



Organizácia
muskulárnych
dystrofií
v SR

modré stránky

Výskum Starostlivosť Rehabilitácia

Informačné listy o nervovosvalových ochoreniach

1/2011

OBSAH

■ Úvod

■ Téma:

**Tehotenstvo u žien s NSO a anti-
koncepčia u osôb so zdravotným
postihnutím**

● **3 – Tehotenství u žen s nervosva-
lovým onemocněním**

Základní faktory, na které by se
nemělo zapomenout

Srdeční choroby

Oslabené dýchací svaly

Myotonická dystrofie –
speciální případ

Plánování porodu

Porod

Zvládání bolesti

*Těhotenství a progresse
onemocnění*

*Týmová práce je velmi důležitá
Stojí to za to*

● **8 – Trochu jiná máma – proč to
má těžší?**

● **14 – Zdravotně postižení, repro-
dukční zdraví a kontracepce**

Hormonální antikoncepce

Nehormonální antikoncepce

Zdravotně postiženým chybí
informace

● **18 – Přehled kontracepčních
metod**

Milí čitatelia,

V prvom novoročnom čísle Modrých stránok nájdete preklady zo zahraničných zdrojov, ktoré boli zverejnené v časopise Zpravodaj (obdoba našej Ozveny), ktorý vydáva česká OMD.

Mnohí naši členovia aj členky túžia mať vlastné dieťa, a to napriek svalovému ochoreniu, ktoré majú. Je to prirodzená túžba, naplnenie partnerského vzťahu. Pred prijatím rozhodnutia, či do toho ísť alebo nie, hľadajú informácie, ktoré by im pri rozhodovaní mohli pomôcť. Tých informácií je však stále málo. Článkom o tehotenstve žien s NSO a príbehom ženy so zdravotným postihnutím, ktorá sa rozhodla napriek nesúhlasu rodiny a okolia stať šťastnou mamou troch detí, sa aspoň čiastočne snažíme tento deficit prístupných informácií znížiť.

Spolu s tehotenstvom úzko súvisí aj otázka reprodukčného zdravia a prístupu k antikoncepcii u osôb s ťažkým zdravotným postihnutím. Tejto téme, o ktorej sa verejne stále málo hovorí, sa venujú ďalšie dva články.

Modré stránky budeme distribuovať bezplatne spolu s každým vydaním Ozveny počas r. 2011.

Ako napovedá podnadpis, nájdete tu články z výskumu, poznatky o lekárskej starostlivosti, správy o štandardoch starostlivosti o niektoré špecifické typy svalových ochorení a rôzne iné informácie napríklad z rehabilitácie či predpisovania pomôcok. Prinášať budeme aj kontakty na špecialistov. Pôjde o preklady zo zahraničných zdrojov. Neostane len pri nich – v prvom vydaní Modrých stránok sme uverejnili autorské príspevky renomovaných detských špecialistov zo Slovenska. K spusteniu tohto pilotného projektu nás viedol fakt, že vývoj vo výskume a medicínske poznatky v oblasti progresívnych svalových ochorení napredujú míľovými krokmi, čo sa odráža v zvýšenej kvalite a komforte života ľudí so svalovými ochoreniami.

Šírenie informácií, vzdelávanie tak smerom k ľuďom so svalovým ochorením a ich rodinám ako aj smerom k odbornej obci považujeme za veľmi dôležité. Informovaný pacient je totižto ten najlepší

Modré stránky

– informačné listy o nervosvalových ochoreniach

V r. 2011 vyjde štyrikrát.

Vydáva: **Organizácia muskulárnych dystrofií v SR**

Vrútocká 8, 821 04 Bratislava

Tel: 02/ 43 41 16 86, e –mail: omd@omdvrs.sk. www.omdvrs.sk

Grafická úprava: Veronika Melicherová

Tlač: fi CopyOffice

Distribúcia: fi ARES spolu s časopisom Ozvena

Postrehy a námety posielajte: duracinska@omdvrs.sk

Modré stránky ani žiadna ich časť nesmie byť použitá a zverejnená bez predchádzajúceho písomného súhlasu vydavateľa a uvedenia zdroja.

pacient. Predovšetkým by sme však radi takto prispeli k tomu, aby sa aj na Slovensku kvalita života detí a dospelých so svalovou dystrofiou či iným svalovým ochorením zvyšovala.

*Mgr. Mária Duračinská
podpredsedníčka za
Organizáciu muskulárnych
dystrofiíkov v SR*

TĚHOTENSTVÍ U ŽEN

S NERVOSVALOVÝM

ONEMOCNĚNÍM

Opatrnost, příprava a týmová práce vede k výborným výsledkům těhotenství u žen s nervosvalovým onemocněním.

Při správné péči a plánování ženy s nervosvalovým onemocněním mívají – i když ne vždy – úspěšné těhotenství a porodí zdravé děti.

Zvýšená opatrnost je na místě při postižení srdečního svalu, oslabení dýchacího svalstva a nestabilních autoimunitních onemocnění.

Základní podmínkou pro úspěšné těhotenství u žen postižených nervosvalovým onemocněním je péče specialistů po celou dobu těhotenství i během porodu.

Když se Emma Ciafaloni v 90. letech minulého století připravovala na práci specialistiky v oblasti nervosvalových nemocí, a když v prvních letech tohoto století pracovala jako vedoucí lékařka na klinice MDA při Dukeově Univerzitě,

byla překvapena nedostatkem informací, které by mohla nabídnout pacientkám, které si přály otěhotnět.

„Zajímá mě, co můžeme udělat lépe pro ženy s nervosvalovým onemocněním, které si přejí otěhotnět, jaké existují možnosti při řešení jejich nemoci a jak jim poskytnout co nejkvalitnější péči v těhotenství,“ říká Ciafaloni, nyní působící na lékařské fakultě Rochesterské univerzity, kde se stará o pacienty MDA (Americká asociace muskulárních dystrofií), od které získala finanční podporu na výzkum. „Mým cílem je poskytnout co nejlepší péči mým pacientkám. Určitě si nemyslím, že by se mi povedlo objevit lék na různé typy muskulární dystrofie, ale velmi mě zajímá, jak uplatnit v praxi nové standardy péče.“

Ultrazvuk srdce může dobře vyhodnotit srdeční funkce nastávající maminky a může jí pomoci s rozhodováním. Emma Ciafaloni spolupracuje s několika kolegy z oddělení neurologie, gynekologie a porodnictví, se kterými provedla studii o těhotenství u žen s FSHD (Facioscapulohumerální muskulární dystrofie). Výsledky byly publikovány v roce 2006 v americkém časopise *Neurology*.

Výzkumníci zkoumali zdravotní dokumentace 38 žen s diagnózou FSHD. V celku byly výsledky těhotenství v této skupině dobré, i když míra porodů císařským řezem nebo kleštěmi, jakož i počet dětí s nízkou porodní hmotností byly vyšší než celostátní průměr.

U jedné ze čtyř žen došlo též ke zhoršení příznaků FSHD, které přetrvávalo

i po porodu. Mezi nejčastější problémy v pořadí podle četnosti patřily: celková slabost, častější padání, oslabení svalstva v oblasti ramen i na dolních končetinách, bolesti svalů.

I přes některé komplikace při porodu či zhoršení celkového zdravotního stavu 90 procent žen uvedlo, že by si těhotenství vybralo znovu.

