

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Šárka Kazmirčíková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B0913P360005

Šárka Kazmirčíková

**PROBLEMATIKA TĚHOTENSTVÍ A MATEŘSTVÍ ŽEN NA
INVALIDNÍM VOZÍKU Z POHLEDU PORODNÍ
ASISTENTKY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

PLZEŇ 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kazmirčíková Šárka

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika těhotenství a mateřství žen na invalidním vozíku z pohledu porodní asistentky

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované: 37

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: porodní asistentka, tělesné postižení, těhotenství, mateřství, invalidní vozík, porod, šestinedělí, invalidita

Souhrn:

Tato práce pojednává o problematice těhotenství a mateřství žen na invalidním vozíku z pohledu porodní asistentky.

V teoretické části je popsán život jedinců se zdravotním postižením, těhotenství a zvláštnosti prenatální péče u žen na invalidním vozíku, dále role porodní asistentky v péči o tělesně postiženou ženu a v neposlední řadě mateřství s postižením.

Praktická část má výzkumný charakter. Jedná se smíšený typ výzkumu, kde byly stanovené výzkumné otázky a problémy. Výsledky výzkumu zdůrazňují potřebu větší informovanosti porodních asistentek, ale i lékařů týkající se těhotenství a podpory po porodu u žen na invalidním vozíku, a zajištění většího povědomí o kompetencích porodních asistentek.

Abstract

Surname and name: Kazmirčíková Šárka

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Problematics of pregnancy and maternity of woman on wheelchair from the point of view of the midwife

Consultant: MSc. Veronika Vrbská

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 37

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 34

Keywords: midwife, physical disability, pregnancy, maternity, wheelchair, childbirth, puerperium, disability

Summary:

This work deals with the issue of pregnancy and motherhood of women in wheelchairs from the perspective of a midwife.

The theoretical part describes the lives of individuals with disabilities, pregnancy and the peculiarities of prenatal care for women in wheelchairs, the role of midwives in caring for a disabled woman and, last but not least, motherhood with disabilities.

The practical part has a research character. This is a mixed type of research where research questions and problems have been identified. The results of the research emphasize the need for greater awareness of midwives as well as doctors regarding pregnancy and postpartum support for women in wheelchairs and to ensure greater awareness of the competencies of midwives.

Poděkování

Děkuji MSc. Veronice Vrbské za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Poděkování také patří všem účastníkům výzkumného šetření.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	13
1 ŽIVOT JEDINCŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	14
1.1 Vymezení pojmu invalidita, handicap, disabilita.....	14
1.2 Problematika tělesného postižení.....	15
1.2.1 Pohled společnosti na handicapované matky	17
1.3 Charakteristika tělesného postižení	19
1.4 Druhy a specifika tělesného postižení	20
1.4.1 Vrozené postižení	20
1.4.2 Dětská mozková obrna (DMO)	20
1.4.3 Vývojové vady.....	21
1.4.4 Získané postižení	22
1.4.5 Poranění míchy a páteře, amputace, CMP.....	22
2 TĚHOTENSTVÍ A ZVLÁŠTNOSTI PRENATÁLNÍ PÉČE U ŽEN NA INVALIDNÍM VOZÍKU.....	26
2.1 Problematika těhotenství a specifická vyšetření.....	26
2.2 Specifické potřeby ženy na invalidním vozíku.....	31
3 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O TĚLESNĚ POSTIŽENOU ŽENU	33
3.1 Těhotenství.....	33
3.2 Porod.....	34
3.3 Šestinedělí.....	38
4 MATEŘSTVÍ S POSTIŽENÍM	40
4.1 Specifika mateřství ženy s postižením.....	40
PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 FORMULACE PROBLÉMU	42
6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	43
6.1 Hlavní cíl.....	43
6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	43
7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	44
8 METODIKA PRÁCE	45
9 ORGANIZACE VÝZKUMU	46
10 ZPRACOVÁNÍ DAT	47
11 I. PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	48
II. PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	62

11.1	Představení participantů	62
11.2	Popis společných témat	62
12.2.1	Situace ženy na invalidním vozíku v období těhotenství	63
12.2.2	Zkušenosti z porodnice	66
12.2.3	Hlavní podpora	67
12.2.4	Zkušenost s porodní asistentkou	68
12.2.5	Zvládání mateřství	69
	DISKUZE	71
	ZÁVĚR	76
	SEZNAM LITERATURY	77
	Knižní zdroje	77
	Internetové zdroje	78
	SEZNAM PŘÍLOH	81
	PŘÍLOHY	82
	Příloha 1 – Dotazník	82
	Příloha 2 – Osnova rozhovoru	86
	Příloha 3 – Rozhovor s Petrou	88
	Příloha 4 – Rozhovor s Marcelou	94
	Příloha 5 – Rozhovor s Ivetou	99
	Příloha 6 – Ukázka zavinovací deky	102

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Na kterém oddělení pracujete?	48
Graf 2 Práce ve zdravotnickém zařízení	49
Graf 3 Péče o ženu na invalidním vozíku	50
Graf 4 Znalosti o pomáhajících organizacích	51
Graf 5 Získala jste dostatečné informace?	53
Graf 6 Větší informovanost naší společnosti?	54
Graf 7 Větší informovanost zdravotnického personálu?	56
Graf 8 Zajištění bezbariérového přístupu na oddělení	58
Graf 9 Poskytování individuálního přístupu na oddělení	59
Graf 10 Na koho byste se v rámci týmu obrátila?	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Odpovědi respondentů (pomáhající organizace)	52
Tabulka 2 Návrhy respondentek	55
Tabulka 3 Pomáhající profese	61

SEZNAM ZKRATEK

WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ICF	International Classification of Functioning (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností)
DMO	Dětská mozková obrna
CNS.....	Centrální nervová soustava
EEG.....	Elektroencefalografie
RTG	Rentgen
CMP.....	Cévní mozková příhoda
AIS	American Spinal Injury ASSociation Impairment Scale
TIA.....	Tranzitorní ischemická ataka
RIND.....	Reverzibilní ischemický neurologický deficit
HBsAg	Hepatitis B surface Antigen
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnost)
VVV.....	Vrozené vývojové vady
oGTT.....	Orální glukózový toleranční test
FGR.....	Fetal growth restriction (Intrauterinní růstová restrikce)
PMK.....	Permanentní močový katétr
AD.....	Autonomní dysreflexie
TEN.....	Tromboembolická nemoc
ICM.....	International Confederation of Midwives
CTG	Kardiotokografie

NRZP Národní rada osob se zdravotním postižením

ÚVOD

Toto téma bakalářské práce jsem zvolila, protože mě zaujal příběh jedné ženy, která byla na invalidním vozíku a stala se matkou. Jakožto studentka porodní asistence jsem se chtěla dozvědět více o tom, jaké jsou v našem porodnictví pro tyto ženy možnosti.

