autonomní dysreflexie. Probíhá pak kontrolovaná epiduralní analgezie pomocí pumpy. Ženy musí být poučené o komplikacích zavádění katetru, které mohou vznikat v důsledku anatomických změn, prodělaných operací, nebo spinálních spasmů. V průběhu analgezie musí být žena pečlivě sledovaná.

V první době porodní je žena s poraněním míchy monitorovaná stejně jako ženy bez postižení. Vhodná je péče jedné porodní asistentky o jednu ženu. u ženy s transverzální míšňí lézí s potenciálním rizikem AD je potřeba sledovat často krevní tlak, zavést epiduralní katetr. V časně fázi první doby porodní dbát na pravidelné vyprazdňování močového měchýře a střev a pokud to sama žena nezvládá, polohovat a předcházet tak dekubitům. Pro snažší dýchání by mělo být tělo ve vzpřímené poloze (sed, polosed, stoj). Spolupráce s ženami s poraněním míchy bývá v druhé době porodní obtížná. Mnohdy je potřeba užití operativních postupů (VEX, kleště). Vzpřímená poloha a změny pozice mohou usnadnit porodní mechanismus. Episiotomii a poranění hráze by se mělo vyvarovat, pokud je to možné, protože hojení sutury bývá u žen s poraněním páteře prodloužené a komplikované. Stejně tak i sutura po císařském řezu, který by neměl být u těchto žen prováděn z primární indikace. Většina žen s poraněním míchy je schopna porodit vaginálně, bez ohledu na výši míšňí léze, a má to pro ně nesporné výhody. (Bertschy et al., 2020)

4.2 Porod a rozštěp páteře

Ženy s rozštěpem páteře rodí častěji císařským řezem než ženy bez postižení. Důvodem jsou jednak kontraindikace vaginálního porodu z důvodu anatomických překážek, těhotenská onemocnění (preeklampsie, GDM), jednak akutní komplikace při porodu. u žen se SB se také častěji než u žen bez postižení vyskytují pooperační komplikace. Naopak rizika komplikací vaginálního porodu nejsou nijak zvýšená, navíc studie Deborah A. Crane et al. Z roku 2019 uvádí, že ženy se SB a s poraněním páteře, které rodí vaginálně, mívají ve srovnání se zdravými ženami méně časté poranění hráze III. a IV. stupně (Shepard et al., 2019; Crane et al., 2019). Účastnice kvalitativní studie (Church et al., 2021), které porodily vaginálně, většinou využily pouze intravenózní analgezií, nebo si vystačily s přirozenými metodami. Některé ženy, podstupující plánovaný císařský řez, mohou mít strach kvůli zkušenostem z častých předchozích operací. Ve většině případů se při císařském řezu z důvodu malformací páteře přistupuje k celkové anestezii. Žena je pak po porodu oddělena od dítěte a může to vnímat jako velkou újmu. Dále jí dělá mnohem větší problém se zotavit, aby se mohla starat o sebe a o dítě.

Bez ohledu na způsob porodu ženy popisují to, jak jejich dítě přivedly na svět, jako jednu z nejkrásnějších chvil. Jedna z žen, která se účastnila zmíněné studie, v rozhvoru vystihla své pocity takto: „Myslela jsem, že není možné, abych to dokázala, [...] a dokázala a cítila jsem se pak jako superhrdina.“ (Church et al., 2021, s. 650; volně přeloženo z AJ)

4.3 Porod a DMO

U ženy s dětskou mozkovou obrnou může v průběhu těhotenství dojít ke zhoršení mobility. Následně po porodu může žena s DMO potřebovat rehabilitaci, aby se vrátila na úroveň svých tělesných schopností před těhotenstvím. Může to ale trvat i delší dobu, na to je potřeba upozornit. Až 50 % rodiček s DMO rodí císařským řezem (Hayward et al., 2017). DMO sama o sobě nepostihuje děložní kontrakce a otevírání děložního čípku. Někdy ale pánevní abnormality, spasticita a chronická bolest znemožňují vaginální porod. (Deeksha et al., 2023; Sundelin et al., 2020)

Každá šestá žena s dětskou mozkovou obrnou rodí předčasně, to ukazuje, že předčasný porod je jednou z nejčastějších komplikací. Jelikož komplikace spojené s předčasným porodem jsou také častou příčinou vzniku DMO u novorozence, jeví se toto onemocnění zdánlivě jako dědičné. (Hayward et al., 2017)

4.4 Péče porodní asistentky o rodičku s TP

Pro ženy bylo velmi nepříjemné a stresující, že ti, kdo se o ně starali, neměli tušení, jak se bude jejich těhotenství a porod lišit od zdravých žen. Porodní asistentky nevěděly jestli a jak by měli uzpůsobit vedení porodu. Ženy v nich pak neměly velkou důvěru a porod pro ně byl velmi stresujícím zážitkem.

