

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Specifika komunikace s tělesně handicapovanou ženou v gynekologii a  
porodnictví

Bc. Nikola Robenková

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Nikola Robenková**  
Osobní číslo: **Z12226**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Název tématu: **Specifika komunikace s tělesně handicapovanou ženou v gynekologii a porodnictví**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:

1. DUNGL, P. et al. Ortopedie. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.
2. LEIFER, G. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
3. MATOUŠEK, O. et al. Encyklopedie sociální práce. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
4. ROZTOČIL, A. et al. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
5. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Markéta Moravcová  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. října 2012  
Termín odevzdání diplomové práce: 5. května 2014

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že na moji práci se vztahují práva a povinnosti vyplývající ze „Zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, dále jen autorský zákon“, zejména pak se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako licenčního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vynaložení díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce na univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 5. 5. 2014

Bc. Nikola Robenková

## **Poděkování**

Na úvod své diplomové práce bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Markétě Moravcové za poskytnutí cenných rad, ochotu, vstřícnost a čas mi věnovaný při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat Ing. Janě Holé, Ph.D. za cenné rady při konzultaci ohledně statistického zhodnocení dat. Poděkování taktéž patří i tělesně handicapovaným ženám za jejich ochotu a poskytnutí informací k vytvoření empirických studií. Dík taktéž patří i zdravotnickým zařízením, které mi umožnily provádět výzkumná šetření, a v neposlední řadě porodním asistentkám, pracujícím v daných zařízeních, které byly ochotny mi vyplnit nestandardizovaný dotazník. Velké díky patří i mojí rodině a blízkým za podporu, trpělivost a pochopení.

## **SOUHRN**

Cílem diplomové práce bylo zmapovat pohled na péči o tělesně handicapované ženy ze dvou stran – z pohledu tělesně handicapovaných žen a z pohledu porodních asistentek. Dílčím cílem bylo zmapovat, jak tělesně handicapované ženy zvládají mateřství a jak jsou spokojeny s péčí porodních asistentek během těhotenství, za porodu a v období šestinedělí. Teoretická část se zabývá charakteristikou tělesné disability žen, jejich psychosociálním vývojem, rolí porodní asistentky během těhotenství, porodu a šestinedělí. Součástí jsou specifika zdravotnické komunikace s tělesně handicapovanými ženami. Výzkumná část se skládá z výzkumu kvalitativního a kvantitativního. Kvalitativní výzkum probíhal formou polostandardizovaného rozhovoru se dvěma tělesně handicapovanými ženami. Rozhovor se zabýval problematikou těhotenství, porodu, šestinedělí a tím, jak byly ženy spokojeny s péčí porodních asistentek. Kvantitativní výzkum probíhal s využitím nestandardizovaného dotazníku, vytvořeného na základě vypovědí tělesně handicapovaných žen. Dotazník byl rozdán porodním asistentkám pracujícím na porodnicko-gynekologickém oddělení. Dotazník měl odhalit, zda se porodní asistentky orientují ve specifických péče o handicapované ženy.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Tělesný handicap, těhotenství, porod, komunikace, péče o tělesně handicapovanou ženu.

## **SUMMARY**

The aim of this work is to map the point of view in the case of care for physically disabled women from two viewpoints – from the viewpoint of physically disabled women and also from the viewpoint of midwives. Another aim was to map how the physically disabled women cope with motherhood and how they are satisfied with the care of midwives during pregnancy, during childbirth and in the period of puerperium. Theoretical part deals with characteristics of physically disabled women, psychosocial development, the role of midwife during the pregnancy, childbirth and in the period of puerperium. There are also mentioned specifics of medical communication with physically disabled women. The research part was made by the way of semi-structured dialog with two physically disabled women. The dialog deals with the problems of pregnancy, childbirth, puerperium

and satisfaction with care of midwives. The research was made by questionnaire which was made on the basis of answers of disabled women. This questionnaire was given to the midwives who are working at birth-gyneacological sections. One of the aims was to find out, if the midwives know the specifics of care for physically disabled women.

## **KEY WORDS**

Physical disability, pregnancy, childbirth, communication, care for disabled woman.

## **OBSAH**

<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>5</b>
<b>SEZNAM ILUSTRACÍ.....</b>	<b>6</b>
<b>ÚVOD .....</b>	<b>12</b>
<b>CÍLE PRÁCE .....</b>	<b>14</b>
<b>I. ČÁST TEORETICKÁ.....</b>	<b>15</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA TĚLESNÝCH ZNEVÝHODNĚNÍ .....</b>	<b>15</b>
1.1 Vrozené vady končetin a skeletu .....	16
1.1.1 Ontogenetický vývoj končetin .....	16
1.1.2 Klasifikace vrozených vývojových vad končetin a skeletu.....	17
1.1.3 Diagnostika vrozených vývojových vad .....	18
1.2 Neuromuskulární onemocnění .....	18
1.2.1 Dětská mozková obrna .....	19
1.3 Traumatologie a amputace.....	21
1.4 Terapie handicapu .....	22
<b>2 PSYCHOSOCIÁLNÍ VÝVOJ TĚLESNĚ HANDICAPOVANÝCH ŽEN.....</b>	<b>23</b>
2.1 Psychosociální vývoj žen s vrozeným handicapem .....	23
2.1.1 Vývoj žen s diagnózou DMO .....	24
2.2 Psychosociální vývoj žen se získaným handicapem .....	25
2.3 Tělesný handicap a rodičovství.....	26
2.4 Sexuální dysfunkce tělesně handicapovaných žen.....	27
2.5 Sociálně-právní aspekty žen s tělesným handicapem .....	28
2.5.1 Právní aspekty.....	28
<b>3 SPECIFIKA KOMUNIKACE S TĚLESNĚ HANDICAPOVANOU ŽENOU ...</b>	<b>29</b>
3.1 Handicap a bariéry v komunikaci s lidmi s handicapem.....	30
3.2 Komunikace s ženami s handicapem pohybového aparátu .....	31
<b>4 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O TĚLESNĚ HANDICAPOVANOU ŽENU .....</b>	<b>33</b>
4.1 Těhotenství .....	33
4.1.1 Prenatální péče .....	34
4.2 Porod .....	35
4.2.1 Vyšetření při přijetí .....	35



4.2.2	První doba porodní.....	36
4.2.3	Druhá doba porodní.....	37
4.2.4	Třetí doba porodní.....	37
4.2.5	Čtvrtá doba porodní.....	38
4.3	Šestinedělí.....	38
<b>II.</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>40</b>
<b>5</b>	<b>DESIGN PRÁCE.....</b>	<b>40</b>
5.1	Cíle výzkumné části práce.....	40
5.2	Výzkumné otázky.....	41
5.3	Hypotézy.....	41
<b>6</b>	<b>KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....</b>	<b>42</b>
6.1	Metodika výzkumu.....	43
6.2	Charakteristika případu.....	44
6.2.1	Případová studie ženy s chyběním dolních končetin.....	45
6.2.2	Případová studie ženy s DMO.....	49
<b>7</b>	<b>KVANTITATIVNÍ VÝZKUM.....</b>	<b>57</b>
7.1	Metodika výzkumu.....	57
7.1.1	Charakteristika výzkumného vzorku.....	58
7.1.2	Zpracování dat.....	59
7.2	Výsledky kvantitativního výzkumu.....	60
7.2.1	Zpracování otázek z dotazníku.....	60
7.2.2	Statistické ověřování hypotéz.....	68
<b>8</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>74</b>
8.1	Diskuze ke kvalitativnímu výzkumu.....	74
8.1.1	Výsledky kvalitativního výzkumu.....	74
8.1.2	Shrnutí výsledků kvalitativního výzkumu.....	74
8.2	Diskuze ke kvantitativnímu výzkumu.....	78
8.3	Celkové shrnutí obou výzkumů.....	80
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>82</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>85</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>88</b>

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 <i>Četnost odpovědí, vypovídající o znalostech organizací pomáhajících tělesně handicapovaným ženám.....</i>	69
Tabulka 2 <i>Četnosti odpovědí, týkající se získání informací ohledně specifik komunikace....</i>	71
Tabulka 3 <i>Četnosti odpovědí, o čem by měly být porodní asistentky edukovány v péči o tělesně handicapovanou ženu.....</i>	72

## SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 <i>Pracoviště respondentek</i> .....	61
Obrázek 2 <i>Délka praxe respondentek</i> .....	62
Obrázek 3 <i>Znalost organizací pomáhajících tělesně handicapovaným ženám</i> .....	63
Obrázek 4 <i>Kam se obrátit pro pomoc v komunikaci s tělesně handicapovanou ženou</i> .....	64
Obrázek 5 <i>Zisk specifík komunikace s tělesně handicapovanou ženou</i> .....	65
Obrázek 6 <i>O čem by chtěly být porodní asistentky informovány během studia</i> .....	65
Obrázek 7 <i>Je společnost informována o tělesně handicapovaných ženách</i> .....	66
Obrázek 8 <i>O čem by měla být společnost informována</i> .....	66
Obrázek 9 <i>Informovanost zdravotnického personálu</i> .....	67
Obrázek 10 <i>O čem by měly být porodní asistentky informovány</i> .....	67
Obrázek 11 <i>Co je potřeba zlepšit v péči o tělesně handicapovanou ženu</i> .....	68
Obrázek 12 <i>Dodržování horizontální úrovně při komunikaci s ženou na invalidním vozíku</i> .....	92
Obrázek 13 <i>Existují specifika při komunikaci s ženou na invalidním vozíku</i> .....	93
Obrázek 14 <i>Pomoc handicapované ženě</i> .....	93
Obrázek 15 <i>Vyjadřování lítosti nad ženiným handicapem</i> .....	94
Obrázek 16 <i>Zjišťování potřeb a zvyklostí ženy</i> .....	95
Obrázek 17 <i>Urychlování rozhovoru s ženou s poruchou artikulace</i> .....	96
Obrázek 18 <i>Informujeme ženu o tom, když jí nerozumíme</i> .....	96
Obrázek 19 <i>Aktivně ženě nasloucháme</i> .....	97
Obrázek 20 <i>Přístup k ženě s poruchou řeči</i> .....	98

Obrázek 21 <i>S handicapovanou ženou jednáme jako se „zdravou“ ženou</i> .....	98
Obrázek 22 <i>Handicapovaných žen se nedotýkáme</i> .....	99
Obrázek 23 <i>Ženě bez pravé končetiny ruku nepodáváme</i> .....	99
Obrázek 24 <i>Vyjadřujeme lítost nad handicapem</i> .....	100
Obrázek 25 <i>Udržujeme oční kontakt</i> .....	100
Obrázek 26 <i>Handicapované ženě se narodí jen handicapované dítě</i> .....	101

## ÚVOD

Každý tělesný handicap se výrazně odráží na osobnosti jedince. Způsobuje mu tak porušený obraz jeho těla. Vrozené vývojové vady či vady získané v útlém věku, v období dospívání případně v dospělosti, mohou mít značný vliv na jeho psychosociální vývoj. Člověk, který se s vrozenou vadou narodí, ji bere takovou, jaká je. Horší situace nastává, pokud se tělesně handicapovaným stane jedinec v průběhu dospívání či v dospělosti. Tito jedinci se s nově nastalou situací mnohem hůře vyrovnávají, než jedinci s vrozenou vývojovou vadou. Když se „zdravý“ jedinec z nějakého důvodu stane handicapovaným, je to pro něj nová a velmi těžká situace. Je důležité, aby se jedinec se svým handicapem co nejdříve sžil a celou situaci přijal takovou, jaká je. Pro mnohé to může znamenat ztrátu smyslu života, pokud se jim včas nedostane odborné pomoci. Lidé z blízkého okolí by se handicapovanému jedinci měli snažit pomoci. Neměli by zapomínat na to, že handicapovaným nesmíme neustále připomínat jejich znevýhodnění (Matějček, 2001, s. 7–8).

Lidé s handicapem se snaží žít plnohodnotným životem. Chtějí si sami zařizovat své záležitosti, plnit každodenní povinnosti. Chtějí pracovat, věnovat se svým koníčkům a oblíbeným aktivitám. V dnešní době se mohou věnovat různým sportům, dokonce mohou reprezentovat svoji zemi na mezinárodních soutěžích. Mohou řídit auto, uzavírat manželství, mít děti. Dnes mají tělesně handicapovaní lidé více možností v oblasti rozvoje, pohybu a ulehčení soběstačnosti než tomu bylo před 100 lety. Stále se rozvíjející věda a technika se snaží ulehčit handicapovaným lidem život, ať už se jedná o protézy končetin, vozíčky či další speciální pomůcky. Stavějí se bezbariérové přístupy do budov, vyrábějí se nízkopodlažní dopravní prostředky, které handicapovaným ulehčují cestování. Pro handicapované jedince to znamená mnoho. Znamená to pro ně něco, co jim v mnoha případech umožňuje vést plnohodnotný život, aniž by si někdo všimnul, že mají nějaký handicap. Snad jednou bude vynalezeno něco, co postaví každého handicapovaného jedince „na nohy,“ ať už je handicap jakýkoliv.

Podle mého názoru je těhotenství a výchova dětí tím nejkrásnějším obdobím v životě většiny žen. Stejně je tomu u žen s tělesnou disabilitou. Chtějí mít partnera/manžela, otěhotnět, mít děti. Touží po tom si užít těhotenství a vše, co je s ním spojené. Největším přáním každého rodiče je přivést na svět zdravé dítě a dobře jej vychovat. Sledovat jeho každodenní pokroky, i kdyby se mělo jednat jen o maličkosti. Přesto je velmi důležité si uvědomit, že v období těhotenství, porodu a šestinedělí jsou na organismus každé ženy kladeny vysoké nároky. Když

otěhotní tělesně handicapovaná žena, je možné předpokládat, že zátěž na její organismus bude větší. Následná péče o dítě pro ni může být těžší. Z toho důvodu je nutné, aby byla tato žena informována o možnostech pomoci. Je potřeba, aby měla kontakty na organizace pomáhající handicapovaným ženám, případně na sdružení handicapovaných žen, kde si ženy mohou samy vyměňovat informace o těhotenství, porodu či péči o dítě. Ovšem to, že je žena tělesně handicapovaná, neznamená, že nemůže být dobrá matka. I ženy s handicapem mohou být velice dobrými matkami, někdy dokonce lepšími, než ženy „zdravé“. Pokud se žena dokáže postarat sama o sebe a její znevýhodnění není genetického původu, není důvod předpokládat, že dítěti nedokáže zajistit veškerou péči a lásku potřebnou k jeho správnému vývoji. A navíc, nesmíme zapomínat na to, že ne každý handicap je vrozený. Lidé velmi často opomíjejí, že tělesně handicapovaným se může stát kdokoliv. V dnešní době přibývá žen, které se staly handicapovanými v důsledku nemoci, nehody či úrazu.

Přestože se dnešní společnost snaží být stále pokrokovější, v některých oblastech má ještě velké rezervy a pokulhává, např. v pohledu na těhotenství tělesně handicapovaných žen – stále si mnozí zdravotničtí pracovníci myslí, že handicapovaný jedinec může mít jedině handicapované dítě a nikdo již nemyslí na to, jestli je tělesné znevýhodnění vrozené či nikoliv.

## **CÍLE PRÁCE**

Diplomová práce se zabývá problematikou komunikace s tělesně handicapovanými ženami v gynekologii a porodnictví. Hlavním cílem diplomové práce je prohloubit znalosti v oblasti komunikace s handicapovanými ženami.

### **Cíle teoretické části práce:**

V teoretické části byly jako dílčí cíle stanoveny:

- Charakteristika tělesných handicapů se zaměřením na tělesný handicap respondentek.
- Psychosociální vývoj tělesně handicapovaných žen.
- Specifika komunikace s tělesně handicapovanou ženou.
- Role porodní asistentky v péči o tělesně handicapovanou ženu.

### **Cíle empirické části práce:**

Byly stanoveny dva hlavní cíle práce, a to:

- Zjistit, jak vnímají péči porodních asistentek tělesně handicapované ženy.
- Zjistit, jak péči o tělesně handicapované ženy vnímají porodní asistentky.

Nejprve bylo potřeba pro vytvoření praktické části kontaktovat tělesně handicapované ženy, které budou ochotny odpovídat na dopředu stanovené otázky, na jejichž základě byl vytvořen nestandardizovaný dotazník pro porodní asistentky. Dotazník měl odhalit, zda porodní asistentky ví, jak správně jednat s tělesně handicapovanou ženou, popřípadě, co by se dle jejich názoru mělo na péči o handicapovanou ženu změnit.

Dílčími cíli bylo:

- Zjistit, jak prožívají tělesně handicapované ženy mateřství a jak jsou spokojeny s péčí porodních asistentek.
- Zjistit, zda porodní asistentky znají specifika komunikace s tělesně handicapovanými ženami, popřípadě, co by se dle jejich názoru mělo v péči o tělesně znevýhodněné ženy změnit.

# I. ČÁST TEORETICKÁ

## 1 CHARAKTERISTIKA TĚLESNÝCH ZNEVÝHODNĚNÍ

Lidé s pohybovým nebo jiným tělesným handicapem, tvoří nejen v rámci celé populace, ale i mezi osobami s handicapem, poměrně velkou skupinu lidí. Slowík (2010, s. 31) uvádí, že jejich počet je odhadován na 3 – 4 % celkové populace, což znamená kolem 550 tisíc obyvatel. Četnost tělesně handicapovaných jedinců se v průběhu času mění, některé disability jsou vrozené, jiné se projevují až v průběhu vývoje nebo vznikají jako následek úrazu či onemocnění v kterékoliv fázi života (Vágnerová, 2004, s. 162).

Mezi tělesná znevýhodnění se řadí nejen vrozené vývojové vady, ale i narušení získaná. Jedná se například o *chybění končetin* (vrozené vývojové vady; amputace jako následky závažných onemocnění či úrazů), *rozštěpové vady* (rozštěpy rtu, čelisti, patra), *deformity páteře* či dalších částí těla. Nejčastěji se můžeme setkat s pohybovým onemocněním zapříčiněným *centrálními či periferními obrnami* (mezi vrozené obrny patří nejznámější dětská mozková obrna), (Slowík, 2010, s. 31). K úplným či částečným ochrnutím určitých částí těla, tzv. *plegiím*, může dojít v důsledku závažných úrazů, nejčastěji způsobených poraněním páteře a po přerušení páteřní míchy. Příčinou výrazných omezení pohybu mohou být i některá chronická onemocnění, jako je revmatismus, progresivní svalová dystrofie, roztroušená skleróza. Častou příčinou ochrnutí mohou být i cévní mozkové příhody (CMP neboli tzv. mozková mrtvice). K amputaci končetin a dalším zdravotním komplikacím může dojít v důsledku závažných cévních nebo onkologických onemocnění (například parciální/úplná mastektomie při rakovině prsu, nádorové onemocnění končetin), (Slowík, 2010, s. 32).

Narušení pohybových schopností a mobility se dá v dnešní době dobře kompenzovat pomocí nejrůznějších kompenzačních pomůcek. Při narušení chůze slouží handicapovanému jedinci jako opora hole nebo berle, případně chodítka. Pokud se jedná o úplné ochrnutí dolních končetin (tzv. *paraplegii*) nebo úplné ochrnutí všech končetin (tzv. *tetraplegii* či *kvadruplegii*), znamená to pro takto handicapovaného jedince upoutání na ortopedický vozík („invalidní vozík“). Chybějící části těla se nahrazují protézami (funkční náhrady chybějících orgánů, případně jejich částí) nebo epitézami (kosmetické náhrady), (Slowík, 2010, s. 32).



## 1.1 Vrozené vady končetin a skeletu

### 1.1.1 Ontogenetický vývoj končetin

Končetiny člověka se vyvíjejí z tzv. končetinových polí, z hrudní a pánevní oblasti trupu. Vznikají, až když je vytvořena osa těla embrya, kdy je již hlavový a kaudální konec diferencován. V tomto období má embryo tvar písmene „C“ (Dylevský, 2007, s. 88 – 89). Základ pro dolní končetiny se vytváří ve 4. týdnu po fertilizaci, vývoj horních končetin začíná o jeden až dva týdny po fertilizaci dříve. V 6. týdnu po oplození se začíná vytvářet základ pro chodidla. Během 8. týdne dochází k rozdělení končetin na jednotlivé segmenty, začínají se diferencovat klouby, prsty (Poul, 2009, s. 111). Za počátek spontánní hybnosti je dle Dylevského (2007, s. 54) považováno období kolem 6. týdne gestace. V 9. gestačním týdnu bývá již patrna flexe prstů dolních končetin a flexe kolenního kloubu. Pohyby dolních končetin jsou v tomto období menšího rozsahu, než pohyby horních končetin. Pro dolní končetiny jsou typické „kopavé“ pohyby. Přesnější a cílenější pohyby se začínají objevovat až mezi 10. – 12. týdnem. Pohyby plodu jsou matkou vnímány až kolem 18. – 20. týdne těhotenství. Velikost plodu se v tomto období pohybuje kolem 80 mm a váha se pohybuje kolem 40 – 50 g (Dylevský, 2007, s. 54–65).

Embryonální období je nejnáchylnějším obdobím na vznik vrozených vývojových vad. Vrozené vývojové vady jsou vady, které vznikají během intrauterinního vývoje plodu. Čím dřívějšího data embryonálního vývoje vada je, tím je závažnější. Mezi vrozené vývojové vady se řadí například polydaktylie, syndaktylie, brachydaktylie, redukční defekty končetin a další (Gaillyová, Vašků in Poul, 2009, s. 41).

Dolní končetina je orgánem umožňujícím lokomoci. Podílí se na tvorbě opory těla a její primární funkcí je chůze a stoj. Skladba dolní končetiny je stejná, jako skladba horní končetiny. Rozdíl mezi nimi je však ten, že kostra dolní končetiny je robustnější a má mohutnější svalové skupiny, oproti kostře horní končetiny. Dalším rozdílem je i to, že pohyblivost jednotlivých kloubů je na dolní končetině menší, než na horní končetině. Během evoluce člověka postupně došlo k bipednímu typu lokomoce, což mělo významný vliv na další jeho vývoj – začala se vertikalizovat páteř a postupně docházelo k přesunu těžiště těla do roviny kyčelního kloubu. Největší vývojové změny se však týkaly dolní končetiny (Dylevský, 2009, s. 41).

### 1.1.2 Klasifikace vrozených vývojových vad končetin a skeletu

„Vrozené vady končetin a systémového skeletu jsou lokalizované nebo systémové anomálie skeletu a pojivových tkání.“ (Chomiak in Dungal, 2005, s. 245). Vznikají buď prenatálně a jsou patrné již při narození (vrozené defekty končetin) nebo až v průběhu postnatálního vývoje, kdy se jedná o poruchy vývoje kostí a chrupavek či vrozené poruchy vývoje pojivové tkáně. Incidenci vrozených vývojových vad končetin je obtížné stanovit, ale Chomiak in Dungal (2005, s. 245) uvádí, že z velkých studií prováděných v Německu v letech 2000–2001 vyplývá, že se jedná o vady poměrně časté, s incidencí 5 : 1000 narozených dětí. Nejčastěji se jedná o menší defekty končetin, jako jsou polydaktylie (26,3 %), vícečetné anomálie se vyskytovaly u 24 % narozených dětí. Vady na genetickém podkladě činily 17 % (Chomiak in Dungal, 2005, s. 245).

Etiologie vrozených vývojových vad je velmi nesourodá a u většiny vad je dokonce neznámá, protože genetický podklad je znám jen u některých forem vad. Pro prognózu vrozené vývojové vady je důležité, zda se jedná o vadu, která vznikla již v období embryogeneze (v době diferenciaci pohybového a nervového systému) či až v období fetálního vývoje. Na vzniku anomálií se podílejí jak **vnitřní** (genetické) **faktory**, tak i vlivy **zevní** (teratogeny, onemocnění matky, anomálie dělohy, placenty a amniových obalů, polohy plodu a zevní síly působící na vyvíjející plod). Prognóza vady je o to závažnější, čím dříve se ve vývoji uplatnily účinky působící noxy na plod (Chomiak in Dungal, 2005, s. 245).

Klasifikace vrozených vývojových vad je nejednotná a problematická. Základní dělení vrozených vývojových vad dle Chomiaka (in Dungal, 2005, s. 246) je dělení na vady **dědičné** (tzn. vady vzniklé přenosem genetických informací = *vitium primae formationis*) a vady **nedědičné** (u nichž se uplatňuje náhodná genová mutace nebo vznikají působením zevních faktorů = vrozené malformace), (Chomiak in Dungal, 2005, s. 246). Dalším, dnes často užívaným dělením, je dělení vad na malformace a deformace (malpozice), disrupce a dysplazie. **Malformace** vznikají působením endogenních nebo exogenních vlivů a mají vliv na vývoj struktury různých částí těla, nejčastěji postihují končetiny. Částečné nebo úplné chybění končetin se označuje pojmem amelie. Stav, kdy končetina navazuje přímo na trup, se označuje jako fokomelie. Většina těchto defektů končetin vzniká v období embryonálním. Závažnost malformace může kolísat od lehkých hypoplazií až po úplné aplazie. **Deformací** se rozumí změny tvaru určitých částí těla u formované struktury končetin. Vznikají působením vnitřních nebo zevních sil působících na plod v kterékoliv fázi fetálního

vývoje. Dochází tak ke vzniku skrčenin, vykloubenin či jiným tvarovým změnám končetin. Jestliže tlak po porodu pomine, některé deformity se mohou spontánně upravit. **Disrupcí** se rozumí morfologické abnormality, které vznikají na podkladě působení některých jedů, jako jsou například léky s teratogenními účinky na plod. Pojmem **dysplazie** se rozumí defekty na úrovni tkání. Projevují se změnou délky a šířky kostí. Nejčastěji postihují horní nebo dolní končetiny, ale taktéž může být poškozen i hrudník, hlava či páteř (Poul, 2009, s. 46–47). Chomiak (in Dungal, 2005, s. 249) přidává ještě dělení dle postižené anatomické oblasti, podle toho, kde se vady nacházejí a o jaký typ handicapu se jedná. Mezi **poruchy formace** patří vady, kdy chybí celá část končetiny. Tato vada se dále dělí na terminální vady (kdy se jedná jen o chybění koncové části končetiny, tzv. hemimelii) a na vady interkalární (kdy chybí celá končetina, tzv. amelie). Dalším typem jsou **poruchy diferenciace** části končetin. Do této skupiny patří srůsty, neboli syndaktylie. Ty patří mezi nejčastější vady vůbec. **Duplikací** se pak rozumí stav, kdy vady vznikají v důsledku rozštěpení tkání. V důsledku toho dochází k vzniku nadpočetných částí končetin. Nejčastěji se jedná o nadpočet prstů na ruce či nohou, tzv. polydaktylii (Chomiak in Dungal, 2009, s. 249).

### 1.1.3 Diagnostika vrozených vývojových vad

Diagnostika vrozených vývojových vad je založená na prenatálních vyšetřovacích metodách, jako je sonografie, laboratorní vyšetření ( $\alpha$ -fetoprotein), buněčné kultury z chorionu, amniocentéza či fetoskopie. Některá vyšetření jsou prováděna rutinně, jiná jsou indikována na základě rizikových faktorů. Terapie vrozených vývojových vad je v prenatálním období velice omezená. Postnatálně se u některých onemocnění uplatňuje substituční terapie a symptomatická léčba. Součástí léčby je vždy ortoticko-protetická péče (Chomiak in Dungal, 2005, s. 247).

## 1.2 Neuromuskulární onemocnění

Postižení nervové soustavy představuje různé stavy různých etiologií s různými typy funkčních poruch. Poruchy mohou být motorické, sensorické, kognitivní, řečové, algické a další. Většina z nich má dlouhodobý charakter s postupnou progresí a tím značně ovlivňuje kvalitu života, schopnost začlenit se jak po sociální, tak i po pracovní stránce. Postižení

nervové soustavy je uváděno jako pátá nejčastější příčina invalidity v České republice (Zvoníková, Čeledová, Čevela, 2010, s. 121).

Jedná se o onemocnění pohybového aparátu vzniklého v důsledku poruchy centrálního nebo periferního nervového systému. Svalové onemocnění, jehož následkem je motorický nebo senzorycký defekt, který ústí až v poruchu lokomoce. Patří sem jak vady vrozené, tak i získané. Vrozené vady vznikají jak prenatálně, tak i perinatálně nebo postnatálně. Příčiny jsou většinou neznámé, nebo se může jednat o následky některých infekčních onemocnění či posttraumatické poruchy. Základní topografické dělení je na *léze periferní* (postihují periferní neuron od míšních motoneuronů nebo mozkového kmene až po neurospojení) a *léze centrální* (kdy je postižen kortex, mozkové a míšní dráhy), (Chomiak in Dungal, 2005, s. 319–320).

Dále se neuromuskulární onemocnění dělí na progresivní a neprogresivní onemocnění. Mezi *neprogresivní onemocnění* patří dětská mozková obrna; spina bifida (vrozený rozštěp páteře); poporodní paréza plexus brachialis. *Z progresivních onemocnění* sem patří svalové dystrofie a příbuzná onemocnění svalů; vrozené analgie a získané poruchy čítí (Chomiak in Dungal, 2005, s. 319–320).

Hlavním příznakem neurogenního onemocnění je obrna v motorické části. Podle postižení svalů je *úplná* (tzv. plegie) nebo *částečná* (tzv. paréza). Vyšetření pacienta s podezřením na neurogenní onemocnění je prováděno jak ortopedem, tak i neurologem. Terapie progresivního onemocnění je především symptomatická. Součástí je ortopedická léčba, která je vždy individuální a je zaměřena dle charakteru postižení. Úkolem je nemocnému umožnit samostatnou chůzi, a to bez kompenzačních pomůcek nebo s nimi. Při nemožnosti chůze se snaží zajistit správné držení těla, komfortní sezení a zajištění sebepečce při hygienické péči (Chomiak in Dungal, 2005, s. 319– 321).