Na úvod bych chtěla uvést krátkou historii o tom, jak se dříve přistupovalo k těhotným ženám se zdravotním postižením. V 80. letech minulého století byly v Československu a následně v České republice násilně sterilizovány romské ženy a ženy se zdravotním handicapem. Státní orgány tak získaly veškerou kontrolu nad porodností romských žen a žen se zdravotním postižením, která se prováděla bez jejich informovaného souhlasu. V roce 1991 byl v ČR zřízen Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, jehož cílem je pomáhat při vytváření rovnoprávných příležitostí pro občany se zdravotním postižením ve všech oblastech života společnosti. O několik let později v roce 2007 Česká republika podepsala Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením. Úmluva zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do života společnosti, umožňuje také handicapovaným ženám samostatně se rozhodnout, zda být, či nebyť matkou. (Medicco s. r. o, 2018)

Dnes mají tyto ženy možnost se svobodně rozhodnout. Existují organizace, které těmto ženám nabízejí podporu v období těhotenství a mateřství. Zaujal mě například projekt „Máma, táta na vozíku“, který je součástí programu Centra Paraple. Pomáhá mladým ženám po poranění míchy a jejich partnerům v přípravě na mateřství. Avšak otázkou je, jak je zajištěná péče o těhotné ženy se zdravotním postižením ve zdravotnickém zařízení. A proto hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaká je péče o ženy na invalidním vozíku v období těhotenství a mateřství v českém zdravotnictví. Pomocí dotazníkového šetření se snažím zjistit, jaká je orientace porodních asistentek ve specifikaci péče o ženy na invalidním vozíku a jaká je jejich informovanost o pomáhajících organizacích. Dále pro následné zhodnocení a porovnání zjišťuji pomocí rozhovoru přímo s ženami, kterých se tato problematika týká, jaká je jejich zkušenost s péčí porodních asistentek a jak prožívaly těhotenství a mateřství.

Informace pro bakalářskou práci pochází z odborné literatury a odborných článků. Literární zdroje jsem čerpala z rešerší z knihovny Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni a z Fakulty pedagogické Západočeské univerzity v Plzni.

1 ŽIVOT JEDINCŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

1.1 Vymezení pojmu invalidita, handicap, disabilita

V této kapitole si představíme, kdo je osoba se zdravotním postižením, charakterizujeme a vysvětlíme si, jaký je rozdíl mezi pojmem invalidita, handicap a disabilita.

Pokud chceme definovat pojem zdravotní postižení, měli bychom nejprve definovat pojem zdraví. Jednou z neznámějších definic zdraví je definice WHO (Světové zdravotnické organizace), kde za zdraví je považován „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“. Nikoliv tedy pouze nepřítomnost nemoci. (Venclík a kol., 2016, s.14-15)

Osobou se zdravotním postižením se rozumí osoba mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejímu plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními. (Venclík a kol., 2016, s.14)

Dle WHO je postižení „částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánů“.

V české legislativě najdeme pojem zdravotní postižení například v zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách. Podle tohoto zákona rozumíme zdravotním postižením „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

Dnes se často pro člověka, který je nějakým způsobem omezen ve své činnosti, používá termín disabilita (z anglického jazyka disability). Překlad tohoto termínu je omezení, redukce, až znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí a činností vyplývajících z choroby, závady, poruchy nebo stáří. (Venclík a kol., 2016, s.14-15)

Kromě disability se velmi často používá pojem handicap, hlavně v českém prostředí. Avšak ICF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností) již nedoporučuje používat.

Handicap, hendikep můžeme vysvětlit jako znevýhodnění v určité oblasti osobních i sociálních aktivit. (Novosad, 2011, s.88)

Matoušek (2008, s.90) handicap charakterizuje jako nepříznivou sociální situaci člověka vyplývající z poruchy nebo omezené schopnosti. Zatímco poruchu či funkční omezení považuje za neovlivnitelné, handicap je ovlivnitelný systémovými opatřeními. (Novosad, 2011, s.88)

Novosad (2011, s.93) „*Handicap označuje znevýhodnění vytvářené společností, prostředím či jednotlivci. Pro člověka na vozíku není v bariérové budově handicapem jeho fyzické postižení, ale schody*“.

Dále bych zmínila pojem invalidita, jehož definice je méně známá. Například pan prof. I. Tomeš, DrSc., za invaliditu označuje „*stabilizovanou fází nemoci u osoby se zdravotním postižením dlouhodobějšího rázu*“. Definuje ji jako „*přechodné, nebo trvalé, tělesné, či duševní poškození, nebo ztrátu určité funkce, či části organismu, s následnou sníženou pracovní schopností*“. (Venclík a kol., 2016, s.15-16)

Pro české prostředí je známý pojem invalida (osoba s postižením). Slova jako invalidita a invalida mají základ v angličtině, znamenají znehodnocený, slabý, neplatný a opakem je slovo validita, tzn. platný. (Novosad, 2011, s.91)

1.2 Problematika tělesného postižení

Na úvod bych chtěla zmínit hezký citát od Seneky, kterého zmiňuje Novosad (2011, s.156): „*Vadou těla se duše nezohaví, krásou duše se zdobí i tělo*“.

Hlavním problémem osob s tělesným postižením je ztížení či ztráta schopnosti pohybu, individuálně zvýšená závislost na technických pomůckách či opatřeních jako je bezbariérovost prostředí, dopravy, budov. Také závislost na fyzické pomoci, asistence při poskytování péče. Respektování určité životosprávy, zdravotních opatření či rehabilitací (Novosad, 2011 s.105). Z toho vyplývá, že mají specifické potřeby, které kdyby nebyly uspokojovány, nebylo by možné zvládat životní aktivity.

Lidé s tělesným postižením jsou velmi často srovnáváni s rozporem mezi vlastním i společností preferovaným estetickým ideálem, vzhledem a funkcí vlastního těla. (Hanková a kol., 2016, s.23) Může tak vzniknout vědomý i podvědomý odmítavý vztah vůči sobě samému, vůči svému tak nedokonalému tělu, které se stalo překážkou téměř ve všech činnostech v životě. (Novosad, 2011, s.113)

Dnešní společnost je výrazně hodnotově orientovaná na výkon jako je práce, sport, ale také na jakousi image (fyzickou přitažlivost, zdraví, oblečení, komunikaci, životní styl) a úspěšnost jedince (profesní, sociální postavení, majetek). A jedinec, který má nějaký znevýhodňující problém, odlišnost, je vnímán jako neatraktivní, potenciálně neúspěšný, zkrátka je odsunutý mimo hlavní proud společenského dění. (Michalík a kol., 2011, s.181) Může to však dojít i k diskriminaci v přístupu k občanskému životu i sebeuplatnění.

Rozdíly ve vlivu postižení na jednotlivé složky osobnosti mohou být způsobeny časem, ve kterém postižení vzniklo. (Hanková a kol., 2016, s.23) Dle mého názoru má velký vliv na jedince to, jestli se jedná o postižení vrozené, nebo získané. S vrozeným postižením má alespoň možnost se do svých omezení socializovat již od dětství, kdežto se získaným postižením se hůře přizpůsobuje novým podmínkám, které jsou s tím spojené. Můžeme tedy souhlasit s tím, že jedním z nejnáročnějších tlaků na lidskou psychiku je v období úrazu, operace nebo akutního průběhu nemoci náhlý přechod zdraví v nemoc, funkční nedostatečnost, nebo dokonce postižení. Když se problémy, bolesti a mnohé jiné nepříjemné jevy podaří vyřešit, rehabilitace a léčba jsou účinné a jedinec se může bez větších následků vrátit k původnímu životu, je psychické trauma většinou překonáno. Pokud ale dojde k vážnějším postižením, která často vedou k upoutání na lůžko nebo na invalidní vozík, může u jedince dojít k tzv. krizové situaci. Krizová situace nastává u lidí, kteří do vzniku úrazu nebo nemoci neměli žádné zdravotní problémy a kterým i přes nejmodernější léčbu zůstanou trvalé následky. U jedince se tato krizová situace projevuje v jednotlivých fázích: a) šok a popření – objevují se často otázky typu: „To přeci nemůže být pravda, proč zrovna já?“, b) smlouvání („Třeba to nebude tak zlé“), c) pátrání po vinících („Kdo za to může?“), d) přijetí skutečnosti, e) hledání východisek („Co budu dělat Jak budu žít dál?“), f) smíření se („Dobře, musím to přijmout“). (Michalík a kol., 2011, s.188) Ne každý se však dostane do fáze smíření se. Často záleží na jiných okolnostech jako je podpora rodiny, zázemí, motivace, partner. Právě včasná a cílená pomoc může zabránit vzniku handicapu psychosociálního charakteru.