Navzdory minimálním zkušenostem porodní asistentky s rodičkou s tělesným postižením byla plná podpora, ochota učit se, zájem a spolupráce porodní asistentky velmi pozitivním faktorem k navázání vztahu se ženou a snížení stresu. (Streuer et al., 2020) Důležitou potřebou žen s tělesným postižením je plánování porodu, které také odbourá strach z neznámého a přinese alespoň představu o tom, jak by porod mohl probíhat. (Mercerat a Saias, 2021) Porodní asistentka by měla pečlivě zhodnotit pohybové schopnosti ženy včetně jemné motoriky. Důležité je zajistit bezpečnost při pohybu na porodním sále a po porodu, ideálně doprovodem při pohybu po oddělení. Od začátku ji učit, jak se starat o dítě, individuálně se jí věnovat a hledat spolu s ní co nejideálnější způsoby manipulace s dítětem při přebalování, oblékání, přesunech a při kojení.

5 Šestinedělí

Ženy po porodu oceňují zájem porodních asistentek nejen o jejich fyzické, ale i o psychické zdraví. Ženy s TP mají vyšší prevalenci depresivních symptomů v těhotenství i poporodním období oproti ženám bez postižení. V některých případech je na místě doporučit ženě psychoterapii, nebo jinou odbornou pomoc. Rizikovým faktorem jsou často, kromě obvyklých změn v hladinách hormonů, zdravotní komplikace dítěte i samotné matky. Velmi záleží na podpoře rodiny a tlaku vyvíjeném na matku. Může se jednat o potíže s kojením, péčí o dítě nebo o sebe sama. K udržení psychické pohody ženy je potřeba ji podpořit hlavně pokud zažívá neúspěchy, pomoci jí najít jiné řešení pro zvládnutí mateřských výzev a pozvednout její sebevědomí. (Alhusen et al., 2023; Church et al., 2021)

Velmi praktické je ubytování matky po porodu na nadstandardním pokoji, aby měla dostatek prostoru, a zároveň sociální zařízení a potřeby pro dítě co nejlíže. Dobré je zajistit, aby s ní mohl být po celou dobu přítomen otec dítěte, nebo jiná osoba, která ženu dobře zná a bude jí nápomocná během pobytu v porodnici. Zpočátku se bude muset matka zotavit, aby mohla věnovat svou energii péči o novorozence. Tu může zastat i někdo jiný z rodiny, ideálně právě otec. Jinou možností je i omezení rooming-in a nabídnutí častějšího pobytu novorozence na oddělení, aby si mohla matka odpočinout. V dnešní době ale není tento formát pobytu v porodnici podporovaný a pro matku i dítě nemusí být vhodný. Je naopak žádoucí připravit matku na návrat domů, kde bude čelit mnoha dalším výzvám. Ty by mohla tím lépe zvládat, čím více se toho naučí během prvních dní s dítětem v porodnici. (Heideveld-Gerritsen et al., 2021)

Po porodu by měla být žena z nemocnice propuštěna co nejdříve je to možné. Pokud lze využít služby porodní asistentky v komunitě, je pravidelná domácí návštěva ideální formou poporodní péče o matku s tělesným postižením a její dítě. Žena může mít sníženou citlivost v místě hojícího se porodního poranění, a potřebuje pravidelnou kontrolu rány. V případě míšňí léze je jakékoliv porodní poranění rizikové pro vznik autonomní dysreflexie. Zde je nutná edukace ženy a prevence komplikací v ráně. V průběhu hojení je doporučováno často měnit pozice a ulevit tak pánevnímu dnu, jemně hráz chladit, dodržovat hygienu a předcházet obštipaci (Bertschy et al., 2020). Průběh zavínavání dělohy u žen s poraněním míchy se příliš neliší od toho u žen bez poranění. Díky rozdílnému tonu svalů břicha a pánve může být u žen se SCI děloha palpovaná hlouběji. Kvůli snížené citlivosti nemusí být patrné symptomy puerperálního zánětu, nejen proto je důležité sledovat odchod lochií, jejich barvu a zápach. (Bertschy et al., 2020)

Hilary K. Brown ve své studii (2022) uvádí, že ženy s tělesným postižením využívají častěji akutní poporodní péči, důvody jsou především krvácení a puerperální infekce v šestinedělí. Pozdními komplikacemi bývají bolesti břicha a pánve, a infekce močových cest. (Brown et al., 2022)