### 1.2.1 Dětská mozková obrna

Definice: „*Dětská mozková obrna (DMO, Littleova choroba, cerebrální paréza, statická encefalopatie) je neprogresivní stálé poškození nezralého mozku vznikající prenatálně, perinatálně nebo postnatálně s následnou převažující poruchou motorických funkcí*“ (Chomiak in Dungal, 2005, s. 321). Jedná se o komplex příznaků encefalopatie, která se vyznačuje poruchou motoriky (spasticita, dyskineze, ataxie), může být provázena i poruchami učení, mentální retardací či epilepsií (Muntau, 2009, s. 521). DMO bývá

nejčastěji způsobena poškozením mozku dítěte během porodu a projevuje se například částečným ochrnutím, tzv. *parézou*. V případě, že se jedná o *spastickou formu* onemocnění, patří mezi charakteristické znaky potíže s koordinací pohybů, které bývají vyvolány křečovitě staženým svalstvem. Tento stav může vést až ke zkroucení končetin či jejich částí a tím pádem dochází k omezení jak hrubé, tak i jemné motoriky. Tato forma DMO je patrná při chůzi, ale i dalších činnostech denní aktivity. Mezi další formy DMO se řadí *hypotonické formy*. U této formy DMO je svalstvo naopak ochablé a pohybové potíže jsou způsobeny nízkým svalovým napětím. Další formou je *dyskinetická forma* DMO, kdy pohyb není synchronizován. Pro dyskinetickou formu jsou typické různé mimovolní a nepotlačitelné pohyby. Nejtěžší formy DMO bývají spojeny také s mentálním handicapem a dalšími přidruženými zdravotními problémy, jako je například epilepsie či smyslové vady (Chomiak in Dungl, 2005, s. 322).

Jedná se o časté, mnohočetné znevýhodnění, incidence kolísá mezi 1 – 5 : 1000 živě narozených dětí. Jde o nejčastější tělesný handicap s prevalencí 1 : 400 dětí školního věku. Incidence stále stoupá, a to z toho důvodu, že přibývá počet živě narozených extrémně nedonošených dětí s velmi nízkou porodní hmotností a nedovyvinutým mozkiem. Dělí se dle období vzniku onemocnění. **Prenatálně** se na vzniku onemocnění podílí infekce (toxoplazmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes virus a syfilis). Další příčinou může být působení zevních vlivů, především působení různých toxinů drog (marihuana, kokain, heroin) a alkoholu. Tyto látky přestupují přes placentární bariéru a poškozují nezralý mozek plodu. Mezi další příčiny může patřit i Rh-inkombabilita, abnormality placenty, chromozomální abnormality genomu matky či metabolická onemocnění matky. Příčinou vzniku DMO může být i chorioamnionitida, která se na vzniku DMO může podílet až z 12 %. Zánět může vzniknout po amniocentéze, kdy se začnou v těle matky uvolňovat zánětlivé markery cytokininy, které se dostávají do fetálního oběhu a poškozují glie a neurony fetálního mozku. **Perinatálně** se na poškození mozku podílí především hypoxie plodu, ať už způsobená placentární insuficiencí nebo při předčasném porodu v důsledku bronchopneumonální dysplazie. Dále může mít na rozvoj DMO značný vliv asfyxie plodu, sepsy a operace srdce do 1 měsíce věku dítěte. Perinatální mechanické poškození mozku je vzácné. Mezi perinatální příčiny bývá někdy uváděna prematurita. Prenatální a perinatální příčiny se podílejí na vzniku onemocnění z 50 – 60 %. **Postnatálně** (do 2 let věku dítěte) se na vzniku onemocnění podílejí infekce (meningoencefalitida), hypoxie, acidóza, různé toxiny, trauma hlavy (Chomiak in Dungl, 2005, s. 321–322).

Klasifikace DMO je založena na změnách svalového napětí a postižení pohybu – dystonie, hypotonie, rigidita, ataxie a postižené části těla. Patří sem *hemiplegie* neboli hemiparéza, je poškozena jedna polovina těla; *diparéza* neboli paraparéza, převažuje postižení dolních končetin; *triparéza* neboli triplegie, jsou postiženy obě dolní končetiny a jedna horní končetina; *tetraparéza* neboli kvadruplegie/kvadruparéza, jedná se o generalizované postižení celého těla, včetně hlavových nervů, poruchy intelektu a další poruchy s tím spojené, jako je epilepsie, mentální retardace; *monoparéza*, postižení jen jedné končetiny, obvykle dolní (Chomiak in Dungal, 2005, s. 322–323).

Stupeň handicapu je velice variabilní. Poškození kolísá od minimálního poškození až po těžké formy postižení celého těla. Těžké formy bývají označovány jako *„total body involvement“* - jsou spojeny s poruchou spánku, bolestmi, epileptickými záchvaty, poruchou dechových funkcí a oslabením dechových svalů. Dále jsou zde poruchy příjmu potravy, poruchy kontinence moči a stolice, poruchy zraku a sluchu. Diagnóza DMO je definitivně stanovena nejdříve ve třech letech věku dítěte, protože neurologické postižení nezralé centrální nervové soustavy se projevuje nespecificky a typicky se zvýrazní až během pokročilejšího vývoje mozku (Muntau, 2009, s. 523). Základem je prognóza samostatné chůze. Uvádí se, že pokud nebude dítě do 7 let věku schopno chodit, prognóza je špatná a jedinec nebude pravděpodobně nikdy schopen chodit. Terapie je především zaměřena na spastické formy. Důležitá je pravidelná fyzioterapie, ergoterapie a logopedie. Cílem léčby u dětí s DMO je, aby v dospělosti byly schopné vést plnohodnotný, samostatný život (Chomiak in Dungal, s. 326).

### 1.3 Traumatologie a amputace

Každoročně dochází k cca 80 tisícům úrazů. U většiny úrazů, i přes adekvátní léčbu, rekonvalescenci a rehabilitaci, přetrvává závažný funkční handicap, případně i ztráta funkce postižené části těla. K postižení funkce poraněné části těla může dojít i v důsledku vzniku přidružených komplikací, jako je například vznik infekce v ráně. Vzhledem k různorodosti poruch a variabilitě funkčních postižení, se posuzování invalidity zabývá vždy jednotlivými typy znevýhodnění (Zvoníková, Čeledová, Čevela, 2010, s. 313).

Amputace patří k nejstarším, historicky doloženým prováděným výkonům. Kromě léčebného účinku taktéž měly rituální nebo trestní účel. První, a dosud stále platné zásady tohoto výkonu stanovil sám otec medicíny, Hippokrates, kolem roku 500 před naším letopočtem. *„Amputace je definována jako odstranění periferní části těla, včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční anebo kosmetické změně s možností dalšího protetického*

*ošetření*“ (Kubeš in Dungl, 2005, s. 165). Jedná se o rekonstrukční výkony. Účelem je eliminovat onemocnění nebo funkční postižení se snahou zachovat alespoň částečnou hybnost postižené končetiny. Amputace se dělí na amputace gilotinové a lalokové. Mezi další operace lze zařadit sekundární suturu, reamputaci, revizi rány nebo plastické výkony. Otevřené amputace jsou indikovány u infektu v končetině a u těžkých zhmožděnin s kontaminací měkkých tkání, kdy při druhé operaci je již nízké riziko komplikovaného hojení (Kubeš in Dungl, 2005, s. 165).

Amputací se rozumí ireparabilní ztráta části kontinuity vlastního organismu. Indikací k amputacím patří v dnešní době *traumata*. Amputace bývá prováděna v zásadě při ireverzibilní ischemii z traumatické či jiné etiologie; *infekt* (u dlouhodobých lokálních procesů, u akutní sepse způsobené lokálním infektem); *nekróza* (způsobena fyzikálními vlivy, jako jsou popáleniny, omrzliny, poranění elektrickým proudem); *tumory* (amputace se provádí nejčastěji u pokročilých či recidivujících malignit); *afunkce* (způsobena vrozenou vadou nebo je následkem traumatu či operací); (Kubeš in Dungl, 2005, s. 167).

#### **1.4 Terapie handicapu**

Terapie handicapovaných jedinců by měla být vždy individuální. Lékař by se měl řídit typem defektu, postiženou anatomickou oblastí a poruchou funkce zasažené končetiny. Důležitou součástí péče o ženy s handicapem by měla být snaha o korekci postavení/pohybu/sebeobsluhy pomocí speciálních pomůcek, jako jsou různé ortézy, náhrady funkce chybějících částí končetin (protézy), francouzské hole či invalidní vozík (Chomiak in Dungl, 2005, s. 259).

Medicínský, posudkový, sociální a ekonomický význam staví postižení svalové a kosterní soustavy na první místo v invalidizaci v ČR. I když nejde o „jednotnou“ skupinu znevýhodnění, dopad na kvalitu života a začlenění se do sociální a pracovní společnosti je stále pro mnohé handicapované ženy problematický. I když došlo k mnoha významným lékařským pokrokům v oblasti zlepšení kvality života, pohled na handicapovaného člověka zůstal nezměněn. Pro dopad na pracovní schopnost je rozhodujícím faktorem postižení fyzické výkonnosti, mobility, chůze, stání, sezení, schopnost udržování a změn polohy těla, vstávání, usedání, ohýbání se, klek, dřep a schopnost vykonávat koordinované činnosti při přemísťování se a manipulaci s předměty (Zvoníková, Čeledová, Čevela, 2010, s. 267).

## 2 PSYCHOSOCIÁLNÍ VÝVOJ TĚLESNĚ HANDICAPOVANÝCH ŽEN

*„Člověk je tvor společenský – zoon politicon.“ (Aristoteles)*

Již od počátků lidské společnosti, byli mezi námi jedinci, kteří se od ostatních nějakým způsobem lišili, a to buď vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Postupem času se společnost naučila s těmito jedinci vyrovnávat. Pohled a postoj na handicapované jedince se měnil v závislosti na vývoji společnosti. Společnost v každé fázi svého vývoje vždy určovala pravidla soužití, hodnot a norem, což mělo značný vliv na psychosociální vývoj handicapovaných (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2001, s. 7). Z hlediska důsledků na jejich další život, respektive vývoj, je nutné brát v potaz subjektivní prožívání zátěže a rozlišovat, zda se jedná o vadu vrozenou či získanou, popřípadě jakým způsobem (Vágnerová, 2004, s. 162).

### 2.1 Psychosociální vývoj žen s vrozeným handicapem

Tělesný handicap nebo nemoc nevytvářejí u člověka samy o sobě zvláštní vlastnosti, ale znamenají pro něj mnohem náročnější životní situaci, než by si mnohý zdravý jedinec uměl představit. Tato náročná životní situace přináší vyšší nároky na přizpůsobení se dané situaci. Pokud se s ní handicapované dítě nedokáže srovnat či nemá někoho blízkého, kdo by mu se sžíváním nové role pomohl, mohou u něj vznikat specifická nebezpečí pro další psychosociální vývoj. Pokud je handicapované dítě od prvopočátku dobře vedeno a zachází-li se s ním přiměřeně vzhledem k jeho potřebám a možnostem, nemusí se potenciální nebezpečí vzniku patologického chování „realizovat“ a dítě se bude vyvíjet tak, jako jakékoliv jiné zdravé dítě. Z toho tedy vyplývá, že u handicapovaných dětí se nevyužívá speciální psychologie, jen je potřeba dítěti se více věnovat, pomáhat mu s věcmi, které samo zatím nezvládne a hlavně jej musíme ve všem podporovat. Psychologické studie uvádějí, že přibližně 50 % handicapovaných dětí prospívá velice dobře a dokážou se přizpůsobit svým životním podmínkám tak, jako „zdraví“ lidé bez defektů (Matějček, 2001, s. 7–8).

Vrozený handicap, respektive handicap získaný v raném věku, ovlivňuje ve větší míře vývoj dítěte, které v důsledku svého handicapu nemůže tak plnohodnotně sbírat zkušenosti jako zdravé děti jeho věku, např. v důsledku omezení chůze nemůže plně zkoumat svoje prostředí a sbírat tak zkušenosti. Proto musíme dítěti sami zajistit zisk zkušeností. Na straně



druhé, jelikož se dítě s vadou narodilo či se u něj vada vyvinula v raném věku, není tato situace pro něj tak subjektivně traumatizující, je na svůj handicap adaptováno. Postupně si uvědomuje, že lidé mají i jiné možnosti, ale ono je nemá, i když by si určitě přálo, ale často si ani mnohé věci nedokáže představit (Vágnerová, 2004, s. 162). Postoj laické veřejnosti a bohužel někdy i zdravotníků, k ženám s neurologickým handicapem, je závislý na nápadnosti jejich chorobných projevů, respektive na informacích, které laická veřejnost o této problematice má. Neurologická onemocnění bývají nápadná, zásadním způsobem mohou změnit různé funkce, které se uplatňují v sociálním kontaktu a pro běžné pozorovatele se mohou stát dominantním kritériem hodnocení handicapované ženy (Sussová in Kraus, 2005, s 93-94).

### **2.1.1 Vývoj žen s diagnózou DMO**

Sociální postavení žen trpících DMO je typickým příkladem toho, jak na ně veřejnost pohlíží. Riziko vzniku negativního hodnocení žen zvyšuje nápadnost odchylky v tělesném vzhledu či v chování, jejichž podstatě laická veřejnost vůbec nerozumí. Takovéto ženy v mnoha lidech vyvolávají nepříjemné sociální reakce, ať už se jedná o odpor, posměch či soucit. Ještě nepříjemnější odezvu mohou vyvolat některé projevy spojené s DMO, jako jsou mimovolní krouživé a trhavé pohyby, typické pro dyskineticko-dystonickou formu DMO. Jejich intenzitu ovlivňuje emoční napětí, stres a jsou vůlí neovlivnitelné. Pokud bývá postiženo i obličejové svalstvo, bývají tyto ženy stigmatizovány. Jejich řeč bývá špatně srozumitelná, záškuby v obličejí mohou v laické veřejnosti vyvolat představu sníženého intelektu ženy. Proto nejen laická veřejnost mnohdy pohlíží na tyto ženy jako na mentálně retardované, přestože jejich inteligence nebývá narušena, ba dokonce někdy může být i nadprůměrná (Sussová in Kraus, 2005, s 93-94). Pohled okolí bývá ovlivněn i neschopností jedinců splnit některé úkony běžné sebeobsluhy. Podceňování a shovívavý despekt může u těchto žen negativně ovlivnit jejich sebeúctu a z ní vyplývající další chování. Sociálním stigmatem však netrpí jen handicapovaná žena, ale trpí jím celá rodina. Příbuzní handicapované ženy se mohou trápit pocity viny nebo méněcennosti, protože se bojí o genetickou zátěž, která by mohla ohrozit i ženiny budoucí potomky. Problémem totiž je i to, že mnoho lidí nemá pojem o tom, že DMO není dědičná genetická vada, ale v podstatě se jedná o vadu „získanou“ (Vágnerová, 2004, s. 156–157).

Velkým problémem se stává otázka důchodů a dávek v nezaměstnanosti. V mnoha případech je systém plně demotivující, či dokonce vylučující jakékoliv zaměstnání. Český právní systém

nepočítá stále s tím, že by jakkoliv tělesně handicapovaná žena mohla studovat vysoké školy, pracovat či mít dokonce rodinu a přitom pobírat invalidní důchod. Je jen otázkou, zda by v budoucnu mohlo dojít k nějakému zlepšení (Sussová in Kraus, 2005, s. 91-92). Ke stanovení nezávislosti a schopnosti vzdělávat se jsou v některých školách nebo ergoterapeuty prováděny speciální testy. Nejrozšířenějším testem je test FIM (Functional Independence Measure), měří funkční nezávislost jedince a dále LSI test (Life Satisfaction Index, někdy označovaný jako Fugl-Meyerův test), tzv., index životního uspokojení. Tyto testy jsou prováděny v různých časových intervalech. Z jejich výsledků vyplývá, jakým směrem se má zaměřit péče, aby došlo k co nejlepšímu zlepšení stavu jedince (Sussová in Kraus, 2005, s. 91-92).

## **2.2 Psychosociální vývoj žen se získaným handicapem**

Riziko poškození zdraví je v období adolescence a v dospělosti zvýšené, protože mladí lidé mají neustálou touhu s něčím experimentovat, obzvláště s nebezpečnými aktivitami (rychlá jízda, skoky do vody). Získaný handicap představuje pro každého jedince značné psychické trauma. Člověk může srovnávat, jaké to bylo předtím a jaké je to teď. Uvědomuje si, co ztratil, svůj aktuální stav považuje za horší, než byl, mnohdy až za stav nepřijatelný. Z objektivního hlediska to může nést i určité výhody, a to, zachování dřívějších zkušeností – po určitou dobu se tento jedinec vyvíjel standardně a má mnohé kompetence, které mu budou pro další život užitečné, a které jedinec s vrozenou vadou nemá. Například, pokud jedinec oslepne, představa prostoru mu zůstane, na rozdíl od slepých od narození; slovní zásoba a schopnost verbální komunikace mu zůstane, pokud se stane hluchým; taktéž mu zůstanou sociální zkušenosti, které může využít v komunikaci se zdravými jedinci. I tak, je pro tyto jedince nově vzniklá situace velice těžká a stresující a pro mnohé může nakonec znamenat až ztrátu smyslu života, pokud se nedokáže sžít s handicapem (Vágnerová, 2004, s. 162–163).

Handicap, který vznikne později, představuje pro každého jedince silné emoční trauma. Způsob, jakým se jedinec s takovou zátěží vyrovnává, závisí na jeho dosažené vývojové úrovni, jeho osobnostních vlastnostech a sociální podpoře nejbližších lidí. Prožitek ztráty vyvolává negativní emoční reakce, jako jsou deprese, úzkost, handicapovaná žena se trápí, vtírají se jí různé negativní myšlenky, kterých se nemůže za žádnou cenu zbavit. Pokud ztráta vznikla náhle, představuje to pro každého větší zátěž, než když by šlo o důsledky dlouhodobého onemocnění, na které se mohla žena částečně připravit. V dětství je reakce

na nově vzniklé znevýhodnění ovlivněna vnímáním rodičů. Mladší děti nejsou schopny pochopit změny, protože reagují převážně na aktuální nepříjemnosti a omezení, než uvědomování si toho, co to pro ně bude mít za následky. Reakce adolescentů a dospělých je již ovlivněna skutečností, dovedou uvažovat o tom, co dané postižení pro ně znamená do budoucna (Matějček, 2001, s. 9-10). Žena se získaným handicapem musí najít nový smysl svého života, nový cíl svého směřování, musí změnit svoje životní hodnoty a sebezpojetí. Je potřeba, aby si uvědomila svoji identitu, to kým nyní je. Na počátku, kdy není ještě handicap zpracován a zvládnut, vnímá svoji situaci jako svůj konec. Nedokáže si představit, že by se ještě kdy mohla bavit. Teprve později, s přijímáním handicapu, začíná vidět svoji situaci jinak, ovšem nemusí tomu tak být vždy. Pokud se žena nedokáže se svým handicapem sžít, podlehne svému trápení. Pro zvládnutí této zátěže má význam sociální a emoční zázemí, podpora blízkých lidí. V závislosti na nově vzniklé situaci se mění i vztahy jak s rodiči, tak s vrstevníky. Ovšem je nutné nepovolit v odmítavém postoji handicapované ženy k ostatním. Je potřeba být jí nablízku, být jí oporou a podat jí pomocnou ruku v nejtěžších chvílích (Vágnerová, 2004, s. 162–183).

### **2.3 Tělesný handicap a rodičovství**

Rodičovství pro tělesně handicapované ženy je další alternativou, jak uspokojit svoji seberealizaci, která je zdánlivě handicapovaným lidem nedostupná. Děti jsou pro tyto ženy důkazem „normality“ a potvrzením jejich hodnoty jako rodiče. Potřeba rodičovství má pro handicapované ženy i jakýsi kompenzační význam. Vyplývá to z faktu, že i když jsou pro ně mnohé seberealizace nedostupné, tak naopak ty, kterým zdánlivě nic nebrání, nabývají pro ně mnohem většího významu uspokojení. Role dítěte je ve vztahu k dospělému, aspoň v prvních letech života, podřízená. Dítě je na ní závislé a utvrzuje ženinu autoritu (Vágnerová, 2004, 162-183).

Pro handicapovanou ženu je tato zkušenost velice důležitá, posiluje její sebejistotu a sebeúctu. Tlak na bezdětnost, i když je vysoké riziko postižení dítěte, si může handicapovaná žena subjektivně interpretovat jako další omezování její osobní svobody zdravými jedinci. Vnímá to jako další „ránu pod pás“. V rámci generalizované obrany chtějí některé ženy za každou cenu prosadit svoje právo stát se matkou. Dosažení svého cíle pro ně znamená jakousi výhru nad zdravými jedinci, kteří ji chtěli omezovat v jejích právech. Na straně druhé si ženy vůbec neuvědomují riziko poškození vlastního dítěte, pokud je jejich handicap genetického původu. To, že by se jim mohlo narodit handicapované dítě, si nepřipouštějí. Může to být projevem

na adaptaci jejich znevýhodnění, kdy jim již jejich handicap nepřipadá tak hrozný, jak se jeví zdravým ženám. Chorobná touha a potřeba dítěte se obvykle nasytí narozením prvního potomka. Při dalším rozhodování už začínají handicapované ženy uvažovat racionálněji. Mnohdy se handicapované ženy rozhodnou nechat si dítě, i když ví, že bude handicapované či dokonce, že může ohrozit na životě ji samotnou. Emocionální tlak potřeby mít vlastní dítě může být tak silný, že značně převládá nad rozumem ženy (Vágnerová, 2004, s. 188).

## **2.4 Sexuální dysfunkce tělesně handicapovaných žen**

Ženská sexuální dysfunkce (FDS) představuje poruchu sexuálních funkcí, a to v důsledku několika faktorů působících na ženu. V posledních letech počet žen se sexuální dysfunkcí roste. Nejčastější etiologií sexuálních dysfunkcí žen je na bázi psychosomatické. Organický podklad může být způsoben vaskulární, neurogení, hormonální či muskulogenní poruchou, spočívající v dysfunkci svalů dna pánevního. Psychogenní komponenta má většinou svoji příčinu v poruše partnerské komunikace, partnerském sexuálním nesouladu či v důsledku porušeného obrazu těla tělesně handicapované ženy. Výskyt sexuálních dysfunkcí u žen dosahuje 30 – 50% (Šrámková, 2013, s. 46).

Diagnostika sexuální dysfunkce by měla probíhat v klidném, přátelském prostředí. Při rozhovoru by měla být důkladně odebrána anamnéza, která by se měla zaměřovat i na sexuální život tělesně handicapované ženy. V rámci diferenciální diagnostiky je potřeba rozlišit, zda potíže nejsou způsobeny vertebrogenní, urologickou či gastrointestinální dysfunkcí. Léčba sexuální dysfunkce není zcela ještě ucelena, je to stále jen viditelná špička ledovce. Řada léků využívaných při sexuální dysfunkci u mužů měla jen minimální účinky na léčbu sexuální dysfunkce ženy. Léčba je tedy prozatím symptomatická. Nezastupitelnou roli v ní má převážně psychoterapie či párová terapie (Šrámková, 2013, s. 48–49).

Velký vliv na sexuální dysfunkci mají neurologická onemocnění, která mohou mít negativní vliv na její psychiku a následně na její sexuální život. Tento problém se netýká jen starších žen, ale v dnešní době postihuje stále více mladých, úspěšných žen. Tělesný handicap nezasáhne jen jeho nositelku, ale negativní vliv může mít také na sexuálního partnera. Taktéž úrazy mohou během několika vteřin změnit každému život (Šrámková, 2013, s. 56–58).

## 2.5 Sociálně-právní aspekty žen s tělesným handicapem

### 2.5.1 Právní aspekty

Vztah k lidem s handicapem se ve společnosti vyvíjel po tisíce let. Jaký byl pohled na handicapované jedince, záviselo vždy na systému společnosti, světovém názoru a dalších okolnostech. Ještě ani ne před 100 lety byl u nás pohled na handicapované jedince jako na „něco“, co vůbec nepatří do společnosti. Je to cosi, co kazí pohled na ideální společenský systém. V minulosti zůstávalo mnoho rodin s dětmi s handicapem bez jakékoliv poradenské pomoci. Jediným a také nejčastěji nabízeným řešením této problematiky bylo umístění handicapovaného jedince do ústavu sociální péče s trvalým pobytem. Mnohdy byl součástí i zákaz návštěv handicapovaného jedince. Oficiálně se hovořilo o těchto jedincích jako defektních. Společensky přijatelné byly i termíny jako „mrzák“ či „kripl“. Následky tohoto přístupu jsou však patrné v naší společnosti ještě dnes (Schneiberg in Kraus, 2005, s. 272-273).

V současnosti se na handicapované jedince vztahuje Listina základních lidských práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky. I když by Listina základních lidských práv a svobod spolu s Úmluvou o právech dítěte měla být nadřazena všem ostatním zákonům a její teze by měly být respektovány, praxe je úplně jiná. Tudíž se stále čeká na zákon, který by handicapovanému jedinci umožnil si zvolit službu, která je pro něj nejpřijatelnější (např. osobní asistent, pobyt v odborném zařízení atd.), (Schneiberg in Kraus, 2005, s. 272-273). V Listině základních lidských práv a svobod č. 2/1993 Sb., článek 10, je zaručeno, že tělesně handicapovaní lidé mají právo stát se rodiči, taktéž mají právo na adekvátní péči a to se týká i léčby poruch plodnosti a metod asistované reprodukce u handicapovaných jedinců. Realita je však úplně jiná a české porodnictví stále moc s těhotenstvím tělesně handicapovaných žen nepočítá (Kosek, 1998, [online]).

### 3 SPECIFIKA KOMUNIKACE S TĚLESNĚ HANDICAPOVANOU ŽENOU

I když žijeme v 21. století, v době, kdy se s tělesně handicapovanou ženou můžeme setkat na každém kroku, přetrvává v mnoha z nás negativní pohled na tělesný handicap. Neustále v mnoha lidech tkví představa, že když je jedinec tělesně znevýhodněný, musí být automaticky znevýhodněn i mentálně. Paradoxem je to, že se snažíme ulehčit handicapovaným lidem život tím, že stavíme bezbariérové přístupy do budov, do dopravních prostředků, vynalézáme stále dokonalejší kompenzační pomůcky, avšak největší bariéru mezi zdravými a handicapovanými lidmi stavíme my sami. Tou největší a nejtěžší bariérou pro mnohé handicapované jedince je komunikace. Nesmíme zapomínat na to, že člověk je tvor společenský, a to se týká i lidí s handicapem. Každému jedinci je nejlépe mezi ostatními lidmi, s někým, koho má rád, s kým si může promluvit o svých problémech. S tím, kdo mu pomůže v nejtěžších chvílích. I handicapovaní potřebují někoho, s kým si mohou promluvit. Někoho, kdo s nimi bude sdílet slasti i strasti, které jim už tak nelehký život připravil (Slowík, 2010, s. 13-18).

Nezapomínejme na to, že komunikace je setkání a sdílení mezi lidmi, takže obtíže v komunikaci musíme hledat na obou stranách, jak u zdravého jedince, tak i na straně handicapovaného. Komunikace s lidmi s handicapem je ovlivněna negativními stereotypy, které v naší společnosti stále převládají. Tím pádem jsou lidé s jakýmkoliv znevýhodněním automaticky vnímáni většinou společností jako „ne-zdraví“ nebo přímo „nemocní“, což vůbec nemusí odpovídat jejich situaci. Většina naší populace si neuvědomuje tu možnost, že tělesně handicapovaným se může stát každý z nás, ať už v důsledku nemoci či úrazu. Interpersonální komunikaci handicapovaných s okolím ztěžuje i fakt, že jejich vady se stávají již od útlého věku předmětem posměchu, terčem vtipů, pohrdání či ponižování (Slowík, 2010, s. 13-18).

Umění komunikace je pro všechny profese pracující s člověkem důležitou oblastí sociálních dovedností. Ošetrovatelská péče klade velký důraz na interakci zdravotnického pracovníka nejen s pacientem, ale i s kolegy. Komunikaci nevyužíváme jen ve zdravotnickém zařízení, ale je i nedílnou součástí osobního života. Správná komunikace sestry/porodní asistentky s pacientem/klientem je nedílnou součástí jejího profesionálního vybavení a rozvíjení kontaktu s pacientem/klientem (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 11).

### 3.1 Handicap a bariéry v komunikaci s lidmi s handicapem

Slovo handicap bývá do českého jazyka přeloženo jen velmi zřídka. Správný překlad tohoto slova znamená „znevýhodnění“. Lidé ovšem nerozeznávají rozdíly mezi pojmy jako je vada, porucha, postižení či handicap. Ve skutečnosti se však jedná o odborné termíny, které jsou dokonce jasně vymezeny dle WHO z roku 1980.

Rozdělení dle WHO z roku 1980 (Slowík, 2010, s. 23-24):

- **Vada** (angl. *impairment*) znamená narušení psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce těla. Může se tedy jednat o chybějící končetinu (ať vrozeně či např. po amputaci), nefungující sluchový nerv a další.
- **Postižení** (angl. *disability*) znamená omezení či ztrátu schopnosti vykonávat určitou činnost takovým způsobem nebo v takovém rozsahu, který je pro člověka fyziologický, např. pokud má jedinec postižen sluchový nerv, nemůže normálně slyšet. Podobné je to i s chybějící končetinou, pokud jedinci chybí končetina, patří mezi osoby s tělesným postižením.
- **Znevýhodnění** (angl. *handicap*) se projevuje jako omezení vyplývající z vady nebo postižení jedince, které handicapovanému jedinci ztěžuje nebo znemožňuje naplnit roli, jež je pro něj normální, např. po amputaci dolní končetiny (Slowík, 2010, s. 23-24).

Nejvýznamnější komunikační bariérou bývá změna v sebehodnocení a sebekoncepci handicapované ženy. Důležitým faktorem je časová osa vzniku znevýhodnění a rozvoje handicapu. Základem efektivní komunikace s tělesně handicapovanou ženou je řádná identifikace potřeby a rozsahu požadované pomoci. Velká aktivita kolem péče o tělesně handicapovanou ženu může být inhibičním stimulem a může následně zhoršit vztahy mezi ošetřující porodní asistentkou a tělesně handicapovanou ženou. Ceněná je jen přiměřená dopomoc porodní asistentky, než úplný „servis“ kolem handicapované ženy, a zajištění veškeré péče. Nejlepší je domluvit se přímo s handicapovanou ženou na tom, s čím by potřebovala pomoci a s čím nikoliv. Její přání a pokyny bychom měly respektovat (Pokorná, 2008, s. 75).