Důležitým pomocníkem v této problematice je ucelená rehabilitace, která má za cíl získat nebo znovuzískat či obnovit biopsychosociální fungování člověka a upevnění jeho nejvyšší možné výkonnosti, funkční schopnosti, soběstačnosti v postižení či nemocí dotčených oblastech života. Jde o zmírnění rizik a rozvoje následků jeho postižení či nemoci. Takto popisuje ucelenou péči WHO, kterou autor Michalík a kol. (2011, s.219-220) zmiňuje ve své knize.

Právě ucelená rehabilitace zabezpečuje lidem s postižením co největší účast na společenském, občanském i hospodářském životě a co největší možnou nezávislost. K tomu se využívají léčebná, sociální, psychologická, výchovně-vzdělávací i technická opatření. K zajištění ucelené rehabilitace jsou potřebné různé profese. Například důležitou roli má odborný lékař, který zajišťuje léčebné působení na vedlejší symptomy nemoci či postižení. Ergoterapeut a fyzioterapeut – zajišťují a realizují rehabilitační plán k získání a udržení hybnosti. Svou důležitou roli má i speciální pedagog, neboť pomáhá vypracovat a realizovat individuální vzdělávací plán nebo dokončit vzdělání. Sociální pracovník podporuje v zaměstnání, bydlení, hájení zájmů a potřeb. Psycholog diagnostikuje případné psychické problémy, motivuje a podporuje jedince. (Michalík a kol., 2011, s.220) Jsem přesvědčená o tom, že práce v pomáhajících profesích není vůbec snadná a zabere spoustu času, trpělivosti, empatie a lidskosti. Ve společnosti se můžeme setkat jak s přístupy naprosto přirozenými a vstřícnými, tak s postoji spíše odmítavými, kdy není pochopení a snaha pomoci postiženému vyřešit jeho problém. (Michalík a kol., 2011, s.220)

1.2.1 Pohled společnosti na handicapované matky

V této kapitole vysvětluji, co znamená pro každého jedince proces socializace, a zmiňuji některé přístupy společnosti k handicapovaným od minulosti až do současnosti. Dále se konkrétněji zabývám tím, jaká je současnost matek s handicapem.

Ve společnosti má velkým význam pro každého jedince umět se přizpůsobit společenskému životu, osvojení si společenských norem a způsobu chování. Tomuto procesu odborně říkáme „socializace“. Schopnost socializace má nepochybně multifaktoriální dimenzi, danou subjektivními předpoklady i objektivními aspekty, danými stavem vývoje přírody a společnosti. Z toho vyplývá, že míra socializace není u všech postižených jedinců stejná. (Hanková a kol., 2016, s.38) Můžeme ji totiž rozdělit do čtyř následujících stupňů:

- **Integrace** – plné začlenění a splynutí jedince s postižením se společností, takže se stává rovnoprávným partnerem ve všech oblastech profesní přípravy, pracovního uplatnění i společenského života.
- **Adaptace** – schopnost osoby s handicapem přizpůsobit se sociálnímu prostředí, komunitě a společenským podmínkám.
- **Utilita** – sociální upotřebitelnost osoby s postižením, jejíž vývoj je značně omezen. Jedinec tedy již není samostatný v mnoha oblastech a je závislý na ostatních. Takový člověk může mít potíže s plnou socializací.

- **Inferiorita** – nejnižší stupeň socializace osob s tělesným postižením. Vyznačuje se úplným vyčleněním ze společnosti, neboť tito jedinci jsou naprosto nesamostatní. (Hanková a kol., 2016, s.38-39)

Možné odchylky v sociálním vývoji osob s tělesným postižením závisejí na tom, jak se společnost k jedinci s postižením chová a co od něho očekává. Od jedince se mnohdy neočekává to, co od zdravých, a pakliže by se jim chtěl přiblížit, společnost často reaguje odmítavě. (Hanková a kol., 2016, s.39) Velmi záleží nejen na reakci okolí, ale také na samotné osobě s tělesným postižením, jejíž reakce mohou být různé, odvíjejí se od vlastního defektu, zachovaných možností, ale také zkušeností. (Hanková a kol., 2016, s.39)

Kdybychom se podívali do minulosti na vývoj přístupu k osobám s handicapem, zjistili bychom, že pro období starověku byl typický tzv. **represivní přístup**, který byl založený na zneužívání a zotročování znevýhodněných osob. Až ve středověku se objevovala snaha o ochranitelství, tedy o **charitativní přístup** k postiženým osobám. V novověku převládal **humanistický přístup**, jehož záměrem byla komplexní péče o osoby s handicapem. Na přelomu 19. a 20. století se již objevovaly **přístupy rehabilitační**, kde byla snaha o „znovuuschopnění“ člověka s postižením. A jako poslední bych zmínila **přístup inkluzivní**, který je uplatňovaný v současnosti. Jehož jádrem je snaha začleňovat jedince s postižením do společnosti a nevyčleňovat z běžné populace. (Hanková a kol., 2016, s.41)

V porovnání s minulými generacemi jsou podmínky pro rodiny stále výhodnější a flexibilnější jak v možnostech přivýdělnku, tak péče o děti. S tím přibývá i nestandardních a různým způsobem znevýhodněných párů – ti kteří se rozhodnou mít a vychovávat dítě i přes vážnější zdravotní handicap. Dnešní zdravotní systém na takovou situaci již reaguje a snaží se přizpůsobit, ale ne vždy je adaptace dostačující. Štarková (2012) sdílí své zkušenosti z praxe, kterou absolvovala v Ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež v Brně. Z její zkušenosti vyplývá, že lidé s handicapem, kteří se rozhodnou založit rodinu, bojují nejen se svým zdravotním znevýhodněním, ale i s nesouhlasem, až nulovou podporou rodičů a svého okolí. Přitom převážná část z nich se aktivně zajímá o své možnosti a omezení v těhotenství a rizika možného přenosu vady na děti ve vztahu ke své diagnóze. Když se žena nebo pár rozhodnou mít dítě, objevuje se řada otázek, které souvisejí s jejich současnou situací a možností mít dítě i přes jejich zdravotní handicap. V dnešní době se takový pár již může informovat, nebo se dokonce stát členem několika organizací, které se přímo zaměřují na proble-

matiku těhotenství, mateřství s handicapem. Například obecně prospěšná společnost Centrum Paraple, založená v roce 1994 Zdeňkem Svěrákem a občanským sdružením Svaz paraplegiků – dnes Česká asociace paraplegiků. Centrum paraple pomáhá lidem ve věku od 15 let žijícím na území České republiky po náhle vzniklém poškození míchy. Podporují klienty v jejich seberealizaci po úrazu i v průběhu dalšího života. A právě Paraple v roce 2018 zveřejnil program „Máma a táta na vozíku“. Cílem tohoto programu bylo odlehčit jim od každodenních starostí, umožnit sdílet své zkušenosti, získat důležité informace a vytvořit místo, kde naberou síly a budou se moci věnovat jen sami sobě. (Paraple.cz) Dalším centrem, které je dostupné pro maminky s handicapem, je Anahita – centrum pro těhotenství, porod a mateřství. Zdravotnické zařízení poskytuje poradenství a péči ženám v těhotenství a mateřství, mimo jiné i návštěvní službu po porodu hrazenou pojišťovnami. Porodní asistentky v centru poskytují předporodní kurzy a poradenství po porodu ženám i v domácím prostředí. (Anahita.cz.) Jako poslední bych určitě zmínila neziskovou organizaci Aperio. Poskytují poradnu rodičům, kteří řeší výchovu dětí, zaměstnání, problémy v partnerství. Aperio se mimo jiné rozhodlo pomoci ženám s handicapem orientovat se v tom, co systém porodnické péče rodičům se zvláštními potřebami nabízí. (Aperio.cz)

Závěrem této kapitoly bych napsala pár pravdivých vět, které Vítová (2007) zmiňuje ve svém článku AZ rodina: „Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života Listinou základních práv a svobod 2/1993 Sb., konkrétně v č. 10“. Každý má také právo na adekvátní péči, včetně léčby neplodnosti a aplikace metod asistované reprodukce, a to bez ohledu na to, má-li taková pacientka handicap či nikoli. (Vítová, 2007)

1.3 Charakteristika tělesného postižení

V této kapitole se zabývám charakteristikou tělesného postižení, která se v závislosti na jednotlivých autorech může lišit.