5.1 Kojení

Kojení je přirozeným a pro novorozené dítě nejvhodnějším způsobem přijímání výživy během prvního roku věku. Výlučné kojení je doporučeno do 6 měsíců věku dítěte. Kojené děti mají nižší riziko infekčních onemocnění, onemocnění střev, celiakie a dalších. Velkým přínosem je nepochybně podpořené vytváření citového pouta mezi matkou a dítětem. Ne každá žena kojí své dítě tak, jak je doporučeno, záleží na mnoha faktorech. Jednak je to informovanost matky o významu kojení a o všem, co s tím souvisí, jednak individuální podmínky matky a její anatomické a psychické dispozice. Jelikož náhradní způsoby výživy dítěte bývají finančně náročné, ekonomický status a podpora rodiny hrají spíše pozitivní roli. (Warkentin, Hermann a A. Berndl, 2021; Procházka, 2020, s. 636)

U některých žen může funkčnost kojení souviset s tělesným postižením. U žen s transversální míšní lézí pod úrovní T5 funguje kojení normálně. Léze od tohoto segmentu výše mohou vést k snížené produkci mléka a kratší době laktace. (Bertschy et al., 2020)

V kvalitativním výzkumu (Mercerat a Saïas, 2021) mnoho maminek zmínilo kojení jako velkou výzvu. Některé byly odrazovány od kojení, ale nechápaly proč. Na druhou stranu na ně byl vyvíjen tlak z okolí vyvolávající pocity viny. Některé pohledy společnosti mají za to, že žena, která své dítě nekojí, je špatnou matkou. Úkol porodní asistentky je v tomto případě jasný. Maximálně podpořit ženu a nasměrovat její mysl tak, aby se cítila ve svém rozhodnutí jistá a nedělala ho kvůli okolí, ale s ohledem na svoji situaci a své potřeby.

Ženy s tělesným postižením se během kojení potýkají se stejnými výzvami, jako ženy bez postižení. Navíc ale přichází problémy s postižením spojené, jako například zaujímání pozic, používání odsávačky a nedostatek specifických informací. Nejlepším způsobem, jak si s potížemi poradit, je obejít své fyzické limity za užití pomůcek a asistence blízkých. Vzniká prostor pro zapojení vlastní kreativity, vyzkoušení různých poloh a míst pro kojení. Pomůcky využívají ženy s TP především pro zaujetí a udržení polohy. Potřebují několik obyčejných polštářů, kojící polštář a různé podložky, aby samy zaujaly vhodnou polohu, a pak si podepřely si ruce k uchopení dítěte. Podle úrovně schopností ženy je k zaujetí polohy potřebná pomoc porodní asistentky, doma pak většinou partnera. Během začátků je dobré edukovat ženu o běžných polohách při kojení. Pro ženy s tělesným postižením jsou vhodné polohy fotbalisty, nebo poloha vleže na zádech, kdy se dítě snadněji přiloží a matka si odpočine. Pokud žádná z těchto poloh nevyhovuje, je potřeba zkoušet jakékoliv jiné a najít takovou, ve které se žena i dítě cítí při kojení komfortně. Místem pro kojení může být postel, křeslo, vhodná jsou polohovací lůžka. Velmi praktické, ale zdaleka ne jednoduché, je naučit se kojít na vozíku (pokud ho žena používá). Lze využít variabilitu konkrétního vozíku. (Warkentin, Hermann a A. Berndl, 2021)

Přes všechny jmenované možnosti, jak obejít tělesné postižení a najít cestu ke kojení, nemusí být tento způsob výživy dítěte správnou volbou. Kontraindikací může být medikace ženy, drogová závislost, některé virové infekce (HIV, CMV) nebo další běžné potíže

(Procházka, 2020, s. 607). Musíme brát v úvahu také riziko autonomní dysreflexie u žen s transverzální míšní lézí urovně T6 a vyšší. (Warkentin, Hermann a A. Berndt, 2021)

5.2 Manipulace a péče o novorozence

Podle způsobu porodu je dítě ihned, nebo velmi brzy po narození, svěřeno do rukou matky. Již před porodem by měla porodní asistentka odhadnout a zhodnotit matčinu schopnost manipulace s dítětem. Během bondingu na porodním sále může ženě nabídnout pomoc a vyzvat otce nebo jinou blízkou osobu u porodu k asistenci. Ženy s tělesným postižením mohou mít oprávněné obavy, že dítě upustí, nezvládnou ho správně uchopit ani podle instrukcí porodní asistentky (Mercerat a Saías, 2021). Proto je pomoc s manipulací minimálně během hospitalizace na oddělení šestinedělí nezbytná. Cíle edukace ohledně péče o dítě jsou u ženy s TP v podstatě stejné, jako u každé jiné. Rozdíl je v manuálních a pohybových schopnostech ženy, která kvůli postižení nemůže dělat tyto věci tak, jako ženy bez postižení. Je na porodní asistenci, aby jí pomohla najít vhodné způsoby, jak provádět péči a manipulovat s dítětem bezpečně a pokud možno komfortně. I když PA nebude od začátku vědět, jak to provést, bude mít zkušenost, která většině lidí pečujících o rodičky s TP chybí. Po příchodu z nemocnice do domácího prostředí se mohou objevit specifické potíže. Navazující domácí péče porodní asistentky by mohla těmto potížím předejít a případně je adekvátně a včas řešit.