### 3.2 Komunikace s ženami s handicapem pohybového aparátu

Tělesné schopnosti a výkonnost je důležitým determinantem kvality života. V dnešní společnosti vedle sebe stojí dvě základní pojetí života a hodnocení jedince. Na straně jedné stojí jedinci krásní, zdatní, výkonní a na straně druhé, dochází v posledních letech ke změně postojů a pohledu na tělesně handicapované ženy. Pomalu, ale jistě se začíná rozšiřovat možnost jejich uplatnění ve společnosti, jejich život se stává plnohodnotným (Pokorná, 2008, s. 75). Tělesný handicap, ať trvalý nebo jen dočasný, mění postavení a roli člověka ve společnosti. Handicapovaná žena se stává víceméně závislá na pomoci druhých. Tělesný handicap se může stávat i překážkou v komunikaci. Problémem může být komplex méněcennosti v důsledku zjevného handicapu (Kristová, 2009, s. 124). Ženy s tělesným znevýhodněním, pokud není doprovázeno i mentálním handicapem či postižením smyslů, nevyžadují zvláštní přístupy v komunikaci. Je však velice nutné upozornit na chyby, kterých se nejčastěji zdravotničtí pracovníci dopouštějí v komunikaci s tělesně handicapovanými v důsledku nedostatečné znalosti této problematiky. Tělesně handicapované si dle Veglářové a Mahrové (2006, s. 133-134) nejčastěji stěžují na tyto chyby:

- Na místo s tělesně handicapovanou ženou porodní asistentka komunikuje převážně s jejím doprovodem. Značný vliv na tento přístup může mít to, že mnoho lidí, i zdravotnických pracovníků, si spojuje tělesné znevýhodnění s mentálním handicapem a tak se domnívají, že tělesně handicapovaná jim nebude schopna porozumět.
- Pokud porodní asistentka komunikuje s tělesně handicapovanou ženou, využívá specifik používaných při komunikaci s mentálně handicapovanými jedinci, aniž by si předem zjistila, zda má žena nějaká přidružená znevýhodnění, jako je například snížený intelekt.

Přístup k ženě s handicapem musí porodní asistentka zvolit dle toho, zda se jedná o postižení vrozené či získané. Pokud se jedná o znevýhodnění získané, je důležité vzít v potaz časový faktor, kdy ke vzniku handicapu došlo. Taktéž je velice důležité brát v potaz, za jakých okolností ke vzniku handicapu došlo. Tělesný handicap se projevuje různými poruchami hybnosti a problémy se samostatným pohybem. Výsledkem je omezení ve vykonávání některých aktivit denního života. Přístup porodní asistentky k takovéto ženě je ovlivňován vnějšími (rozsah znevýhodnění, vrozený či získaný handicap, zda je handicap zapříčiněn vlastním jednáním klienty či někým jiným) a vnitřními (jak se jedinec sžívá se svým handicapem) faktory (Kristová, 2009, s. 124-125).



Zásadami komunikace s ženou s tělesným znevýhodněním pohybového aparátu dle Venglářové a Mahrové (2006, s. 135) jsou:

- Jednou ze zásadních podmínek je zjištění rozsahu znevýhodnění a tím i možnost omezení v komunikaci.
- Důležité je zachovávat běžná společenská pravidla v komunikaci.
- Postoj a pohled přizpůsobíme handicapované ženě (pokud je žena na vozíčku, tak si k ní sedneme), abychom zajistili přímý kontakt tváří v tvář, optimální horizontální úrovně očního kontaktu.
- Musíme zajistit, aby mezi handicapovanou ženou a porodní asistentkou nebyly žádné překážky (pokud se v prostoru mezi porodní asistentkou a ženou nachází např. židle, infuzní stojan, dáme je po dobu komunikace na stranu, aby nenarušoval komunikaci).
- Musíme od klientky zjistit, jak moc jí její handicap omezuje a které úkony je schopna sama provést, se kterými potřebuje pomoci, popřípadě se s ní můžeme domluvit na způsobu pomoci (například dopomoc při hygieně, která navíc může být ještě ztížena pooperačním obdobím).
- Velmi důležité je to, abychom neupozorňovaly ženu na problémy, které mohly být způsobeny vozíkem či jinými kompenzačními pomůckami (například, že na kolečkách vozíku je zaschlé bláto, které znečistí ordinaci).

Jako nejčastější chyby v komunikaci s ženami s tělesným handicapem uvádí Pokorná (2008, s. 76): vyhýbání se kontaktu s ženou s tělesným handicapem. Taktéž bývá jako chyba uváděn i fakt, že nebývají respektovány individuální zvláštnosti handicapované ženy, jako je využívání různých zvláštních pomůcek, asistenční pes atd. V komunikaci s handicapovanou ženou bývají používány neadekvátní pojmy a nepřiměřený řečový projev (používání zdvořilých, tykání atd.). Problémem bývá i nedostatečný respekt ze strany porodní asistentky. Častou chybou je zdůrazňování nešikovnosti při některých úkonech a nutnosti pomoci od druhých osob při činnostech denní aktivity (Pokorná, 2008, s. 76).

## **4 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O TĚLESNĚ HANDICAPOVANOU ŽENU**

V naší společnosti stále převažují předsudky o rodičovských schopnostech osob s tělesným handicapem. Veřejnost (včetně některých odborníků) předpokládá, že děti tělesně handicapovaných rodičů jsou chudáci, sociální případy, kterým jejich rodiče nemohou poskytnout vše, co potřebují pro správný bio-psycho-sociální vývoj (Novosad, 2011, s. 85). Z výzkumu prováděného v Austrálii a v zámoří (Woman with disabilities Australia, tzv. WWDA) v roce 2007 vyplývá, že tenhle pohled na mateřství handicapovaných žen nepanuje jen v České republice, ale i jinde ve světě. Dotazované handicapované ženy shodně uvedly, že společnost pochybuje o tom, že handicapovaná žena může být dobrou matkou, která vyvíjejícímu dítěti zajistí správný vývoj. Výzkum dále prokázal, že množství informací týkajících se mateřství tělesně handicapovaných žen je žalostně málo (Storr, 2007, [online]).

Dnes existuje několik internetových stránek pomáhajících tělesně handicapovaným ženám, které uvažují o tom, stát se matkou či již těhotné jsou. Tyto stránky se snaží ženám co nejvíce pomoci. Mezi nejznámější patří společnost Aperio, která pomáhá ženám orientovat se v systému porodnické péče. Touto situací se ve společnosti nejvíce zabývá Mgr. Kateřina Vítová. Poskytuje ženám informace o tom, na co vše mají v průběhu těhotenství, porodu a při péči o dítě právo a co mají očekávat od zdravotnického systému. Mgr. Vítová však nevychází jen z medicínského práva, ale i ze svých zkušeností – sama má DMO (Vítová, 2010, [online]). Mezi další organizace pomáhající handicapovaným ženám je společnost AZ rodina, Dobromysl.

### **4.1 Těhotenství**

Velká část těhotenství probíhá za fyziologických podmínek. Pouze u jedné čtvrtiny až třetiny těhotných žen se mohou vyskytnout rizikové faktory, které mohou do značné míry ovlivnit fyziologický průběh těhotenství. Je důležité, aby každá těhotná žena navštěvovala prenatální poradnu, kde by jí byla provedena veškerá potřebná preventivní vyšetření, která by se snažila předejít rozvoji patologického těhotenství. Nejlepší pro ženu je, pokud jsou rizikové faktory pro těhotenství stanoveny již na začátku těhotenství, během prvních návštěv v prenatální poradně (Hájek, 2004, s. 25-26). Když otěhotní „zdravá“ žena, je podporována v průběhu těhotenství nejen rodinou a přáteli, ale i lékařem. Pokud otěhotní žena s handicapem,

mívá opačná zážitek. Někteří lékaři jí doporučují umělé přerušení těhotenství, sterilizaci či dání dítěte po porodu k adopci (Anello, 2014, [online]).

#### **4.1.1 Prenatální péče**

Úkolem prenatální péče je zabezpečit těhotné ženy, prevence vzniku chorobných stavů a včasný záchyt odchylek od fyziologického průběhu gravidity. Každá těhotná žena by během těhotenství měla projít některými vyšetřeními. Používají se různé testy ke stanovení těhotenství, k včasnému záchytu vrozených vývojových vad a k odhalení onemocnění ze strany matky (Slezáková, 2011, s. 139). Během těhotenství je úkolem porodní asistentky v poradnách pro těhotné dle ordinace lékaře natáčet kardiokografický záznam (tzv. CTG), měřit těhotné ženě tlak krevní, vyšetřuje se moč na bílkoviny, cukr a ketolátky. Taktéž si porodní asistentka všímá, zda žena nemá otoky, ptá se na pohyby plodu a subjektivní pocity ženy během těhotenství. Stejně, jako ke „zdravé“ ženě, přistupuje porodní asistentka i k ženě s handicapem (Slezáková, 2011, s. 143-144).

Je důležité, aby se porodní asistentka při prvním kontaktu s handicapovanou ženou domluvila, zda s něčím potřebuje pomoci, popřípadě do jaké míry pomoc potřebuje. Taktéž je důležité ženu obeznámit se vším, co se s ní v průběhu vyšetření, popřípadě během hospitalizace bude dít. V důsledku toho se odvíjí veškerá pomoc v péči o handicapovanou ženu. Velkou a častou chybou se stává, že se porodní asistentka s handicapovanou ženou nedomluví na míře pomoci a automaticky jí pomáhá se všemi úkony. Dalším problémem je, že i když je handicapovaná žena po mentální stránce úplně v pořádku, jednají s ní často porodní asistentky i jako s mentálně handicapovanou (Kristová, 2009, s. 124-125).

Při prvním kontaktu s ženou s tělesným handicapem (např. v prenatální poradně, porodní sál) je důležitý sběr anamnézy. Anamnézu získávají porodní asistentky zásadně komunikací s ženou, nikoliv od jejího doprovodu. Aby lékař mohl provést nezbytná vyšetření, je důležité, aby se žena uložila na vyšetřovací stůl. Dle rozsahu disability je potřeba, aby ženě někdo pomohl s přemístěním. Porodní asistentka by měla ženě vysvětlit, co je potřeba a požádat ji, aby jí žena říkala, jak má správně postupovat. Většina klientek přesně popíše, jak s ní má porodní asistentka manipulovat. Pro ženu je takovéto přemístování příjemnější, než kdyby se jí nikdo nezeptal, co a jak s ní provést. Porodní asistentky by neměly zapomínat na to, že je pro ženu s tělesným handicapem nezbytné, aby měla vždy ve svém dosahu kompenzační pomůcky, díky nimž si zvyšuje jistotu pohybu. Pokud si lékař požaduje

provést nějaký zdravotnický výkon (odběr krve, aplikace injekčních léků apod.), měla by se porodní asistentka s ženou domluvit, pokud to situace dovoluje, aby si zvolila místo aplikace léku, odběru krve či jiného zákroku. Ženy většinou už samy vědí, které místo je pro ně nejvhodnější (Kristová, 2009, s. 124-126). Častým problémem bývá, že pokud je žena převážena sanitkou, zapomínají záchranáři vzít ženiny kompenzační pomůcky, invalidní vozík. Při hospitalizaci ženy, ať již na oddělení rizikového těhotenství, porodního sálu či oddělení šestinedělí, je potřeba, aby porodní asistentky zjistily, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání ženě v relativně samostatném pohybu. Bariéry by se měly snažit odstranit, nebo alespoň minimalizovat. Při podávání stravy by se měly porodní asistentky informovat, zda je žena schopna se sama najít či jestli nepotřebuje s něčím pomoci (např. zda žena nepotřebuje nakrájet maso nebo jestli se nají příborem atd.). Nejdůležitějším aspektem je to, že by každé zdravotnické zařízení mělo být bezbariérové, protože s handicapovanou ženou se můžeme setkat kdykoliv a kdekoliv (Janáčková, Weiss, 2008, s. 129).

Handicapované ženy mají problém najít si předporodní kurz, který by počítal s tělesně handicapovanou ženou. Stejně tak mají problém si handicapované ženy najít dudu či osobní porodní asistentku, které by jim byly v průběhu těhotenství a porodu oporou. Jen málo porodních asistentek se touto problematikou zabývá. Jak porodní asistentky, tak i dudy, se snaží být k tělesně handicapovaným maminkám vstřícné, ale ze strachu z neznámého je raději odmítají. Mezi další problémy související s těhotenstvím tělesně handicapovaných žen je, že jsou častěji posílány na genetická vyšetření, aniž by se lékař zeptal na původ ženina handicapu. Taktéž jsou tělesně handicapované ženy automaticky zařazeny do poraden pro rizikové gravidity, i když jejich handicap nemá žádný vliv na vývoj nového jedince, i když má těhotenství fyziologický průběh (Vítová, 2012, [online]).

## **4.2 Porod**

### **4.2.1 Vyšetření při přijetí**

Žena s tělesným znevýhodněním si zaslouhuje péči, jako jakákoliv jiná žena. Jediným rozdílem je, že porodní asistentka musí brát na vědomí ženinu situaci, možné rozdíly v psychice a patrné rozdíly ve fyzických projevech (Kristová, 2009, s. 124-126). Pro zvolení správného způsobu komunikace je nutné vzít v úvahu, zda se jedná o vrozený handicap či získaný. Velkou roli hraje i rozsah handicapu. Při závažných formách ochrnutí je potřeba vzít v potaz

to, že může dojít k vymizení mimických pohybů, špatné artikulaci. Tím pádem se stává komunikace s ženou obtížnou, obzvláště v případech, kdy si rozhovor nemůžeme dokreslit neverbálním projevem. Tělesné znevýhodnění přináší výrazné změny v životě handicapovaného (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 134-135).

Při přijetí na porodní sál se porodní asistentka snaží rodičku přivítat, spolu s dalšími členy rodiny, které rodičku na sál doprovázejí. Během první doby porodní asistentka zjišťuje, co žena očekává a snaží se jejím přáním co nejvíce vyhovět, pokud to situace dovoluje. Při přijetí na porodní sál natáčí porodní asistentka v průběhu první doby porodní CTG záznam, který sleduje nejen stav plodu, ale i matky. Dále vyplňuje s rodičkou veškerou dokumentaci a podepisují informované souhlasy a edukační materiál (Leifer, 2004, s. 151-153).

#### **4.2.2 První doba porodní**

První doba porodní bývá označována jako otevírací. „*Začíná pravidelnými kontrakcemi dělohy a končí zajitím porodnické branky*“ (Eliášová, 2008, s. 63). Literatura o těhotenství handicapovaných žen je velmi omezená. Lékařské školy se často domnívají, že těhotenství handicapovaných žen jsou vysoce riziková. Z toho důvodu mají porodníci tendenci těhotenství handicapované ženy ukončit císařským řezem, který je mnohdy zbytečný (Anello, 2014, [online]). O možnosti spontánního porodu mnoho budoucích maminek nemá ani tušení, protože je lékaři o této možnosti neinformují, i když žena nemá žádné kontraindikace ke spontánnímu porodu. Pokud se tělesně handicapovaná žena rozhodne родit spontánně, je potřeba, aby měla potvrzení od svého ošetřujícího lékaře a dále od neurologa a ortopeda. Dalším problémem je i to, že jen malé procento porodnic je bezbariérových a ne každá porodnice je připravena na porod tělesně handicapované ženy. Pro tělesně handicapovanou ženu je velkou psychickou oporou to, pokud s ní po celou dobu hospitalizace může být blízká osoba (partner, kamarádka), ne všechny nemocnice však vycházejí rodičkám s jejich přáními vstříc (Vítová, 2012, [online]).

Pokud rodí tělesně handicapovaná žena spontánně, péče o ni je úplně stejná, jako o „zdravou ženu, to znamená, že jí porodní asistentka zajišťuje žilní vstup, sleduje děložní kontrakce, odtok plodové vody, poslouchá ozvy plodu a natáčí CTG záznam. Dále porodní asistentka provádí vnitřní vyšetření a sleduje progresi porodu (Slezáková, 2009, s. 145-146). Jediný rozdíl je v tom, že je potřeba, aby se porodní asistentka

s ženou domluvila na míře pomoci. Tělesně handicapovaná žena prožívá první dobu porodní stejně, jako žena „zdravá“. Sama si najde úlevovou polohu, ví, co je pro ni dobré. Úkolem porodní asistentky je, aby po celou dobu ženu podporovala, byla jí rovnocenným partnerem (Kristová, 2009, s. 124-125). Během této doby je žena informována o nefarmakologických metodách, které by jí mohly ulevit od bolesti (úlevové polohy, dýchání, hydroanalgezie, masáže, aromaterapie, muzikoterapie a další). Handicapovaná žena si sama zvolí, co jí vyhovuje. Porodní asistentka nepodporuje jen rodící ženu, ale nesmí zapomínat ani na jejího partnera, který taktéž potřebuje podpořit. Celý průběh porodu zapisuje porodní asistentka do dokumentace (Leifer, 2004, s. 159-164).

### **4.2.3 Druhá doba porodní**

Druhá doba porodní bývá označována jako vypuzovací. „*Začíná zajitím porodnické branky a končí porodem plodu. Trvá obvykle 15 – 20 minut.*“ (Eliášová, 2008, s. 69). Péče porodní asistentky o handicapovanou ženu se neliší od péče o ženu „zdravou“. Hlavním úkolem porodní asistentky je monitorovat nejen stav rodičky, ale i plodu po celou tuto fázi (po celou fázi je rodička napojena na CTG záznam). Po celou druhou dobu porodní asistentka ženu podporuje, uklidňuje ji a vysvětluje jí kroky, které budou následovat – edukuje ji, jak má správně dýchat a tlačit za porodu. Dalším úkolem porodní asistentky je připravit pomůcky k porodu, informovat porodníka a pediatra, očista perinea rodičky a následně samotné odvedení porodu. Dle ordinace lékaře podává porodní asistentka ženě léky. Po porodu plodu přestřihne pupeční šňůru. Dále zaznamenává asistentka čas porodu, hodnotí spolu s pediatry Apgar skóre novorozence, zaznamenává případný odchod smolky a první moči novorozence (Leifer, 2004, s. 165).

### **4.2.4 Třetí doba porodní**

Bývá označována jako doba k „lůžku“. „*Třetí doba porodní začíná porodem plodu a končí porodem placenty*“ (Eliášová, 2008, s. 72). Péče o handicapovanou ženu je stejná, jako péče o ženu bez handicapu. Po porodu plodu pokládá porodní asistentka novorozence na břicho matky, pokud to dovoluje jeho stav, nebo jej předává do rukou pediatrů. Následně odebírá porodní asistentka pupečnickovou krev na vyšetření krevních plynů, ke stanovení krevní skupiny a Rh faktoru novorozence. Po porodu placenty lékař zkontroluje její celistvost, zreviduje porodní cesty po porodu a ošetří případná poporodní poranění. Porodní asistentka mu chystá sterilní stolek, nástroje a asistuje mu v případě potřeby (Slezáková, 2011, s. 182).

#### 4.2.5 Čtvrtá doba porodní

*„Začíná porodem placenty a končí odvezením ženy na oddělení šestinedělí“* (Elišášová, 2008, s. 74). Po ošetření porodních poranění provádí porodní asistentka „úpravu“ ženy. Kontroluje krvácení, stahování dělohy a fyziologické funkce ženy. Po „úpravě“ a kontrole stavu ženy, pod ni dá porodní asistentka čisté vložky, vysvětlí jí, co bude následovat a poté ji nechá odpočívat. Po celou čtvrtou dobu porodní leží rodička na porodním sále. Úkolem porodní asistentky je sledovat zavínování dělohy, krvácení, ptá se ženy na bolest a její subjektivní pocity. Po uplynutí 2 hodin od porodu opět porodní asistentka zkontroluje zavínování dělohy, krvácení, fyziologické funkce, a pokud je vše v pořádku, vstává porodní asistentka se ženou poprvé od porodu do sprchy. Ve sprše by se rodička měla poprvé od porodu zkusit vymočít. Pokud se sama žena nevymočí, je jí potřeba vycévkovat, aby se děloha správně zavinovala a předešlo se tak vzniku komplikací. Močení zaznamenáváme do dokumentace. Jediným rozdílem v péči o handicapovanou ženu během čtvrté doby porodní je to, že je potřeba, aby se porodní asistentka domluvila s ženou, jak jí pomoci během prvního vstávání. Pokud je vše v pořádku, je žena přeložena na oddělení šestinedělí (Slezáková, 2009, s. 183).

#### 4.3 Šestinedělí

*„Šestinedělí neboli puerperium, je období šesti týdnů po skončení gravidity a porodu“* (Elišášová, 2008, s. 83). Během šestinedělí postupně mizí anatomické a fyziologické změny vzniklé v průběhu těhotenství. Tento stav, kdy se organismus vrací do „původního“ stavu jako před otěhotněním se nazývá jako involuční změny. V tomto období začíná mléčná žláza produkovat nejdříve kolostrum a poté mateřské mléko (Slezáková, 2011, s. 229).

Při prvním kontaktu s tělesně handicapovanou ženou je důležité zjistit stupeň sebezpěče, popřípadě, jak by chtěla s některými úkony pomoci a způsob manipulace se ženou (Pokorná, 2008, s. 76). Pokud handicapovaná žena zvládá činnosti denní aktivity a sebeobslužné úkony, neměla by je porodní asistentka vykonávat za ni, pokud jí o to sama žena nepožádá. Porodní asistentky by měly respektovat situaci a přání ženy a neměly by jí dávat úkony, které sama žena nezvládne. Tělesně handicapované ženě by nikdy neměla porodní asistentka vyčítat nešikovnost nebo sebemenší nedostatky způsobené jejím tělesným handicapem (Kristová, 2009, s. 125). Porodní asistentka by neměla zapomínat, že žena má tělesný handicap, nikoliv mentální (Pokorná, 2008, s. 76). Důležité je, aby se porodní

asistentka komunikaci nevyhýbala, i když rozhovor může být někdy obtížný v důsledku poruchy artikulace ženy. V takovém případě se přistupuje například k používání piktogramů, různých obrázků nebo jiných alternativních technik. Další důležitou součástí v péči o tělesně handicapovanou ženu je sebeuvědomění si toho, jak s ženou jednáme – neznamena, že když je žena tělesně handicapovaná, nerozumí, nevidí a neslyší to, jak s ní porodní asistentky jednají. Každá handicapovaná žena je jiná, každá potřebuje individuální přístup. I když se může u žen jednat o stejné znevýhodnění, péče může být značně odlišná. Porodní asistentky by neměly zapomínat ani na to, že by měly s tělesně handicapovanou ženou udržovat oční kontakt (pokud je žena na invalidním vozíku, měly by se snížit na její úroveň), snažit se udržet tzv. „zrakový vrch“ a neměly by se vyhýbat jejímu pohledu. Pokud je handicapovaná žena hospitalizována na oddělení, je potřeba, aby porodní asistentky odstranily z jejího dosahu překážky, které by jí mohly bránit v samostatném pohybu. Opět by veškeré úkony měly provádět až po domluvě se ženou. V neposlední řadě by neměly porodní asistentky zapomínat ženu pochválit za její úsilí (Kristová, 2009, s. 125).

Délka pobytu na oddělení šestinedělí je individuální a je stanovena stavem matky a dítěte. Českou neonatologickou společností je stanovena doporučená délka pobytu novorozence na novorozeneckém oddělení na 72 hodin od porodu. Úkolem porodní asistentky je sledovat změny provázející šestinedělí – sleduje se výška děložního fundu, charakter a množství lochií, stav a hojení poporodních poranění, stav prsou – všímáme se prsních bradavek, laktace a zarudnutí prsou. Je nezbytné, aby si porodní asistentka všímala i končetin, fyziologických funkcí, psychického stavu ženy a jejího vztahu k dítěti. Úkolem porodní asistentky je taktéž naučit šestinedělku správně kojit, edukovat ji o možných polohách při kojení. Pokud nemá porodní asistentka zkušenosti s péčí o tělesně handicapovanou ženu, je potřeba, aby se s ženou domluvila a společně našly polohy, které ženě budou vyhovovat. Pokud jsou prsa nalitá, je potřeba, aby porodní asistentka edukovala šestinedělku i o technice odstříkávání mateřského mléka a popřípadě i o jeho skladování. Nezbytná je i edukace o posilování svalů dna pánevního (Slezáková, 2011, s. 232).



## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 5 DESIGN PRÁCE

Tato část práce popisuje jednotlivé fáze výzkumu. Nejprve jsou zde popsány cíle výzkumné části práce a stanovené hypotézy. Následně je zde popsána metodika práce. Poté následuje kvalitativní výzkum, zahrnující dvě případové studie tělesně handicapovaných žen. Součástí jsou výsledky kvalitativního výzkumu a jeho shrnutí. Na základě výsledků z kvalitativního výzkumu byl vytvořen nestandardizovaný dotazník. Následuje vlastní vyhodnocení dotazníkového šetření prováděného ve zdravotnických zařízeních mezi porodními asistentkami. Nakonec popisujeme statistické ověření hypotéz s následnou diskuzí.

Výzkumné šetření v diplomové práci mělo za úkol zjistit, jak tělesně handicapované ženy prožívají mateřství a jak jsou spokojeny s péčí porodních asistentek. A na straně druhé, jak porodní asistentky zvládají péči o tělesně handicapovanou ženu, zda ví, jak správně s takovou ženou jednat. Samotný výzkum byl rozdělen do dvou fází. V první fázi byl proveden kvalitativní výzkum pomocí polostandardizovaného rozhovoru u záměrně vybraných žen. V druhé fázi byl proveden kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Nestandardizované dotazníky byly rozdány ve zdravotnických zařízeních na odděleních porodnicko-gynekologické kliniky. Pro objasnění rozdílů mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem a pro prezentaci stěžejních výsledků výzkumu slouží následující kapitoly.

#### 5.1 Cíle výzkumné části práce

##### Hlavní cíl:

1. Zjistit, jaký mají pohled na péči porodních asistentek tělesně handicapované ženy.
2. Zjistit, jak vnímají porodní asistentky péči o tělesně handicapované ženy.

##### Dílčí cíle:

- Zjistit, jak tělesně handicapované ženy prožívají mateřství (těhotenství, porod, šestinedělí a následnou péči o dítě).
- Zjistit, jak tělesně handicapované ženy vnímaly péči porodních asistentek.

- Zjistit, zda měly tělesně handicapované ženy kontakt na nějaké organizace pomáhající handicapovaným ženám.
- Zjistit, zda porodní asistentky znají specifika péče o tělesně handicapovanou ženu.

## 5.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly stanoveny na základě cílů výzkumu a studia odborné literatury:

**VO1:** Jak tělesně handicapované ženy prožívají mateřství (těhotenství, porod, šestinedělí a péči o dítě)?

**VO2:** Jak vnímaly tělesně handicapované ženy péči porodních asistentek?

**VO3:** Dostaly tělesně handicapované ženy od porodních asistentek kontakt na organizaci/organizace pomáhající tělesně handicapovaným ženám?

**VO4:** Jaká jsou dle porodních asistentek specifika péče o tělesně handicapovanou ženu?

## 5.3 Hypotézy

Hypotézy byly sestaveny dle předem stanovených cílů práce a na základě rozhovorů s tělesně handicapovanými ženami v předchozím výzkumu – v bakalářské práci na téma: „*Tělesně postižená žena a mateřství*“, která byla úspěšně obhájena 8. června 2012. Na vytvoření hypotéz měly vliv i poznatky z odborné literatury.

1. **Pracovní hypotéza:** Porodní asistentky neznají organizace, které se zabývají pomocí tělesně handicapovaným ženám.
2. **Pracovní hypotéza:** Porodní asistentky se domnívají, že jsou nedostatečně informovány o problematice tělesně handicapovaných žen.
3. **Pracovní hypotéza:** Porodní asistentky nezískají během studia dostatek informací o tom, jak správně komunikovat s tělesně handicapovanými ženami.

## 6 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup, který se zabývá výzkumem života lidí, jejich příběhů, chováním, ale i chodem různých organizací, společenských hnutí a jejich vzájemnými vztahy. Kvalitativní výzkum analyzuje zkoumané jevy, odhaluje spojení a závislost, které mezi nimi existují. Výsledky výzkumu mají charakter textu. V tomto typu výzkumu jsou využívány psychologické postupy a realizují se na menších vzorcích. Do výzkumných metod řadíme přímé dotazování (rozhovor) a pozorování. Doplňujícím zdrojem informací může být analýza dokumentace (Kutnohorská, 2009, s. 22-27).

Rozhovor neboli interview je nejčastěji používaný prostředek pro získání informací. Kutnohorská (2009, s. 38-40) dělí rozhovor na strukturovaný, nestrukturovaný a polostandardizovaný. **Strukturovaný rozhovor** probíhá z předem připravených otázek, drží se připravené formulace a pořadí otázek. Formální podobou se podobá dotazníku. Není zde prostor pro improvizaci. **Nestrukturovaný rozhovor** se podobá běžnému rozhovoru. Klade důraz na přirozenou konverzaci, nenásilný průběh. Během rozhovoru se drží tématu, o které se zajímá. Otázky nemusejí být zcela identické. Na začátku nestrukturovaného rozhovoru je potřeba mít představu o tom, jak bude rozhovor probíhat. **V polostandardizovaném rozhovoru** je vytvořen okruh otázek, na které se chceme ptát. Pořadí otázek je možné měnit. **Pozorování** dělí Kutnohorská (2009, s. 36-37) na přímé (provádí jej samotný výzkumník nebo jím edukovaný pozorovatel); nepřímé (bývá součástí rozhovoru, nejde o systematické pozorování určitých jevů); zúčastněné (výzkumník se stává na určitou dobu součástí výzkumu); nezúčastněné (výzkumník pozoruje společenské jevy, aniž by byl sám jejich součástí) a skryté/zjevné pozorování.

Kvalitativní výzkum pomocí rozhovoru a nepřímého pozorování byl vybrán z toho důvodu, aby mohla být lépe zmapována problematika komunikace s tělesně handicapovanou ženou. Tato metoda umožňuje hlubší zabývání se touto problematikou a taktéž lepší pochopení situace. Umožňuje pochopit z jednání ženy, jak celou problematiku vnímá, jak ji hodnotí, umožňuje vcítění do situace. Jednalo se o polostandardizovaný rozhovor, pořadí otázek bylo měněno a dle potřeby byly otázky ještě doplňovány či obměňovány. Otázky se zabývaly obdobím před otěhotněním - jak ženy rostly, jak vnímaly svůj handicap, jak jej vnímalo okolí. Další okruh otázek se zaměřuje na období těhotenství, porodu, šestinedělí a na to, jak byly spokojeny s péčí porodních asistentek.

## 6.1 Metodika výzkumu

Kvalitativní výzkum se skládá ze dvou kazuistik záměrně vybraných tělesně handicapovaných žen.

Výběr zvolených respondentek byl záměrný.

Byla stanovena tato kritéria výběru:

1. Žena s tělesným handicapem, která odpovídá danému tématu.
2. Žena s tělesným handicapem, která již byla těhotná a stará se o své vlastní dítě/děti
3. Tělesně handicapovaná žena, jež souhlasí s případovou studií a následným zpracováním získaných informací.

Pro dosažení stanovených cílů v kvalitativním výzkumu byla provedena případová studie u dvou záměrně vybraných žen. V případové studii je dopodrobna interpretován výzkumný problém, který je vysoce spjat s realitou. Návštěvy probíhaly v bytech obou respondentek i za účasti jejich rodinných příslušníků. Zdrojem informací, vedoucím ke sběru dat, byl nejen polostandardizovaný rozhovor, ale i nepřímé pozorování a analýza zdravotnické dokumentace. Metoda polostandardizovaného rozhovoru byla zvolena z toho důvodu, aby mohla být lépe pochopena daná problematika do hloubky.