Tělesné postižení můžeme definovat jako dlouhodobý nebo trvalý stav, který je charakteristický anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí odstranit nebo alespoň zmírnit. (Novosad, 2011, s.85) Takový stav znamená postižení některé či více oblastí obvyklého fungování člověka, přináší omezení v životních možnostech, znemožňuje práceschopnost a výrazně zasahuje do mnoha stránek kvality života. (Novosad, 2011, s.85)

Dále lze tělesné postižení charakterizovat jako omezení hybnosti, až znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace v přímé souvislosti s poškozením, vývojovou vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace nebo amputací či deformací části motorického systému. Společným rysem těchto lidí je primární zredukování obvyklých pohybových aktivit a v některých případech i částečná nebo úplná imobilita. Takové postižení má zásadní vliv na kvalitu života jedince. (Michalík a kol., 2011, s.183)

1.4 Druhy a specifika tělesného postižení

Vzhledem k tématu mé bakalářské práce je nutné zmínit některá postižení, která souvisejí i s upoutáním jedince na invalidní vozík v průběhu života.

Tělesné postižení můžeme rozdělit na dvě skupiny: chronické onemocnění (dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, často nevyléčitelné), lokomoční a pohybová postižení (omezení hybnosti až k její ztrátě). (Novosad, 2011, s. 87).

Nejčastěji se jedná o různé typy obrn, tedy postižení způsobené poškozením mozku nebo míchy. Obrna může být částečná (paréza) nebo úplná (plegie). Z obrn bych zmínila hlavně dětskou mozkovou obrnu. Za chronické onemocnění související s poškozením mozku můžeme považovat například autoimunitní onemocnění roztroušenou sklerózu. Dále můžeme tělesné poškození rozdělit na vrozené a získané. (Venclík a kol., s.50-51)

1.4.1 Vrozené postižení

Vrozené tělesné postižení vzniká v průběhu těhotenství nebo při porodu. Více ovlivňuje vývoj dítěte, které v důsledku postižení nemůže získat určité zkušenosti a dovednosti. Vrozené postižení není pro něj tolik traumatizující, neboť jedinec je na svůj handicap postupně adaptován od narození (Venclík a kol., 2016, s.50-51)

1.4.2 Dětská mozková obrna (DMO)

Jedná se o neprogresivní postižení postury, tonu a hybnosti způsobené lézí nezralého mozku v prenatálním, perinatálním a časně postnatálním období. Hlavní příčinou je hypoxicko–ischemické postižení mozku. (Novotná a kol., 2012, s.172) Co se týče **prenatální** příčiny, jsou to nejčastěji vrozené infekce toxoplazmóza, rubeola, cytomegalie, herpetická infekce. Avšak příčiny mohou být způsobené i škodlivými účinky teratogenních a toxických látek v podobě drog a alkoholu. (Hanková a kol., 2016, s.17) Při porodu fyziologických novorozenců je častou komplikací hypoxie, trauma CNS. (Hanková a kol., 2016 s.17) Mezi **perinatální** příčiny řadíme předčasný porod a s ním spojená nedonošenost plodu, překotný nebo

protražovaný porod, nesprávné vedení porodu, nevhodná farmaka používaná při porodu, útlak hlavičky nebo přidušení dítěte v průběhu porodu. (Michalík a kol., 2011, s.198) Další příčiny mohou být tzv. **časně postnatální**, ke kterým řadíme: úrazy hlavy, infekce, dušení, otravy, novorozenecká žloutenka při rh inkompatibilitě. (Michalík a kol., 2011, s.198) Ke stanovení diagnózy většinou dochází v novorozeneckém a kojeneckém období na základě neurologického vyšetření, EEG, testu zrakových funkcí a také „bed-side“ ultrazvukového vyšetření, anamnézy. (Hanková a kol., 2016, s.17).

DMO můžeme dělit na formu spastickou a nespastickou. **Spastická** forma je charakterizována abnormálně zvýšeným svalovým napětím. A **nespastická** forma se vyznačuje typickým snížením svalového tonu, ochablostí. (Michalík a kol., 2011, s.198)

Klasifikaci DMO každý autor vymezuje odlišně. Autorka Hanková (2016, s.17-18) ve své literatuře zmiňuje autora (Zobana, 2011, s.227), který člení DMO klasifikaci podle lokalizace, tedy podle toho, která část těla je hybně postižena. Například **diparézy**, tj. ochrnutí dolní části těla, zejména dolních končetin. Nejčastěji se objevuje u nedonošených dětí. Dále **hemiparézy**, ochrnutí poloviny těla, které mohou být levostranné nebo pravostranné. Také **kvadruparézy**, částečné ochrnutí všech čtyř končetin.

1.4.3 Vývojové vady

Vrozené vady vznikají v průběhu nitroděložního vývoje v druhé polovině těhotenství. Vznikají v důsledku souhry genetických faktorů, působení toxinů, hormonálních poruch, některých onemocnění matky v graviditě nebo mechanickým poškozením plodu. (Novotná a kol., 2012)

Zmínila bych nejznámější vývojové vady, které se vyskytují. Například (Novotná a kol., 2012, s.168) píše o **dysrafii**, která označuje poruchy dorzálního uzávěru neurální trubice, tedy rozštěpy páteře a míchy. Mícha tak není kryta páteřním kanálem a je buď zcela obnažena, nebo chráněna pouze kůží. Toto postižení bývá řešeno operativně, přesto však zůstávají patrné poruchy mobility.

Dále také vada nazývaná **Spina bifida occulta**, uzavřený defekt neurální trubice, kdy nedošlo k uzavření obratlových oblouků. Obvykle je tato vada nalezena náhodně na RTG snímku. Vada může být spojena s lipomem nebo syndromem fixované míchy, kdy je mícha spojena s kostí nebo kůží. Mícha se napíná a může tak dojít k rozvoji parézy dolních končetin. (Novotná a kol., 2012, s.168)

A jako poslední bych napsala pár vět o **meningokéle – spina bifida cystica**. Tato vada je diagnostikovaná již v dětství. Vzniká poruchou uzávěru kaudální části neurální trubice. Je to rozštěp obratlového oblouku, z něhož vystupuje vak tvořený měkkými míšními plenami (dura mater), který je vyplněný mozkomíšním mokem. Meningy a míšní tkáň prolabují nejčastěji v oblasti thorakolumbální (hrudněbederní) nebo sakrální páteře. (Dort a kol., 2018)

1.4.4 Získané postižení

Získané postižení je vlastně neočekávaný přechod zdraví v „nezdraví“, funkční nedostatečnost a často i vzhledová odlišnost. Lidé v takové situaci, kdy dochází k náhle vzniklým změnám jejich zdravotního stavu v důsledku úrazu, akutního i progredujícího průběhu nemoci, nemají možnost postupné adaptace jako lidé s postižením vrozeným. (Novosad, 2011, s.114).