Již v předchozích kapitolách byla zmíněná důležitost komunity, v rámci které ženy vzájemně sdílí zkušenosti a zážitky s podobnými výzvami. Nejen v šestinedělí by ženám prospěla pomoc formou tzv. peer mentoringu, ale tato možnost je v praxi téměř nedostupná. Nicméně je uvedena jako tip pro zlepšování kvality poporodní péče o ženy s tělesným postižením. Žena s postižením, která má vlastní děti a prošla si tak mnohými situacemi, může nové matce poskytnout praktické rady k usnadnění péče o sebe i o dítě, a případně doporučit služby odborníka. (Merits, Lubi a Tammes, 2023)

Článek Michelle L. Litchman et. al (2019), shrnuje poznatky o tom, co ženy s postižením sdílely o svém těhotenství a mateřství na osobním blogu. Popisují několik tipů, jak si usnadnit péči o dítě po porodu. Většinou je potřeba připravit se předem. Pro osvojení technik manipulace s dítětem je ideální vyzkoušet si pohyby na panence. Žena může experimentovat a s využitím kreativity vytvořit svůj vlastní způsob pro manipulaci s dítětem. Musí mít na paměti i to, že dítě se bude hýbat a bude pravděpodobně těžší než panenka. Při přesouvání miminka je odlišná také mobilita na vozíku, pokud ho žena využívá. K tomu může využít například košík připevněný k vozíku, baby vak, nebo jiná nosítka. Kromě praktických dovedností se zaměříme i na přizpůsobení prostoru: snížené stoly a pulty, postýlka pro dítě, upravený kočárek, koupelna apod. V nemocnicích si lze, dnes již standartně, vypůjčit pojízdnou postýlku, která by mohla ušetřit mnoho starostí s přesuny. Všechny tyto možnosti může porodní asistentka ženě představit, doporučit a pomoci jí s učením se nových způsobů a technik. (Litchman et al., 2019)

5.3 Psychika ženy s TP

Jako každá matka v raném šestinedělí prochází i žena s TP obdobím velkého emočního vypětí. Může mít pocit, že se nedokáže postarat o své dítě. Nízké sebevědomí ji tuto péči ještě ztěžuje. Porodní asistentka by měla být ženě nápomocná a věnovat se především tomu, aby jí připomněla, jak je pro dítě a celou rodinu důležitá. Aby ji pomohla získat zdravé sebevědomí a zvládat složité období co nejlépe. (Litchman et al., 2019)

Psychické zdraví je v průběhu prvních dní po porodu křehké a ženy si velmi cení toho, když se porodní asistentka mimo tělesnou stránku zajímá i o jejich duševní pohodu. Některé ženy s tělesným postižením se mohou kvůli svému postižení cítit špatně. Myslí, že si nezaslouží mít dítě, cítí vinu, bojí se, že nebudou pro dítě dobrou matkou. Pokud psychické problémy ženy převyšují síly a kompetence porodní asistentky, je potřeba ženě doporučit návštěvu psychologa nebo psychiatra. (Church et al., 2021)

Problémům je ale v první řadě třeba předcházet, proto adekvátní péče od základu může být velmi účinnou prevencí psychických potíží. Každá matka po porodu se potýká s bolestí a svými nedostatečnými dovednostmi ohledně starosti o sebe i novorozence. Prvorodičky se většinou ocitají v úplně nové situaci, mnoho věcí dělají poprvé a hned se jim nedaří. Žena s tělesným postižením má navíc omezenou mobilitu a musí hledat způsoby, jak toto omezení obejít. Tyto činnosti jsou pro ni proto ještě složitější. Frustrace a pocit neschopnosti může být počátkem závažnějších psychických potíží. Pozornost, zájem porodní asistentky a její podpora ve všem, s čím si žena neví rady, může tyto faktory odstranit nebo alespoň omezit (Procházka, 2020, s. 608). Kvůli celkově vyšší prevalenci deprese u dospělých s DMO mohou mít matky s tímto postižením zvýšené riziko vzniku poporodní deprese. V některých zemích podstupují všechny ženy po porodu screening duševních poruch. (Hayward et al., 2017)