Kazuistiky jsou rozděleny na dvě části – na anamnézu a katamnézu. Katamnéza je rozčleněna na jednotlivé fáze týkající se mateřství (na období těhotenství, porodu a následné péče o dítě) a na to, jak ženy vnímaly péči porodních asistentek. Primárním zdrojem informací, který vedl ke sběru dat, a ke zpracování kazuistik, byly tělesně handicapované ženy, s nimiž byl prováděn polostandardizovaný rozhovor, který byl rozčleněn do několika částí. Otázky byly dopředu promyšleny a propracovány. Výzkum probíhal od listopadu 2012, kdy byly tělesně handicapované ženy poprvé kontaktovány při sběru dat do bakalářské práce. Všechny již získané informace byly využity i při výzkumu v diplomové práci, která na bakalářskou práci navazuje.

Rozhovory se uskutečnily během dvou sezení (první rozhovor byl prováděn v roce 2012 a druhý rozhovor v roce 2014). Informace získané během rozhovorů byly zaznamenávány pomocí diktafonu a následně přepisovány. K doplnění či upřesnění informací sloužilo i telefonické zkontaktování žen. Dále jsou obě kazuistiky doplněny i o citace a výroky žen. Doplnujícím zdrojem informací byla zdravotnická dokumentace

tělesně handicapovaných žen. Do procesu získávání informací byl zařazen i rozhovor se zdravotnickým personálem o jeho zkušenostech v péči o tělesně handicapované ženy (lékaři a porodní asistentky pracující na odděleních porodnicko-gynekologické kliniky). Kontakt na klientku s amelií dolních končetin byl získán od dětské sestry pracující na novorozeneckém oddělení, která je zároveň i známou respondentky. Kontakt na ženu s DMO byl získán na internetových stránkách společnosti Aperio, což je společnost pomáhající tělesně handicapovaným ženám, kterou respondentka spoluvytváří.

## **6.2 Charakteristika případu**

V první kazuistice je popisována 28letá žena, která bude oslovována jako paní D. Paní D „trpí“ vrozenou vývojovou vadu dolních končetin, kdy z nejasných příčin došlo během intrauterinního života k nevyvinutí dolních končetin, tzv. amelii. Paní D udává, že nekouří, alkohol pije příležitostně a neužívá žádné návykové látky. Dále neudává žádné zdravotní problémy, s ničím se neléčí a neužívá žádnou chronickou medikaci. Psychický stav je velice dobrý, paní D je orientována časem, místem, prostorem a osobou. Výborně spolupracuje. Má malého synka, který bude oslovován jako Tomášek.

V rámci druhé kazuistiky je popisována 37- letá žena, která bude oslovována jako paní K. Paní K trpí od narození dětskou mozkovou obrnou, která ji postihla dolní končetiny. Přesný původ vzniku DMO není znám, pravděpodobně se jedná o nějakou postpartální infekci. Kromě svého handicapu nemá žádné zdravotní problémy. Paní K udává, že alkohol pije příležitostně, nekouří a neužívá žádné návykové látky. Neudává žádné zdravotní problémy, s ničím se neléčí, chronickou medikaci neudává. Psychický stav je velice dobrý, paní K je orientována časem, místem, prostorem a osobou. Výborně spolupracuje. Má 3 dcery, které budou oslovována jako Esterka, Leuška a Růženka.

## 6.2.1 Případová studie ženy s chyběním dolních končetin

### Anamnéza

Paní D se narodila v roce 1985 v Ostravě. Její biologická matka se jí po porodu zřekla, takže byla umístěna do kojeneckého ústavu. Tam se do ní zamilovala její „nová“ matka, která si paní D vzala do pěstounské péče – od prvního roku života paní D vyrůstala v „nové“ rodině, spolu s dalšími sedmi sourozenci. „Pěstouni“ se snažili všechny svoje děti vychovávat tak, jako kdyby byly zdravé, bez handicapu. Paní D byla již od začátků vychovávána k tomu, aby byla schopna samostatného života, aby se dokázala sama o sebe postarat. Paní D se dokázala se svým handicapem dokonale sžít. V období dospívání odmítala užívat invalidní vozík, naučila se pohybovat pomocí rukou, na delší trasy využívala speciálně upravenou koloběžku. Díky tomu, že hodně s rodinou cestovali, se paní D naučila i sama cestovat různými dopravními prostředky. *„Kdyby s námi naši necestovali, tak se bojím, smích...“*. Časem si paní D udělala řidičský průkaz, takže tím se pro ni cestování stalo snazším.

Přestože se v dospělosti setkala se svojí biologickou matkou a zjišťovala průběh jejího těhotenství, nebyla jí matka schopna přesně odpovědět. Jen uvedla, že během těhotenství užívala léky na bolest zad, ale nežádoucí účinek léku na vyvíjející se plod nebyl prokázán. Dětství prožívala jako jakékoliv jiné dítě. *„Vždycky jsem měla komplex z vozíku. Dřív bych si na vozík vůbec nesesdla, teď už teda jo. Do Prahy jsem jezdila první dva roky na koloběžce. Samozřejmě si nedělám hlavu z toho, že nemám nohy. Vesměs můžu skoro všechno, na co se odvážím. Lyžovat, hrát hokej již v dnešní době taky můžu. Zas tak omezený ten život teda nemám“*. Vystudovala konzervatoř Jana Deyla v Praze, kam pravidelně dojížděla vlakem. Před dvěma lety, v roce 2012 úspěšně ukončila bakalářské studium na fakultě umění. Nyní je zaměstnaná jako finanční poradce.

### Katamnéza

#### *Období těhotenství*

Během svého studia na vysoké škole odcestovala paní D na stáž do Velké Británie. Tam ke konci svého pobytu otěhotněla. *„Naši mi volali, že teta čeká dvojčátka. Ségra že je taky těhotná, švagrová taky, tak jsem to brala jako takovou rodinou infekci...smích“*. Těhotenství zvládala paní D, jako jakákoliv jiná žena. V počátcích těhotenství trpěla ranními

nevolnostmi, které se naučila postupem času zvládat. Když z těhotenského testu zjistila, že je těhotná, rozhodla se navštívit lékaře, který by jí její těhotenství potvrdil. Lékař jí potvrdil, že je těhotná, ale ultrazvukové vyšetření jí neudělal, protože neměla ve Velké Británii zajištěného obvodního lékaře. Jelikož jí do konce pobytu v Anglii zbývalo jen pár týdnů, rozhodla se, že navštíví svého gynekologa až doma, v České republice. Když se vrátila paní D zpět do České republiky, byl květen a paní D byla již ve 4. měsíci těhotenství. První věc, kterou udělala, bylo, že se objednala na vyšetření ke své gynekoložce. Teprve až tam se dočkala potřebných informací ohledně svého těhotenství. *„Když jsem se dostala na ultrazvuk, řekla mi gynekoložka, že nevidí všechny končetiny. To mi řekla asi automaticky“*. Během těhotenství bylo paní D provedeno genetické vyšetření, které mělo vyloučit či potvrdit, zda je její handicap genetického původu, aby se vyloučil negativní vliv na vyvíjející se plod. Lékař, který jí prováděl genetické vyšetření, ji uklidňoval, že dle jeho názoru její handicap vznikl v důsledku syndromu „zaškrcení plodu“, respektive zaškrcení dolních končetin v děloze.

Postupem času, byla odeslána z malé nemocnice do poradny pro rizikovou graviditu do fakultní nemocnice. Ve fakultní nemocnici prodělala řadu běžných vyšetření. Ve 24. týdnu gravidity, po provedení tzv. OGTT (orálně-glukózo-toleranční test), jí byl diagnostikován gestační diabetes. Během těhotenství byl paní D proveden triple test, který se provádí ve druhém trimestru gravidity a slouží k odhalení vrozených vývojových vad. *„Já jsem ho původně nechtěla, ale sestřička mě ukecala. Říkala, že mě vezmou jen krev a pokud nebudu chtít, tak mi výsledky neřeknou. Ale pak mi aktivně sama volala, aby mi řekla, že je vše v pořádku. Tak jsem si říkala, super“*.

Rodina brala těhotenství paní D jako přirozenou věc. *„Rodiče nás vychovávali všechny k samostatnosti. Takže to brali tak, že přišla další etapa v mém životě“*. Naštěstí se paní D nesesetkala s negativními reakcemi na svoje těhotenství od těch, které znala. Ti, kteří však paní D neznali, se jí ptali, jak se bude o dítě starat. *„Nemá nohy, ne rozum. A má ruce. Tohle byla typická odpověď těch, kteří mě znají“*. S klidnou hlavou a povzbuzujícími reakcemi pohlíželi i zdravotničtí pracovníci na její těhotenství, se kterými se setkala. S přístupem zaměstnanců fakultní nemocnice byla v rámci možností spokojena. Všichni se jí snažili vyjít vstříc. Mnozí na ni pohlíželi i s obdivem a uznáním. Bohužel se však setkala i s tím, že jí některé důležité informace byly sděleny od jiných lidí. *„Trošku mi přišlo, že měli strach. Že měli strach, jak některé věci snesu“*. Těhotenství zvládala bez jakýchkoliv větších komplikací. Nebýt gestačního diabetu, který jí byl diagnostikován, byl průběh jejího těhotenství fyziologický.

Nikdo dopředu nemohl tušit, jak bude paní D těhotenství snášet, dokonce ani sama paní D netušila, jak vše zvládne. Nakonec byli všichni jen mile překvapeni. „*Sama jsem byla překvapená, jak to bylo snadně.*“

### **Období porodu**

„*Večer, den před porodem mi začalo tvrdnout břicho. Tak jsem si říkala, že už se blíží devátý měsíc. Tak to už mi začínají poslíčci.*“ První pravidelné stahy dostala paní D ráno, 28. října 2009. Z počátku jim nekladla velkou váhu, přece jen byla v 35 + 5 týdnu gravidity. Jak kontrakce zesilovaly, rozhodla se paní D zavolat svojí mamince, aby se s ní poradila. Nakonec spolu dospěly k názoru, že by bylo nejlepší zajet do porodnice. „*Doma jsem mezitím sbalila věci, udělala večeri. A v šest hodin večer jsme vyrazily s mojí kamarádkou do porodnice. Tramvají.*“

Po příjezdu do porodnice natočila porodní asistentka paní D CTG záznam. Na porodním sále, při podrobnějším vyšetření ji oznámili, že porod se již rozbíhá. Poté se s lékařem dohodli na způsobu vedení porodu. Jelikož byl sloužící lékař mladý, příjemný a pokrokově smýšlející, nechal paní D si vybrat, zda chce rodit spontánně nebo císařským řezem. Paní D si pro jistotu zvolila císařský řez, nechtěla ohrozit a riskovat život svého nenarozeného dítěte. Císařský řez byl paní D proveden ve spinální anestezii, aby po vybavení plodu mohla poprvé spatřit své dítě. „*Tak mi píchli epidural. To bylo tak příjemné, po celém tom dnu. Porodní bolesti nebyly nic hrozného. Furt jsem čekala...jako, samozřejmě jsem nedošla do finálních bolestí, ale čekala jsem, že to bude intenzivnější. Po epidurálu jsem se úplně uvolnila. To je stav, jako kdyby ses opila...smích...Připadala jsem si, jako bych byla v nějaké bublinkové vaně.*“ Mezitím ji porodníci vysvětlovali, co se s ní bude dít. „*Jak jsem byla oblblá těmi opiáty, tak jsem se rozkecala...smích...Oni tam ze mě měli všeci úplně Vánoce. Pak se narodil Tomášek.*“

Po ošetření Tomáška pediatrem byl ukázán paní D. Po prvním ošetření novorozence, jej šla novorozenecká sestra spolu s lékařem ukázat rodičům paní D. Ti si malého pochovali, pomazlili se s ním, udělali pár fotek a poté jej novorozenecká sestra odnesla na novorozenecké oddělení. Cestu na jednotku intenzivní péče si paní D moc nepamatuje. Ráno, než byla přeložena na oddělení šestinedělí, zvládla s dopomocí vertikalizaci a sprchu. Poté byla přeložena na oddělení šestinedělí, plná očekávání na malého syna.



Tomášek se narodil 28. října 2009 ve 35 + 5 týdnu gravidity ve 23:23 hodin. Když poprvé vykoukl na svět, vážil 2350 gramů a měřil 46 centimetrů. „Škoda, že nepočkali ještě tak půl hodiny, bo obě moje neteře jsou 29. Jedna je 29. května a druhá 29. srpna“.

### ***Období šestinedělí, péče o dítě po porodu a komunikace***

O tom, že malý Tomášek trpí Downovým syndromem, neměla paní D ani ponětí. Ve Velké Británii jí potřebná screeningová vyšetření neprovedli. V České republice jí byly provedeny všechny testy, které vyšly negativně. Paní D ani ve snu nenapadlo, že by se jí mohlo narodit handicapované dítě, natož dítě s Downovým syndromem. To, že malý Tomášek trpí Downovým syndromem, se paní D dozvěděla až po porodu, až v tu chvíli, když byla svezena na oddělení šestinedělí. „,,Sedět doma a brečet nad tím, že moje dítě má Downův syndrom? Tak to bych taky mohla sedět doma a brečet, že nemám nohy. Když Tomášek spinkal, tak jsi to na něm ani nepoznala. Když otevřel oči, tak už to poznat šlo. Tomáška jsem ale od začátku milovala a ani jsem neuvažovala nad tím, že bych ho dala pryč. Ale pořád jsem si říkala: já? Proč já, která má problém i s tělesně postiženýma. Nikdy jsem nebyla v žádném klubu vozíčkářů. Dřív, než se mi narodil Tomášek a já potkala někde vozíčkáře, tak jsem se cítila trapně. Já vím, oni jsou stejní jako já, mají stejné požadavky na život... ale já mám prostě z nich takový pocit“.

Paní D věděla, co všechno Downův syndrom obnáší. „Vím, že někteří Downíci jsou agresivní. Ale většinou, co jsem se dozvíдалa, jsou Downíci sluníčkové děti. Furt se usmívají, mají tě rádi. Když vyrůstají v láskyplném prostředí, tak jsou prostě andílkové“.

Dalším, ale ne již tak závažným problémem na oddělení šestinedělí bylo to, že pohyb po operačním porodu působil paní D z počátku potíže. Nikdo se jí však neptal, jak a s čím potřebuje pomoci. Jakmile byla paní D svezena z jednotky intenzivní péče na oddělení šestinedělí, byl jí malý Tomášek pravidelně přivážen sestřičkami na kojení. U malého Tomáška se projevila novorozenecká žloutenka, která způsobila, že novorozenec musel být umístěn pod biotinovou lampu. V důsledku rozvoje novorozenecké žloutenky a stálého ubírání na váze, byl Tomášek přeložen z novorozeneckého oddělení na oddělení intermediální péče pro novorozence, kde si ještě dalších 10 dní po porodu poležel. „To, že mě budou stěhovat na intermediál, mě přišla oznámit ošetřovatelka. Z toho jsem byla celkem v šoku. Asi měli strach, jak budu reagovat. Všichni se snažili být ohleduplní, ale vzali to za špatný konec. V tomhle ohledu vážla komunikace“.

Po porodu byla paní D rozhodnutá kojit, co nejdéle to půjde. Jenže zde se objevil problém, který paní D velice mrzel. Prsa měla sice nalitá, ale malý kojení z prsou odmítal. *„Ne že by nemohl, mu se prostě nechtělo. Když chtěl, tak měl pořádný tah. Nebyl to typ Downíka, který má problémy se sáním, to je pro ně typické“*. Paní D tak celé 3 měsíce odsávala mateřské mléko, kterým poté krmila malého Tomáška, a to buď přes stříkačku a později lahvičkou. *„Prs přijal až ve 3 měsících, kdy z něj začal být plně kojen“*.

Po porodu se musela naučit paní D pečovat nejen o malého Tomáška, ale i ovládat kočárek, i když sama jela na vozíku. *„Často jsem potom slyšela otázky typu: Jééé, to je dobrý. A jak to zvládáte? A já úplně v klidu, jsem si jednou rukou řídila kočárek. Ale všechno je jen otázka zvyku. Důležité je naplánování si věcí a jejich zorganizování“*. Bohužel také narazila na ty, kteří jí přímo do očí neřekli, co si o jejím mateřství myslí, ale z jejich pohledů a chování to samo vyplynulo. Samotná péče o malého jí nečila žádný problém. *„Tím, že jsem byla na miminka zvyklá, tak jsem věděla, do čeho jdu, a tak s péčí nebyl problém. Švagrová rodila v květnu, ségra rodila v srpnu a já rodila v říjnu“*. Na to, že byla paní D prvorodička, tak si počínala velice zkušeně, nebála se malého uchopit, přebalit, převléct, či okoupat. Velkou výhodou pro ni bylo to, že když potřebovala pomoc, věděla, že se má na koho obrátit. To bylo její velké štěstí. *„Tomášek je jinak úplně zlatíčko. Má sice plnohodnotný Downův syndrom. Je to asi nějaká lehčí forma, ale mozaiku nemá. Navíc, nikdo ti nikdy neřekne, jak moc silná ta mentální retardace bude“*.

## **6.2.2 Případová studie ženy s DMO**

### **Anamnéza**

Paní K se narodila v roce 1977 v Praze. Od narození vyrůstala se svými biologickými rodiči na vesnici spolu s mladší sestrou. Rodiči byla vychovávána stejně, jako její „zdravá“ sestra. Rodiče se snažili z paní K vychovat osobu samostatnou ve všech směrech. Paní K se dokázala se svým handicapem sžít a dnes vede plnohodnotný život. Její pohyb je omezen v důsledku DMO, které jí nejvíce postihlo dolní končetiny. Velkým pomocníkem v samostatném pohybu se pro ni staly francouzské hole.

Paní K v dětství prodělala běžné dětské nemoci. I když lékaři jejím rodičům radili, aby svoji dceru nechali operovat. Operaci paní K nepodstoupila i přesto, že se tyhle operace u dětí s diagnózou DMO dodnes běžně provádí. *„Naši nesvolili, protože tam*

*bylo riziko... Tehdy ti odborníci nedokázali naše přesvědčit, že bych měla být operována“. Sama paní K jejich rozhodnutí nelituje. „A nemám jedinou jizvu na noze. Smích“. V dětství jezdila paní K na dětské tábory. „Já jsem dokonce, když mě poslali o prázdninách na tábor se Svazem invalidů, z toho byla taková špatná. Říkala jsem si, co já tady dělám, když mám jenom ty berle.“ Negativní pocity mívala v léčebných lázních, občas ve škole a dokonce i u lékaře. Se svým handicapem se však i přes různé překážky dokonale sžila. Od ostatních dětí nemusela naštěstí čelit jakémukoliv posměchu, takže si svůj handicap v podstatě ani neuvědomovala. „Myslím si, že na tu dobu jsem byla z dobře situované rodiny. A když jsem v lázních něco nechtěla jíst, jídlo typu ovesná kaše s něčím, co se ani nedalo slovy popsat, začala na mě vrchní rvát, že kdybych byla doma, tak jsem vůbec ráda, že od maminky dostanu najíst. Měla jsem z toho takový pocit, že nás vnímají, jako kdybychom byli z nějakých takových rodin... Taky se mi nelíbilo, když nás všechny hned po příjezdu dezinfikovali a myli. Já jsem ještě moc neměla z toho rozum. Nechápala jsem, proč, když mě večer před odjezdem máma vykoupala, proč se musím okamžitě vykoupat znova“?*

Se studiem má paní K v celku dobré zkušenosti. Z počátku učitelé moc nevěřili tomu, že dítě s DMO může vůbec ukončit povinnou školní docházku na škole pro „normální“ děti, ale časem pochopili, že dítě s handicapem, ať vypadá jakkoliv, nemusí mít mentální deficit. „Občas měl někdo péči, jestli vůbec patřím na základní školu, přestože jsem měla samý jedničky. A když jsem přijela do lázní, už jako třeták na základní škole, tak mě strčili k dětem ze zvláštní školy. To si pamatuju. To mě hodně štvalo. A to se táhne do dneška. Taky se nám stalo, že když jsem byla někdy ve dvanácti nebo ve třinácti u paní doktorky na vyšetření, tak do zprávy napsala, že navštěvuju sedmý ročník zvláštní školy, aniž by se na to zeptala. Naši si pak museli vyžádat, aby to laskavě přepsala na tu základní školu“. Paní K vystudovala filozofickou fakultu, následně na stejné univerzitě vystudovala práva. Nyní se věnuje poradenství pro kulturní organizace. Taktéž spolupracuje s poradnou pro rodiče Aperio. „Jedno z hodně opomíjených témat je handicapovaný rodič, u nás. V tomto směru tady chybí úplně vše. Když jste handicapovaný rodič a máte zdravé dítě, tak nic. “

Nejvíce paní K mrzelo, že skoro každý jí bral automaticky jako mentálně handicapovanou. Netýkalo se to jen obyčejných lidí, ale mnoho jich bylo i z řad zdravotníků. Tento problém v lidech stále přetrvává. Nejsmutnější je fakt, že i mezi zdravotníky, kteří by měli vědět, že tělesný handicap, ať již vrozený či získaný, nemusí mít vliv na mentální rozvoj jedince. „Lékař či sestra s tebou jednají nejdřív jako s pitomcem, a ve chvíli, kdy vytáhnu vizitku, kde je ten titul, tak okamžitě odskok o 180° a buď se rovnou změni jejich chování,

*nebo se s údivem zeptají, jestli jsem se svým postižením něco vystudovala...A občas se objeví podceňování“.*

## **Katamnéza**

### **Období těhotenství**

Všechna 3 těhotenství prožívala paní K jako jakákoliv jiná těhotná žena. *„Všechna tři těhotenství byla bezproblémová. Kromě srážky s blbcem. Fyzicky jsem se během prvního těhotenství cítila nejlíp v životě“.* I když byla všechna těhotenství bezproblémová a paní K se během nich cítila velice dobře, na první těhotenství nemá jen krásné vzpomínky, ale i ty špatné. Po bezproblémovém průběhu prvních měsíců těhotenství, byla paní K odeslána do předporodní poradny. Do nemocnice, jež uvádí, že se specializuje na těhotenství a porod handicapovaných žen. Tam byla jednou lékařkou vyvedena zcela z omylu o tom, že je její těhotenství bezproblémové. Aniž by ošetřující lékařka paní K o čemkoliv informovala, udělala z jejího těhotenství „problém roku“ a paní K okamžitě hospitalizovala a začala řešit plánovaný císařský řez. *„Kdybych tehdy věděla to, co už vím, tak bych s hospitalizací a plánovaným císařem nesouhlasila. Vzala bych si kabát a už by mě tam neviděli. Taky že jsem tam s dalším těhotenstvím už nešla. V podstatě jen čtrnáct dní sháněla argumenty, proč mi udělat císaře“.*

Průběh druhého těhotenství byl taktéž fyziologický. Negativní zkušenost však ovlivnila paní K natolik, že se rozhodla родit v malé porodnici a pokud možno, spontánně. Chtěla se vyvarovat tomu, co zažila během prvního těhotenství a porodu. *„Nechci vysvětlovat někde v předporodní poradně nějaké ženské, že nejsem mentálně postižená“.* Paní K si nepřála nic, než mít u porodu svého manžela a respekt porodních asistentek a lékařů. Chtěla, aby se s ní jednalo jako se ženou bez handicapu. *„Zjistila jsem, že to je opravdu problém“.* Pak se na paní K usmálo štěstí a přes manželovu kamarádku se seznámila se skvělým gynekologem, který s ní jednal jako s „normální“ ženou, respektoval její přání. Neviděl ani problém v tom, že by rodila spontánně. Konečně si paní K mohla užívat těhotenství a těšit se na blížící se termín porodu, protože věděla, že jí „její“ gynekolog bude родit v jedné malé nemocnici, kam dojížděl.

Třetí těhotenství paní K neplánovala, ale i tak za něj byla ráda. *„A pak se zjevila Růženka. Ta teda přišla nečekaně“.* Otěhotnět se jí podařilo po roce a půl od porodu druhé dcerky,

Leušky. I třetí těhotenství probíhalo zcela fyziologicky. „*Doktor mi řekl, že jsem úplně normálně nudně těhotná. Smích*“. Jediné, z čeho měla paní K obavy, bylo to, zda jí na potřeťi půjde porodit spontánně. Již od začátku těhotenství byla paní K domluvena se svým gynekologem, že pokud to okolnosti dovolí, zkusí opět porodit spontánně. Jenže aby toho nebylo málo, v termínu porodu se mělo v malé nemocnici malovat, takže porodnice byla zavřená. Z poklidného prožívání těhotenství přešla paní K do stresu z toho, kde bude rodit. Do velké porodnice již nechtěla. „*Já chtěla mít jen tu možnost to zkusit, pokud to půjde. A zatím nebyl žádný důvod, proč to nezkusit. Jejich argumenty, proč to tak nepůjde.... Nebo mi rovnou řekli, ať si jdu rodit jinam. Tak jsem se modlila k dítěti, aby se v daném termínu nenarodilo*“. Paní K chtěla s porodem vydržet do nemocnice, proto na přelomu 39 a 40 týdne těhotenství ulehla do postele, a snažila se co nejvíce odpočívat, aby porod co nejvíce oddálila.

### **Období porodu**

Během prvního těhotenství a následného porodu nebyla paní K s péčí porodních asistentek spokojena, protože jí nebyly schopné odpovědět na její otázky a jednaly s ní jako s méněcennou. Z péče lékařů byla v takovém šoku, že se z něj dostávala ještě rok po porodu. „*Doktoři byli až na výjimky příšerní. Jednali se mnou jak s idiotem. Kladli otázky typu, a jak se o to dítě budete starat? Z čeho to dítě budete živit, z těch vašich dávek? Nikdo z nich ani nepředpokládal, že doma někdo z nás pracuje. Dokonce tam padla i úvaha jedné paní doktorky, jestli by nebylo dobrý, kdybych se při tom prvním dítěti nechala sterilizovat. Bohužel jsem tam neměla diktafon, nebo svědky. Tohle jednání si v sobě nesete už celý život. Dlouho jsem se z toho dostávala*“. První porod byl ukončen v termínu, plánovaným císařským řezem ve spinální anestezii. Později se paní K od svého ošetřujícího lékaře dozvěděla, že ženám s DMO se spinální anestezie nedoporučuje či je dokonce kontraindikována. „*Nejhorší bylo, že mi anesteziolog neřekl, že neucítím nohy, mně to nedošlo a já jsem začala mít panické stavy. Na svoje nohy jsem citlivá, a teď jsem najednou necítila nohy*“. Nejhorší pro paní K bylo, že nevěděla, co bude dál. Nikdo jí nic neřekl, nikdo se s ní nebavil. V roce 2002 se jí tak po všech útrapách narodila zdravá holčička, kterou pojmenovala Ester.

Druhý porod měla předem paní K domluvený se svým lékařem, který jí chtěl dát možnost porodit spontánně. Jakmile dostala paní K první porodní bolesti, snažila se v malé porodnici rodit spontánně. Ošetřující lékař neviděl důvod, proč to alespoň nezkusit. Nakonec,

po 13 hodinách, byl paní K proveden akutní císařský řez a to v důsledku cervikokorporální dystokie. „*Takže Leuška taky skončila císařským řezem. Jenže ten byl aspoň potřeba*“. Při druhém císařském řezu byla paní K uvedena do celkové anestezie. Nejen proto, že se jednalo o akutní císařský řez. Druhým dítětem, které paní K přivedla na svět, byla taktéž holčička. Narodila se v termínu, v roce 2006. Paní K ji pojmenovala Lea. Po vybavení plodu měla malá Leuška omotanou pupeční šňůru nejen kolem krku, ale i kolem nožičky, což mohlo dle lékaře způsobit to, že porod nepostupovalo, jak by měl. Z celého porodu měla paní K mnohem lepší pocit, než z porodu prvního.

U třetího porodu dostala paní K první stahy v neděli večer, ale porodnice měla otevřít až další den v pondělí o půl osmé ráno. „*Koukám na ty hodinky a říkám si, dyť je teprve jedenáct. Podruhé jsem se probudila v to ráno někdy v šest. A řekla jsem si, že to už je dobrý, že to už stihneme*“. Paní K se i s přítelem sbalili a jeli do porodnice. V porodnici jí porodní asistentka natočila CTG záznam a lékař ji po vyšetření chtěl poslat domů, aby přijela další den na kontrolu. Paní K se však domluvila s porodní asistentkou, zaplatila si nadstandardní pokoj a v nemocnici zůstala. Večer kolem půl desáté byl paní K natočen poslední CTG záznam, který nenasvědčoval tomu, že by měla v nejbližší době porodit. Ovšem po uplynutí další hodiny se u paní K dostavily první stahy, které začaly rychle nabírat na intenzitě. Po vyšetření lékařkou bylo paní K oznámeno, že začíná rodit, že budou kontaktovat jejího ošetřujícího gynekologa. „*Paní doktorka byla evidentně ráda, že mě nemusí rodit*.“ První dobu porodní, ač velice krátkou, strávila paní K ve vaně, která ji dělala dobře. „*No, a pak se mi z té vany chtělo vylézt. Já už si jen pamatuju, že mi porodní asistentka řekla, že ve stoje neporodím*“. Ač byla paní K připravena na dlouhý porod, byla sama mile překvapena, jak rychlý a bezproblémový třetí porod nakonec byl. „*Růženka se narodila v úterý v 0:35 spontánně*“. Paní K se dočkala možnosti zkusit spontánně porodit. Dokázat nejen sama sobě, ale i okolí, že i žena s handicapem, může bezproblémově porodit. Malá holčička se tak narodila v roce 2008. „*Byl to pro mě nezapomenutelný zážitek, když jsem byla schopna po porodu dojít sama na pokoj*“. Po celou dobu první doby porodní, neužila paní K žádná analgetika na tlumení bolesti. Porod brala takový, jaký je. Využívala úlevových poloh, aromaterapie, hydroterapie. Nejvíce jí vyhovovala úlevová poloha ve vaně. K tomu užívala homeopatika od svojí kamarádky.