Eva Pressman, vedoucí fetomaternální medicíny na katedře gynekologie a porodnictví na Rochesterské univerzitě, spolupracovala s doktorkou Cialoní i jinými lékaři na studii o FSHD. „Důležitou věcí v naší studii je, že výsledky byly opravdu dobré,“ říká. „Je to důležité pro pacientky, aby věděly, že kvůli svému základnímu onemocnění není pro ně těhotenství kontraindikováno. Při vhodném způsobu monitorování a s vědomím možných rizik si myslím, že většina pacientek může těhotenství ukončit velmi úspěšně.,“

Ale ne všechna nervosvalová onemocnění, natož všechny ženy nebo děti, jsou stejné. A dokonce u diagnózy jako je FSHD, kde šance mít úspěšné těhotenství se zdají být dobré, existují kroky, které by ženy neměly opomenout, aby jejich těhotenství proběhlo co nejlépe.

ZÁKLADNÍ FAKTORY, NA KTERÉ BY SE NEMĚLO ZAPOMENOUT

Srdeční choroby

Srdeční choroby se mohou objevit u mnoha nervosvalových nemocí, a pokud jsou závažnější, mohou být

velkým problémem pro ženy vzhledem k jejich těhotenství. „Těhotenství vede k významnému zvýšení srdečního výkonu, stejně jako k 50procentnímu nárůstu krevního objemu, takže srdce musí pracovat mnohem víc,“ říká Pressman. „A když jdete do těhotenství s oslabeným srdcem, které funguje méně, než by bylo optimální, bude se zřetelně zhoršovat v průběhu těhotenství. To může vést k selhání srdce u matky a ohrozit matku i plod, v závislosti na tom, kdy v těhotenství se tyto problémy vyskytují. Nejčastější období, kdy se objevují problémy se srdcem, bývá na konci druhého čtvrtletí nebo na začátku třetího čtvrtletí.,“

Pressman důrazně doporučuje, aby pacientky ohrožené pro srdeční dysfunkce podstoupily před otěhotněním vyšetření srdce ultrazvukem a „opravdu zvážily těhotenství, pokud mají významné srdeční dysfunkce.“

„Pokud se srdeční onemocnění objeví v době těhotenství, lze stav korigovat pomocí léků alespoň do stádia, kdy má dítě šanci na přežití. Zpravidla se u těchto žen vyvolává předčasný porod, aby se minimalizovalo riziko.“

Oslabené dýchací svaly

Dalším rizikovým faktorem pro těhotné ženy s nervosvalovým onemocněním bývají oslabené dýchací svaly. V pokročilejším stádiu těhotenství se problémy s dýcháním mohou zhoršovat, a tím je ohrožena i stávající funkce ledvin.

„Jsou ženy, které mají přiměřené

respirační funkce před otěhotněním, ale ty se zhoršují, jak postupuje těhotenství," říká Pressman. Proto je důležité věnovat zvýšenou pozornost tomuto aspektu ještě před těhotenstvím a popřípadě si vyžádat speciální podporu (jako je neinvazivní asistovaná ventilace) během těhotenství.

I v tomto případě je indikované ukončit těhotenství o trochu dříve, protože respirační funkce i funkce ledvin se zhoršují hlavně ke konci těhotenství.

Imunosupresivní léky, které nejsou kortikosteroidy, mohou představovat určité problémy. Viz „Léky a komplikace u těhotných žen s nervosvalovým onemocněním.“

MYOTONICKÁ DYSTROFIE – SPECIÁLNÍ PŘÍPAD

Většina nervosvalových onemocnění postihuje především kosterní svalstvo, ale také lícni svaly, polykací a dýchací. Srdeční sval, i když to je hladký sval, bývá také postižen mnoha nervosvalovými chorobami. Myotonická dystrofie (MMD) ovlivňuje nejen kosterní svalstvo a srdce, ale i všechny ostatní hladké svaly, které lemují duté orgány, jako je gastrointestinální trakt, močové cesty, děloha a vagina.

Abnormality dělohy a oslabení funkcí poševních svalů mohou mít závažné negativní dopady na průběh porodu. „Pokud je děloha skutečně postižená, pak porod nemůže mít dobrý průběh,“ říká Pressman, „a dotyčná žena nemusí

být schopna mít vaginální porod. Můžeme se pokusit ji stimulovat různými léky jako oxytocin (hormon stimuluje porod) nebo jinými léky, ale pokud děloha není schopna stahů, je potřeba provést porod císařským řezem.“ Kromě toho lidé s MMD jsou obzvláště citliví na léky tišící bolest a mohou mít abnormální reakce na anestezii, a proto je nutná zvýšená opatrnost v tomto směru. Děti s vrozenou MMD se mohou narodit s dýchacími potížemi a mohou mít obtíže při polykání. Na tuto možnost musí být porodnický tým připraven. Stává se, že při porodu dítě spolkně trochu plodové vody od matky, ale u dítěte s vrozenou MMD může tato látka ohrozit matku i dítě. Nadměrné hromadění plodové vody, tzv. polyhydramnios, může způsobit předčasné protržení blan a předčasný porod může dítě ohrozit.

Během první fáze porodu se rozšiřuje děložní hrdlo. Tato etapa vyžaduje děložní svalstvo, které je hladké a u většiny nervosvalových onemocnění není poškozené. Výjimkou je myotonická dystrofie, u které může být postižené svalstvo dělohy a jiné funkce hladké svaloviny. Během druhé etapy porodu se matka snaží dítě vytlačit ven. Svalstvo v oblasti břicha může být u nervosvalových nemocí oslabené, a proto je někdy potřeba provést císařský řez.

Plánování porodu

Téměř všechny těhotné ženy s nervosvalovým onemocněním mohou mít potíže při různých fázích porodu.

A pokud tyto obtíže jsou závažné, mohou mít vliv na matku i dítě. Kromě toho bolesti mohou u některých žen s nervosvalovou nemocí mohou představovat určité specifické problémy, a někdy může mít těhotenství dlouhodobý nepříznivý vliv na progresi onemocnění. Přemýšlíte-li o těhotenství a porodu, je nutné si vše naplánovat dopředu.

Spinální zakřivení páteře mohou zasahovat do účinnosti spinální nebo epidurální anestézie. Léčba aplikovaná pomocí katetru pro spinální anestézii je obvykle umístěn o něco výš a proniká trochu hlouběji než u zdravých žen. Velikost pánve matky je samozřejmě také důležitá a může ovlivnit schopnost ženy mít bezpečný vaginální porod. Další faktor, který může ovlivnit průběh porodu, jsou kontraktury (klouby ztuhlé v jedné poloze), které se mohou vyskytovat v kolenou, kyčli, v páteři.

Spinální zakřivení – a někdy i chirurgické zákroky prováděné k jejich nápravě (blokování páteře, nebo různé kovové tyče a šrouby) – mohou být také problémem. Zvětšování dělohy může tlačit na různé body abnormálně zakřivené nebo ztuhlé páteře, což může způsobit ztrátu citlivosti, zvýšenou slabost nebo dokonce ochrnutí. Kvůli zvýšenému tlaku a napětí v dolní části zad během těhotenství se občas vyskytují, a to i u zdravých žen, tlaky na lumbální část páteře. Větší riziko může být u nervosvalových onemocnění, obzvláště u spinální muskulární atrofie.