5.4 Péče porodní asistentky o šestinedělku s TP

Péče o ženu s postižením po porodu se v zásadě neliší od běžné péče v šestinedělí. Pečlivé sledování vitálních funkcí, vyhledávání známek infekce, krvácení, poruchy laktace, psychické potíží, žilní trombózy a dalších, jsou důležitou součástí této péče. Po vaginálním porodu mohou zvláště ženy s rozštěpem páteře zaznamenat vznik nebo zhoršení již existujícího prolapsu pánevních orgánů. Znamky urologických potíží, jako např. močová inkontinence, by měly být prošetřeny urologem (Shepard et al., 2019). V raném šestinedělí mohou být ženy s TP náchylnější ke vzniku dekubitů podle stupně jejich mobility. Pokud postižení ženě neumožňuje vstát, nebo často měnit polohu, porodní asistentka ji musí s polohováním pomáhat. Každých několik hodin, minimálně při každém kojení, by se měla poloha změnit. Pro dobré hojení porodního poranění, ať už jizvy po SC nebo poranění hráze po vaginálním porodu, je nezbytné o jizvu pečovat, masírovat a dostatečně ji větrat. (Heideveld-Gerritsen et al., 2021; Procházka, 2020, s. 600)

Matky s tělesným postižením jsou obzvláště brzy po porodu velmi zranitelné. Setkávají se dva rozdílné postoje ženy a zároveň jejího okolí. Nabízí se otázka, zda je žena závislý pacient očekávající pomoc, nebo matka, která by měla zvládat starost o sebe i o své dítě. Předpoklad neschopnosti ženy může být podnětem pro zapojení sociálních pracovníků, kteří se zabírají péčí o dítě v rodině. Porodní asistentka má ve své kompetenci nejen přímou péči o matku a novorozence, ale i edukaci matky a rodiny o této péči. Žena musí umět postarat se o dítě v rámci svých individuálních možností, potřebuje k tomu ale podporu své rodiny a otce dítěte. (Heideveld-Gerritsen et al., 2021)

5.4.1 Komunitní péče porodní asistentky v šestinedělí

Ačkoliv komunitní péče porodních asistentek o ženy a novorozence během šestinedělí, ve smyslu domácích návštěv, není v ČR běžně dostupná, pro ženu s tělesným postižením je tato možnost velmi vhodná. Jednak nemusí za péčí cestovat, jednak může využít pomoc a rady porodní asistentky ohledně péče o dítě, kojení i o sebe v domácím prostředí. Domácí péče je pak přizpůsobená přímo na míru prostoru, ve kterém se žena pohybuje, a pomůckám, které má k dispozici.

Ještě před porodem by měla mít rodina přizpůsobený domov podle specifických potřeb ženy. Nízký přebalovací pult, pojízdná postýlka, dostupné úložné prostory na věci pro dítě, podložky a kojící polštáře pro polohování, případně přizpůsobený vozík. (Litchman et al., 2019)

Závěr

V bakalářské práci se podařilo shrnout dostupné informace k problematice těhotenství, porodu a šestinedělí u žen s tělesným postižením. V první části jsou charakterizované tři typy tělesného postižení, které se v literatuře v souvislosti s těhotenstvím vyskytují nejčastěji. Jedná se o transversální míšní lézi, rozštěpové vady páteře a dětskou mozkovou obrnu. Následuje popis průběhu těhotenství a to, jak je ovlivněn daným tělesným postižením. Součástí kapitoly je soubor doporučení pro porodní asistentky, které pečují o ženy prekoncepčně i v průběhu těhotenství v rámci prenatální péče a přípravy k porodu. Tato doporučení vychází z aktuálních studií a článků. Navazují na výpovědi samotných žen s tělesným postižením, případně porodních asistentek, které se účastnily daných kvalitativních studií a sdílely v nich své zkušenosti a zážitky.

Kapitola, která se zabývá porodem žen s tělesným postižením, pojednává o vhodných postupech při plánování porodu a zohlednění specifík jednotlivých typů postižení. Porod ženy s tělesným postižením je téměř vždy zařazen k rizikovým, proto, pokud vycházíme z platné legislativy a zavedených zvyklostí na pracovištích v ČR, porodní asistentka tyto porody samostatně nevede. Kapitola se zaměřuje na pojetí problematiky z pohledu porodní asistentky a to, jakou péči může samostatně rodiče s tělesným postižením poskytnout.

V období šestinedělí je péče o ženu s tělesným postižením situovaná nejvíce do rukou porodní asistentky. Tato péče zahrnuje edukaci matky, která potřebuje poradit se starostí o sebe i novorozence včetně přesunů, polohování a individuálních potřeb souvisejících s jejím postižením.

V práci jsou z větší části uvedené problémy a výzvy, se kterými se ženy a porodní asistentky během těhotenství, porodu i poporodního období potýkají. Důvodem je fakt, že se s těmito ženami porodní asistentky nesetkávají často a není možné stanovit ucelený postup v daných situacích. Záleží na konkrétních potřebách ženy s postižením, individuálním přístupu porodní asistentky a na kreativitě při vytváření vhodných postupů pro každodenní činnosti.

Nedostatky bakalářské práce mohou vyplývat z velké individuality funkcí projevů tělesných postižení. Zpracovaných studií na téma těhotenství, porod a šestinedělí u žen s TP není mnoho, jelikož je těhotenství těchto žen relativně vzácné. Použité studie pochází z celého světa, především z USA a zemí Evropy, ale i například z Turecka nebo Polska. Některé výsledky uvedené v práci není možné zobecnit, protože výzkum daného problému byl provedený pouze lokálně.