### ***Období šestinedělí, péče o dítě po porodu, komunikace***

I když byli při prvním těhotenství i s manželem paní K studenti, platili si nadstandardní pokoj, aby se o malou dcerku mohla po porodu sama starat. Ostatní pokoje totiž nebyly bezbariérové, nebyly uzpůsobeny, aby mohly vyhovovat nárokům tělesně handicapované ženy. Přestože si paní K platila nadstandard, který vyhovoval jejím potřebám, nechtěli jí lékaři dávat novorozenou dcerku na pokoj. *„Doktorka mi ji nechtěla dávat ani na kojení, s úvahou, že to budu mít lepší, když malou budu krmit z flašky. A že lidi jak já stejně nekojí“*. Nakonec se paní K se zdravotnickým personálem domluvila, že kojit bude, takže jí malou sestřičky na kojení nosily. Nosily jí však jen tehdy, když tam měla paní K návštěvu, a když návštěva odcházela, tak si jí sestřičky zase braly. *„Dodnes si pamatuju na paradoxní situaci, když moje skoro slepá spolužačka donesla z miminčáku na můj pokoj moje miminko. Přitom její riziko pádu bylo srovnatelné s mým, když nic neviděla. Jenže to sestry nevěděly“*. Nakonec tahle velice nepříjemná zkušenost způsobila to, že se paní K po porodu zhroutila. Začala upadat do depresí, přemýšlela nad tím, zda je malá Esterka vůbec její, zda je možné, aby se jí vlastně narodilo úplně zdravé miminko. *„Poprvé v životě jsem si v té nemocnici připadala postižená. To byl v jednu chvíli pro mě tak silný zážitek“*. Z tohoto otřesného zážitku se paní K dostávala několik let. Personál nemocnic dle paní K, často jedná s handicapovanou ženou jako s nesvéprávnou osobou, osobou s mentálním deficitem, který nevnímá to, co se kolem něj děje. *„Tehdy mi vadilo, že lékaři v nemocnici používali termín, lidi jako vy. To je něco tak hnusného“*.

Z druhého porodu měla paní K mnohem lepší pocit, než z porodu prvního. Značný vliv na to mělo to, že hned od prvopočátků nebyla paní K na JIP, ale i se svým manželem na normálním pokoji. Malou Leušku jí sestřičky nosily pravidelně ke kojení. *„Byla to malá porodnice, ale nebyl tam žádný problém“*. Velký vliv na to, že se paní K po porodu cítila nejen po fyzické, ale i po psychické stránce dobře, měl personál. Porodní asistentky, ale i lékaři s ní jednali jako s „normální“ ženou po porodu. Paní K byla sice zklamaná, že jí opět nevyšlo porodit spontánně, ale i tak se cítila šťastná, že má zdravou holčičku.

Tím, že bylo umožněno porodit paní K své třetí dítě spontánně, mohla srovnat několik věcí. A to jak sebebepěči a péči o dítě po císařském řezu, tak i sebebepěči a péči o dítě po porodu spontánním. V důsledku toho mohla potvrdit, že operační porod je pro ženy s handicapem mnohem více zatěžující situací, než porod spontánní. *„Nevím, jak může někdo doporučovat tělesně handicapované ženě operační porod, když po operačním porodu se nemůžete hýbat.“*

*Ta péče je daleko těžší, než po porodu spontánním“.* Paní K tak po fyziologickém těhotenství dala život třem dětem, třem dcerám. První dítě porodila v roce 2002. Esterka byla ze všech tří dětí největší, vážila něco přes 3 000 gramů a měřila 51 centimetrů. Druhé dítě se jí narodilo v roce 2006, taktéž císařským řezem a třetí dítě se narodilo v roce 2008 a to již po spontánním porodu. Ani jedno z dětí se nenarodilo předčasně, jednalo se o fyziologické novorozence. Malou Esterku kojila do 3,5 let věku. *„Takhle dlouho jsem kojila, protože jsem měla potřebu někomu, nebo sama sobě si dokázat, že to zvládnu“.* Volně na Esterku navázalo kojení Leušky, kterou kojila paní K 2,5 roku, Růženku kojila do 20 měsíce věku, kdy se malá sama „odstavila“.

Paní K uvádí, Esterka je dítě se „železným“ zdravím. Během prvního roku života neměla ani teplotu. *„Jako kdyby to cítila, že jsem špatná.“* Nikdo neviděl to, jak se během prvního těhotenství k paní K chovali, jak s ní jednali. Jen ona sama věděla, že takhle to být nemá. *„Okolí reagovalo slovy, že jsem postižená, tak ať jsem ráda, že mám dítě. Ale já byla ráda, že mám dítě. Ale když se Vám to v hlavě všechno míchá a je Vám fakt blbě...tak chápu, některé ty ženy, jak něco provedou...“.* Leuška, druhá dcerka, byla jako malé dítě nemocnější více než Esterka, ale vzhledem k tomu, že těhotenství a porod nezanechaly paní K další šrámy na duši, nebyl to pro ni velký problém. Byla psychicky vyrovnaná a konečně si mohla užívat mateřství se vším všudy. *„Růža byla úžasnej porod, úžasný, hodný, miminko, který mi v půl roce onemocnělo, a to tak, že to řešíme dodnes“.* Podle paní K zapříčinilo Růženčin zdravotní stav očkování hexavakcínou, po které dostala vysoké horečky provázené febrilními křeči, které vyústily až v epileptické záchvaty, které ji trápí dodnes. Dnes je na tom malá Růženka tak, že trpí poruchou řeči a sociálního vývoje. Ale i tak je to pro paní K výhra, protože první prognózy lékařů zněly na adresu Růženčina zdravotního stavu v její neprospěch. I tak jsou nejen paní K, ale i Růženka statečné a užívají si společných chvil, společných výletů. Růženka chodí pravidelně do školky a paní K se jí snaží vychovávat jako „zdravou“ holčičku. Snaží se ji vychovávat tak, jak před lety vychovávali její rodiče ji. Zbývající dvě dcerky navštěvují základní školu, zájmové kroužky a jsou svojí mamince velkou oporou.

V komunikaci by podle paní K stačilo, kdyby nejen porodní asistentky, ale i lékaři brali člověka s handicapem jako rovnocenného partnera. A nekomentovali takovouto ženu slovy: *„tady nám přijelo něco na vozíku, nebo přiskákalo něco s berlemi“.* Dále je dle paní K potřeba, aby porodní asistentky věděly, jak mají s ženou s handicapem jednat. Handicapované ženy chtějí, aby s nimi bylo jednáno jako se „zdravými“ ženami. Nechtějí, aby za ně porodní asistentky automaticky dělaly všechny úkony. Chtějí, aby se s nimi domluvily na tom,



co potřebují a co ne. Je potřeba, aby netrpěl zdravotnický personál předsudky vůči tělesně handicapovaným ženám, aby něco věděl o různých handicapech, organizacích. Během prvního těhotenství a porodu, paní K doufala, že jí někdo poradí, jak se o malou starat, jak jí koupat, na koho se má v případě potřeb obrátit. Nikdo jí nic neřekl, neporadil jí, tak na vše musela přijít sama. U dalších těhotenství využívala svých nabytých zkušeností. *„Když za mnou sestřička přišla a slušně se mě zeptala, že by chtěla vědět, jak přenáším miminko, tak jsem jí to popsala. Vůbec mě to neurazilo“*. Paní K uvádí, že nechápe, proč porodní asistentky nepřiznají, že neví, jak mají s handicapovanou ženou jednat, pokud se s ní nikdy nesetkaly, neznají její handicap. Není nic špatného na tom, se tělesně handicapované ženy zeptat, co potřebuje, jak to potřebuje. S tělesně handicapovanou ženou se dá rozumně domluvit a porodní asistentky mohou společně se ženou přijít na různé způsoby, jak jim ulehčit sebezpečí a péči o novorozence. *„V porodnicích je postižení pořád obcházený. Na jiných odděleních už Vám jsou schopni poradit“*.

## 7 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, přinést informace o četnosti výskytu určitého jevu. Pracuje s velkým souborem respondentů. Výběrový vzorek reprezentuje cílovou skupinu respondentů. Jako metoda sběru dat slouží obvykle dotazník, standardizovaný rozhovor, analýza dat a další. Nejoblíbenější a nejčastěji využívanou metodou je sběr dat pomocí dotazníku. Dotazník je soubor otázek, které jsou předem připraveny ve formuláři. V úvodu dotazníku je krátké vysvětlení, z jakého důvodu byl dotazník vytvořen, za jakým účelem jej respondent vyplňuje. Součástí je i zdůraznění toho, že dotazník je anonymní. Výhodou dotazníkového šetření je to, že otázky jsou předem položeny a tím pádem nemohou být ovlivněny emocemi výzkumníka. Zároveň metoda dotazníku umožňuje hromadné zpracování získaných dat. Velkou nevýhodou může být neporozumění otázky a tím pádem její nevyplnění nebo zkreslená odpověď. Problémem může být taktéž nízká návratnost dotazníků, na níž se může mít vliv špatné porozumění otázkám. Otázky v dotazníku mohou být uzavřené, otevřené nebo polozavřené (Kutnohorská, 2009, s. 22- 45).

### 7.1 Metodika výzkumu

Pro kvantitativní výzkum této části práce byl použit nestandardizovaný dotazník, který byl vytvořen na základě rozhovorů s tělesně handicapovanými ženami. Tvorba otázek se opírala zároveň o stanovené cíle a hypotézy. Dotazník byl určen pro porodní asistentky pracující na porodnicko-gynekologické klinice (gynekologicko-porodnická ambulance, porodní sály, oddělení šestinedělí, oddělení novorozenecké a operační sály). Dotazník měl odhalit problematiku péče o tělesně handicapované ženy z pohledu porodních asistentek. Bylo zjišťováno, jak porodní asistentky vnímají péči o tělesně handicapované ženy, jestli znají specifika komunikace a co by se dle porodních asistentek mělo zlepšit v péči o tělesně handicapované ženy.

Dotazník se skládal celkem z dvanácti položek (Příloha A). V úvodu dotazníku byl uveden krátký text, který seznamoval porodní asistentky s výzkumníkem, názvem diplomové práce a rovněž je žádal o vyplnění dotazníku. Součástí bylo vysvětlení, z jakého důvodu byl dotazník vytvořen a nakonec informace o tom, jak budou získaná data využita. Součástí byly pokyny k relevantnímu vyplnění dotazníku. V úvodu bylo zdůrazněno, že dotazník

je anonymní. Dotazník obsahoval jak zavřené, tak i otevřené a polozavřené otázky, které umožnily porodním asistentkám vyjádřit svůj názor k péči o tělesně handicapované ženy a taktéž vyjádřit svůj názor na těhotenství tělesně handicapovaných žen. Dotazníky byly rozdány na jednotlivá oddělení vybraných zdravotnických pracovišť osobně a taktéž byly mezi respondentky rozesílány pomocí e-mailů formou hypertextového odkazu. Výsledky kvalitativního a kvantitativního výzkumu byly následně porovnávány.

Samotnému výzkumnému šetření předcházela pilotní studie, prováděná mezi studentkami oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví Univerzity Pardubice a studentkami oboru Komunitní péče v gynekologii a porodnictví Ostravské Univerzity v Ostravě. Pilotní studie měla sloužit k ověření srozumitelnosti otázek, které byly následně využity v samotném výzkumu. Výsledky z pilotní studie vedou ke zkvalitnění vlastního výzkumu. Pilotní studie neodhalila žádné nesrozumitelnosti v dotazníku, takže v nezměněné podobě byl dotazník použit i v samotném výzkumu.

### **7.1.1 Charakteristika výzkumného vzorku**

Cílovou skupinu tvořily porodní asistentky pracující na gynekologicko-porodnické klinice krajské a fakultní nemocnice. Dále byly do výzkumného šetření zařazeny i studentky oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví z Pardubické univerzity a studentky oboru Komunitní péče na Ostravské Univerzitě v Ostravě, které při studiu pracují nebo se mohly s tělesně handicapovanou ženou setkat alespoň během povinných praxí. Taktéž byly do výzkumného šetření zařazeny i bývalé spolužačky, které již pracují v různých zdravotnických zařízeních a jejich kolegyně, které byly ochotny dotazník vyplnit. Samotná studie byla prováděna od února 2014 do března 2014. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, z nichž bylo vráceno 71 dotazníků, návratnost tedy byla 71 %. Základním předpokladem byla ochota porodních asistentek spolupracovat při sběru dat.

Výběr zdravotnických zařízení byl záměrný a to nemocnice, které mají gynekologicko-porodnickou kliniku. V krajské nemocnici byl o povolení k výzkumu požádán nejprve přednosta kliniky. Jakmile bylo podepsáno povolení výzkumu přednostou, byla požádána o povolení výzkumu referentka pro vzdělávání. Teprve potom byly dotazníky rozdány na porodnicko-gynekologických odděleních krajské nemocnice. Žádost o povolení k výzkumu ve fakultní nemocnici bylo odlišné. O povolení k výzkumu byla požádána náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Žádost byla zaslána i vrchní sestře

porodnicko-gynekologické kliniky. Na společné schůzce byl představen dotazník, povolení výzkumu a potvrzení o studiu. Následně byl výzkum povolen a dotazníky byly rozdány na odděleních. Stejně tak byly podány žádosti o povolení k výzkumu v dalších zdravotnických zařízeních České republiky, ale ty žádost o povolení k výzkumu bez jakéhokoliv vysvětlení zamítly.

### 7.1.2 Zpracování dat

Data získaná z kvantitativního výzkumu byla vyhodnocována a zaznamenávána v programu Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. Pro přehlednost výskytu získaných dat byly vytvořeny tabulky a grafy.

Na začátku výzkumu byly stanoveny hypotézy, které byly v této části práce statisticky ověřovány pomocí základních statistických metod (v této práci bylo využíváno rozdílů četnosti). Při testování hypotéz se proti sobě staví dvě hypotézy, a to testovaná nulová hypotéza ( $H_0$ ) a alternativní hypotéza ( $H_A$ ). Nulová hypotéza ( $H_0$ ) udává, že mezi sledovanými jevy není statisticky významný rozdíl. Kdežto alternativní hypotéza ( $H_A$ ) uvádí, že mezi sledovanými jevy je statisticky významný rozdíl. Pomocí správné testovací metody sloužící k ověření hypotéz se na základě výběrových dat testovaná hypotéza ( $H_0$ ) přijme nebo zamítne. Pokud je testovaná hypotéza ( $H_0$ ) zamítnuta, přijímáme alternativní hypotézu ( $H_A$ ). Podrobněji je tento statistický test popsán níže. K testování hypotéz byly využity otázky z dotazníku, a to konkrétně otázky číslo 3, 5 a 7 (Chráška, 2007).

### Test rozdílů četností

Statistický test k testování rozdílů četností byl využit k ověření všech hypotéz. Pro vypočítané hodnoty testovaného kritéria,  $\chi^2$ , byl použit tento vzorec, kdy:

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j}$$

$n$  = absolutní četnost,

$p_i$  = první největší relativní četnost,

$p_j$  = druhá největší relativní četnost.

V tomto testu se pracuje se zvolenou hladinou významnosti  $\alpha = 0,05$ . Vypočítanou hodnotu ( $\chi^2$ ) porovnáváme s kritickou hodnotou testovaného kritéria CHIINV, kterou vypočítáme

v programu Microsoft Excel 2007 pro námi zvolenou hladinu významnosti ( $\alpha$ ) a počet stupňů volnosti. Vypočítaná hodnota CHIINV je pro tento výzkum stanovena jako 3,84. Pokud je vypočítaná hodnota  $\chi^2$  nižší než hodnota CHIINV, přijímáme nulovou hypotézu ( $H_0$ ). Pokud je vypočítaná hodnota  $\chi^2$  vyšší než hodnota CHIINV, nulovou hypotézu ( $H_0$ ) zamítám a přijímám alternativní hypotézu ( $H_A$ ); (Chráska, 2007).

Test hypotézy byl ověřen další testovací statistickou poukazující na rozdíl četností a to pomocí tohoto vzorce:

$$z = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i - n_j}}$$

kde  $z$  = testovací statistika,

$n_i$  = první největší vybraná četnost,

$n_j$  = druhá největší vybraná četnost.

Pro ověření tohoto testu je potřeba znát kritickou hodnotu, kterou nalezneme ve statistických tabulkách. Kritickou hodnotu stanovujeme dle námi zvolené hladiny významnosti a pro stupeň volnosti. Při zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  je kritická hodnota 1,96. K odmítnutí nulové hypotézy ( $H_0$ ) je nutné, aby vypočítaná hodnota testovaného kritéria byla větší nebo rovna s kritickou hodnotou. Pokud je vypočítaná hodnota větší nebo rovna kritické hodnotě, nulovou hypotézu ( $H_0$ ) zamítám a přijímáme alternativní hypotézu ( $H_A$ ); (Chráska, 2007).

## **7.2 Výsledky kvantitativního výzkumu**

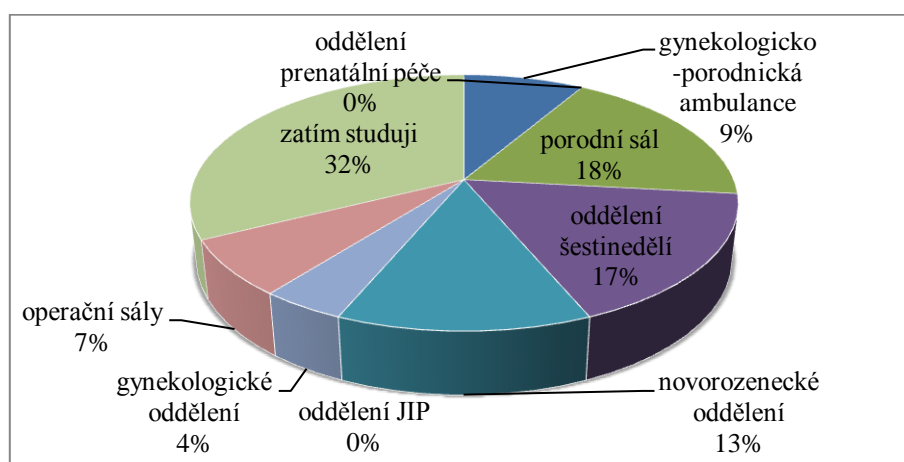
Výsledky z kvantitativního výzkumu jsou uvedeny v této kapitole. Jsou zpracovány do grafů nebo tabulek. Výsledky v tabulkách jsou vyjádřeny pomocí absolutních a relativních četností, a to v %. Součástí je i statistické ověřování již předem stanovených hypotéz.

### **7.2.1 Zpracování otázek z dotazníku**

Otázky z dotazníku jsou zpracovány pomocí tabulek či grafů. U otázek, které souvisejí s testováním hypotéz, jsou uvedeny i tabulky. V příloze (Příloha B) se taktéž nacházejí grafy s výsledky toho, jak ovládají porodní asistentky komunikaci s tělesně handicapovanou ženou.

### ***Otázka č. 1: Na kterém oddělení pracujete?***

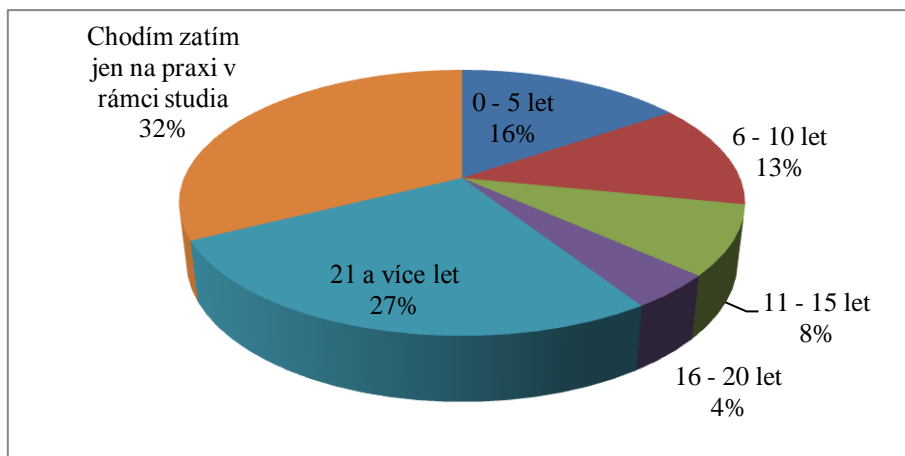
Pomocí této otázky jsme mohli zmapovat, na jakém oddělení respondentky pracují a následně porovnat, zda druh oddělení má vliv na to, jak porodní asistentky jednají s tělesně handicapovanou ženou. Vyplněno bylo celkem 71 (100 %) dotazníků. Z celkového počtu porodních asistentek 6 (9 %) uvedlo, že pracuje na gynekologicko-porodnické ambulanci, 13 (18 %) pracuje na porodních sálech, 12 (17 %) uvedlo, že pracuje na oddělení šestinedělí, na novorozeneckém oddělení pracuje 9 (13 %), 3 (4 %) na gynekologickém oddělení, 5 (7 %) na operačních sálech a 23 (32 %) ještě studuje. Na oddělení prenatální péče a oddělení JIP nepracuje žádná z námi oslovených respondentek (Obrázek 1).



**Obrázek 1 Pracoviště respondentek**

### ***Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve zdravotnickém zařízení?***

Tato otázka umožnila demografické rozdělení porodních asistentek. 11 (16 %) porodních asistentek udává, že ve zdravotnickém zařízení pracuje 0 – 5 let, 9 (13 %) dotázaných uvedlo, že pracuje 6 – 10 let, 6 (8 %) pracuje ve zdravotnickém zařízení 11 – 15 let, 3 (4 %) porodní asistentky pracují 16 – 20 let ve zdravotnickém zařízení, 19 (27 %) pracuje ve zdravotnickém zařízení 21 a více let, 23 (32 %) dotázaných chodilo do zdravotnických zařízení jen v rámci praxe (Obrázek 2).

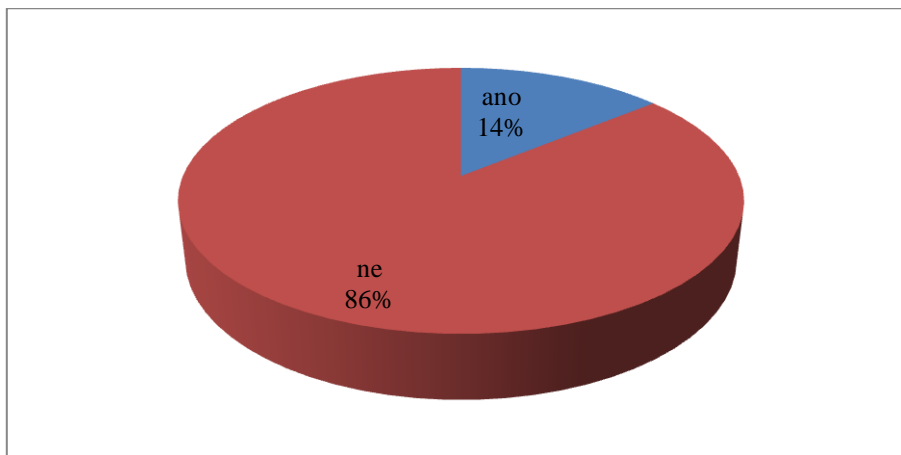


**Obrázek 2 Délka praxe respondentek**

***Otázka č. 3: Znáte nějaké organizace, které pomáhají tělesně handicapovaným ženám?***

Tato otázka měla odhalit, zda porodní asistentky znají nějaké organizace. Zda by dokázaly tělesně handicapovanou ženu na nějakou organizaci odkázat. Otázka byla polouzavřená, rozdělena na odpověď ano/ne, kdy odpověď ano zahrnovala uvedení organizace. 10 (14 %) porodních asistentek uvedlo, že zná organizaci, která pomáhá tělesně handicapovaným ženám a 61 (86 %) uvedlo, že nezná organizaci pomáhající tělesně handicapovaným ženám. Organizace, které byly uvedeny, nebyly vždy pomáhající tělesně handicapovaným ženám. Pouze 5 (50 %) odpovědí bylo správných a 5 (50 %) odpovědí zahrnovalo jiné organizace. Většina z uvedených organizací nebyla porodní asistentkou uvedena více jak 1 krát, pouze organizace MAMMA HELP byla uvedena dvakrát. Porodními asistentkami byly uvedeny tyto organizace: centrum Mozaika a Kosatka; občanské sdružení Debra; občanské sdružení CEDR; Armáda spásy; Sdružení azylových domů; Svaz tělesně postižených; občanské sdružení ADRA; Společnost Aperio, občanské sdružení Paraple. Z výše uvedených se mezi organizace pomáhající tělesně handicapovaným ženám řadí společnost Aperio, Paraple, Svaz tělesně postižených, MAMMA HELP a centrum Mozaika. Ostatní se zabývají pomocí tělesně handicapovaným dětem, či nejsou vůbec zaměřeny na tělesně handicapované ženy. Z dotazníků vyplývá, že větší znalosti o organizacích mají porodní asistentky, které ještě studují, z celkového počtu 23 (100 %) studujících porodních asistentek 7 (30 %) uvedlo alespoň nějakou organizaci, i když se ne vždy jednalo o organizaci pomáhající tělesně handicapovaným ženám. Z celkového počtu uvedených správných odpovědí, byly 2 správné odpovědi mezi pracujícími

porodními asistentkami (a to pracujícími na operačních sálech a gynekologicko-porodnické ambulanci), (Obrázek 3).

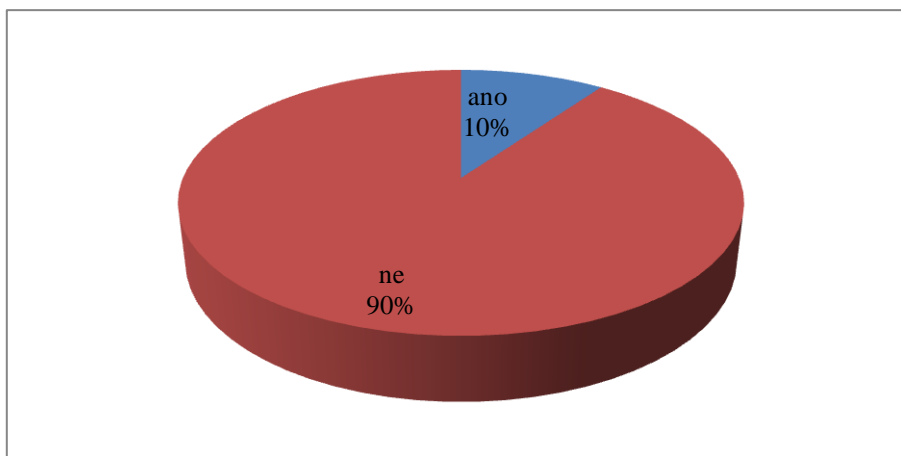


**Obrázek 3 Znalost organizací pomáhajících tělesně handicapovaným ženám**

***Otázka č. 4: Víte, kam se obrátíte o pomoc v komunikaci s tělesně handicapovanou ženou?***

Otázka byla polouzavřená, rozdělena na odpověď ano/ne, kdy odpověď ano zahrnovala uvedení organizace, na kterou by se v případě potřeby porodní asistentka obrátila. I když v předchozí otázce uvedlo 10 porodních asistentek, že zná organizaci pomáhající tělesně handicapovaným ženám, na tuto otázku odpovědělo kladně (ano) pouze 7 (10 %) porodních asistentek a 64 (90 %) uvedlo, že neví, kam by se obrátilo. Z celkového počtu pracujících porodních asistentek 48 (100 %) pouze 1 uvedla, kam by se obrátila pro pomoc, a to na integrační centrum či kraj. Jednalo se o porodní asistentku, jež pracuje na novorozeneckém oddělení 6 – 10 let, zbývajících 6 odpovědí bylo z řad studujících porodních asistentek. Porodními asistentkami bylo uváděno: chodicilide.cz; Ústav speciálních pedagogických studií Palackého Univerzity v Olomouci; kraj; integrační centra; organizace zaměřující se na tělesně handicapované jedince. Ústav pedagogických studií byl uveden dvakrát (Obrázek 4).

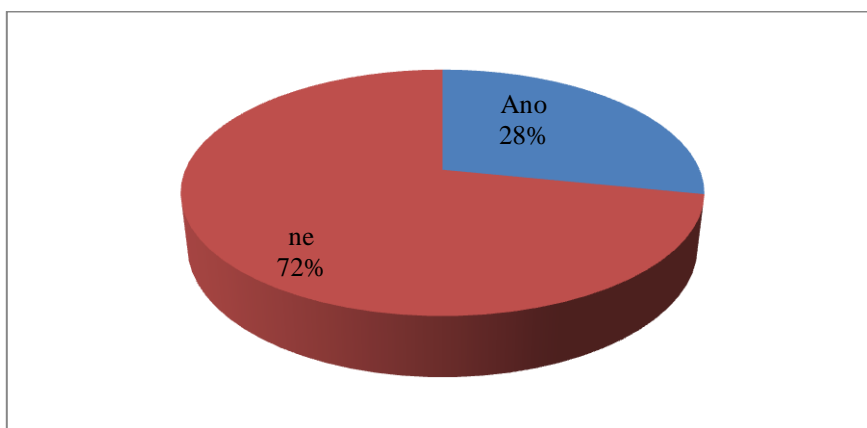




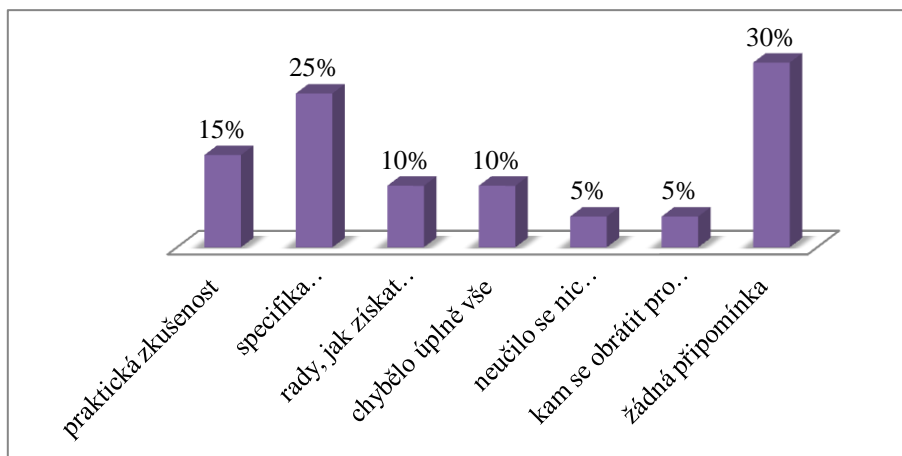
**Obrázek 4** Kam se obrátit pro pomoc v komunikaci s tělesně handicapovanou ženou

**Otázka č. 5:** *Domníváte se, že jste získala během studia dostatečné informace týkající se specifík komunikace s tělesně handicapovanou ženou?*

Z celkového počtu porodních asistentek, 51 (72 %) uvedlo, že nemělo dostatečné informace ohledně specifík komunikace s tělesně handicapovanými ženami. Zbývajících 20 (28 %) uvedlo, že si myslí, že získalo dostatečné informace ohledně specifík komunikace (Obrázek 5). 14 (70 %) z nich uvedlo, že je potřeba, aby během studia dostaly více informací. Všechny porodní asistentky s připomínkami byly studující. Některé porodní asistentky uvedly více věcí, které během studia postrádaly, z toho důvodu je počet uvedených odpovědí větší, než počet porodních asistentek s připomínkami. Zbývajících 6 (30 %) porodních asistentek, jež uvedlo, že získaly dostatečné informace ohledně komunikace s tělesně handicapovanou ženou, bylo pracujících a neměly žádné připomínky ohledně dostatečných informací o komunikaci s tělesně handicapovanou ženou. Jejich odpovědi jsou uvedeny v grafu (Obrázek č. 6).