Porod

První etapa porodu je ta, ve které se děložní čípek (hrdlo dělohy) rozšíří tak, že dítě má prostor opustit dělohu v průběhu druhé etapy, kdy je dítě vytlačeno ven. V první fázi je zapojené hlavně hladké svalstvo a stahy dělohy, které jsou mimovolné.

Ženy s nervosvalovým onemocněním (s výjimkou myotonické dystrofie) obecně nemají žádné zvláštní problémy v této fázi porodu.

Nicméně, téměř všechny ženy s nervosvalovým onemocněním (včetně těch, které trpí myotonickou dystrofií) mívají oslabené svalstvo a následně mívají obtíže při druhé fázi porodu. Pokračují kontrakce dělohy, což pomáhá při vytlačování dítěte ven. Matka tomu napomáhá svými břišními svaly, které zapíná a dítě je včas vytlačeno ven.

U žen, které mají nervosvalové onemocnění, mohou v této fázi nastat problémy vzhledem k oslabení kosterního svalstva. Není to však pravidlem, ale je dobré, aby porodní tým byl připraven na jakoukoliv eventualitu a ženě poskytl včas pomoc. Pokud jde o poslední fázi porodu, tam bývá zapojená hlavně děloha, která je hladký sval a je schopna vypudit dítě bez jakéhokoli úsilí z matčiny strany. Takže, i když povzbuzujeme ženy, aby se snažily, ne vždy je třeba tlačit. V případech, že děloha nefunguje správně, mohou lékaři zakročit.

Zvládání bolesti

Deformace páteře nebo následky různých chirurgických zákroků mohou způsobit obtíže při aplikaci epidurální nebo místní anestezie. Tyto typy anestezie nemusí fungovat také u pacientek se skoliózou, s abnormalitami míchy nebo které mají kovové tyče či šrouby v páteři. Zároveň je známo, že aplikace anestezie u osob s nervosvalovým onemocněním představuje určitá rizika. Není to nutně kontraindikováno, ale nemusí zabírat stejně jako u zdravých pacientek. Důležité je dávat pozor při aplikaci epidurální anestezie. Je nutné dbát na přesném umístění katétru. Na druhou stranu, celková anestezie (inhalační anestezie), která je alternativou k epidurální nebo spinální anestézii při porodu císařským řezem, představuje pro některé ženy s nervosvalovým onemocněním určité nebezpečí. Je zde například riziko závažných nežádoucích reakcí, tzv. maligní hypertermie. Je proto velmi důležité, aby porodní tým věděl o tomto riziku předem, aby mohli používat alternativní anestetika. Anesteziolog a porodník by měli vědět, že pacientky s nervosvalovým onemocněním by mohly být trochu více citlivé na intravenózní léky, které se používají v průběhu porodu, a proto by měli způsobit jejich dávkování. Pokud žena potřebuje v průběhu chirurgického zákroku při porodu celkovou anestezii, je obecně prováděná „intubace“, což znamená, že se jí do průdušnice zavede trubice a během operace je napojena na ventilátor. U zdravých žen, u kterých

se provádí celková anestezie, může být trubice odstraněna téměř okamžitě po porodu a ony mohou samy dýchat bez problémů. U žen s nervosvalovým onemocněním, které mají oslabené dýchací svalstvo, mohou nastat dýchací problémy po odpojení od dýchacího přístroje, i když jen na krátkou dobu. Z tohoto důvodu se u některých případů doporučuje lokální anestezie při císařském řezu. Odborníci však varují, že při lokální anestezii porodní tým musí být velmi opatrný a zhodnotit případ od případu, jelikož ne každá žena dokáže tolerovat určité aspekty takového zákroku.

Těhotenství a progresse onemocnění

Z dosavadních poznatků bývá často pravidlem, že v průběhu těhotenství se ženy s nervosvalovým onemocněním cítí trochu slabší a že po porodu se nebudou cítit ve stejné fyzické kondici jako předtím. Není znám přesně důvod, ale každá žena, která se rozhodne pro těhotenství a má nějaký typ myopatie, by měla být připravena na tuto eventualitu. I v případě, že slabost nebude trvalá, je téměř jisté, že u těhotných žen s nervosvalovým onemocněním dojde k dočasné progresi zdravotního stavu. Jeden z důvodů může být přibírání na váze během krátkého období, takže pokud žena má stále dostatek svalové síly, aby mohla vykonávat své běžné činnosti, ale má o 20 nebo 30 procent více váhy, změní se jí těžiště a bude

muset používat různé svaly na podporu rovnováhy.

Týmová práce je velmi důležitá

Odborníci se shodují, že hlavním předpokladem pro úspěšné dokončení těhotenství u žen s nervosvalovým onemocněním je koordinace a komunikace mezi těhotnou ženou, jejím neurologem a zkušeným porodnickým týmem. Nutná je také návštěva genetického poradce, který každému páru pomůže vyhodnotit rizika přenosu genetické poruchy na dítě. Je velmi důležité, aby všichni, kteří mají těhotnou ženu v péči, mezi sebou komunikovali a nejednali nezávisle na sobě. Péče, která je dobře koordinována, je bezpečná a je důležité, aby specialisté z různých oborů mezi sebou spolupracovali, protože se stává, že některé pacientky, které bagatelizovaly svou nemoc, měly v těhotenství a při porodu komplikace, kterým se dalo předejít. Doporučuje se, aby ženy s nervosvalovým onemocněním konzultovaly svůj zdravotní stav před otěhotněním se svým odborným lékařem, který by jim měl poskytnout veškeré informace ohledně možných komplikací v době těhotenství. Při nutnosti provedení císařského řezu je nutná předoperační konzultace s anesteziologem.

Stojí to za to

Z dosavadních zkušeností vyplývá, že většina žen s nervosvalovým onemocněním, které byly těhotné, svého rozhodnutí nelitovaly. Je důležité, aby

lékař byl opatrný, ale zároveň by neměl být příliš pesimistický. Pro většinu žen nemělo těhotenství obrovský dopad na jejich základní onemocnění. Při správné péči a plánování snášejí ženy s nervosvalovým onemocněním těhotenství dobře, i když ne vždy se jim povede mít úspěšné těhotenství a porodit zdravé dítě. Největší opatrnost by měla být věnována při srdečním onemocnění, v případě oslabení dýchacích svalů a nestabilních autoimunitních chorobách. Je zcela zásadní, aby těhotná žena s nervosvalovým onemocněním byla pod stálou lékařskou péčí po dobu celého těhotenství a při porodu.

autor: Margaret Wahl,
Amy Labbe a Miriam Davidson
zdroj: Quest July-September 2010
z anglického jazyka přeložila:
Mgr. Dona Zalmanová

TROCHU JINÁ MÁMA –

PROČ TO MÁ TĚŽŠÍ?

V následujícím článku se můžete seznámit s příběhem ženy, která sice není postižená svalovou dys-trofií, ale mnohé problémy spojené s těhotenstvím žen se zdravotním postižením mohou být společné.

Když žena s handicapem otěhotní, musí často překonávat nejen bariéry svého postižení, ale je nucena také bojovat s předsudky okolí. Bohužel nejen laici, ale nezřídka také zdravotničtí pracovníci jí kladou další překážky, místo aby jí poskytli potřebnou podporu a pochopení.