1.4.5 Poranění míchy a páteře, amputace, CMP

V České republice je okolo 350 úrazů míchy ročně. Nejvíce se vyskytuje u dětí, mladých osob mezi 15. a 30. rokem a u starších nemocných. Ve více než 50 % případů jde o postižení krční míchy.

Poranění míchy je definováno jako částečná nebo trvalá změna postihující funkce motorické, senzitivní a autonomní včetně sfinkterových a reflexních funkcí pod místem léze. (Štětkářová, 2019, s.216)

Podle závažnosti postižení míchy rozlišujeme:

- Komoce (otřes)
- Kontuze (zhmoždění)
- Komprese (útlak)
- Hematomyelie (krvácení do míchy)
- Flekční-extenční poranění páteře (whiplash syndrom)

Míšní poranění můžeme dělit podle doby vzniku na akutní a chronická. Akutní míšní poranění nejčastěji vzniká v rámci úrazů páteře při autonehodách, po sportovních úrazech a pádu. Vyskytují se úrazy páteře: bez poranění míchy, s poraněním míchy, s poraněním míchy bez poranění páteře. Často jsou tyto úrazy součástí polytraumatu, kdy je v 70 % poraněná hlava a v 60 % poraněný hrudník. Dále lze rozdělit poranění na **nepenetrující** (pády, autonehody, násilné činy) a **penetrující** (bodná, střelná poranění). Častěji je postižena oblast krční míchy, méně hrudní a bederní mícha. Chronická míšní poranění jako následek traumatu míšní léze

je psychicky i fyzicky velmi devastující stav. Postihuje převážně mladé osoby, kdy po zvládnutí akutního stadia následuje dlouhodobý pobyt na vozíku nebo na lůžku a zcela znemožní jejich dosavadní životní styl. (Štětkářová, 2019, s. 216-220)

Úrazové poranění míchy se dělí na:

- Primární (postižení vzniká přímo úrazem)
- Sekundární (postižení je způsobeno poruchami mikrocirkulace, edémem, útlakem při epidurálním krvácení)

Podle stupně postižení funkce míchy dělíme poranění míchy na kompletní a nekompletní. K určení stupně postižení využíváme škálu AIS (American Spinal Injury ASSociation Impairment Scale), tzv. Frankelova klasifikace. Nemocní s **kompletní** lézí mají minimální šanci na úpravu, pokud přetrvává déle než 72 hodin po traumatu. Lepší prognózu mají nekompletní léze, jsou-li zachovány senzitivní funkce, kdy je až 50% šance, že pacient bude chodit. Za neurologickou hranici léze se považuje míšní segment, který má ještě zachovanou motorickou a senzitivní funkci. Kompletní míšní poranění znamená ztrátu motorických, senzitivních a reflexních funkcí v místě poranění. Tento stav se často projevuje jako „akutní míšní šok“, dochází k úplnému útlumu míšních funkcí a reflexů. Vzniká tak kvadruparéza (postižení všech čtyř končetin) nebo paraparéza (postižení poloviny těla, nejčastěji obou končetin). **Nekompletní** míšní léze je charakterizována částečným zachováním míšních funkcí pod místem léze. (Štětkářová, 2019, s.219-222)

Chronické míšní poranění jako následek traumatické míšní léze je psychicky a fyzicky velmi náročný stav, kdy po zvládnutí akutního stadia má člověk před sebou dlouhý pobyt na vozíku nebo na lůžku a dochází k znemožnění jeho dosavadního života, na který byl zvyklý. Následky poranění míchy zcela ovlivní společenský život. (Štětkářová,2019, s.222)

V této kapitole bych chtěla napsat také něco o samotném **poranění páteře**. Nejčastěji takové poranění postihuje páteřní sloupec, jeho kostěný skelet, vazivový aparát a meziobratlové ploténky, míšní a nervové struktury. Páteř se láme, vymkne nebo vykloubí hyperflexí, přímým nárazem nebo hyperextenzí. Zmínila bych například distorzi (podvrtnutí) obratlů, kdy dochází k poškození vazivového aparátu obratlů a jejich kloubů. Nejčastěji krčních obratlů (často při úrazech hlavy při dopravních nehodách, kdy dojde k prudkému pohybu dozadu a bezprostředně poté k pohybu dopředu). Dále jsou časté luxace (vymknutí) obratlů – postižené segmenty páteřního sloupce zůstávají dislokovány mimo příslušná meziobratlová

skloubení. Postihuje oblasti přechodu krční/hrudní páteře. Je tu velké riziko poranění míšních struktur, které je často spojené s traumatem skeletu (zlomeniny obratlů, výhřez ploténky). A jedny z častých zlomenin jsou právě zlomeniny obratlů, kdy dochází k postižení kterékoli úrovně páteřního sloupce (tělo obratle, obratlový oblouk nebo výběžky obratlů). (Novotná a kol., 2012, s.60)

Cévní mozková příhoda (CMP)

Dříve mozková příhoda postihovala spíše starší jedince, nyní však stále více postihuje i mladší ročníky. Cévní mozková příhoda je náhle vzniklá, přechodná nebo trvalá porucha funkce centrálního nervového systému jako důsledek vaskulární patologie různé příčiny. (Novotná a kol., 2012, s.31) CMP jsou odpovědné za více než 5 000 000 úmrtí ročně. CMP můžeme dělit dle příčiny na ischemickou a hemoragickou. **Ischemická CMP** je způsobena nedostatečnou dodávkou krve a živin k mozkové tkáni kvůli uzavření přívodné mozkové tepny trombem (sraženinou) či embolem (sraženina, která vzniká jinde než v mozkové tepně a následně se uvolní) a tyto následky nejčastěji způsobuje ateroskleróza (kornatění tepen), ukládání tukových částic do cévní stěny, nebo porucha srdeční funkce v podobě arytmie, prodělaný infarkt myokardu apod. Tato forma se vyskytuje až v 80 % případů (autor). Dle průběhu se ischemická forma CMP rozděluje na tranzitorní ischemickou ataku (TIA) a reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND). (Novotná a kol., 2012, s.31) **Tranzitorní ischemická ataka (TIA)** je krátkodobá porucha mozkových funkcí v důsledku nedostatečného přísunu kyslíku (tzv. ischemie), která se ovšem samovolně upraví. **Reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND)** je ischemický výpad funkce delší než 24 hodin a obvykle do 72 hodin s kompletní normalizací.

Hemoragická CMP je způsobena poškozením stěny mozkové cévy, kdy nejčastější příčinou je vysoký krevní tlak. K porušení cévní stěny dojde v oblasti aneuryzmatu (výdutě). Vzhledem k rychlosti progresu CMP, je důležité rychlé odhalení CMP a lékařská pomoc. Hlavní příznaky jsou: zhoršená motorika a řečová funkce, pokles ústního koutku, poruchy zraku, čtení, psaní a citlivosti. Dochází k postižení levé nebo pravé dolní i horní končetiny. Tato forma se vyskytuje asi ve 20 % případů. (FYZIOklinika fyzioterapie s.r.o.)

Rizikové faktory cévních mozkových příhod, můžeme rozdělit na (FYZIOklinika fyzioterapie s.r.o.)