Téma těhotenství, porodu a šestinedělí u žen s tělesným postižením je stále velmi málo prozkoumané a chybí dostupné publikace pro porodní asistentky i veřejnost. V rámci studia porodních asistentek by mohla být zahrnuta tato problematika, především ve formě praktického nácviku a rozvoje kreativního myšlení pro řešení úskalí v péči o těhotnou, rodící ženu a šestinedělku se stíženou mobilitou.

Seznam použité literatury a zdrojů

- Alhusen, Jeanne L. et al. (2023). „Depressive symptoms during the perinatal period by disability status. Findings from the United States Pregnancy Risk Assessment Monitoring System“. In: *Journal of Advanced Nursing* 79.1, s. 223–233. ISSN: 0309-2402. DOI: 10.1111/jan.15482. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15482>.
- Berndl, Anne et al. (2020). „Women’s health guidelines for the care of people with spina bifida“. In: *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine* 13.4, s. 655–662. ISSN: 18758894. DOI: 10.3233/PRM-200757. URL: <https://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress%5C&doi=10.3233/PRM-200757>.
- Bertschy, Sue et al. (2020). „Guideline for the management of pre-, intra-, and postpartum care of women with a spinal cord injury“. In: *Spinal Cord* 58.4, s. 449–458. ISSN: 1362-4393. DOI: 10.1038/s41393-019-0389-7. URL: <https://www.nature.com/articles/s41393-019-0389-7>.
- Biel, Frances et al. (2020). „Medical indications for primary cesarean delivery in women with and without disabilities“. In: *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 33.20, s. 3391–3398. ISSN: 1476-7058. DOI: 10.1080/14767058.2019.1572740. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2019.1572740>.
- Brown, Hilary K. et al. (2022). „A population-based analysis of postpartum acute care use among women with disabilities“. In: *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* 4.3. ISSN: 25899333. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2022.100607. URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589933322000490>.
- Crane, Deborah A. et al. (2019). „Pregnancy Outcomes in Women with Spinal Cord Injuries. A Population-Based Study“. In: s. 795–806. DOI: 10.1002/pmrj.12122. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmrj.12122>.
- Deeksha, H. S. et al. (2023). „Pregnancy in Women With Cerebral Palsy“. In: *Cureus* 15.3. ISSN: 2168-8184. DOI: 10.7759/cureus.36502. URL: <https://www.cureus.com/articles/122047-pregnancy-in-women-with-cerebral-palsy>.
- Deierlein, Andrea L. et al. (2021). „Pregnancy-related outcomes among women with physical disabilities. A systematic review“. In: *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 35.6, s. 758–778. ISSN: 0269-5022. DOI: 10.1111/ppe.12781. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppe.12781>.
- Drosdzol-Cop, Agnieszka et al. (2020). „Recommendations of the Group of Experts of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians in the field of gynecological and obstetric care of young women with physical and intellectual disabilities“. In: *Ginekologia Polska* 91.3, s. 165–173. ISSN: 2543-6767. DOI: 10.5603/GP.2020.0033. URL: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/67521.

García, Michelle Huevo, Samantha E. Parker et al. (2022). „Birth outcomes among women with congenital neuromuscular disabilities“. In: *Disability and Health Journal* 15.2. ISSN: 19366574. DOI: 10.1016/j.dhjo.2021.101259. URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936657421002399>.

García, Michelle Huevo, Julie M. Petersen et al. (2022). „Medication use during pregnancy among women with congenital physical disabilities“. In: *Birth Defects Research* 114.14, s. 785–796. ISSN: 2472-1727. DOI: 10.1002/bdr2.2048. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bdr2.2048>.

Gül, Sidar a Fatma Koruk (2019). „Fertility Problem Characteristics Experienced by Women with Physical Disability and Distressing Factors“. In: *Sexuality and Disability* 37.1, s. 63–75. ISSN: 0146-1044. DOI: 10.1007/s11195-019-09559-6. URL: <http://link.springer.com/10.1007/s11195-019-09559-6>.

Hayward, Katharine et al. (2017). „Reproductive healthcare experiences of women with cerebral palsy“. In: *Disability and Health Journal* 10.3, s. 413–418. ISSN: 19366574. DOI: 10.1016/j.dhjo.2017.03.015. URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936657417300638>.

Heideveld-Gerritsen, Mariëlle et al. (2021). „Maternity care experiences of women with physical disabilities. A systematic review“. In: *Midwifery* 96. ISSN: 02666138. DOI: 10.1016/j.midw.2021.102938. URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613821000176>.