Právo na nerušený soukromý a rodinný život je zaručeno KAŽDÉMU Listinou základních práv a svobod 23/1991 Sb., konkrétně v čl. 10. 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. Realitou je ale fakt, že české porodnictví a společnost vůbec bohužel stále s rodiči s handicapem příliš nepočítá a ještě méně si ví rady např. s maminkami, jejichž postižení je výraznější. Situace se sice s léty postupně zlepšuje, relativně hodně se zlepšila např. péče a služby pro ženy sluchově handicapované. Nicméně spousta problémů stále zůstává nedořešena.

Když tedy žena s handicapem otěhotní, nečeká ji jen radostné očekávání miminka. V mnoha případech na ni čeká řada komplikací, boj s předsudky a zdolávání často zbytečných bariér. Například kurzy pro těhotné většinou nepočítají s handicapovanými maminkami, stejně tak je pro ženy s výraznějším postižením stále dost těžké najít třeba dula.

Sama mám poměrně nepřehlédnutelné postižení - dětskou mozkovou obrnu, postižení obou nohou a částečně i rukou. Chodím o berlích. Když jsem si při svém druhém těhotenství v roce 2006 hledala dula, uspěla jsem až na pátý pokus. Ze čtyř oslovených žen jsem cítila strach, vyhýbavé odpovědi, odkazování na lékaře atp. Jenomže já s mozkovou obrnou žiji už 33 let, vcelku

jsme si na sebe zvykli :-). Takže já vím nejlíp, jak s tím žít. Kdybych se na vše chodila ptát lékařů, patrně bych dnes žádné děti neměla. Od duly potřebuji podporu a kdo mě má podpořit, ten se mě nesmí bát. Nakonec jsem našla dula naprosto úžasnou a dnes ji beru jako člena rodiny. Náš první kontakt byl skvělý. Dula přiznala, že zkušenost se ženami jako já sice nemá, ale že nám nic nebrání se poznat. A o tom to je - poznat se a respektovat.

Dula mi moc pomohla a to neměla lehkou pozici, jelikož jsem si z doby prvního těhotenství nesla poměrně vážné trauma, které jsme před druhým porodem musely alespoň trochu zpracovat. Velkým problémem je také předimenzovanost péče, která je v ČR u těhotných předimenzovaná obecně, ale u zdravotně postižených zvláště. Jsou častěji posílány na genetická vyšetření a do rizikových poraden, než ženy bez handicapu, a to mnohdy bez ohledu na to, zda daný handicap těhotenství ovlivňuje či nikoli. Zním např. ženu, kterou chtěl gynekolog pro jistotu poslat na amniocentézu, protože viděl, že její manžel je na vozíku. Lékař se vůbec nezeptal, proč je pán na vozíku. Prostě viděl vozíčkáře, a tak navrhl drahé invazivní vyšetření. Pro jistotu a zbytečně - manžel té paní byl na vozíku po úraze. U tělesného postižení je pro ženu také doslova nadlidský výkon vyhnout se elektivnímu císařskému řezu. Když jsem byla poprvé těhotná, byla jsem nezkušená vyděšená prvorodička, neuměla jsem lékařům odporovat.

Ošetřující gynekoložka mě poslala do rizikové poradny z důvodu základního onemocnění. V Motole jsem pak po třech hodinách čekání dostala vynadáno, cože tam dělám, když jsem úplně normálně těhotná! Celé těhotenství jsem sháněla různá potvrzení od nejrozličnějších lékařů, že můžu tohle a tamto. Neurolog ani ortoped nakonec neměli námitky proti spontánnímu porodu, přesto vše skončilo plánovaným císařským řezem, který mi byl do slova a naprosto neetickým způsobem vnucen personálem vyhlášené pražské porodnice. Sekce se posléze ukázala jako zbytečná. Tato zkušenost ze mne udělala poměrně skalního odpůrce plánovaných císařských řezů. Nakonec jsem si svou cestu k normálnímu porodu našla, ale musela jsem si najít svého doktora, spřízněnou porodnici, dula a šlo to. Kolik žen má ale na tohle sílu? Většina není zvyklá odporovat a ženy s handicapem se často bojí odporovat „autoritám v bílých pláštích“. Kolik žen je tak ochuzeno o možnost být s miminkem od první vteřiny a třeba zbytečně. Jen proto, že se porodník bojí, že nezná, a tak radši řeže ...

Dalším problémem může být protichůdnost názorů gynekologa a ošetřujícího specialisty. Např. pokud žena s epilepsií hledá informace, zda může či nemůže kojit, bude asi pěkně zmatená. Na www.porodnice.cz najde údaj, že epileptičky nemají kojit, ale názor neurologů již zdaleka tak kategorický není. Na tomtéž webu může totiž najít i jiný

článek o kojení a epilepsii, který vyznívá naopak ve prospěch kojení – alespoň u části žen s epilepsií. Pokud se orientuje v tématu, ví, že ten druhý příznivější článek psala přední česká neuroložka, ale pro laika mohou být tyto protichůdné informace matoucí. Sama sice epilepsii nemám, ale u mé nejmladší dcerky se v kojeneckém věku epileptické záchvaty objevily, nejspíše jako důsledek prudké reakce na tzv. hexavakcínu. Zkrátka člověk nikdy neví, na co v životě narazí a jaká informace se mu jednou bude třeba hodit...

Pravdou zůstává, že žena s jakýmkoli handicapem se musí více pídít po relevantních informacích než žena bez handicapu. Pro každou těhotnou je obtížné vyrovnat se se změnami ve vlastním těle, zvládnout nepřeberné množství nových informací. Pracují hormony, velkou roli hraje strach nebo nejistota – tak je to asi u každé těhotné. Když si ale představíte, že kromě těch „běžných problémů“ musíte v těhotenství řešit i spoustu dalších, z nichž mnohé plynou třeba jen z pouhé neinformovanosti okolí – není to zrovna příjemné a je to bohužel často zbytečné.

Zajímavé téma je také bariérovost porodnic (a protože porodem mateřství teprve začíná, následují možné problémy s bariérovostí dětských oddělení, školek, škol atp.). V roce 2009 uvedla nejmenovaná porodnice při fakultní nemocnici do průvodce porodnicemi na www.aperio.cz, že je plně bezbariérová a je připravena poskytovat péči

handicapovaným rodičkám. Následně tato porodnice odmítla přijmout rodičku ochrnutou po úrazu míchy s tím, že pro ni nemají vyhovující pokoj. Žena na vozíku musela pak dva týdny před porodem poměrně obtížně hledat alternativu, kterou naštěstí nakonec našla v malé porodnici.

Často se také stává, že personál porodnic na dotazy týkající se bezbariérovosti odpovídá stylem „pokoj máme, sociální zařízení nikoli, ale ono se to nějak udělá“. Ono se to nějak neudělá. Nebo si dovedete představit, že byste se po porodu nemohly osprchovat a to po několik dní?