Ovlivnitelné:

- Diabetes mellitus (cukrovka)
- Arteriální hypertenze (vysoký krevní tlak)
- Kouření
- Obezita
- Nedostatek pohybové aktivity
- Vysoká hladina cholesterolu
- Jiné onemocnění cév či srdce

Neovlivnitelné:

- Věk
- Pohlaví
- Genetická predispozice

Amputace:

Amputace jsou většinou nezvratná kromě úspěšných transplantací končetin nebo jejich „znovunapojení“, oddělených úrazem. K amputacím dochází při traumatu nebo při chirurgickém zásahu, často v situaci přímého ohrožení života jedince, či při řešení důsledků určitého onemocnění jako jsou onemocnění nádorová, cévní, metabolické – zejména cukrovka, zá-
nětlivé onemocnění. (Michalík a kol., 2011, s.210) Dnes se amputace řeší většinou protézami, které jedinci usnadní život. Používání protéz je ale poměrně náročné jak na úpravu vhodné protézy, tak na nácvik jejího užívání. Pahýl se před nasazením musí zabandážovat.

2 TĚHOTENSTVÍ A ZVLÁŠTNOSTI PRENATÁLNÍ PÉČE U ŽEN NA INVALIDNÍM VOZÍKU

V této kapitole se zabývám problematikou těhotenství žen na invalidním vozíku. Jaké zvláštnosti se u nich v těhotenství vyskytují v závislosti na jejich postižení a specifická vyšetření, kterým se v rámci prenatální péče podrobují.

2.1 Problematika těhotenství a specifická vyšetření

Těhotenství je období plné nových očekávání, zážitků a proměn. Každá žena má právo na to stát se matkou, avšak mluvit o mateřství žen se zdravotním handicapem je stále jedním z mnoha existujících tabu. (Hladíková a kol., 2021, s.44-46)

Ženy, které jsou na invalidním vozíku, ať už z jakéhokoliv vážného důvodu, mají v období těhotenství a po narození dítěte jistá omezení a často potřebují zvláštní oporu, to ovšem neznamená, že se nemohou stát a být dobrými matkami. (Hladíková a kol., 2021, s.44-46) Každá žena, tedy i žena s handicapem, má v těhotenství jisté obavy. Klade si otázky, zda bude dobrou matkou nebo zda se její dítě narodí zdravé a zvládne se o něj dostatečně postarat. To jsou naprosto normální obavy každé budoucí maminky.

Délku těhotenství počítáme od prvního dne poslední menstruace, i když ovulace a oplodnění nastaly přibližně o 14 později. V literatuře se většinou dočteme, že trvání těhotenství bylo průměrně stanoveno na 280 dnů, tj. 40 ukončených týdnů., což odpovídá 10 lunárním měsícům. (Hájek a kol., 2014, s.31-32)

Těhotenství dělíme na tři období, tzv. trimestry. První trimestr trvá do 12 týdnů, druhý do 28 týdnů a třetí od 28 týdnů do termínu porodu. (Hájek a kol., 2014, s.31-32)

Velká část těhotenství probíhá fyziologicky, ale stále více se setkáváme s tzv. rizikovými rodičkami, u kterých se můžou vyskytovat některé rizikové faktory, které do jisté míry mohou ovlivnit fyziologický průběh těhotenství. Proto je velmi důležité, aby každá těhotná žena docházela do prenatální poradny, kde jí budou od začátku těhotenství provedena specifická vyšetření s ohledem na stáří těhotenství, jejichž cílem je zabránit rozvoji patologickému těhotenství. (Hladíková a kol., 2021, s.44-46)

V rámci prenatální péče se o těhotnou ženu stará gynekolog a porodní asistentka. Po stanovení gravidity si žena může zvolit prenatální poradnu, do které bude docházet na pravidelné

prohlídky během celého těhotenství. Je důležité každou ženu edukovat o pravidelnosti docházení na jednotlivá vyšetření vzhledem ke stáří těhotenství.

Kromě jiného bude u ženy na invalidním vozíku hrát velkou roli také to, jaký je přístup v prenatalní poradně vzhledem k jejímu postižení a omezení. Bariéry mohou zahrnovat negativní postoje ze strany poskytovatelů zdravotní péče a také překážky fyzického přístupu, včetně nedostatečného parkování, úzkých dveří, chybějícího nastavitelného vyšetřovacího stolu, nedostatečné pomoci při návštěvě gynekologa. (Smelzer, 2007)

Pro pohodlí pacientky nebo v případě, že není schopna zaujmout tradiční gynekologickou polohu při vyšetření, může být nutné zvolit alternativní polohy. Před vyšetřením je důležité u ženy vyhodnotit spasticitu nebo kontraktury, které vyžadují speciální manévry, aby lékař mohl dokončit vyšetření. (Smelzer, 2007)

Jak často budou těhotné ženy docházet na pravidelné prohlídky nám určuje rozdělení těhotných do základních skupin: a) těhotné ženy s malým rizikem b) těhotné se středním rizikem c) těhotné s vysokým rizikem (Hájek a kol., 2014, s.83)

a) Těhotné s malým rizikem

Jedná se o ženy bez rizikových faktorů v anamnéze a s normálními výsledky všech klinických a laboratorních vyšetření v průběhu gravidity. Jedná se tedy o fyziologické těhotenství. Těmto ženám poskytujeme prenatalní péči do 34 t. t. po 4-6 týdnů. Po 34 t. t. poté po 1-2 týdnech. A po 40 t. t. 2x týdně.

Žena může být předána do ambulantní péče pracoviště, které povede její porod od 36 t. t.

b) Těhotné se středním rizikem

Tyto ženy mají anamnézu zatíženou rizikovými faktory, ale jejich výsledky vyšetření jsou v normě. Takové těhotenství označujeme jako rizikové. Frekvence návštěv bude závislá na aktuálním zdravotním stavu a na výsledcích vyšetření. Pokud nebudou v normě, žena bude sledována častěji.

c) Těhotné s vysokým rizikem

Žena má většinou rizikové faktory v anamnéze a laboratorní výsledky jsou patologické. V tomto případě těhotenství považujeme za patologické. Žena bude docházet na prohlídky individuálně dle stavu. (Hájek a kol., 2014, s.83)

První návštěva v poradně by měla být nejdéle do 12. týdne těhotenství, kdy porodní asistentka založí ženě těhotenskou průkazku, se kterou bude docházet na každou další prohlídku. Do průkazky porodní asistentka zaznamenává všechny potřebné informace, odlišnosti a výsledky vyšetření ženy, které jsou potřebné pro zhodnocení dalšího vývoje těhotenství. V rámci první návštěvy by také měla porodní asistentka edukovat ženu o vhodném zdravém životním stylu a dát prostor ženě na otázky.

Vyšetření, která by žena v těhotenství měla pravidelně podstupovat, můžeme rozdělit na pravidelná a nepravidelná. (Hájek a kol., 2014) **Pravidelná vyšetření** jsou taková, která žena podstupuje každou návštěvu v poradně. Například sběr anamnestických údajů, ptáme se na stesky a problémy ženy. Součástí pravidelných vyšetření je zevní vyšetření s určením hmotnosti dítěte. Měří se tlak, pulz, teplota. Provádí se chemická analýza moči „papírková metoda“, kde se zaměřujeme hlavně na výskyt krve a bílkoviny v moči kvůli možnému výskytu preeklampsie jakožto rizikového onemocnění v těhotenství. Vyšetřuje se vitalita plodu. **Nepravidelná vyšetření** se dělají na základě stáří těhotenství.

Nepravidelná vyšetření

Do 14 t. t. – stanovujeme laboratorní vyšetření (krevní skupina + Rh faktor ženy, vyšetření titru erytrocytárních protilátek, krevní obraz, sérologické vyšetření HbsAg – žloutenka a HIV, protilátky proti syfilis. Součástí je také biochemický screening v I. trimestru – odhalení včasných VVV plodu.