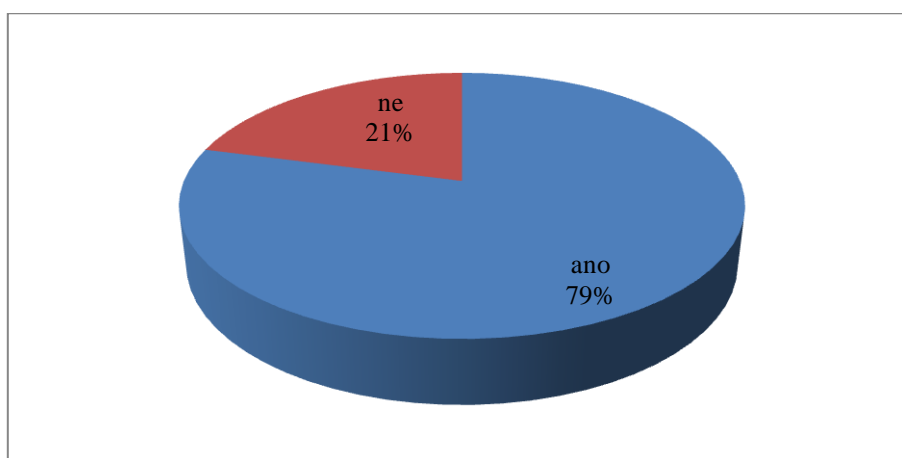
**Obrázek 5** Získ specifík komunikace s tělesně handicapovanou ženou



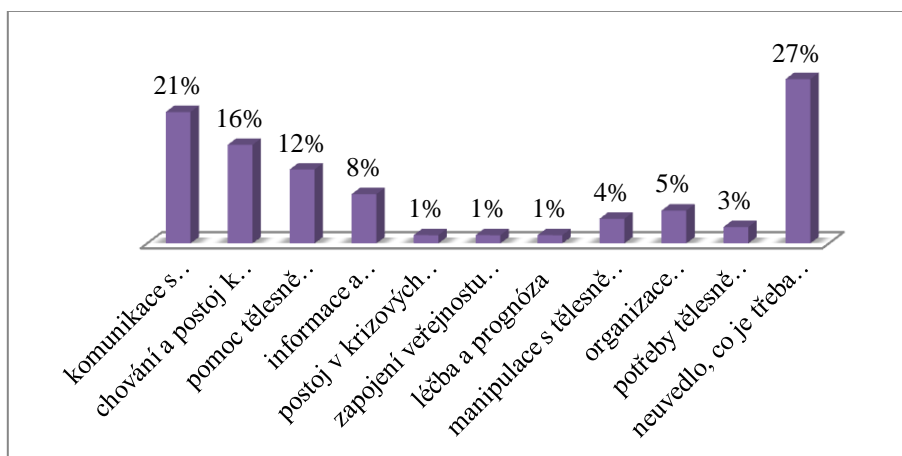
**Obrázek 6** O čem by chtěly být porodní asistentky informovány

***Otázka č. 6: Domníváte se, že by naše společnost měla být více informována o problematice tělesně handicapovaných žen?***

Otázka byla polouzavřená, rozdělena na odpověď ano/ne. Odpověď ano umožňovala porodním asistentkám vyjádřit se, o čem by měla být společnost informována. Z celkového počtu porodních asistentek jich 53 (79 %) odpovědělo, že je potřeba mít více informací. Pouze 14 (21 %) porodních asistentek uvedlo, že si nemyslí, že je potřeba, aby byla naše společnost informována o této problematice (Obrázek 7). 20 (38 %) porodních asistentek již svoji odpověď „ano“ dále nerozvedly, 33 (62 %) z nich uvedlo, co je třeba zlepšit. U této otázky mohly porodní asistentky uvést více možností, z toho důvodu je počet uvedených dat větší, než počet porodních asistentek, jež se k tomuto tématu rozepsalo (Obrázek 8). Z 33 (100 %) porodních asistentek, jež uvedlo, co je třeba zlepšit, bylo 17 (52 %) pracujících a 16 (48 %) porodních asistentek bylo studujících.



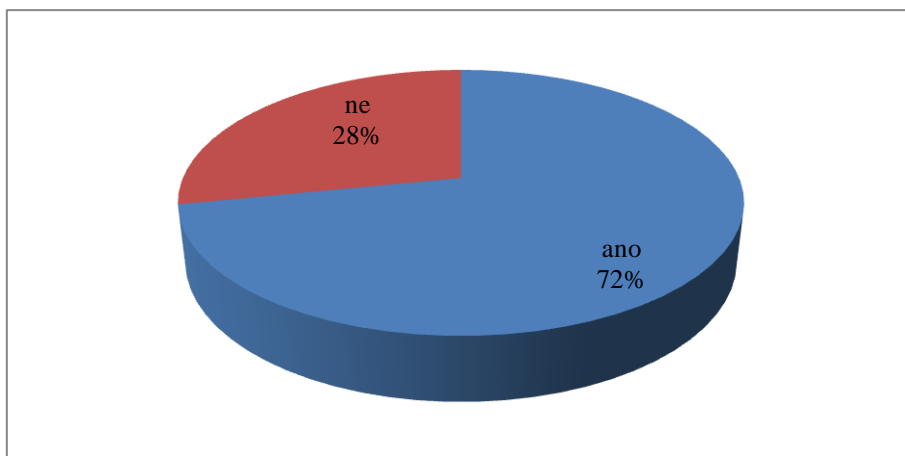
**Obrázek 7** Je společnost dostatečně informována o tělesně handicapovaných



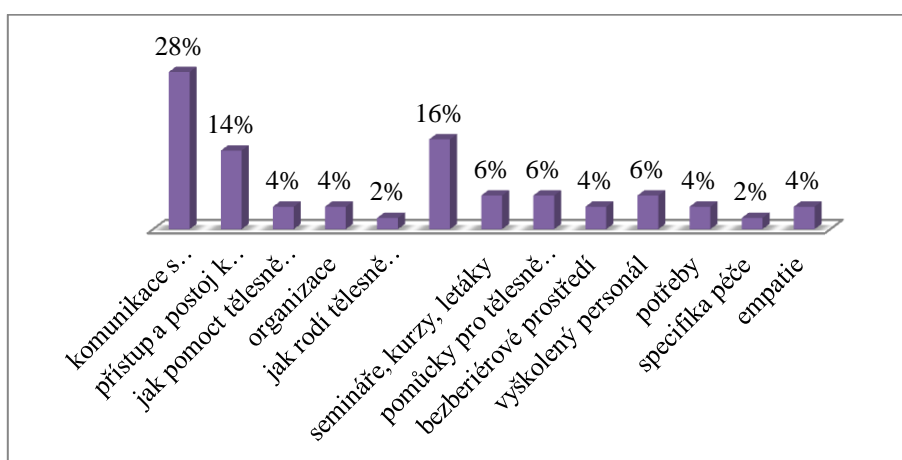
**Obrázek 8** O čem by měla být společnost více informována

***Otázka č. 7: Je podle Vás potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován o péči o tělesně handicapovanou ženu?***

Tato otázka byla rozčleněna na odpověď ano/ne. Odpověď ano umožňovala uvedení toho, co je dle porodních asistentek potřeba zlepšit. 51 (72 %) porodních asistentek uvedlo, že je potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován ohledně péče o tělesně handicapovanou ženu. 20 (28 %) uvedlo, že není potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován (Obrázek 9). Z 51 (100 %) porodních asistentek, jež uvedlo, že je třeba něco zlepšit, bylo 32 (63 %) porodních asistentek pracujících, z toho 17 (53 %) z nich se ještě rozepsalo, o čem by měl být zdravotnický personál více informován. Zbývajících 19 (37 %) porodních asistentek bylo studujících a 4 studující porodní asistentky se nerozepsaly o tom, co je podle nich potřeba zlepšit. U této otázky mohly porodní asistentky uvést více možností, z toho důvodu je zde více dat, než porodních asistentek, které se rozepsaly k danému tématu. Z výsledků jasně vyplývá, že je dle porodních asistentek potřeba, aby byl zdravotnický personál informován o správném postoji a přístupu k tělesně handicapovaným ženám a taktéž je důležité, aby byl edukován o specifických komunikace (Obrázek č. 10).



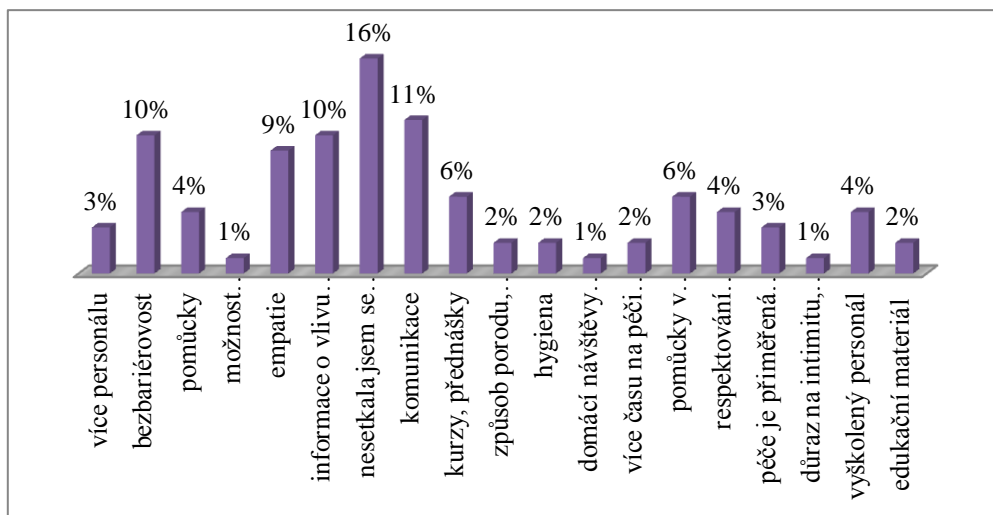
**Obrázek 9 Informovanost zdravotnického personálu**



**Obrázek 10 O čem by měly být porodní asistentky edukovány**

***Otázka č. 8 Jak by se podle Vás měla zlepšit péče o handicapovanou ženu během těhotenství, porodu a šestinedělí?***

Tato otázka byla otevřená a umožňovala porodním asistentkám se k tomuto tématu rozepsat. Oddělení, na kterém porodní asistentky pracují, nemělo vliv na četnost odpovědí. Délka praxe již mohla mít na odpovědi vliv. Nejméně se k tomuto tématu vyjadřovaly porodní asistentky pracující 11 – 15 let, nejvíce naopak porodní asistentky pracující 0 – 5 let a ty, jež pracují 21 a více let. Porodní asistentky, jež studují, často uváděly, že se ještě s handicapovanou ženou nesetkaly, ale i jejich odpovědi byly rozvedené. Z výsledků jasně vyplývá, že je dle porodních asistentek třeba, aby byl zdravotnický personál více informován o jednotlivých handicapech a s tím souvisejícími specifiky péče. Taktéž by měla být zlepšena i komunikace, bezbariérovost zdravotnických zařízení a dokonce se objevily i odpovědi, že je potřeba, aby byly prováděny přípravné kurzy pro porodní asistentky a vytvořen edukační materiál o tom, jak správně pečovat o tělesně handicapovanou ženu (Obrázek 11).



Obrázek 11 Co je potřeba zlepšit v péči o handicapovanou ženu

## 7.2.2 Statistické ověřování hypotéz

V této kapitole jsou zobrazeny výpočty a výsledky statistického ověřování hypotéz. U každé hypotézy je uvedena jak pracovní hypotéza, tak i nulová hypotéza ( $H_0$ ) a hypotéza alternativní ( $H_A$ ), taktéž i otázka, která byla k testování hypotézy použita.

### Hypotéza 1

**Pracovní hypotéza:** Porodní asistentky neznají organizace, které se zabývají pomocí tělesně handicapovaným ženám.

**$H_0$ :** Mezi četnostmi odpovědí není statisticky významný rozdíl.

**$H_A$ :** Mezi četnostmi odpovědí je statisticky významný rozdíl.

K hypotéze 1 se vztahuje tato položka v dotazníku:

- Otázka č. 3: **Znáte nějaké organizace, které pomáhají tělesně handicapovaným ženám?**

Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 10 (14 %) uvedlo, že zná organizaci, která pomáhá tělesně handicapovaným ženám a 61 (86 %) uvedlo, že nezná organizaci pomáhající tělesně handicapovaným ženám. Pouze 4 (40 %) odpovědi byly správné a 6 (60 %) odpovědi zahrnovalo jiné organizace.

Pro statistické testování první hypotézy byla vytvořena tabulka, na základě které byla vypočítána kritická hodnota ( $x^2$ ), která byla porovnána s tabulkovou hodnotou CHIINV (3,84). Na základě hodnot z tabulky byla vypočítána i hodnota testovaného kritéria (z), která byla porovnávána s kritickou hodnotou (1,96). V tabulce lze pozorovat, že jen 10 (14 %) porodních asistentek z celkového počtu 71 (100 %) si myslí, že zná organizaci pomáhající tělesně handicapovaným ženám. Dále lze z tabulky vyzorovat, že 61 (86 %) porodních asistentek udává, že nezná takovéto organizace (Tabulka 1).

**Tabulka 1 Četnosti odpovědí, vypovídající o znalostech organizací pomáhajících tělesně handicapovaným ženám**

<b>Znalost organizace</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> (%)</b>
<b>Ano</b>	10	14
<b>Ne</b>	61	86
<b><math>\Sigma</math></b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Kde:  $n_i$  = první největší vybraná četnost,

$f_i$  = první největší relativní četnost,

$\Sigma$  = suma.

Hladina významnosti – **0,05**

Počet stupňů volnosti – **1**

Tabulková hodnota CHIINV – **3,84**

Vypočítaná kritická hodnota ( $x^2$ ) - **36,63**

Kritická hodnota – **1,96**

Vypočítaná hodnota testovací statistiky – **6,05**

Kritická hodnota CHIINV byla vypočítána v programu Microsoft Office Excel 2007 při stanovené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a stupni volnosti 1. Vypočítaná kritická hodnota je 36,63, je vyšší, než tabulková hodnota CHIINV (3,84), proto nulovou hypotézu ( $H_0$ ) zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu ( $H_A$ ).

Vypočítaná hodnota testovací statistiky (6,05) je vyšší, než kritická hodnota (1,96), proto nulovou hypotézu ( $H_0$ ) zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu ( $H_A$ ).

**Mezi četnostmi odpovědí, je statisticky významný rozdíl.**

## **Hypotéza 2**

**Pracovní hypotéza:** Porodní asistentky se domnívají, že jsou nedostatečně informovány o problematice tělesně handicapovaných žen.

**$H_0$ :** Mezi četnostmi odpovědí, není statisticky významný rozdíl.

**$H_A$ :** Mezi četnostmi odpovědí, je statisticky významný rozdíl.

K hypotéze 2 se vztahuje tato položka v dotazníku:

- **Otázka č. 5: Domníváte se, že jste získala během studia dostatečné informace týkající se specifík komunikace s tělesně handicapovanou ženou?**

Z celkového počtu porodních asistentek 71 (100 %), 51 (72 %) uvedlo, že nemělo dostatečné informace ohledně specifík komunikace s tělesně handicapovanými ženami. 20 (28 %) uvedlo, že si myslí, že získalo dostatečné informace ohledně specifík komunikace. 14 (70 %) z nich dále uvedlo, že je potřeba, aby během studia získaly více informací.

Pro statistické testování druhé hypotézy byla vytvořena tabulka, na základě které byla vypočítána kritická hodnota ( $\chi^2$ ), která byla porovnána s tabulkovou hodnotou CHIINV (3,84). Na základě hodnot z tabulky byla vypočítána i hodnota testovaného kritéria (z), která byla porovnávána s kritickou hodnotou (1,96). V tabulce lze pozorovat, že 51 (72 %) porodních asistentek z celkového počtu 71 (100 %) udává, že během studia nezískalo dostatečné informace týkající se specifík komunikace s tělesně handicapovanou ženou. A 20 (28 %) porodních asistentek z celkového počtu 71 (100 %) si myslí, že během studia získalo dostatečné informace týkající se specifík komunikace s tělesně handicapovanou ženou (Tabulka 2).

**Tabulka 2 Četnosti odpovědí, týkající se zisku informací ohledně specifík komunikace**

<b>Specifika komunikace</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> (%)</b>
<b>Ano</b>	20	28
<b>Ne</b>	51	72
<b><math>\Sigma</math></b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Hladina významnosti – **0,05**

Počet stupňů volnosti – **1**

Tabulková hodnota CHIINV – **3,84**

Vypočítaná kritická hodnota ( $x^2$ ) – **13,54**

Kritická hodnota – **1,96**

Vypočítaná hodnota testovací statistiky – **3,68**

Kritická hodnota CHIINV byla vypočítána v programu Microsoft Office Excel 2007 při stanovené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a stupni volnosti 1. Vypočítaná kritická hodnota je 13,54, je vyšší, než tabulková hodnota CHIINV (3,84), proto nulovou hypotézu ( $H_0$ ) zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu ( $H_A$ ).

Vypočítaná hodnota testovací statistiky (3,68) je vyšší, než kritická hodnota (1,96), proto nulovou hypotézu ( $H_0$ ) zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu ( $H_A$ ).

**Mezi četnostmi odpovědí, je statisticky významný rozdíl.**

### **Hypotéza 3**

**Pracovní hypotéza:** Porodní asistentky nezískají během studia dostatek informací o tom, jak správně komunikovat s tělesně handicapovanými ženami.

**$H_0$ :** Mezi rozdíly četností není statisticky významný rozdíl.

**$H_A$ :** Mezi rozdíly četnostmi je statisticky významný rozdíl.

K hypotéze 3 se vztahuje tato položka v dotazníku:



- **Otázka č. 7: Je podle Vás potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován o péči o handicapovanou ženu?**

Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 51 (72 %) odpovědělo, že je potřeba, aby byly nejen ony, ale i celý zdravotnický personál informován o tom, jak mají správně pečovat o tělesně handicapovanou ženu. Pouze 20 (28 %) z nich uvedlo, že si nemyslí, že by měl být zdravotnický personál více informován o péči o tělesně handicapovanou ženu. V některých dotaznících dokonce porodní asistentky uvádějí, že je péče v našem zdravotnickém systému dostatečná.

Pro statistické testování třetí hypotézy byla vytvořena tabulka, na základě které byla vypočítána kritická hodnota ( $\chi^2$ ). Na základě hodnot z tabulky byla vypočítána i hodnota testovaného kritéria (z), která byla porovnáována s kritickou hodnotou (1,96). V tabulce je jasně vidět, že 51 (72 %) porodních asistentek si myslí, že je potřeba, aby měly více informací o péči o tělesně handicapovanou ženu, a to nejen ony, ale i veškerý zdravotnický personál. Pouze 20 (28 %) z nich udává, že není potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován o péči o tělesně handicapovanou ženu. Pro přehlednost získaných dat byla vytvořena tabulka a graf absolutních četností souhlasných a nesouhlasných odpovědí. Vypočítané četnosti souhlasných a nesouhlasných odpovědí jsou zobrazeny v tabulce (Tabulka č. 3).

**Tabulka 3 Četnosti odpovídající o tom, zda si porodní asistentky myslí, že je zdravotnický personál informován o péči o tělesně handicapovanou ženu**

<b>Specifika komunikace</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> (%)</b>
<b>Ano</b>	20	28
<b>Ne</b>	51	72
<b><math>\Sigma</math></b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Hladina významnosti – **0,05**

Počet stupňů volnosti – **1**

Tabulková hodnota CHIINV – **3,84**

Vypočítaná kritická hodnota ( $\chi^2$ ) – **13,54**

Kritická hodnota – **1,96**

Vypočítaná hodnota testovací statistiky – **3,68**

Kritická hodnota  $\chi^2_{INV}$  byla vypočítána v programu Microsoft Office Excel 2007 při stanovené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a stupni volnosti 1. Vypočítaná kritická hodnota je 13,54, je vyšší, než tabulková hodnota  $\chi^2_{INV}$  (3,84), proto nulovou hypotézu ( $H_0$ ) zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu ( $H_A$ ).

Vypočítaná hodnota testovací statistiky (3,68) je vyšší, než kritická hodnota (1,96), proto nulovou hypotézu ( $H_0$ ) zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu ( $H_A$ ).

**Mezi četnostmi odpovědí je statisticky významný rozdíl.**

## **8 DISKUZE**

Výzkumná část diplomové práce byla zaměřena na specifika komunikace s tělesně handicapovanou ženou. Na to, jak tělesně handicapované ženy prožívají mateřství, jak vnímají péči porodních asistentek, a na to, jak péči o tělesně handicapované ženy vnímají porodní asistentky. Jednalo se o kombinovaný výzkum. Pro empirickou část byly stanoveny dva hlavní cíle, čtyři dílčí cíle a tři hypotézy, které byly následně testovány. V případových studiích se můžeme setkat s několika problémy, se kterými se tělesně handicapované ženy dnes a denně dostávají do konfliktu. Kvalitativní výzkum potvrzuje výroky handicapovaných žen. V diskuzi jsou odpovědi z dotazníku na otázky 3, 5 a 7 (odpovědi na výzkumnou otázku 4) porovnávány s odpověďmi handicapovaných žen (odpovědi na výzkumné otázky 1-3). Otázky 3, 5 a 7 sloužily jako podklad pro vytvoření pracovních hypotéz.

### **8.1 Diskuze ke kvalitativnímu výzkumu**

#### **8.1.1 Výsledky kvalitativního výzkumu**

Tato kapitola popisuje výsledky polostandardizovaných rozhovorů s tělesně handicapovanými ženami. Díky ochotě tělesně handicapovaných žen spolupracovat byly získány cenné informace ohledně dané problematiky. Rozhovor umožnil vcítění se do situace tělesně handicapovaných žen a uvědomění si, jak je stále péče o tělesně handicapované ženy neprobádaným tématem. Byly získány velice důležité informace o tom, jak ženy vnímají péči porodních asistentek, co je potřeba dle jejich názoru v Českém zdravotnictví změnit. Veškerá fakta mohou sloužit k nastínění dané problematiky.

#### **8.1.2 Shrnutí výsledků kvalitativního výzkumu**

Odpovědi na výzkumné otázky VO1 – VO3 jsou rozděleny do tří kapitol. První kapitola je zaměřena na anamnézu, tedy na období před těhotenstvím. Druhá kapitola se zaměřuje na období těhotenství. Kapitola třetí je zaměřena na období porodu, šestinedělí a tím, jak tělesně handicapované ženy vnímají péči porodních asistentek.

**VO1:** Jak tělesně handicapované ženy prožívají mateřství (těhotenství, porod, šestinedělí a péči o dítě)?

**VO2:** Jak vnímaly tělesně handicapované ženy péči porodních asistentek?

**VO3:** Dostaly tělesně handicapované ženy od porodních asistentek kontakt na organizaci/organizace pomáhající tělesně handicapovaným ženám?

### ***Diskuze k období před otěhotněním***

Velkým problémem v naší společnosti je převládání názoru, že tělesně handicapovaná žena je chudák, který není schopen samostatného života. Jak z obou případových studií vyplývá, vše záleží na rodině, jak handicapovanou ženu přijme, vychová, jakým směrem ji povede. Obě klientky vyrůstaly v milujících rodinách, které se snažily vychovat ze svých dcer samostatné osoby. Obě ženy byly vychovávány, jako „ostatní“ děti. Jezdily na tábory, chodily do škol s „ostatními“ dětmi, vystudovaly vysoké školy, naučily se vést plnohodnotný život. I když jim někteří lidé od dětství házeli klacky pod nohy, díky lásce, výchově a podpoře svých rodičů z nich vyrostly úplně samostatné osoby, které se dokonale sžily se svým handicapem. Jak obě ženy uvádějí, kdyby jim jejich handicap nebyl některými lidmi připomínán, ani by si samy neuvědomily, že nějaký mají. Z těchto dvou případů je patrné, že velký vliv, na to, co handicapovaná žena zvládne, má vliv rodina. Pokud rodina bude takovouto ženu vychovávat s láskou, trpělivostí, podporou a pochopením, k samostatnosti, handicapovaná žena se vyvine v nezávislou osobu. Nesmíme tělesně handicapovaným lidem neustále připomínat jejich handicap, musíme jej podpořit.

### ***Diskuze k období těhotenství***

To, že se ženě z neznámého důvodu nevyvinuly dolní končetiny, či že se u ní po narození rozvinula DMO, neznamená, že musí mít poškozen mozek, že je handicapovaná i po stránce mentální a nedokáže se tak o vyvíjející dítě adekvátně postarat. Pokud není její těhotenství zatíženo závažnou kontraindikací, dokáže se tělesně handicapovaná žena bez větších problémů vyrovnat s narůstající zátěží v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Když se dokáže žena postarat sama o sebe, dokáže se postarat i o své dítě a zajistit mu vše potřebné, pro správný bio-psycho-sociální vývoj. Pokud není ženin handicap na genetické bázi, kdy by se zmutovaný gen mohl přenést na vyvíjející se plod a ohrozit jeho vývoj, není důvod jim v těhotenství bránit.

Značná část společnosti stále pokládá těhotenství tělesně handicapovaných žen za nenormální věc. Navíc, stále se v naší společnosti najdou takoví jedinci, kteří berou jako samozřejmou

věc, že když je žena handicapovaná, musí přivést na svět jen handicapované dítě. Nejhorší na tomto předsudku je, že jej mají i někteří zdravotničtí pracovníci a dokonce i některé porodní asistentky, jak vyplynulo z dotazníkového šetření. Moderní společnost by si měla uvědomit, a pokud není schopna si to uvědomit sama, měla by být edukována odborníky o tom, že ne každý tělesný handicap je spojen s mentálním handicapem. Ne každé omezení je vrozené. Neměli bychom zapomínat na to, že v dnešní době narůstá počet těch, kteří se tělesně handicapovanými stali v průběhu života v důsledku úrazu, autonehody či nemoci. Proč tedy automaticky pohlížet na všechna těhotenství tělesně handicapovaných žen jako na riziková? Může se jednat o jinak úplně zdravé ženy, jen s jistým omezením, odlišností v disproporcích těla. Na celém světě existuje nezanedbatelný počet žen s handicapem, jež se s narůstající zátěží v těhotenství vyrovnávaly jako „zdravé“ ženy, přivedly na svět zdravé děti. I u nás, v České republice je tomu také tak a tyhle ženy jsou důkazem. Proč je tedy těhotenství handicapovaných žen nediskutovatelným tématem? Něčím, o čem se nemluví, i když by mělo? Proč během studia nejsou studenti/studentky edukovány o tom, jak mají správně komunikovat s tělesně handicapovanou ženou, jak o ni správně pečovat? Proč neexistují kurzy nebo informační letáky pro porodní asistentky, jak k takovým ženám přistupovat? Tělesně handicapované ženy mají stejné potřeby, přání a touhy jako ženy „zdravé“, bez handicapu. Chtějí najít partnera, vdát se, založit rodinu a s ní spokojeně stárnout.

Těhotenství obou klientek probíhalo jako každé jiné těhotenství. Na počátku těhotenství je trápily běžné těhotenské problémy, které je donutily udělat si těhotenský test či navštívit lékaře. Zde vyvstal první problém u paní D. Jelikož paní D otěhotněla ve Velké Británii, nebyla jí provedena standardní vyšetření, která by včas mohla zachytit vrozenou vývojovou vadu. Potřebná vyšetření byla paní D provedena až po návratu do České republiky, kdy již byla ve čtvrtém měsíci těhotenství. Vyšetření již nezachytila výskyt vrozené vývojové vady. Paní D byla svojí gynekoložkou odeslána na genetické vyšetření, aby se vyloučilo, že její handicap je genetického původu. Následně bylo paní D doporučeno, aby navštěvovala poradnu pro riziková těhotenství. Podobné to bylo i u paní K, která byla během prvního těhotenství taktéž odeslána do poradny pro rizikovou graviditu. V dalších dvou těhotenstvích, po domluvě se svým gynekologem, paní K již navštěvovala běžnou těhotenskou poradnu a těhotenství probíhala tak za fyziologických podmínek. Z těchto situací je patrné, že ne každý tělesný handicap musí mít vliv na ženino těhotenství.

V rizikové poradně přistupovaly porodní asistentky k paní D jako ke každé jiné ženě. Snažily se k ní chovat mile, dostala od nich veškeré potřebné informace ohledně průběhu těhotenství. Prodělala tam běžná vyšetření, která shodou náhod vyšla negativně. Paní D neměla sebemenší důvod předpokládat, že by se jí mohlo narodit handicapované dítě. Ve 24. týdnu těhotenství byl paní D proveden orálně-glukózo-toleranční test (tzv. OGTT) na včasný záchyt gestačního diabetu, který vyšel pozitivně, jinak by bylo i těhotenství paní D fyziologické. Nevýhodou bylo, že nedostala paní D od porodních asistentek kontakt na organizace pomáhající tělesně handicapovaným ženám, nevěděla, na co vše má jako tělesně handicapovaná ze zákona právo.

Opačné zkušenosti s prvním těhotenstvím měla paní K. Během svého těhotenství se setkala s negativními reakcemi na svůj stav, které vygradovaly porodem a šestinedělím. Taktéž paní K nebyla informována o organizacích pomáhající tělesně handicapovaným ženám. Jak shodně obě ženy uvádějí, v tomhle porodní asistentky značně pokulhávají. A není to jen pocit handicapovaných žen, ale je to fakt, který vyplynul z dotazníkového šetření. Ať se jedná o znevýhodnění vrozené či získané, organismus ženy se dokáže s narůstající zátěží vyrovnat.