Spousta žen s těžším postižením zcela logicky preferuje ubytování spolu s doprovodem. Po porodu uvítá přítomnost blízké osoby snad každý, handicapovaná žena má další pádný důvod – člověku, se kterým žijete a kterého znáte, nemusíte vysvětlovat, jak a s čím potřebujete případně pomoci a proč. Naopak je poměrně nepříjemné vysvětlovat totéž každé druhé sestřičce. I když se personál porodnice třeba snaží, mohou vzniknout nedorozumění prostě jen díky tomu, že žena je po porodu unavená, může být přecitlivělá a personál naopak může být ve stresu. Umožnit handicapované rodičce (pokud si to přeje) ubytování spolu s doprovodem (asistentem či rodinným příslušníkem) by tedy mělo být samozřejmostí. Přesto těhotné s handicapem často nemají možnost být v porodnici spolu s osobou blízkou. Navíc mnohé porodnice

umožní ubytování s doprovodem pouze na nadstandardních pokojích, kterých je ale málo, bývají tedy obsazené, a navíc jsou drahé.

Personál porodnic a zdravotnických zařízení obecně často neumí s handicapovanými komunikovat. Přetrvávají předsudky a nezřídka chybí elementární slušnost. Dotazy typu „A jak se budete starat?“ jsou opravdu neetické, ba přímo neslušné. Výroky jako „Umíte číst?“ jsou už skoro na žalobu.

Prosadit si bonding bývá u handicapované ženy obvykle těžší než u tzv. zdravé. Stačí, aby pediatr v porodnici prostě „měl obavu“ či si „neuměl představit“ a je problémem si prosadit i rooming in, natož pak bonding. Víím o případu handicapované matky, kdy pediatr v porodnici nahlásil na příslušném orgánu sociálně právní ochrany dětí, že propouští matku s „problematickou rodičovskou kompetencí“. Možná jednal v dobrém úmyslu, ale překročil své kompetence, porušil povinnou mlčenlivost a mladé rodině také bezdůvodně zkomplikoval život.

Jako zarážející se jeví také fakt, kolik lidí si připadá kompetentní vyjadřovat se k tomu, kolik by handicapovaní měli mít dětí. Vždycky jsem chtěla mít velkou rodinu. Nedovedete si představit, kolik lidí s tím nesouhlasí anebo mají pocit, že musí vyjádřit svůj - samozřejmě negativní - názor. Vesměs takto činí lidé, kteří mě a mou rodinu moc neznají. Ale tohle je prostě otázka přetrvávajících předsudků, dědictví dob

nedávno minulých. Snad se to časem spraví... Vždycky, když mě něco takového naštve, nebo když musím překonávat nějakou překážku, vzpomenu si, že mám vlastně štěstí – mám pouze tělesné postižení.

Samotný handicap je tedy často mnohem menším problémem než komplikace, které vyvstanou díky nevědomosti, špatné komunikaci či naprosto zbytečné, ale bohužel stále tak nějak přetrvávající ostrakizaci (vylučování, vypovězení ze společnosti) handicapovaných.

Kdy jsem zjistila, že to zvládnou

Narodila jsem se v sedmdesátých letech. Tehdy se s lidmi s postižením jaksi nepočítalo. Už to, že jsem chodila na běžnou základní školu, bylo tehdy něco docela neobvyklého. Vlastně jsem nikdy nepřišla do užšího kontaktu se speciálním školstvím, nicméně dostatečně traumatizující pro mne v dětství bylo několik pobytů v lázních. Najednou jsem se ocitla v prostředí, kde vám ošetřující personál dával nepokrytě najevo, že za nic nestojíte, že jste k ničemu, protože jste trochu jiná/jiný. Tři měsíce v roce jsem pozbyla křestní jméno - oslovovalo se výhradně příjmením. Míříže na oknech, všudypřítomná špína, pach moči a plen. Pokoje minimálně po šesti, společné koupání, nerespektování soukromí či intimity. K tomu rehabilitace velmi diskutabilní úrovně a škola dvě hodiny

denně. Když mi bylo devět nebo deset, byla jsem v lázních naposledy. Tehdy jsem se tam starala o dvě malé děti. V lázních totiž panoval takový systém, vymyslely jej „hodné“ sestřičky. Každý, kdo byl soběstačnější nebo šikovnější, se musel po večerech starat o své méně zdatné kolegy. Dávat na mísu svou sedmnáctiletou spolubydlící, aplikovat jí menstruační vložky atp. to se mi v těch deseti letech docela eklovalo, ale starat se o ty malé děti, to mě bavilo a moc. Snažila jsem se jim ten pobyt tam co nejvíc zpříjemnit. Nevím, zda se mi to tehdy povedlo, snad... Ale od té doby jsem si tak nějak byla jistá, že vlastní děti chci a že péči o ně zvládnou.

Jak jsem to zvládla

Postupem času jsem začala uvažovat o tom, že bych chtěla větší rodinu. Tak nějak mi to přišlo normální, proč taky ne, většina holek u nás na gymnáziu děti plánovala. Tak proč by to u mě měl být problém? Jenže on byl problém. Ne ve mně, ale v názorech okolí. Ohledně rodičovství byly názory odmítavé ze všech stran. Lidé se zdravotním postižením stále nejsou v ČR řekněme vychovávaní k rodinnému a partnerskému životu. Když dospíváte, tak nějak začnete mít pocit, že něco není v pořádku, ale nechápete to. Tedy alespoň já to nechápala. Byla jsem normální holka jen s „křivýma nohama a špatnou rovnováhou“, jenže mi začalo docházet, že okolí mě nebere jako ženskou. V rodině se má budoucnost plánovala ve stylu „budeš bydlet u rodičů, pracovat

v místě bydliště a snad se o tebe nějak postaráme“. Rodina se ode mne neočekávala. Na vysokou školu jsem odešla do Prahy a do rodného městečka v Polabí už jsem se nevrátila. Mým životem prošlo několik partnerů. Pokud byl partner fyzicky zdravý, pak jsem byla v jeho rodině jakožto partnerka většinou odmítána. Co se týká sexuality a rodičovství obecně z pohledu lékařů, byla mi několika lékaři nezávisle na sobě až neomaleným způsobem vnučována antikoncepce. První dvě těhotenství byla příbuzenstvem přijata spíše negativně, a to jak ze strany matky mého exmanžela, tak ze strany mé matky.

Když jsem čekala třetí dcerku Růženku s jiným partnerem, byl postoj jeho rodiny lepší, moje maminka zachovávala postoj rázně odmítavý. Na zážitek s porodem první dcery a na chování personálu ve vyhlášené pražské porodnici se snažím zapomenout už léta. U dvou mladších dcerek to vše bylo v pohodě, ale musela jsem si najít „svoje lidi“, lékaře, dudu, porodní asistentku, lidi bez předsudků, takové, kteří mě berou a budou brát jako „normální ženskou“. Jde to, ale nebylo snadné takové lidi najít. Vlastně jsem měla veliké štěstí.