V 16 t. t. – biochemický screening vrozených vývojových vad ve II. trimestru, tzv. Triple test (screening zaměřený na odhalení Downova syndromu). Screening se dělá pouze tehdy, pokud ho žena nepodstoupila v I. trimestru.

18. – 22. t. t. – první ultrazvukový screening vrozených vývojových vad plodu. Vyšetřuje se: počet plodů, vitalita plodu, lokalizace placenty, množství plodové vody, podrobná anatomie plodu.

24. – 28 t. t. – screening poruch glukózové tolerance (oGTT) – odhalení těhotenského diabetu.

28. – 34 t. t. – druhé kompletní laboratorní vyšetření (Krevní obraz, titr erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních, sérologické vyšetření HbsAg a HIV, protilátky proti syfilis)

30. – 32. t. t. – druhý ultrazvukový screening – zaměřený hlavně na výskyt nitroděložní růstové retardace plodu (FGR)

35. – 37. t. t. – detekce streptokoků skupiny B. Provádí se vaginorektální stěr.

36. – 37. t. t. – třetí ultrazvukový screening – diagnostika pozdní růstové restrikce.

Od 40. t. t. – 20minutový kardiografický non-stress-test – test se provádí k zjištění stavu plodu. Sleduje se srdeční činnost plodu. (Hájek a kol., 2014)

Pravidelné a nepravidelné prenatalní vyšetření se týkají každé těhotné ženy, ale těhotné ženy, které mají nějaký tělesný handicap a jsou na invalidním vozíku, mají některá specifická vyšetření, která je důležité zmínit. Ještě předtím, než se žena chystá otěhotnět, by měla navštívit lékaře, který ověří aktuální zdravotní stav z krevních testů. Vyšetřují se hlavně ledviny a játra. Dále je důležité s praktickým lékařem, neurologem nebo spinálním lékařem naplánovat veškerou medikaci, kterou žena užívá, a vzhledem k těhotenství upravit. Některé léky mohou mít negativní vliv na zdraví plodu. Jedná se většinou o léky na bolest, na funkci močového měchýře a střevní funkce, antispastické léky. Součástí by mělo být také RTG vyšetření, které lékař naplánuje ještě před těhotenstvím, vzhledem k negativním účinkům paprsků na plod. (Hladíková a kol., 2021, s.44-46)

Těhotenství je jednou z nejhezčích etap v životě ženy, ale zároveň s sebou nese spoustu změn, které jsou pro ženu nové a často náročné. Tělo matky se v průběhu těhotenství mění a objevují se stavy, které žena doposud neznala. Proto je pro takovou ženu důležité vědět, na koho se může s potížemi obrátit, ať už se jedná o porodní asistentku, nebo lékaře.

Ženy, které jsou na invalidním vozíku například po poranění míchy, by si měly najít lékaře i další odborníky, kteří mají zkušenosti s takovou diagnózou a získat tak možnost s nimi svůj stav konzultovat. Myslí se tím konkrétně spinální lékař, ergoterapeut, fyzioterapeut. Dovolím si ale říct, že i porodní asistentka je důležitým členem v této skupině odborníků. Porodní asistentka se orientuje nejlépe v období těhotenství a mateřství a může být v tomto období ženě velkou oporou i přesto, že se jedná o ženu s handicapem. (Hladíková a kol., 2021, s.44-46)

Těhotenství může být plánované i neplánované. Vždy je lepší, když žena těhotenství plánuje a může se na příchod miminka připravit. U žen s tělesným handicapem to platí dvojnásob. Často totiž užívají nějakou medikaci, např. na zmírnění spasticity nebo bolesti. A jakákoliv

medikace, kterou žena užívá, by se měla konzultovat s lékařem, který popřípadě upraví dávkování léku s ohledem na těhotenství. Pokud žena otěhotní neplánovaně, je důležité včas navštívit gynekologa, hlavně kvůli zmíněné medikaci. (Hladíková a kol., 2021, s.44-46)

V těhotenství se můžeme setkat i s určitými problémy. Kromě běžných potíží jako jsou nevolnosti, zácpa, pálení žáhy a jiné, u žen na invalidním vozíku jsou to často potíže spojené s jejich diagnózou:

1. Urologické obtíže

- Komplikace, které se vyskytují v důsledku snížené kapacity močového měchýře
- Častým problémem je únik moči a porucha vyprazdňování. Řešením je poté permanentní močový katétr (PMK)

2. Uroinfekce

- Často zapříčiněná právě zavedením PMK, který zvyšuje riziko vzniku infekce.
- Důležité je včasné odhalení infekce a zahájení tak antibiotickou léčbu.

3. Potíže s vyprazdňováním střev

- Potíže jsou spojené i se změnou uložení vnitřních orgánů vlivem růstu dělohy.
- Nejčastější komplikací je zácpa – řeší se většinou změnou stravy nebo šetrnými projímadly na změkčení stolice.

4. Vegetativní potíže

U žen s míšním poraněním nad šestým hrudním obratlem se může objevit tzv. Autonomní dysreflexie (AD) – dochází k ní především při porodu, ale může se objevit i v těhotenství. Projevuje vysokým krevním tlakem a tachykardií. Příčinou může být: zalomený nebo ucpaný PMK, hemeroidy, zácpa, ale také tlak plodu. (Hladíková a kol., 2021, s.44-46)

5. Spasticita – zvýšení svalového napětí

- V těhotenství dochází ke zhoršení spasticity
- Dráždění může vyvolávat růst plodu

6. Respirační obtíže

- V důsledku zvětšující se dělohy a tlakem na bránici se snižuje vitální kapacita plic a zhoršuje se tak dýchání.
- Dechový objem stoupá o 50 %
- Často jsou v těhotenství s klony k hyperventilaci vlivem bolestí. (Hájek a kol., 2014, s.390)

7. Cévní obtíže

- Těhotenství a imobilita zvyšuje riziko TEN (tromboembolické nemoci)

8. Dekubity a otlaky

- S narůstající hmotností v těhotenství se zvyšuje riziko dekubitů, často vznikají v souvislosti s nevhodnou šíří nebo vypodložením invalidního vozíku (Hladíková a kol., 2021, s.44-46)

Kromě těchto komplikací se například těhotné paraplegičky mohou setkat i s výskytem anemie. (Hájek a kol., 2014, s.390)

V těhotenství se také setkáváme s problémy, které vznikají v důsledku rostoucí dělohy. TĚŽIŠTĚ A ROVNOVÁHA TĚLA se vlivem rostoucího plodu přesouvá vpřed, proto může nastat problém v sedě na invalidním vozíku, kdy bude ztížená stabilita a hybnost trupu. Pomocť může například přizpůsobení vozíku a sedu v něm. Změnou těžiště těla se zhoršuje i mobilita, kdy žena může mít pocit, že přepadává dopředu nebo je shrbená. (Hladíková a kol., 2021, s.44-46)

Jedním z mnohých problémů, který řeší těhotné ženy na invalidním vozíku, je také schopnost cítit pohyby miminka. Pohyby miminka prvoroďičky (ženy, které rodí poprvé) cítí přibližně od 20. týdne těhotenství, víceroďičky pak o dva týdny dříve (Gregora a kol., 2017, s.15). Ženy na invalidním vozíku, které mají sníženou citlivost ve výšce dělohy nebo mají poškození míchy odpovídající vyšším partiím, pravděpodobně nebudou moci přesně cítit pohyby plodu. Budou je ale moci cítit dotykem ruky na břicho.