### ***Diskuze k porodu a šestinedělí***

I když žije paní D sama, bez přítele, cítila, že má veškerou podporu svojí rodiny, svých přátel. Věděla, že když bude třeba, má se na koho obrátit. Navíc měla oproti paní K štěstí a nesetkala se s negativními reakcemi na svoje těhotenství. To, že na ni někteří dokonce pohlíželi s obdivem a povzbuzením, jí dodávalo sílu a naději, že vše zvládne. Když byla paní D v 35 + 5 týdnu těhotenství, dostavily se jí první pravidelné stahy, které vnímala jako dolores praesagientes. S prohlubující intenzitou a četností stahů se paní D rozhodla jet do porodnice. Tam si ji po natočení CTG nechali a začali ji připravovat k porodu. Jelikož neexistovala žádná kontraindikace, které by bránila spontánnímu porodu a na ten večer sloužil mladý, pokrokově smýšlející lékař, nabídl paní D, zda chce родit spontánně. Paní D pro jistotu zvolila operační porod. Naproti tomu se paní K během prvního porodu setkala s nepochopením, neetickým jednáním, které zanechalo značné šrámy na její duši. Na její těhotenství pohlížel personál nemocnice jako na něco nemyslitelného. Automaticky jí byl naplánován císařský řez, o možnosti spontánního porodu se nemluvilo a nikoho to ani nenapadlo. Dokonce jí byla nabídnuta sterilizace. A odůvodnění? „*Takový člověk přece nemůže mít děti. Jak se hodláte o dítě starat? Jak jej chce žít*“? To bylo jediné, o co se lékaři zajímali. Nikdo se neptal, jak se paní K cítí, jestli s něčím nechce pomoci. Jednali s ní jako s méněcennou, s někým, kdo nemyslí, necítí. Další dva porody nakonec

prožila paní K v malé porodnici, kde se přístup personálu vůbec nedal srovnat s tím, se kterým se setkala během prvního porodu. Dokonce i porodní asistentky byly mnohem ochotnější. I když samy neměly zkušenosti s porodem handicapované ženy, snažily se o paní K starat, jak jen to nejlíp šlo.

Na těchto dvou příkladech jde vidět, že i handicapovaná žena může spontánně porodit. Pokud se handicapovaná žena cítí na přirozený porod, proč jí to neumožnit, když mu nebrání žádné kontraindikace? Jak sama paní K uvádí, operační porod je velkou zátěží pro zdravou ženu bez handicapu, natož pro ženu s handicapem. Porod prožívá handicapovaná žena, jako každá rodička. Hledá polohy, které jí uleví od bolesti, může využívat hydroterapie, aromaterapie, muzikoterapie či různých masážních technik. Pokud si žena přeje lék od bolesti, dá se s lékaři domluvit, co jí je možné podat. Záleží jen na samotné ženě, co si sama vybere, jakou polohu si zvolí, co jí je „příjemné“. Pokud si porodní asistentky nejsou jisté, jak mají o takovou ženu pečovat, je důležité se s ní na všem domluvit. Jakmile bude handicapovaná žena něco potřebovat, sama si řekne. Druhou, třetí a čtvrtou dobu porodní zvládne stejně jako každá jiná žena. Handicapovaná žena sama ví, co zvládne a co ne. A v žádném případě by neohrozila život svého dítěte. Období šestinedělí zvládá handicapovaná žena taktéž jako žena „zdravá“, jen je potřeba po domluvě s ženou, přizpůsobit jejímu handicapu prostředí, ve kterém se nachází.

## 8.2 Diskuze ke kvantitativnímu výzkumu

**VO5:** Jaká jsou dle porodních asistentek specifika péče o tělesně handicapovanou ženu?

Odpověď na výzkumnou otázku je rozdělena na 3 části, které se skládají ze tří otázek v dotazníku (č. 3, 5 a 7), které byly statisticky ověřovány.

- **Znáte nějaké organizace, které pomáhají tělesně handicapovaným ženám?**

Jak vyplynulo z dotazníkového šetření, porodní asistentky neznají organizace, jež pomáhají ženám s handicapem. Ze 71 (100 %) porodních asistentek 61 (86 %) uvedlo, že nezná žádnou organizaci zaměřenou na pomoc handicapovaným ženám. Zbývajících 10 (14 %) uvedlo, že organizaci zná. Dalším kamenem úrazu bylo, když měly uvést příklad organizace. Porodními asistentkami bylo uvedeno 10 organizací. Správných odpovědí bylo pouze 5 (50 %). Ostatní uvedené organizace 5 (50 %) se zabývaly péčí o handicapované děti, sociálně slabé jedince, oběti katastrof.

- **Domníváte se, že jste získala během studia dostatečné informace týkající se specifík komunikace s tělesně postiženou ženou?**

Dalším problémem je komunikace s tělesně handicapovanou ženou. Většina porodních asistentek neví, jak s handicapovanou ženou jednat. Některé s ní jednájí, jako s „normální“ ženou, ale vyhýbají se očnímu kontaktu, dotyku, a někdy automaticky vykonávají činnosti za handicapovanou ženu. Jiné s handicapovanou ženou v podstatě „nekomunikují“, jednájí s ní jako s člověkem s mentálním handicapem, kladou nevhodné otázky, dívají se na její těhotenství skrz prsty. I samy porodní asistentky si jsou vědomy toho, že neví, jak s tělesně handicapovanými ženami jednat. Je to dáno tím, že se o téhle problematice nemluví, mnoha odborníky je přehlížena. Taktéž na to má vliv, že mnohé porodní asistentky nemají s péčí o tělesně handicapované ženy zkušenosti. Dále je to dáno tím, že se během studia tomuto tématu věnuje jen málo, někdo dokonce vůbec. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 51 (72 %) porodních asistentek, z celkového počtu 71 (100 %), uvedlo, že během studia nezískaly dostatek informací ohledně péče o handicapovanou ženu. Pouze 20 (28 %) z nich uvedlo, že nějaké informace dostaly, ale taktéž uvedly, co jim chybělo. Jak je patrné z grafu (Obrázek 6), porodní asistentky uvádějí, že by během studia nebo alespoň po něm uvítaly, kdyby měly možnost někde získat praktickou zkušenost (15 %), informace o specifických komunikace (25 %), o tom, kam se mají obrátit pro pomoc (10 %) a další.

- **Je potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován o péči o tělesně handicapovanou ženu?**

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že je potřeba, aby byl zdravotnický personál informován o tom, jak pečovat o ženu s handicapem. Z celkového počtu 71 (100 %), 51 (72 %) uvedlo, že je potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován. Jak vyplývá z grafu (Obrázek 10), porodní asistentky si myslí, že je potřeba se více zaměřit na komunikaci (28 %), chování a postoj k tělesně handicapované ženě (14 %), pomoc tělesně handicapované ženě (16 %). Shodně porodní asistentky uvádějí, že by byly rády za jakékoliv informace ohledně péče o handicapovanou ženu, ať už by to bylo formou kurzů či jen z edukačních materiálů, informačních letáků.



### 8.3 Celkové shrnutí obou výzkumů

Jak vyplynulo z výpovědí obou tělesně handicapovaných žen a dotazníkového šetření, porodní asistentky neznají organizace pomáhající handicapovaným ženám. V důsledku jejich handicapu nebyly porodní asistentky schopny jim ohledně péče poradit, nebyly schopny dát jim kontakt na ženy s handicapem, které by jim poradily, jak si péči v mnohém ulehčit. I porodní asistentky shodně uvádějí, že by byly rády, kdyby byl vytvořen nějaký seznam organizací, který se zaměřuje na pomoc handicapovaným ženám, podle různých handicapů, aby v případě potřeby věděly, kam se mají obrátit.

Velkým problémem je, výskyt problémů během péče o handicapovanou ženu. Zdravotnický personál si „přehazuje“ sdělení negativní informace mezi sebou tak dlouho, až se informace dostane k tělesně handicapované ženě z „druhé ruky“. Někdy se stává, že je informace sdělena nejprve rodině, a ta ji potom sdělí handicapované ženě. Jak uvedla jedna z respondentek, přišlo jí, že zdravotnický personál má strach se sdělováním špatných zpráv. Dle handicapovaných žen se zdravotníci bojí, jak handicapovaná žena zprávu unese. Handicapované ženy chtějí, aby s nimi bylo jednáno na rovinu a ne se kolem nich chodilo po špičkách. Pravda se před nimi stejně dlouho neutají.

Z obou výzkumných šetření dále vyplývá, že je potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován o tom, jak má pečovat o handicapovanou ženu. Stále v mnoha lidech panuje představa toho, že když má někdo tělesný handicap, má i handicap mentální. Když je někdo handicapovaný, nemůže se starat sám o sebe, natož o dítě. Organismus handicapované ženy se s narůstající zátěží v těhotenství, za porodu a v šestinedělí většinou vyrovnává tak, jako organismus „zdravé“ ženy, jak dokazují kazuistiky. Proč se u handicapovaných žen dělá automaticky plánovaný císařský řez? Proč je těžké jim dát šanci porodit spontánně, pokud spontánnímu porodu nebrání žádné kontraindikace? Jak samy respondentky uvádí, operační porod je pro organismus mnohem více zatěžující, než porod spontánní. Operační porod omezuje i „zdravou“ ženu v pohybu, natož handicapovanou. Handicapované ženy prožívají spontánní porod jako ženy „zdravé“. Pro ženy s handicapem je porod velký zážitek, zážitek jako pro všechny ostatní ženy. Ani během porodu se péče o handicapované ženy nemění. Podobá se péči o ženy bez handicapu. Handicapované ženy hledají úlevové polohy, využívají hydromasáže, aromamasáže a další vymoženosti moderní doby, jako ženy „zdravé“. Samy cítí, co jim vyhovuje a co ne. Nejdůležitější je vždy se s ženou domluvit, co sama zvládne a co ne, s čím chce pomoci, co chce ukázat. Slušným jednáním se dá vyřešit mnohé.

Dle mého názoru je potřeba se tomuto tématu věnovat. Je potřeba o něm mluvit a ne se tvářit, že „tohle“ tady není. Handicapovaná žena, jež se bude chtít stát matkou tu je a vždy bude. Proč je přehlížet?

## ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat problematiku komunikace s tělesně handicapovanou ženou v gynekologii a porodnictví, to jak vnímají péči porodních asistentek handicapované ženy a naopak. Díky téhle práci mohl vzniknout ucelený pohled na tuto problematiku. Jak ze získaných dat vyplynulo, tohle téma by si zasloužilo, aby bylo diskutováno. Nejen kvůli handicapovaným ženám, ale i porodním asistentkám, jež samy nemají s touto problematikou zkušenosti. Jak samy uvádějí, byly by rády, kdyby existovaly nějaké kurzy, edukační materiály, aby v případě potřeby věděly, kam a na koho se obrátit. Stanovené cíle práce byly splněny. Otázky na výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Teoretická část práce se věnuje tělesným handicapům, a to jak vrozeným, tak i získaným. Nejvíce se tato kapitola zaměřuje na tělesný handicap respondentek. Další kapitolou je psychosociální vývoj tělesně handicapovaných. Tato kapitola je rozdělena na dvě části, na psychosociální vývoj žen s vrozeným handicapem a psychosociální vývoj žen se získaným handicapem. Třetí kapitola se zaměřuje na specifika komunikace s tělesně handicapovanou ženou. Tato kapitola se snaží poukázat na nejčastější chyby, kterých se zdravotnický personál dopouští při péči o handicapovanou ženu. Dále shrnuje to, jak by se mělo správně jednat s handicapovanými ženami. Čtvrtá kapitola popisuje roli porodní asistentky v péči o tělesně handicapovanou ženu v gynekologii a porodnictví. Taktéž tato kapitola poukazuje na to, že péče o tělesně handicapované ženy se neliší od péče o ženy „zdravé“.

Výzkumná část se skládá z výzkumu kvalitativního i z výzkumu kvantitativního. Kvalitativní výzkum přinesl velice cenné informace o této problematice a odhalil někdy až šokující skutečnosti, se kterými dnes a denně přicházejí handicapované ženy do styku. Kvalitativní výzkum zahrnoval dvě případové studie tělesně handicapovaných žen. Zisk dat probíhal formou polostandardizovaného rozhovoru a nepřímého pozorování. Kvalitativní výzkum byl zahájen v roce 2012, kdy jedna z kazuistik byla součástí bakalářské práce. Diplomová práce navazuje na bakalářskou práci. Kvalitativní výzkum byl prováděn z toho důvodu, aby umožnil hlubší pochopení dané problematiky. Na kvalitativní výzkum navazuje výzkum kvantitativní. Na základě výpovědí respondentek, zkušeností z praxe a studia literatury byl vytvořen nestandardizovaný dotazník pro porodní asistentky, který měl odhalit, zda porodní asistentky znají specifika komunikace s tělesně handicapovanou ženou. Zda ví, jak správně s tělesně handicapovanou ženou jednat. Jestli znají organizace pomáhající tělesně handicapovaným ženám. Samotnému výzkumu předcházela pilotní studie, která měla odhalit

nedostatky v dotazníku a kvantitativní výzkum zkvalitnit. Kombinovaný výzkum měl odhalit pohled na tuto problematiku nejen z pohledu handicapovaných žen, ale i to, jaký na něj mají pohled porodní asistentky. Co by se dle jejich názoru mělo v českém porodnictví změnit.

Dle mého názoru poukázaly výsledky z obou výzkumů na to, že by si tahle problematika zasloužila mnohem větší pozornost. Je potřeba, aby byly porodní asistentky edukovány a tom, jak mají s těmito ženami jednat. Ať už by cenné informace získávaly formou kurzů, přednášek, či by byl vytvořen edukační materiál pro porodní asistentky, který by zahrnoval různé charakteristiky handicapů, specifika komunikace s tělesně handicapovanou ženou, seznam organizací pomáhající tělesně handicapovaným ženám.

## **Návrhy pro praxi, které vyplývají z empirické studie**

Porodní asistentka by měla přistupovat k tělesně handicapované ženě, jako ke každé jiné ženě.

Porodní asistentky by se neměly nechat ovlivnit předsudky, ať už na první pohled vypadá tělesně handicapovaná žena jakkoliv.

Tělesně handicapovaná žena si zaslouží dostat potřebné informace o průběhu svého těhotenství, porodu a šestinedělí. Neměly by se tělesně handicapovaným ženám zatajovat důležité informace.

Porodní asistentky by měly znát organizace pomáhající tělesně handicapovaným ženám a v případě potřeby by měly být schopny dát jim na ně kontakt.

Důležitá je pozitivní, empatická komunikace, komunikace s handicapovanou ženou jako s rovnocennou osobou.

Porodní asistentky by neměly zapomínat, že ne každý tělesný handicap je vrozený.

Porodní asistentky by neměly pohlížet na handicapované ženy a na jejich děti jako na největší „chudáky“.

Když je potřeba provést tělesně handicapované ženy vyšetření, je důležité se s ní domluvit, jak a s čím chce pomoci.

Pokud se jedná o hospitalizovanou handicapovanou ženu, je vhodné, aby se s ní porodní asistentky domluvily, zda jí uspořádání pokoje vyhovuje či chce odstranit či přemístit nějaké předměty.

Pokud porodní asistentka neví, jak má s handicapovanou ženou jednat, je důležité se s ní domluvit, žena sama poradí. Handicapovanou ženu neurazí, když porodní asistentka přizná, že nemá zkušenosti s péčí o tělesně handicapovanou ženu.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### • Monografické publikace

1. DUNGL, P. Metabolická kostní onemocnění. In DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.
2. DYLEVSKÝ, I. *Obecná kineziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 192 s. ISBN 978-80-247-1649-7.
3. DYLEVSKÝ, I. *Speciální kineziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-1648-0.
4. ELIÁŠOVÁ, A. *Pôrodná asistancia I, fyziológia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
5. HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. [Kap.] I. Rizikový a patologický průběh těhotenství a prenatální péče, s. 25–26. ISBN 80-247-0418-8.
6. CHOMIAK, J. Neuromuskulární onemocnění. In DUNGL, P et al. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. ISBN 80-247-0550-8.
7. CHOMIAK, J. Vrozené vady končetin a systémové vady skeletu. In DUNGL, P. et al. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 249. ISBN 80-247-0550-8.
8. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
9. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
10. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 135 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
11. KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
12. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 3. upravené a doplněné vyd. Martin: Osveta, 2009, 182 s. ISBN 80-8063-160-3.
13. KUBEŠ, R. Amputace. In DUNGL, P. et al. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 165–169. ISBN 80-247-0550-8.
14. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

15. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. České vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
16. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
17. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
18. MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 552 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
19. MUNTAU, A. C. *Pediatric*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2009. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3.
20. NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
21. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přepracované vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
22. POUL, J. *Dětská ortopedie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 401 s. ISBN 978-80-7262-622-9.
23. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762. (obecná část, IX. Kap. Komunikace a etika v gynekologii a porodnictví, P. Křepelka, str. 105–111), (speciální část, kap. 25 – komunikace s osobami se zdravotním postižením – možné etické problémy, J. Votava, str. 261–271).
24. SCHNEIBERG, F. Sociální aspekty. In KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 272 - . ISBN 80-247-1018-8.
25. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
26. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
27. ŠRÁMKOVÁ, T. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 224 s. + 8 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-4453-7.
28. SUSSOVÁ, J. Problematika dětské mozkové obrny v dospělém věku. In KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 91–92. ISBN 80-247-1018-8.
29. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-807-2625-994.

30. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
31. ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Základy posuzování invalidity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 360. ISBN 978-80-247-3535-1.
- **Závěrečná VŠ práce**
32. ROBENKOVÁ, N. *Tělesně postižená žena a mateřství*. Ostrava, 2012. Bakalářská práce. Ostravská Univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. 65 s.
- **Zákony a normy**
33. ČESKO. Listina základních lidských práv a svobod. In: Hlava druhá. Základní lidská práva a svobody, oddíl první, čl. 10, č. 2/1993 Sb. Dostupné z: <http://www.zakonycr.cz/seznamy/002-1993-Sb-usneseni-predsednictva-ceske-narodni-rady-o-vyhlaseni-listiny-zakladnich-prav-a-svobod-jako-soucasti-ustavniho-poradku-ceske-republiky.html>
- **Elektronické zdroje**
34. ANELLO, B. Women with DisAbilities & Parenting. *Dawn.thot.net* [online]. ©2014 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: [http://dawn.thot.net/wwd\\_parenting.html](http://dawn.thot.net/wwd_parenting.html)
35. KOMODITY. Charitativní organizace. Humanitární instituce. *Komodity.cz* [online]. ©2014 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://www.komodity.cz/Charitativni-organizace-humanitarni-instituce-2x2280-page100>
36. VÍTOVÁ, K. Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství. *Aktivnizivot.cz* [online]. ©2007-2014 [cit. 2014-02-22]. Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/aktivni-zivot/zivot-s-roztrousenou-sklerozou/tehotenstvi/s-briskem-a-handicapem/>
37. VÍTOVÁ, K. Trochu jiná máma – Proč to má těžší? *Azrodina.cz* [online]. ©2007-2014 [cit. 2014-02-22]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/3952-trochu-jina-mama-proc-to-ma-tezsi>
38. STORR, A. Motherhood, Parenting And Women with disabilities: A Literature Review. *Wwda.org.au* [online]. ©2006 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://wwda.org.au/issues/motherhd/motherhd2006/motherhdlitrev1/>



## **PŘÍLOHY**

Příloha A <i>Dotazník</i> .....	89
Příloha B <i>Vyhodnocení škálovacích otázek dotazníku v kvantitativním výzkumu pomocí tabulek</i> .....	92
Příloha C <i>Seznam organizací pomáhajících tělesně handicapovaným ženám</i> .....	102

**Dobrý den,**

Jmenuji se Nikola Robenková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, studijního oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad výzkumné části mé diplomové práce. Mým cílem je zmapovat Váš pohled na těhotenství tělesně handicapovaných žen a zároveň i problematiku komunikace s tělesně handicapovanou ženou. Dotazník je rozdělen do dvou částí. U každé části jsou uvedeny instrukce pro správné vyplnění. Dotazník je zcela anonymní. Dotazník po vyplnění vložte do speciální složky, která bude k dispozici na Vašem oddělení. V případě potřeby mě kontaktujte na e-mailové adrese st38217@student.upce.cz.

Předem Vám děkuji za spolupráci a čas, který strávíte vyplňováním dotazníku.

Bc. Nikola Robenková

---

*V této části, prosím, vybranou odpověď zakroužkujte. Označte vždy pouze jednu možnost.*

1. Na kterém oddělení pracujete?
  - a) Gynekologicko-porodnická ambulance
  - b) Oddělení prenatální péče
  - c) Porodní sál
  - d) Oddělení šestinedělí
  - e) Novorozenecké oddělení
  - f) Oddělení JIP
  - g) Gynekologické oddělení
  - h) Operační sály
  - i) Zatím studuji
  
2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnickém zařízení?
  - a) 0 – 5 let
  - b) 6 – 10 let
  - c) 11 – 15 let
  - d) 16 – 20 let
  - e) 21 a více let
  - f) Chodím zatím jen na praxi v rámci studia
  
3. Znáte nějaké organizace, které pomáhají tělesně handicapovaným ženám?
  - a) Ano, jaké.....
  - b) Ne

4. Víte, kam se obrátíte o pomoc v komunikaci s tělesně handicapovanou ženou?  
 a) Ano, napište.....  
 b) Ne
5. Domníváte se, že jste získala během studia dostatečné informace týkající se specifik komunikace s tělesně postiženou ženou?  
 a) Ano  
 Chybělo mi.....  
 b) Ne
6. Domníváte se, že by naše společnost měla být více informována o problematice tělesně handicapovaných?  
 a) Ano  
 Je potřeba mít více informací o .....  
 b) Ne
7. Je podle Vás potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován o péči o handicapovanou ženu?  
 a) Ano  
 Co je potřeba zlepšit.....  
 b) Ne
8. Jak by se podle Vás měla zlepšit péče o handicapované ženy během těhotenství, porodu a v šestinedělí?  
 Doplňte prosím:.....

---

*U následujících otázek označte číslici z 5-ti stupňové škály, kterou nejlépe vyjádříte, do jaké míry daný výrok vystihuje Váš reálný pohled na problematiku tělesně handicapovaných žen.*

**1 NAPROSTO NESOUHLASÍM**

**2 SPÍŠE NESOUHLASÍM**

**3 TĚŽKO ROZHOUDNOUT**

**4 SPÍŠE SOUHLASÍM**

**5 NAPROSTO SOUHLASÍM**

9. Specifika komunikace s tělesně handicapovanou ženou na invalidním vozíku.
- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Dodržujeme odpovídající horizontální úroveň očního kontaktu.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Nejsou zde žádná specifika komunikace.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Automaticky handicapované ženě pomáháme se všemi úkony.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Vyjadřujeme lítost nad jejím handicapem, vyhýbáme se tématu jejího postižení.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) Zjišťujeme zvláštnosti a zvyklosti tělesně handicapované ženy, snažíme se přizpůsobit prostředí a režim tak, abychom vyhověli potřebám handicapované ženy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

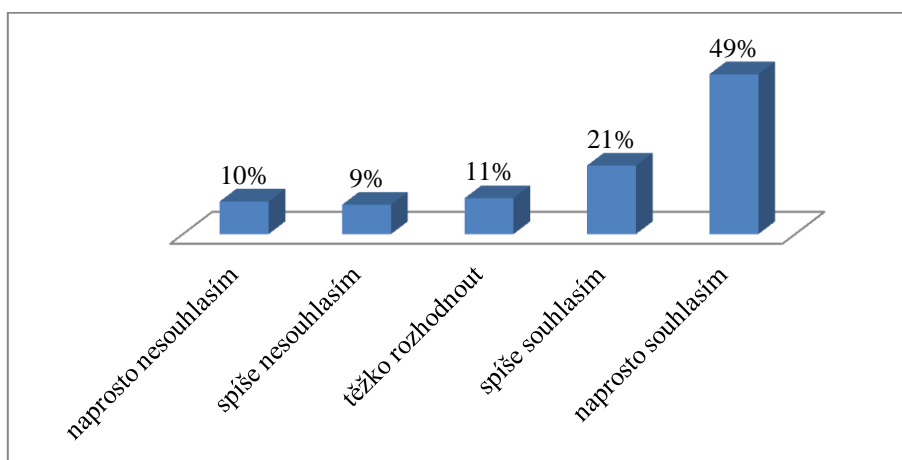
10. Specifika komunikace s handicapovanou ženou s poruchou artikulace.
- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Rozhovor urychlujeme vždy tak, že ženě napovídáme správná slova a dokončujeme za ni její myšlenky.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Pokud ženě špatně rozumíme, neřekneme jí to, abychom ji neurazili, a sběr anamnézy provedeme od jejího doprovodu.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Aktivně ženě nasloucháme. Vedeme citlivý rozhovor. Pokud jsme něčemu špatně rozuměli, raději se ženy ještě jednou zeptáme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) K ženě s tělesným postižením spojeným s poruchou řeči přistupujeme jako k jedinci se sníženým intelektem.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
11. Specifika komunikace s ženou s postižením končetin, chyběním končetin.
- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| a) S handicapovanou ženou jednáme jako s každou jinou ženou, popř. se s ní domluvíme, zda nepotřebuje s nějakými úkony pomoci.         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Handicapovaných žen se zásadně nedotýkáme, je jim to nepříjemné.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Při chybění pravé horní končetiny či jejím ochrnutí, nepodáváme ženě ruku, abychom ji ušetřily zvýšené námahy či studu z handicapu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Vyjádříme lítost nad jejím handicapem, vyhýbáme se tématu jejího postižení.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) Udržujeme oční kontakt a nevyhýbáme se pohledům handicapované ženy.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
12. Tělesně handicapované ženě se narodí vždy jen handicapované dítě.
- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|

**Otázka č. 9: Specifika komunikace s tělesně handicapovanou ženou na invalidním vozíku.**

Otázka č. 9 je rozčleněna na 5 podotázek, které měly odhalit, zda porodní asistentky znají specifika komunikace s ženou na invalidním vozíku. Jedná se o škálovací otázky, kdy porodní asistentky měly zakroužkovat tu odpověď, která je podle nich správná.

**a) Dodržujeme odpovídající horizontální úroveň očního kontaktu.**

Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 7 (10 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s tím, že by se v péči o tělesně handicapovanou ženu měla dodržovat horizontální úroveň očního kontaktu; 6 (9 %) uvedlo, že s tím to výrokem spíše nesouhlasí; 8 (11 %) uvedlo, že je těžké rozhodnout o pravdivosti výroku; 15 (21 %) s výrokem spíše souhlasilo a 35 (49 %) porodních asistentek s výrokem naprosto souhlasilo. Správná odpověď je, že v péči o tělesně handicapovanou ženu dodržujeme horizontální úroveň očního kontaktu - naprosto souhlasím.

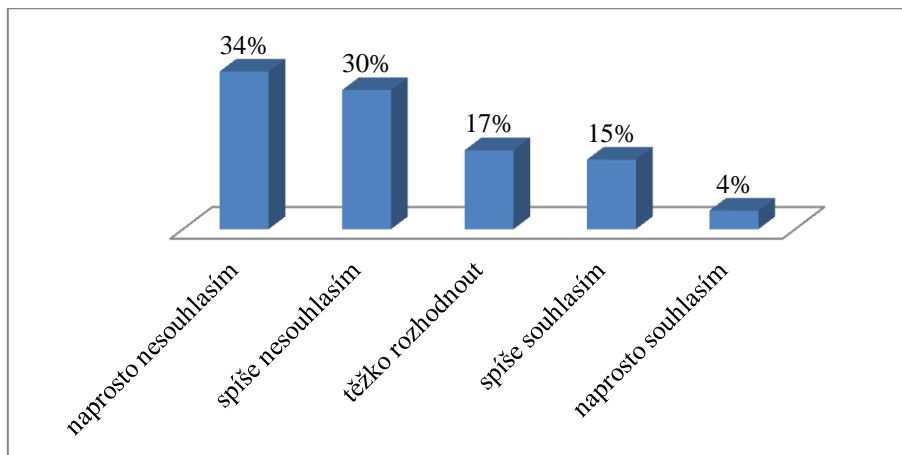


**Obrázek 12 Dodržování horizontální úrovně při komunikaci s ženou na invalidním vozíku**

**b) Nejsou zde žádná specifika komunikace.**

Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek 24 (34 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s výrokem, že při komunikaci s handicapovanou ženou na invalidním vozíku se nevyužívá žádných specifíků typických pro tuto problematiku; 21 (30 %) uvedlo, že s tím to výrokem spíše nesouhlasí; 12 (17 %) porodních asistentek uvedlo, že je těžké rozhodnout, zda je výrok pravdivý; 11 (15 %) porodních asistentek s tímto výrokem spíše souhlasí a 3 (4 %) porodní

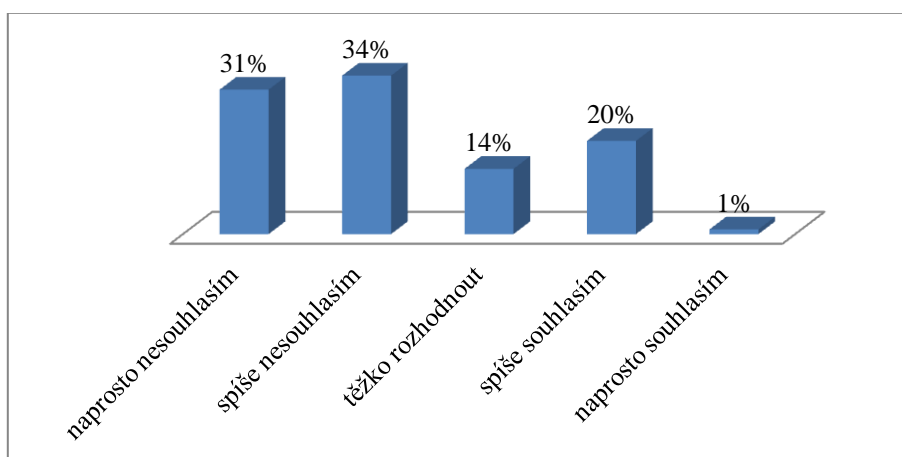
asistentky s tímto výrokem naprosto souhlasí. Správná odpověď je, že v komunikaci s tělesně handicapovanou ženou na invalidním vozíku se využívá specifik komunikace.



**Obrázek 13** Graf četnosti odpovědí o specifikách komunikace s ženou na invalidním vozíku

***c) Automaticky handicapované ženě pomáháme se všemi úkony***

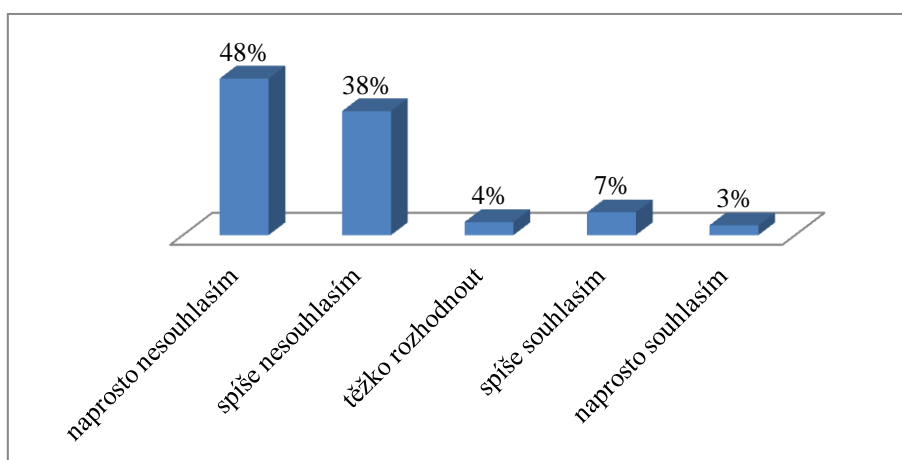
Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 22 (31 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s výrokem, že handicapované ženě automaticky pomáháme se všemi úkony; 24 (34 %) uvedlo, že s tímto výrokem spíše nesouhlasí, 10 (14 %) uvedlo, že je těžké rozhodnout, co je správně; 14 (20 %) porodních asistentek uvedlo, že s tímto výrokem spíše souhlasí, 1 (1%) porodní asistentka uvedla, že s tímto výrokem naprosto souhlasí. Správná odpověď je, že tělesně handicapované ženě automaticky se všemi úkony nepomáháme - naprosto souhlasím.