No, a když už ty své drobečky mám, musím se o ně postarat a musím se postarat taky o to, aby je moje postižení pokud možno nezasáhlo anebo je zasáhlo co nejméně. Pořád řeším, co a jak udělat. Počínaje pražskou MHD – jezdí sice nízkopodlažní tramvaje, ale díky chování části společenstevníků jsou pro mne s kočárkem také skoro

nepoužitelné. Vždycky jedu ještě s někým, abych neriskovala, že mi kočárek (nebo starší dítě) zůstane na nástupním ostrůvku, zatímco já už budu v rozjeté tramvaji - třeba jen proto, že se lidi tlačí anebo proto, že řidič prostě nepočkal. Problém je také to, že když máte kočárek, lidi nějak nevidí anebo nepředpokládají jakékoli Vaše postižení. Nedávno mě starší paní docela nevybíravým způsobem vykazovala z vyhrazeného místa v tramvaji. Ohrdila jsem se, že mám průkaz ZTP/P a opravdu nemohu ve voze stát nebo sedět na zadních sedačkách, navíc jsem měla na klíně čtyřletou Leušku. Paní se na mě obořila se slovy „Vy že jste ZTP? Vždyť máte dítě!“ Místo jsme si našťěstí uhájily :-)

Také nám komplikuje život bariérovost školek, bazénů, ale i části dětských oddělení nemocnic – stále se nepočítá s tím, že by dítě mohl někam doprovázet rodič s postižením. Ano, všechno se dá vždycky nějak udělat, ale komplikace to je a dvacet let po pádu komunismu je těch architektonických bariér pořád dost.

Velkým problémem je v českých zemích také „fenomén zírání“. Když půjdeme někam, kde naši rodinu neznají, vždy se najde dostatek čumilů. „Jé přijel cirkus – koukejte baba s berlemi a tlupa dětí, no to je něco“. Někteří chytráci se i otočí. A děti si všimnou a ptají se, proč ten pán nebo ta paní tak zírá na jejich maminku. Jde to vysvětlit ale dost těžko, sama totiž nevím, čím je naše rodina pro některé tak zajímavá.

Ať jsme zajímaví z jakéhokoli důvodu,

ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÍ,

REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

A KONTRACEPCE

máme se rádi. Jsem ráda, že mám svoje holky a snad Bůh do budoucna dopřeje i hošíčka. Mám okolo sebe lidi, které mám ráda, a oni snad mají rádi mě. Bylo mi dopřáno vzdělání a samostatnost a můžeme si jako rodina dovolit platit hypotéku. Bydlíme v našem bytě, ne v magistrátním – to všechno jsou privilegia, která mnohým se stejnou diagnózou jako mám já, nebyla osudem dána. Mám štěstí. Mám svůj život a jsem máma...

Autor: Mgr. Kateřina Vítová

Mgr. Kateřina Vítová (1977) má dětskou mozkovou obrnu s výrazným postižením nohou a menším postižením rukou, chodí o francouzských holích. Vystudovala kulturologii na FF UK a právo na Právnické fakultě UK v Praze. Má tři dcery: Ester Zoe (2002), Leu Rút (2006) a Růženu Annu (2008). Nyní je na RD s nejmladší dcerkou, při RD ale spolupracuje s o. s. APERIO (v internetové poradně pro rodiče). Dále se zabývá „medicínským právem“, hlavně v oblasti práv klientek porodnické péče. Mimo jiné jí jde o „zlidštění“ péče o tzv. rizikové ženy či specifické případy. Dalším tématem, kde je třeba mnohé změnit, je oblast porodnické péče o ty ženy po sekci (ích), které si při dalším těhotenství přejí porodit přirozenou cestou. Obecně celá péče o ženy po operativních porodech potřebuje v mnoha porodnicích jakousi humanizaci, třeba v otázce podpory bondingu. Snaží se tedy alespoň maličko těmto změnám pomoci.

Reprodukčnímu zdraví mužů a žen s tělesným postižením (s disabilitou) se ve světě obecně věnuje jen malá či žádná pozornost. Příčinou je mýtus, že zdravotně postižené osoby nejsou sexuálně aktivní, nemají tedy potřebu sledovat svoji plodnost. Protože osoby se zdravotním postižením často žijí v ústraní, nebo mají ztížené možnosti navštěvovat zdravotnická zařízení, nemají odborníci v oblasti reprodukce a plánování rodiny o potřebách těchto lidí mnoho informací.

Mnoho osob se zdravotním postižením je schopno počít dítě a stejně jako lidé bez postižení mají potřebu dočasně používat antikoncepční prostředky. Někteří mohou hledat antikoncepční metody s trvalým či dlouhodobým účinkem, neboť těhotenství a výchova dítěte by pro ně byly obtížné. Lidé s geneticky podmíněnou nemocí, která by mohla být přenesena na dítě, mohou preferovat trvalé kontracepční opatření. Je stále více důkazů, že genetické faktory hrají roli například při rozvoji roztroušené sklerózy, neurologického onemocnění, které vede ke ztrátě pohyblivosti a koordinace, třesu a poruchám řeči a je často diagnostikováno u osob v reprodukčním věku.

„Postižení lidé bývají často skryti ve svých domovech po mnoho let,“ říká

Eileen Giron, výkonná ředitelka ACO-GIPRI v El Salvadoru, sdružení usilující o pracovní zařazení osob s postižením. „Kvůli fyzickým bariérám vně domova a omezeným možnostem dopravy se ven vydávají jen zřídka. V důsledku toho nejsou zastoupeni ve výběrech a nikdo se nedozví o jejich potřebách. Když však pořádáme semináře o sexualitě, ženy i muži se zdravotním postižením, s nimiž spolupracujeme, vyjadřují, že potřebují více služeb týkající se sexuálního a reprodukčního zdraví. Říkají, že již dlouho touží vědět víc, ale neví, koho se zeptat.“ Při poskytování poradenství ohledně antikoncepčních metod je potřeba zvážit zdravotní obtíže spojené s určitým tělesným postižením. Volba antikoncepční metody bude záviset na takových faktorech, jako je kvalita krevní cirkulace (zejména v končetinách), stupeň fyzické citlivosti, manuální zručnost. Je nutné zjistit, zda postižení nezpůsobuje abnormální srážlivost krve, zda antikoncepce nemůže zdravotní potíže zhoršit, zda osoba netrpí depresí a jaké užívá léky.

Hormonální antikoncepce

Chce-li žena užívat perorální kombinovanou kontracepci (COC), je nutné se ujistit, zda u ní není zvýšené riziko tromboembolie (vznik krevní sraženiny uvnitř cévního řečiště a vmetení sraženiny do cév na jiném místě těla). COC je kontraindikována u žen se špatnou krevní cirkulací, u žen, které prodělaly cévní mozkovou příhodu nebo jejichž končetiny jsou nepohyblivé. COC proto

může představovat riziko u žen s mozkovou obrnou, s poraněním míchy, dětskou obrnou, svalovou dystrofií a u některých žen s revmatoidní artritidou. U žen s poruchou citlivosti v dolních končetinách v důsledku míšní dysfunkce nebo roztroušené sklerózy spočívá riziko užívání COC v tom, že se nemusí včas odhalit vznik tromboflebitidy (zánět žil s tvorbou krevních sraženin). V těchto případech je vhodné zvážit užívání čistě gestagenní hormonální antikoncepce (přípravky obsahující pouze progestin).

Dosud zůstává nezodpovězena otázka, zda hormonální antikoncepce zhoršuje onemocnění, jako je revmatoidní artritida nebo roztroušená skleróza. Většina studií, jejichž cílem bylo zjistit, zda užívání orální antikoncepce ovlivňuje budoucí riziko revmatického onemocnění, naznačuje, že orální antikoncepce poskytuje určitou ochranu proti rozvoji revmatoidní artritidy.