Hlúbik, Pavel (2001). „Vitaminy–důležitý faktor ovlivňující zdraví–1. část–metabolismus liposolubilních vitaminů.“ In: *Interní medicína pro praxi* 11, s. 503–505.

Horner-Johnson, Willi et al. (2019). „Differences in Prenatal Care by Presence and Type of Maternal Disability“. In: *American Journal of Preventive Medicine* 56.3, s. 376–382. ISSN: 07493797. DOI: 10.1016/j.amepre.2018.10.021. URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379718323651>.

Horner-Johnson, Willi et al. (2022). „Severe maternal morbidity and other perinatal complications among women with physical, sensory, or intellectual and developmental disabilities“. In: *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 36.5, s. 759–768. ISSN: 0269-5022. DOI: 10.1111/ppe.12873. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppe.12873>.

Church, Paige et al. (2021). „Reproductive health and pregnancy experiences of women with spina bifida. A qualitative study“. In: *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine* 14, s. 643–654. ISSN: 18758894. URL: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true%5C&AuthType=ip,shib%5C&db=edsair%5C&AN=edsair.doi.dedup.....88595f518359b5f70c70f23039b24aa4%5C&authtype=shib%5C&lang=cs%5C&site=eds-live%5C&scope=site%5C&authtype=shib%5C&custid=s7108593>.

- Kalpakjian, Claire Z. et al. (2020). „Reproductive Health in Women with Physical Disability. A Conceptual Framework for the Development of New Patient-Reported Outcome Measures“. In: *Journal of Women's Health* 29.11, s. 1427–1436. ISSN: 1540-9996. DOI: 10.1089/jwh.2019.8174. URL: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2019.8174>.
- Khalili, Molly et al. (2022). „Pregnancy, delivery, and neonatal outcomes among women with spinal cord injury in Sweden 1997–2015. A population-based cohort study“. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 101.11, s. 1282–1290. ISSN: 0001-6349. DOI: 10.1111/aogs.14440. URL: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14440>.
- Kraus, Josef (2004). *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1018-8.
- Litchman, Michelle L et al. (2019). „What Women With Disabilities Write in Personal Blogs About Pregnancy and Early Motherhood. Qualitative Analysis of Blogs“. In: *JMIR Pediatrics and Parenting* 2.1. ISSN: 2561-6722. DOI: 10.2196/12355. URL: <http://pediatrics.jmir.org/2019/1/e12355/>.
- Mazzia, Claire a Anne Berndl (2023). „Obstetric and Neonatal Outcomes in People Who Acquired a Spinal Cord Injury During Pregnancy“. In: *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 45.5, s. 314–318. ISSN: 17012163. DOI: 10.1016/j.jogc.2023.02.018. URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701216323001500>.
- McLain, Amie B. et al. (2023). „Pregnancy, labor, and delivery outcomes of women with and without spinal cord injury“. In: *The Journal of Spinal Cord Medicine* 46.3, s. 405–413. ISSN: 1079-0268. DOI: 10.1080/10790268.2021.2018155. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10790268.2021.2018155>.
- Mercerat, Coralie a Thomas Saïas (2021). „Parents with physical disabilities and perinatal services. defining parents' needs and their access to services“. In: *Disability & Society* 36.8, s. 1261–1284. ISSN: 0968-7599. DOI: 10.1080/09687599.2020.1788513. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687599.2020.1788513>.
- Merits, Marika, Kadi Lubi a Meelike Tammes (2023). „Experiences of women with impaired physical mobility during pregnancy, childbirth and postpartum. A case study“. In: *European Journal of Midwifery* 7, s. 1–10. ISSN: 25852906. DOI: 10.18332/ejm/170433. URL: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true%5C&AuthType=ip,shib%5C&db=e5h%5C&AN=173481180%5C&authtype=shib%5C&lang=cs%5C&site=eds-live%5C&scope=site%5C&authtype=shib%5C&custid=s7108593>.
- Pavlidou, Aikaterini a Antigoni Sarantaki (2021). „Experiences of Physically Disabled Women during Childbirth. A Systematic Review of the Latest Literature“. In: *Maedica - a Journal of Clinical Medicine* 16.4, s. 685–694. ISSN: 18419038. DOI: 10.26574/maedica.2021.16.4.685. URL: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=>

true%5C&AuthType=ip,shib%5C&db=e5h%5C&AN=154769542%5C&authtype=shib%5C&lang=cs%5C&site=eds-live%5C&scope=site%5C&authtype=shib%5C&custid=s7108593.

Pilarska, Natalia Magdalena a Anna Weronika Szablewska (2023). „Care for pregnant and postpartum woman with cerebral palsy“. In: *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century* 22.1, s. 62–69. ISSN: 2450-646X. DOI: 10.2478/pielxxiw-2023-0007. URL: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/pielxxiw-2023-0007>.

Procházka, Martin (2020). *Porodní asistence*. 1. Praha: Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-618-4.