**Obrázek 14** Graf četnosti odpovědí o pomoci handicapované ženě s úkony

**d) Vyjadřujeme lítost nad jejím handicapem, vyhýbáme se tématu jejího postižení.**

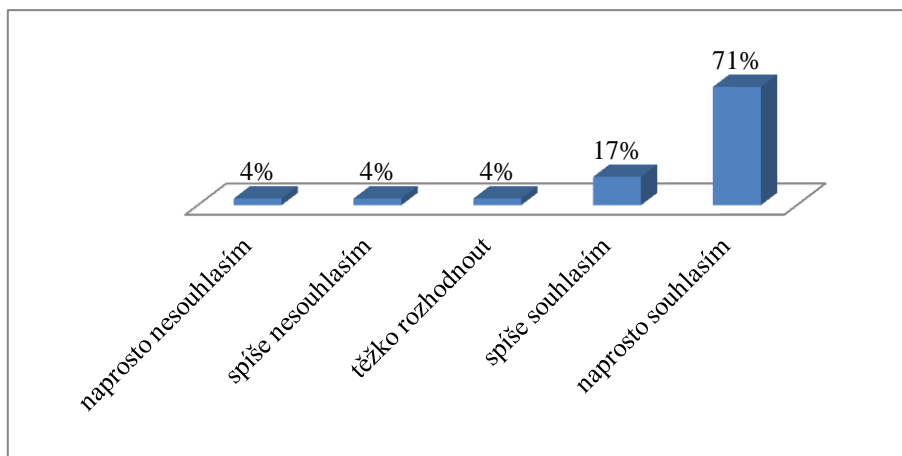
Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek 34 (48 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s výrokem, že vyjadřujeme lítost nad ženiným handicapem, a že se vyhýbáme tématu jejího postižení; 27 (38 %) porodních asistentek uvedlo, že s tímto výrokem spíše nesouhlasí; 3 (4 %) uvedly, že je pro ně těžké se rozhodnout; 5 (7 %) uvedlo, že s tímto výrokem spíše souhlasí a 2 (3 %) porodní asistentky s tímto výrokem souhlasí. Správná odpověď je, že nevyjadřujeme lítost nad jejím handicapem, ale ve všem ženu podporujeme a dodáváme jí sílu.



**Obrázek 15** Graf četnosti odpovědí o vyjadřování lítosti nad ženiným handicapem

**e) Zjišťujeme zvláštnosti a zvyklosti tělesně handicapované ženy, a snažíme se přizpůsobit prostředí a režim tak, abychom vyhověly potřebám handicapované ženy.**

Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek 3 (4 %) uvedly, že naprosto nesouhlasí s výrokem, že zjišťujeme zvláštnosti a zvyklosti handicapované ženy a snažíme se vyhovět jejím potřebám; další 3 (4 %) porodní asistentky uvedly, že s tímto výrokem spíše nesouhlasí; pro 3 (4 %) porodní asistentky bylo těžké rozhodnout o pravdivosti výroku; 12 (17 %) uvedlo, že s tímto výrokem spíše souhlasí a 50 (71 %) porodních asistentek uvedlo, že s tímto výrokem naprosto souhlasí. Správná odpověď je, že je potřeba zjistit zvyklosti handicapované ženy a snažit se jí přizpůsobit prostředí tak, aby to vyhovovalo jejím potřebám.



**Obrázek 16** Graf četnosti odpovědí zjišťování zvyklostí a potřeb handicapované ženy

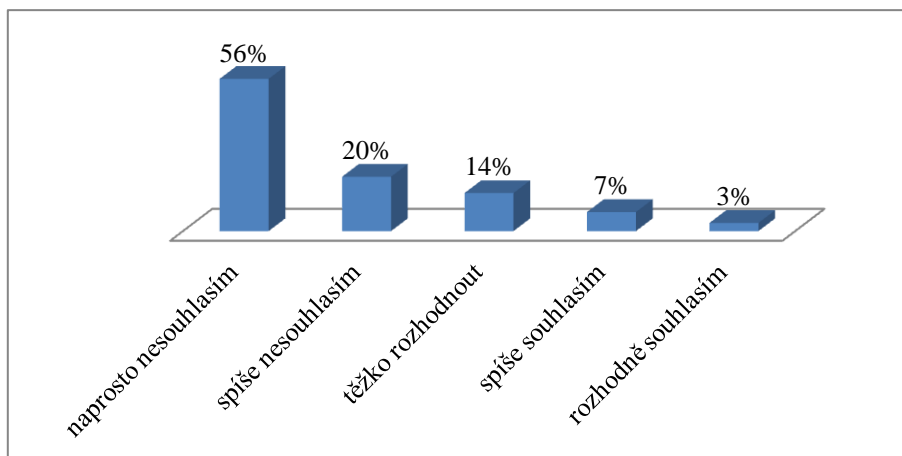
***Otázka č. 10: Specifika komunikace s handicapovanou ženou s poruchou artikulace.***

Otázka č. 10 je dále rozčleněna na 4 podotázky, které měly odhalit, zda porodní asistentky znají specifika komunikace se ženou s poruchou artikulace. Jedná se o škalovací otázky, kdy porodní asistentky měly zakroužkovat tu odpověď, která je podle nich správná.

***a) Rozhovor urychlujeme vždy tak, že ženě napovídáme správná slova a dokončujeme za ni její myšlenky.***

Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek 40 (56 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s výrokem, že by měly za handicapovanou ženu s poruchou artikulace urychlovat rozhovor; 14 (20 %) uvedlo, že s tímto výrokem spíše nesouhlasí; 10 (14 %) uvedlo, že je těžké rozhodnout o správnosti výroku; 5 (7 %) uvedlo, že spíše s tímto výrokem souhlasí a 2 (3 %) porodní asistentky uvedly, že naprosto souhlasí s výrokem, že za handicapovanou ženu by měly urychlovat rozhovor a napovídat jí slova. Správná odpověď je, že v žádném případě za handicapovanou ženu rozhovor neurychlujeme.

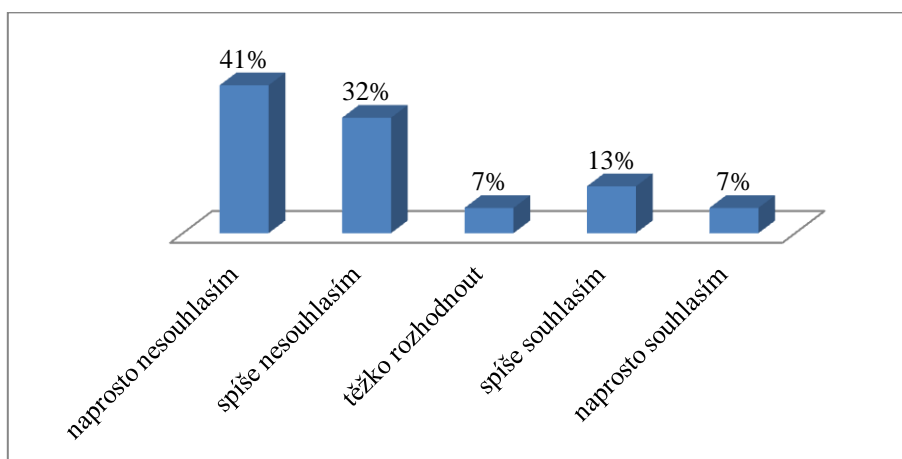




**Obrázek 17** Graf četnosti odpovědí o urychlování rozhovoru s ženou s poruchou artikulace

***b) Pokud ženě špatně rozumíme, neřekneme jí to, abychom ji neurazili, a sběr anamnézy provedeme od jejího doprovodu.***

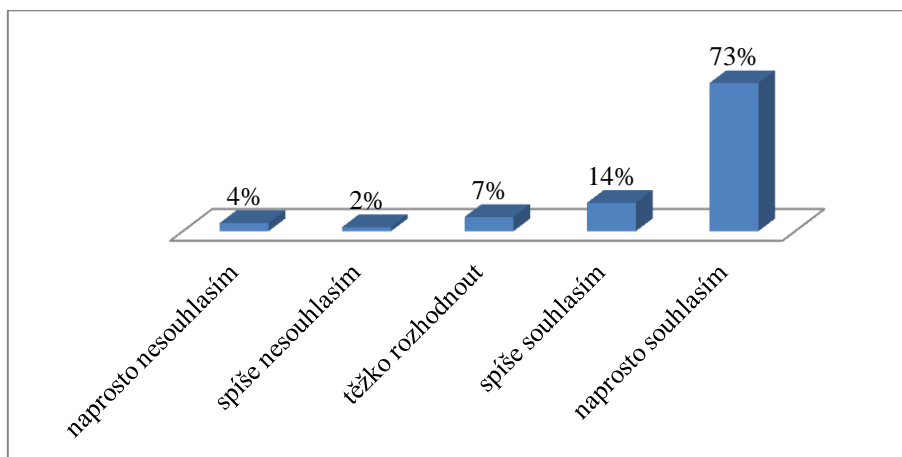
Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek 40 (56 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s výrokem, že by měly sběr anamnézy provádět od ženina doprovodu; 14 (20 %) uvedlo, že s tímto výrokem spíše nesouhlasí; 10 (14 %) uvedlo, že je pro ně těžké rozhodnout o správnosti výroku; 5 (7 %) uvedlo, že spíše s tímto výrokem souhlasí a 2 (3 %) porodní asistentky uvedly, že naprosto souhlasí s výrokem. Správná odpověď je, že v žádném případě za handicapovanou ženu rozhovor neurychlujeme, pokud nás sama žena o to nepožádá.



**Obrázek 18** Když ženě nerozumíme, neřekneme jí o tom

**c) Aktivně ženě nasloucháme. Vedeme citlivý rozhovor. Pokud jsme něčemu špatně rozuměli, raději se ženy ještě jednou zeptáme.**

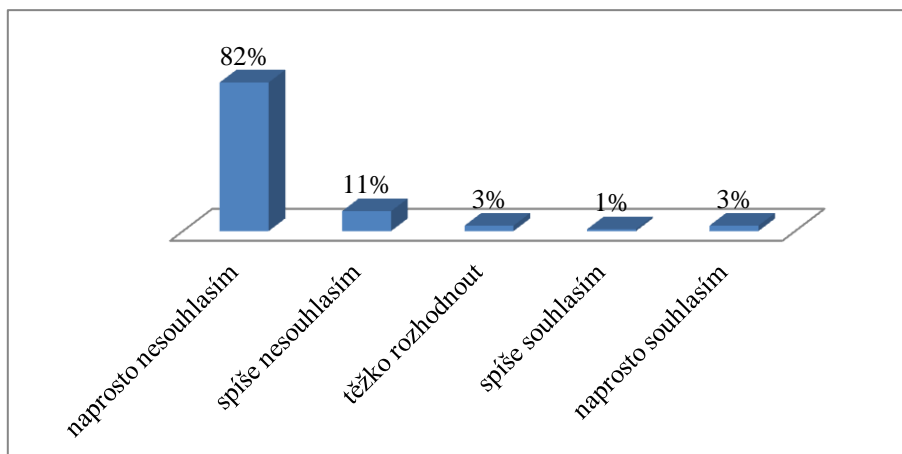
Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 3 (4 %) uvedly, že naprosto s tímto výrokem nesouhlasí; 1 (2 %) uvedla, že s tímto výrokiem spíše nesouhlasí; 5 (7 %) uvedlo, že je těžké rozhodnout o pravdivosti výroku; 10 (14 %) s výrokiem spíše souhlasilo a 52 (73 %) porodních asistentek s výrokiem naprosto souhlasilo. Správná odpověď je, že se tělesně handicapované ženy zeptáme, co říkala, pokud jsme jí nerozuměly.



Obrázek 19 Aktivně ženě nasloucháme

**d) K ženě s tělesným postižením spojeným s poruchou řeči přistupujeme jako k jedinci se sníženým intelektem**

Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 58 (82 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s tímto výrokiem; 8 (11 %) uvedlo, že s tímto výrokiem spíše nesouhlasí; 2 (3 %) uvedly, že je těžké rozhodnout o pravdivosti výroku; 1 (1 %) s výrokiem spíše souhlasí a 2 (3 %) porodní asistentky s výrokiem naprosto souhlasí. Správná odpověď je, že k tělesně handicapované ženě s poruchou artikulace nepřistupujeme jako k jedinci se sníženým intelektem – naprosto nesouhlasím.



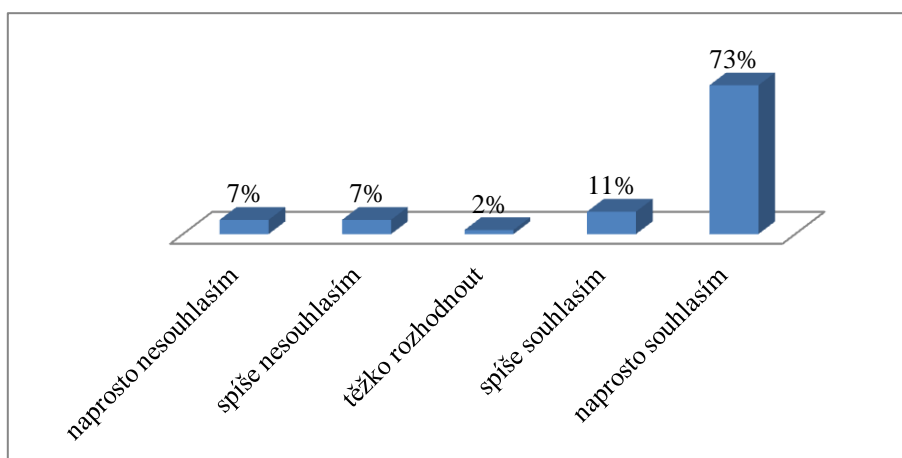
Obrázek 20 Přístup k ženě s poruchou řeči

**Otázka č. 11: Specifika komunikace s ženou s postižením končetin, chyběním končetin.**

Otázka č. 11 je rozčleněna na 5 podotázek, které měly odhalit, zda porodní asistentky znají specifika komunikace se ženou s postižením končetin či jejich chyběním. Jedná se o škálovací otázky, kdy porodní asistentky měly zakroužkovat tu odpověď, která je podle nich správná.

**a) S handicapovanou ženou jednáme jako s každou jinou ženou, popř. se s ní domluvíme, zda nepotřebuje s nějakými úkony pomoci.**

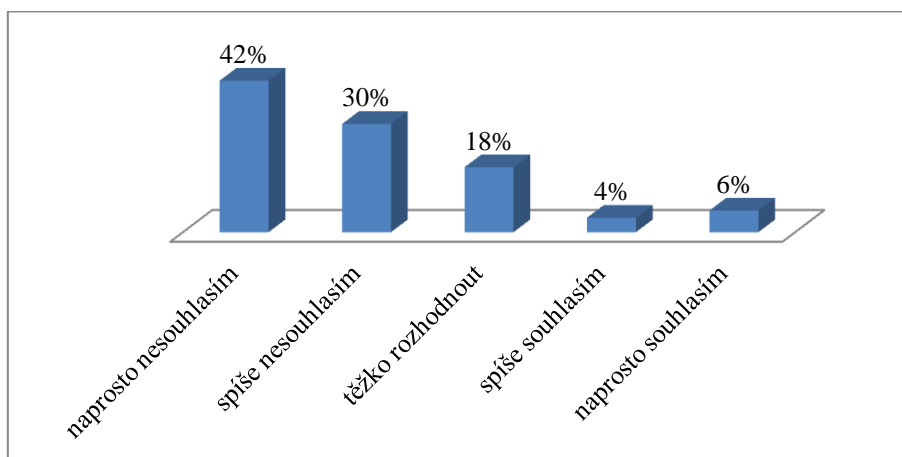
Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 5 (7 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s tímto výrokem; 5 (7 %) uvedlo, že s tímto výrokem spíše nesouhlasí; 1 (2 %) uvedla, že je těžké rozhodnout o pravdivosti výroku; 8 (11 %) s výrokem spíše souhlasilo a 52 (73 %) porodních asistentek s výrokem naprosto souhlasilo. Správná odpověď je, že s handicapovanou ženou jednáme jako se „zdravou“ ženou - naprosto souhlasím.



Obrázek 21 S handicapovanou ženou jednáme jako se "zdravou" ženou

**b) Handicapovaných žen se zásadně nedotýkáme, je jim to nepříjemné.**

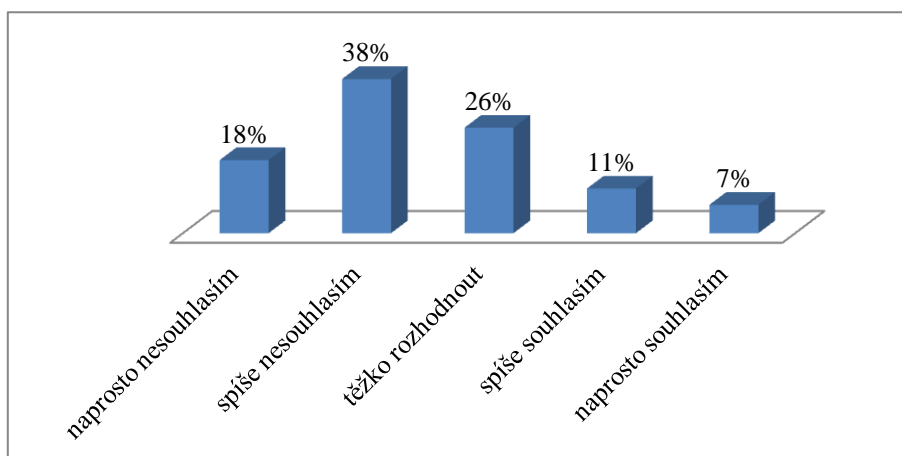
Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 30 (42 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s tímto výrokem; 21 (30 %) uvedlo, že s tímto výrokem spíše nesouhlasí; 13 (18 %) uvedlo, že je těžké rozhodnout o pravdivosti výroku; 3 (4 %) s výrokem spíše souhlasí a 4 (6 %) porodní asistentky s výrokem naprosto souhlasí. Správná odpověď je, že handicapovaných žen se můžeme dotýkat, nevadí jim to - naprosto nesouhlasím.



**Obrázek 22 Handicapovaných žen se nedotýkáme**

**c) Při chybění pravé horní končetiny či jejím ochrnutí, nepodáváme ženě ruku, abychom ji ušetřili zvýšené námahy či studu z handicapu**

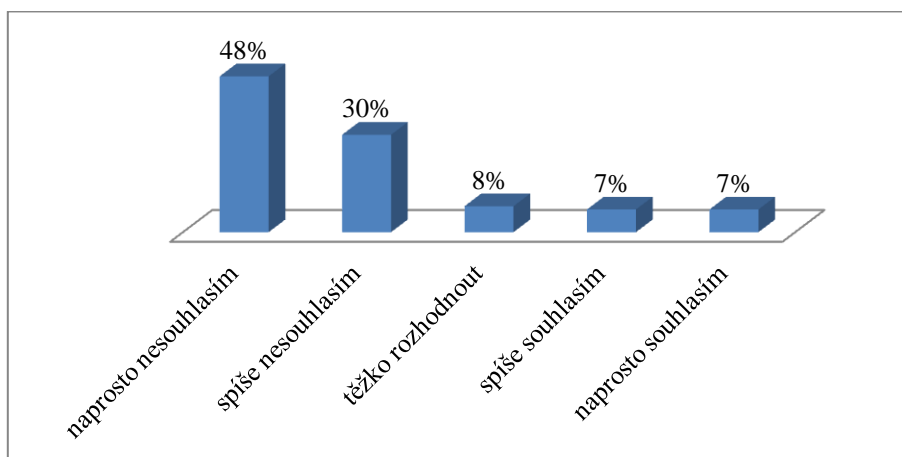
Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 13 (18 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s tímto výrokem; 27 (38 %) uvedlo, že s tímto výrokem spíše nesouhlasí; 18 (26 %) uvedlo, že je těžké rozhodnout o pravdivosti výroku; 8 (11 %) s výrokem spíše souhlasilo a 5 (7 %) porodních asistentek s výrokem naprosto souhlasilo. Správná odpověď je, že při seznámení s osobou s tělesným handicapem je vhodné potřást rukou – správná odpověď je naprosto nesouhlasím.



**Obrázek 23 Ženě bez pravé horní končetiny ruku nepodáváme**

**d) Vyjádříme lítost nad jejím handicapem, vyhýbáme se tématu jejího postižení.**

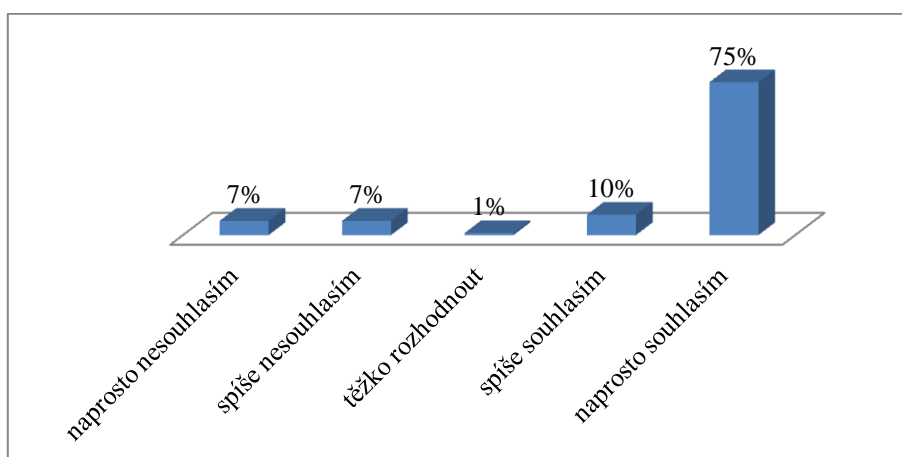
Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 34 (48 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s tímto výrokem; 21 (30 %) uvedlo, že s tímto výrokem spíše nesouhlasí; 6 (8 %) uvedlo, že je těžké rozhodnout o pravdivosti výroku; 5 (7 %) s výrokem spíše souhlasilo a 5 (7 %) porodních asistentek s výrokem naprosto souhlasilo. Správná odpověď je, že se nevyhýbáme tématu ženina handicapu - naprosto nesouhlasím.



**Obrázek 24** Vyjádřujeme lítost nad handicapem

**e) Udržíme oční kontakt a nevyhýbáme se pohledům handicapované ženy.**

Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 5 (7 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s tímto výrokem; 5 (7 %) uvedlo, že s tímto výrokem spíše nesouhlasí; 1 (1 %) uvedla, že je těžké rozhodnout o pravdivosti výroku; 7 (10 %) s výrokem spíše souhlasilo a 53 (75 %) porodních asistentek s výrokem naprosto souhlasilo. Správná odpověď je, že se nevyhýbáme očnímu kontaktu tělesně handicapované ženy - naprosto souhlasím.

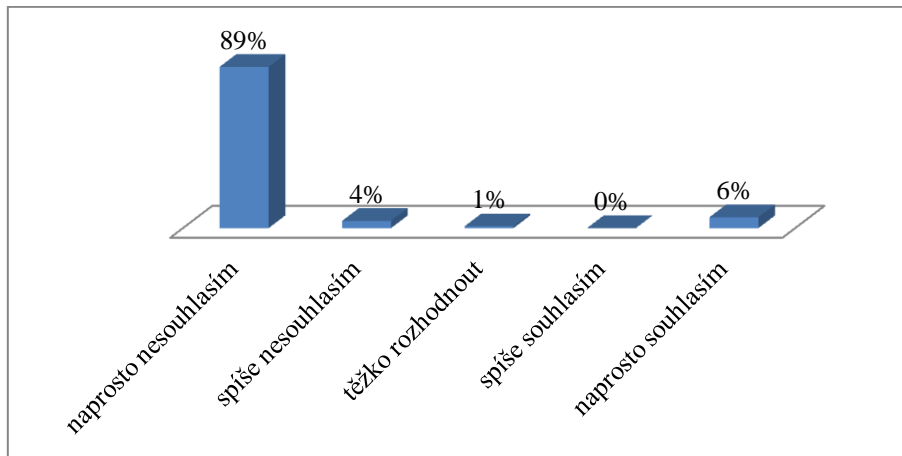


**Obrázek 25** Udržíme oční kontakt

**Otázka č. 12: Tělesně handicapované ženě se narodí vždy jen handicapované dítě.**

Z celkového počtu 71 (100 %) porodních asistentek, 63 (89 %) uvedlo, že naprosto nesouhlasí s tímto výrokem; 3 (4 %) uvedly, že s tímto výrokem spíše nesouhlasí; 1 (1 %) uvedla,

že je těžké rozhodnout o pravdivosti výroku; 0 (0 %) s výrokem spíše souhlasilo a 4 (6 %) porodní asistentky s výrokem naprosto souhlasily. Správná odpověď je, že tělesně handicapované ženě se nemusí automaticky narodit handicapované dítě - naprosto nesouhlasím.



**Obrázek 26 Handicapované ženě se narodí jen handicapované dítě**

Příloha C Seznam organizací pomáhajících tělesně handicapovaným ženám

- **Arkadie** – společnost pro komplexní péči o tělesně handicapované. Kontakt: <http://www.arkadie.cz/>
- **Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s.** – poskytuje sociální služby pro osoby se zdravotním handicapem. Kontakt: <http://www.czphk.cz/>
- **Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje o.s.** - poskytuje sociálně-právní poradenství a pomoc handicapovaným osobám. Kontakt: <http://www.czp-msk.cz/>
- **Centrum pro zdravotně postižené Středočeského kraje** – poskytuje sociálně-právní poradenství a pomoc handicapovaným osobám. Kontakt: <http://www.czpstredoceskykraj.cz/>
- **Čtyřlístek** – centrum pro osoby se zdravotním handicapem. Kontakt: <http://www.ctyrlistekostrava.cz/>
- **Dobromysl, o.p.s.** – poskytuje sociální služby pro zdravotně handicapované. Kontakt: <http://www.dobromysl.org/>
- **Evropské centrum pantomimy neslyšících, o.s.** – centrum organizuje festivaly, přehlídky a kurzy znakového jazyka. Kontakt: <http://www.ecpn.cz/>
- **Helpless, o.p.s.** – informační stránky pro osoby s tělesným či mentálním handicapem. Kontakt: <http://www.helples.cz/>
- **Charita Hrabyně** – cílem je zaměstnání lidí s handicapem. Kontakt: <http://hrabyne.charita.cz/>
- **Charita Javorník** – poskytuje pomoc lidem v sociální nouzi, starým, nemocným, tělesně či mentálně handicapovaným. Kontakt: <http://javornik.charita.cz>
- **Charita Opava** – cílem je zaměstnat jedince s handicapem, součástí je i mateřské centrum Neškola. Kontakt: <http://www.charitaopava.cz>
- **Charita Veselí nad Moravou** – poskytuje sociální poradenství, osobní asistentce, pečovatelská služba, půjčovna kompenzačních a rehabilitačních pomůcek a další. Kontakt: <http://www.veselinm.charita.cz/adresar-sluzeb/>
- **Charita Zábřeh** – pomoc lidem ve stáří, v nemoci, pomoc lidem s handicapem. Kontakt: <http://www.zabreh.caritas.cz>
- **Chráněné dílny Joker** – zapojuje tělesně handicapované osoby do společnosti. Kontakt: <http://www.dilnyjoker.cz/>

- **Kafira o.s.** – poradenské služby pro osoby se zrakovým handicapem. Kontakt: <http://kafira.cz>
- **Kvadru, o.p.s.** – zajišťuje sociální činnost lidem s poraněním míchy, upoutané na invalidní vozík. Kontakt: <http://www.kvadru.cz/>
- **Liga vozíčkářů** – Poskytuje odborné poradenství a osobní asistenci imobilním osobám. Kontakt: <http://www.ligavozic.cz>
- **Národní institut pro integraci osob** – poskytuje odbornou pomoc a konzultace osobám s omezenou schopností pohybu. Kontakt: <http://www.nipi.cz>
- **o.s. LORM** – společnost pro hluchoslepe. Kontakt: <http://www.lorm.cz>
- **Občanské humanitární sdružení Perspektiva** – snaží se umožnit handicapovaným jedincům a starým lidem vést samostatný způsob života. Kontakt: <http://www.perspektiva-roudnice.cz/>
- **Občanské sdružení „Vlastní cestou“** – cílem je zapojit tělesně handicapované lidi do společnosti. Toto sdružení pořádá i osvětové akce pro veřejnost. Kontakt: <http://www.vlastnicestou.cz>
- **Občanské sdružení D.R.A.K.** – občanské sdružení se nezabývá jen pomocí pro handicapované jedince, ale i na podporu matek, otců či celých rodin, které se ocitly v tíživé životní situaci. Kontakt: <http://www.sdruzenidrak.org/cs/>
- **Občanské sdružení Mozaika** – nabízí pomoc osobám se zdravotním či sociálním znevýhodněním. Pořádá exkurze, kulturní akce. Kontakt: <http://www.mozaikaub.cz/>
- **Občanské sdružení Paprsky naděje** – pomáhá tělesně handicapovaným osobám a jejich rodinám. Kontakt: <http://paprskynadeje.webnode.cz/>
- **Sdružení Filia** – zaměřuje se na pomoc jak tělesně, tak i mentálně handicapovaných jedinců. Kontakt: <http://www.sdruzenifilia.cz/>
- **Spolek Trend vozíčkářů Olomouc** – poskytuje půjčení kompenzačních pomůcek, poradenské služby pro imobilní jedince, osobní asistenci. Kontakt: <http://www.trendvozickaru.cz/index.html>
- **Život bez bariér** – občanské sdružení pomáhá tělesně a mentálně handicapovaným jedincům a jejich rodinám. Pořádá vzdělávací akce pro širokou veřejnost, projekty. Kontakt: <http://www.zbb.cz>