Dvě dřívější studie, které zkoumaly působení orální antikoncepce na roztroušenou sklerózu, neprokázaly žádný vliv na dlouhodobou prognózu onemocnění. Jiné studie naznačují, že estrogeny mohou chránit před zhoršováním některých příznaků roztroušené sklerózy, včetně zhoršování kognitivních funkcí.

Ženám s omezenou hybností, u kterých je zvýšené riziko vzniku žilní tromboembolie, je běžně nabízen depotní medroxyprogesteron-acetát (DMPA) – čistě gestagenní preparát

aplikovaný injekčně do podkoží jednou za 3 měsíce.

Zvýšení rizika tvorby krevních sraženin a výskytu mozkové mrtvice nebylo u DMPA prokázáno, lze tedy jeho užívání zvážit u žen s poraněním míchy, svalovými dystrofiemi, roztroušenou sklerózou a poliomyelitidou.

DMPA snižuje krevní ztrátu během menstruace, po dlouhodobém užívání často vede až k amenorei (absence menstruace), což může být přínosem pro ženy, pro které je obtížné používat tampóny nebo menstruační vložky.

Dlouhodobé užívání DMPA však může mít u některých žen, zejména u dospívajících dívek, za následek také snížení hustoty kostního minerálu, což zvyšuje riziko vzniku osteoporózy již v premenopauzálním věku.

Dalším typem hormonální antikoncepce jsou podkožní implantáty NORPLANT, umístěné na vnitřní straně paže, které poskytují kontracepční ochranu po dobu 3 nebo 5 let. Nejčastějším nežádoucím účinkem je však nepravidelné krvácení.

Nehormonální antikoncepce

Nitroděložní tělíska s mědí prodlužují a zesilují menstruační krvácení, což vede ke dvěma obavám. První je, že nadměrná ztráta krve může vést k anémii, což je rizikem pro ženy s nemocemi dýchacího ústrojí nebo revmatoidní artritidou. Druhou nevýhodou silnějšího krvácení je obtížnější udržování hygieny pro ženy s omezenou manuální

zručností.

Při zvažování nitroděložního tělíska s mědí jako antikoncepční možnosti je také nutné zjistit, zda žena netrpí zhoršenou citlivostí v oblasti pánve. U žen s roztroušenou sklerózou nebo poraněním míchy by z důvodu nedostatku citlivosti nebylo možné včas zjistit, došlo-li v souvislosti se zavedením nitroděložního tělíska k zánětlivému onemocnění nebo k případnému mimoděložnímu těhotenství.

Zavedení nitroděložního tělíska může být obtížné u žen s dětskou mozkovou obrnou, skoliózou nebo roztroušenou sklerózou z důvodu spasmů stehenních přitahovačů.

Žena také musí být schopna pravidelně kontrolovat vlákno vedoucí z nitroděložního tělíska, aby se ujistila, zda tělísko nevypadlo. Kontrolu případně může provést i její partner.

Pokud jde o bariérové metody kontracepce, stejně jako osobám bez tělesného postižení se tělesně postiženým osobám doporučuje používat kondomy, už i pro jejich ochranný účinek proti pohlavně přenosným nemocem. Prevence před sexuálně přenosnou infekcí je důležitá zejména pro tělesně postižené ženy se zhoršenou citlivostí v oblasti pánve, neboť v případě nákazy by nemusely příznaky choroby včas zpozorovat.

Nakažení pohlavně přenosnou nemocí u osob s tělesným postižením není tak nepravděpodobné, jak si někteří lékaři mohou myslet. Je-li u postižené ženy zjištěna sexuálně pohlavní choroba, měli by lékaři ověřit, zda nebyla

nakažena v důsledku sexuálního zneužití. „Mnoho hluchých žen, s nimiž spolupracujeme, jsou oběťmi sexuálního zneužívání,“ říká Giron z ACOGIPRI v El Salvadoru, „nebo poskytují sexuální služby – mnohdy více partnerům – výměnou za potraviny a přístřeší. Je to pro ně velké riziko, ale často nevědí, jak se před pohlavně přenosnými chorobami chránit.“

Mezi metody nehormonální antikoncepce patří také sterilizace. Ačkoliv sterilizace může být z lékařského hlediska pro některé osoby se zdravotním postižením optimálním řešením, je potřeba věnovat mu zvláštní péči a poskytnout dotčené osobě veškeré informace a čas, aby se mohla svobodně rozhodnout, zda zákrok podstoupí.

Zdravotně postiženým chybí informace

Ginger Lane ze Zdravotnického informačního centra pro ženy s disabilitou v Rehabilitačním institutu v Chicagu navštívila Bosnu, aby nahlédla do situace mužů zraněných ve válce a zjistila jejich obavy ohledně sexuality a reprodukčního zdraví.

„Většina mužů s míšním poraněním, se kterými jsme se setkali, chtěla mít děti,“ říká Ginger. „Nepochybovali o tom, že jsou schopni je vychovávat; potřebovali jen poradit s technickou stránkou, jak dítě počít. Mnoho osob se zdravotním postižením, které jsou fyzicky schopné mít děti, si přesto klade otázku, zda mohou či by měly zplodit a vychovávat

dítě. Přístup k dostatečnému množství informací, poradenství a kvalitní zdravotní péči by jim mohl pomoci učinit skutečně odpovědné a svobodné rozhodnutí a dospět k názoru, že rodičovství je rozumná a dobrá volba.“

Tělesně postiženým osobám jsou však dostatečné informace a poradenství o sexualitě a reprodukčním zdraví často odřízány.

Meenu Sikand, místopředsedkyně Mezinárodního výboru Kanadské asociace center nezávislého života, říká, že v její rodné zemi Indii nemají ženy i s menším tělesným postižením nebo onemocněním, jako je např. epilepsie, přístup k informacím týkající se reprodukčního zdraví, neboť se předpokládá, že jejich vyhlídky na manželství a mateřství jsou nulové. Je jim také běžně odepřena možnost chodit do školy, protože mohou mít záchvat, upadnout a způsobit tak své rodině ponížení. Jakákoliv nedokonalost ženy týkající se schopnosti postarat se o rodinu ji činí pro manželství nežádoucí.

Dorothy Musakanya z organizace SAFOD v jižní Africe říká: „Zdravotní postižení dítěte je tradičně vnímáno jako prokletí, trest předků nebo Boha za křivdy spáchané jeho rodičem. V důsledku toho většina rodičů své postižené potomky skrývá a u postižené ženy se nepředpokládá, že bude mít děti.“

„V rozvojovém světě je navíc velmi neobvyklé, aby zdravotně postižené ženy podstupovaly základní gynekologická vyšetření,“ říká Lucy Wong-Hernandez, výkonná ředitelka Disabled Peoples'

International (mezinárodní organizace sdružující organizace řízené zdravotně postiženými) se sídlem v kanadském Winnipegu.

„Osobně jsem poznala mnoho postižených žen s karcinomem prsu nebo děložního čípku, které nikdy neměly příležitost podstoupit mamografické nebo cytologické vyšetření, které by toto život ohrožující onemocnění umožnilo včas odhalit. Protože se o rakovině prsu u postižených žen nemluví, tyto ženy ani neví, jak provést samovyšetření prsou.“

Přestože ve vyspělém světě zdravotní postižení nepředstavuje takové stigma, z americké studie 55 žen ve věku 18 a více let s vrozeným nebo získaným tělesným postižením vyplynulo, že jen 19 procentům žen byly poskytnuty informace a poradenství v otázkách sexuality. 65 procent žen obdrželo informace o kontracepci, avšak ženám s obrnou, poruchou motorických funkcí nebo viditelnou tělesnou deformitou byly informace o antikoncepci a antikoncepčních metodách nabídnuty jen zřídka.