Robertson, Katherine, Rehana Dawood a Felicity Ashworth (2020). „Vaginal delivery is safely achieved in pregnancies complicated by spinal cord injury. a retrospective 25-year observational study of pregnancy outcomes in a national spinal injuries centre“. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 20.1. ISSN: 1471-2393. DOI: 10.1186/s12884-020-2752-2. URL: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-2752-2>.

Seidl, Zdeněk (2023). *Neurologie pro studium i praxi*. 3., zcela přepracované vydání. Grada. ISBN: 978-80-271-3710-7.

Shepard, Courtney L. et al. (2019). „Complications of Delivery Among Mothers With Spina Bifida“. In: *Urology* 123, s. 280–286. ISSN: 00904295. DOI: 10.1016/j.urology.2018.04.045. URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429518305612>.

Shruthi, S. a A. Anisha Apollo (2020). „Etiological factors and maternal outcome in pregnancies with malpresentation: an observational study“. In: *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 9.4, s. 1407+. ISSN: 2320-1789.

Sivarajah, Kenga et al. (2019). „Spina bifida in pregnancy. A review of the evidence for preconception, antenatal, intrapartum and postpartum care“. In: *Obstetric Medicine* 12.1, s. 14–21. ISSN: 1753-495X. DOI: 10.1177/1753495X18769221. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1753495X18769221>.

Smeltzer, Suzanne C. et al. (2022). „Qualitative Descriptive Study of Childbirth Educators' Perspectives on Prenatal Education for Women With Physical Disability“. In: *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 51.3, s. 302–312. ISSN: 08842175. DOI: 10.1016/j.jogn.2022.02.002. URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217522000089>.

Streur, Courtney S. et al. (2020). „He told me it would be extremely selfish of me to even consider [having kids]". The importance of reproductive health to women with spina bifida and the lack of support from their providers“. In: *Disability and Health Journal* 13.2. ISSN: 19366574. DOI: 10.1016/j.dhjo.2019.06.004. URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936657419301050>.

Sundelin, Heléne E. K. et al. (2020). „Pregnancy outcome in women with cerebral palsy. A nationwide population-based cohort study“. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*

99.4, s. 518–524. ISSN: 0001-6349. DOI: 10 . 1111 / aogs . 13773. URL: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13773>.

Šípek, Antonín et al. (2019). „Spina bifida in the Czech Republic – incidence and prenatal diagnostics“. In: *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* 82/115.4, s. 410–414. ISSN: 12107859. DOI: 10 . 14735 / amcsnn2019410. URL: <https://www.csnn.eu/en/journals/czech-and-slovak-neurology-and-neurosurgery/2019-4-4/spina-bifida-in-the-czech-republic-incidence-and-prenatal-diagnostics-113232>.

Tarasoff, Lesley A. (2017). „“We don’t know. We’ve never had anybody like you before”: Barriers to perinatal care for women with physical disabilities“. In: *Disability and Health Journal* 10.3. Sexual and Reproductive Health of Women with Disability, s. 426–433. ISSN: 1936-6574. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.017>. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936657417300675>.

Tong, Ching Man Carmen et al. (2022). „A qualitative interview study on successful pregnancies in women with spina bifida“. In: *Journal of Pediatric Urology* 18.1, 3.e1–3.e7. ISSN: 14775131. DOI: 10 . 1016 / j . jpuro1 . 2021 . 10 . 025. URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1477513121005234>.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (2011). URL: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

Warkentin, T., S. Hermann a A. Berndl (2021). „Breastfeeding positions and techniques used by Canadians with physical disabilities“. In: *Disability and Health Journal* 14.4. ISSN: ISSN 1936-6574. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101151>. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657421001151>.

Wasiak, Krzysztof, Krzysztof Czajkowski a Justyna Frasuńska (2023). „Spinal cord injury during early pregnancy. Problems in the course of rehabilitation and infant care, a case report“. In: *The Journal of Spinal Cord Medicine* 46.4, s. 692–696. ISSN: 1079-0268. DOI: 10 . 1080 / 10790268 . 2021 . 1965336. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10790268.2021.1965336>.

WHO, World Health Organization (2011). „WORLD REPORT ON DISABILITY“. In: URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>.

Seznam zkratek

AD	autonomní dysreflexie
BMI	body mass index
DMO	dětská mozková obrna
GDM	gestační diabetes mellitus
IMC	infekce močových cest
IUI	intrauterinní inseminace
RTG	rentgen
S1–4	sakrální míšní segment č. 1–4
SB	spina bifida, rozštěp páteře
SC	sectio cesarea, císařský řez
SCI	spinal cord injury, poranění míchy
T1–12	sakrální míšní segment č. 1–12
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
TP	tělesné postižení
VEX	vakuumextrakce
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1: diferenciální diagnostika autonomní dysreflexie a preeklampsie, s.20