Dospívající lidé se zdravotním postižením mohou žít přinejmenším stejně sexuálně aktivním životem jako mladí lidé bez postižení. Průzkum provedený v USA u zdravotně postižených mladistvých ve věku mezi 12 a 18 lety (u 500 osob bylo postižení viditelné, u 1 100 nebylo patrné) zjistil, že dospívající s postižením se nelišily od svých zdravých vrstevníků, pokud jde o podíl na celkovém počtu osob, které již měly pohlavní styk, věk prvního

pohlavního styku, početí nebo používání antikoncepce.

Z bulletinu Network, vydaného organizací Family Health International (FHI)
Z anglického jazyka přeložila: Jitka Kačírková

PŘEHLED

KONTRACEPČNÍCH METOD

1) Hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce

Kombinovaná antikoncepce využívá působení dvou ženských hormonů – estrogeneru (ženský pohlavní hormon) a progestinu (syntetický hormon s účinkem hormonu žlutého tělíska).

Obvykle se užívá v 28denních cyklech, tzn., že 21 (méně často 22 nebo 24) dnů se užívá a 7 (případně 6 nebo 4) dní se vynechává; v tu dobu nastává pseudomenstruační krvácení. Možné je také užívání v delších cyklech, které mohou být jakkoli dlouhé, případně lze tuto metodu užívat i kontinuálně, bez jakékoli přestávky, díky čemuž nedojde k nástupu krvácení.

Patří sem běžné antikoncepční pilulky, antikoncepční náplasti a antikoncepční vaginální kroužek.

Gestagenní hormonální antikoncepce

Gestagenní antikoncepce neobsahuje ženské pohlavní hormony (estrogenery), a hodí se proto pro ženy, kterým

se užívání těchto látek nedoporučuje (např. ženy se zvýšeným rizikem hluboké žilní trombózy).

Tato metoda využívá nepřetržitého užívání progesterinů, syntetických hormonů s účinkem hormonu žlutého tělíska. Je dostupná ve formě tablet (tzv. minipilulek), injekcí nebo podkožních tělísek (implantátů). Tabletky se užívají denně, injekce se podává jednou za 3 měsíce, podkožní tělíska je nutné vyměnit nejpozději za 3 roky.

Progesterin mohou obsahovat také nitroděložní tělíska.

2) Nitroděložní antikoncepce

Nitroděložní tělíska

Při této antikoncepční metodě se využívá účinku tělísek různého tvaru zaváděných do dělohy. Dnes se vyrábějí z plastických hmot. Moderní tělíska jsou doplněna měděným drátkem (někdy zlatým, stříbrným nebo drátkem ze slitiny zinku a stříbra). Tělíska se do dělohy zavádějí ambulantně bez anestézie. K snazšímu odstranění z dělohy je většina z nich opatřena vlákny, která po zavedení vyčnívají do pochvy.

Hormonální nitroděložní systém

Nitroděložní „tělíska“ z plastické hmoty, které se zavádí do dutiny děložní. Obsahuje rezervoár se syntetickým hormonem žlutého tělíska. Zavádí se ambulantně bez anestezie, je opatřeno vláknem, které vyčnívá do pochvy a slouží k snadnějšímu odstranění.

Mechanismus účinku kombinuje

účinek gestagenní antikoncepce a nitroděložního tělíska.

3) Vaginální chemická antikoncepce

Různé lékové formy (pěny, krémy, želé, čípky, vaginální tablety), které obsahují látky hubící spermie (spermicidy) a před pohlavním stykem se zavádějí do pochvy. Některé kromě toho uvolňují bublinky kyslíčnicku uhličitého, což napomáhá distribuci účinné látky do horních částí pochvy.

4) Bariérové metody antikoncepce

Mušská bariérová antikoncepce

Latexové návleky na penis, které mají za cíl postavit spermii v cestě do ženského pohlavního ústrojí mechanickou překážku. Nověji se objevily i kondomy polyuretanové a kondomy vyráběné z ovčího střeva – hodí se pro muže alergické na latex.

Některé prezervativy navíc obsahují spermicid (obvykle nonoxynol-9), tedy látku, která poškozuje a hubí spermie.

Ženská mechanická bariérová antikoncepce

Tělíska různého tvaru, vkládaná do pochvy s cílem vytvořit mechanickou překážku v cestě spermii do dělohy. Běžně se kombinují s chemickou antikoncepcí, což výrazně zvyšuje jejich spolehlivost. Tradičním představitelem je diafragma (poševní pesar), gumový klobouček, který má ve svém obvodu kovovou pružinu. Ostatní bariérové

metody zahrnují cervikální klobouček, femidom (dámský kondom) a vaginální houbičku, která je impregnována spermicidní látkou a představuje kombinaci mechanické a chemické bariéry.

5) Přirozené metody antikoncepce

Přerušovaný styk a příbuzné metody

Přerušovaný styk spočívá v tom, že muž přeruší soulož ještě před vyvrcholením a ejakuluje mimo rodidla ženy. Tato metoda je velmi nespolehlivá a může se uplatnit nanejvýš jako nouzové opatření (podle pravidla, že i špatná antikoncepce je lepší než vůbec žádná).

Metody periodické sexuální abstinence (plodné a neplodné dny)

Metody periodické abstinence vycházejí z poznatku, že žena je plodná jen malou část menstruačního cyklu – nejvýše 2–3 dny. Tyto postupy se pokoušejí určit, které dny mohou být plodné, a které jsou spolehlivě neplodné. Metoda se pokouší vyhnout pohlavním stykům v době, která je blízka ovulaci. Vychází z toho, že vajíčko je schopné oplodnění nejvýše 48 hodin a spermie maximálně 3 dny. Pohlavní styk více než 3 dny před ovulací nebo více než 2 dny po ní tedy nemůže vést k oplodnění.

6) Postkoitální antikoncepce

Akutní forma antikoncepce, již je možno použít po nechráněném pohlavním styku. Musí však být použita před tím, než dojde k případnému uhnízdění

oplozeného vajíčka v děložní sliznici. Spočívá v užití vysoké dávky estrogenů, progestinů nebo jejich kombinace co nejdříve po styku, nejvýše do 72 hodin. Po styku lze rovněž zavést nitroděložní tělísko. Jiné metody (např. výplachy pochvy) nemají žádný antikoncepční význam.

7) Sterilizace

Tato metoda antikoncepce spočívá v chirurgickém přerušení vejcovodů u žen, chámovodů u mužů, prováděném nejčastěji laparoskopickou cestou. Sterilizace nezpůsobuje ani u ženy ani u muže změny organismu, jež by je jinak ovlivnily, je však nevratná a její užití upravuje zákon.

Zpracovala: Jitka Kačírková

Články boli zverejnené v Zpravodajovi, ktorý vydáva česká Asociácia muskulárnych dystrofikov.

Všetky články zverejňujeme s láskavým súhlasom vydavateľa.