2.2 Specifické potřeby ženy na invalidním vozíku

Lidské potřeby můžeme definovat jako stav nadbytku nebo nedostatku něčeho zcela konkrétního a pro člověka důležitého. Naplnění potřeb se mění zároveň s touhami, přáními a ideály každého jednotlivce. (Dušová a kol., 2019, s.11)

Lidské potřeby se mohou dělit na nejrůznější kategorie, ale jedno z nejznámějších dělení definoval A. H. Maslow ve své pyramidě potřeb. V Maslowově pyramidě jsou potřeby 1) fyziologické (potrava, spánek, odpočinek), 2) potřeby jistoty a bezpečí, 3) potřeba sounáležitosti a lásky, 4) potřeby uznání a sebeúcty, 5) potřeby kognitivní, 6) potřeby estetické, 7) potřeby seberealizace. (Dušová a kol., 2019, s.16) Myslím si, že pro těhotné ženy je uspokojování těchto potřeb ještě mnohem důležitější. Obzvlášť u žen, které mají tělesné postižení.

Ženy na invalidním vozíku v těhotenství často řeší ztíženou pohyblivost trupu kvůli změněnému těžišti těla a rostoucímu bříšku a potřebují upravit invalidní vozík, někdy i pořídit úplně nový, který by usnadnil ženě mobilitu. Řešením může být i menší úprava ve změně úhlu mezi sedací jednotkou a zádovou opěrkou. Ve vyšším stádiu se veškeré aktivity stanou náročnějšími a bude potřeba větší pomoci, ať ze strany rodiny, partnera nebo ergoterapeuta. S touto problematikou pomáhá již zmíněná organizace Centrum paraple. Ti dokonce pomáhají s přednastavením vozíku či zapůjčují pomůcky. Ženy, které nemají citlivost v oblasti sedu, budou kvůli možnému úniku moči potřebovat inkontinenční pomůcky (kalhotky, vložky apod.). (Hladíková a kol., 2021 s.44-46)

Na konci těhotenství každá těhotná žena přemýšlí nad výběrem porodnice, kde by si přála родit. Zajímá se o prostředí, co všechno porodnice poskytuje vzhledem k její představě o svém porodu. Zdravá těhotná žena si může vybírat dle vlastního uvážení a svým potřebám. Pro ženu, která je na invalidním vozíku, bude při výběru porodnice rozhodující její bezbariérovost. Pro takovou ženu je důležité, aby porodnice, kde se rozhodne родit, měla bezbariérový přístup na WC a do sprchy. Také pro ni bude jistě důležité, jestli porodnice umožňuje přítomnost partnera jak u porodu, tak i na oddělení šestinedělí. Například ve Fakultní nemocnici Motol poskytují bezbariérové nadstandardní pokoje a povolují i ubytování partnera. (Hladíková a kol., 2021 s.44-46)

3 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O TĚLESNĚ POSTIŽENOU ŽENU

Na začátek bych chtěla definovat, kdo je to vlastně porodní asistentka, jakou péči ženám poskytuje a jakou roli může mít v péči o tělesně postižené ženy. Dále se podrobněji zabývám podkapitolám těhotenství, porod a šestinedělí v závislosti na péči, jakou v těchto obdobích porodní asistentka poskytuje.

PORODNÍ ASISTENTKA

Dle ICM (International Confederation of Midwives) mezinárodní definice roku 2017 je porodní asistentka uznávána jako odpovědný odborný pracovník, který spolupracuje s ženami a poskytuje jim nezbytnou podporu, péči a poradenství v průběhu těhotenství, porodu a poporodním období, na vlastní odpovědnost vede porody a poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Porodní asistentka může provozovat svoji činnost v jakémkoli prostředí včetně domácího prostředí, komunitní péče, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek.

3.1 Těhotenství

V těhotenství porodní asistentka vede těhotenskou poradnu a předporodní kurzy, které mohou být individuální, ale i skupinové. Podporuje a edukuje ženu o tom, jak mít zdravé těhotenství (zdravé stravování, pohyb atd.) Připraví vás na porod i na příchod dítěte. V rámci předporodní přípravy vám nabídne možnost těhotenského cvičení, jógy nebo masáže. (Hradilová a kol., 2021, s.47-49) Předporodní přípravy se může zúčastnit i partner, který bude se ženou u porodu. Porodní asistentka odpovídá na vaše dotazy a konzultuje s vámi porodní plán. Hlavně je tu pro vás nejen jako odbornice, ale také jako velká opora. Pro handicapované ženy se porodní asistentka stává jejich důvěrníkem po dobu těhotenství, porodu i mateřství. (Lorenzová a kol., 2020, s.112)

Porodní asistentka je pro tělesně postiženou ženu průvodcem změnami, které souvisejí s těhotenstvím, porodem a s šestinedelím. Probírá s nimi prevenci rozvoje potíží spojených s jejich handicapem, doporučí péči dalších odborníků, které se budou podílet na sledování těhotenství. Porodní asistentka většinou se ženou předem připraví porodní plán, který může posloužit i ke komunikaci pro ostatní zdravotnické pracovníky a pochopení potřeb ženy. (Lorenzová a kol., 2020, s.112) Může vám také pomoci s výběrem vhodné porodnice.

Z poznatků z praxe vím, že mohou porodní asistentky také nabízet nefarmakologického tlumení bolesti, které právě pro handicapovanou ženu může být velkým pomocníkem. Doporučí ji různé vhodné polohy nebo bylinky, které zmírňují některé potíže. Při bolesti svalů, kloubů je v těhotenství vhodné využít tejpování. V tomto případě je vhodné spolupracovat i s fyzioterapeuty a ergoterapeuty. Takový tým odborníků může být pro tělesně postiženou ženu velkým přínosem.

Dále bych chtěla zmínit porodní asistentky, které pracují v komunitním prostředí. Taková porodní asistentka pracuje mimo nemocniční prostředí. V komunitním prostředí je porodní asistentka samotným poskytovatelem primární porodnické péče. Pracuje buď samostatně, nebo ve sdružení s dalšími porodními asistentkami v centru porodních asistentek. V centru se tak porodní asistentky mohou navzájem doplňovat a ženám poskytovat kontinuální porodnickou péči. Příkladem takového centra je Porodní dům U čápa v Praze. Komunitní porodní asistentky mohou také poskytovat ženě péči po propuštění z porodnice (Štomerová a kol., 2000–2020), kdy za ní dochází do domácího prostředí a zajišťuje individuální péči. Výhodou je právě návaznost péče, kdy porodní asistentka ženu zná a pečuje o ni od těhotenství až po šestinedělí. Žena i porodní asistentka tak mají větší prostor se poznat a najít k sobě důvěru. Pro tělesně postiženou ženu by taková porodní asistentka mohla být přínosem hlavně v období těhotenství a v poporodním období.

Ve III. trimestru okolo 36. týdne těhotenství by měla porodní asistentka se ženou detailně probrat, jakou míru pomoci bude žena potřebovat. Mohou si i společně projít prostředí v porodnici, ve kterém bude žena prožívat porod. Seznámí ji s tím, jak bude probíhat příjem na porodní sál, jaká vyšetření se ženě budou provádět. Poradí ženě, co si zabalit do porodnice: občanský průkaz, kartičku pojišťovny, těhotenskou průkazku, veškeré výsledky vyšetření, oddací list, dohodu o jménu dítěte, u svobodných žen přiznání otcovství vydané matrikou. Součástí tašky bude také hygiena, péče o miminko a specifické pomůcky pro ženu s postižením. (Honzátková a kol., 2021, s.50)

3.2 Porod

Než se budeme věnovat roli porodní asistentky při porodu, blíže si charakterizujeme některé z termínů, které souvisejí s vymezením definice porodu.

Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého novorozence. Za **narození živého dítěte** se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z matčina

těla bez ohledu na délku trvání těhotenství, plod po porodu projevuje alespoň jednu ze známek života: srdeční činnost, pulzace pupečníku, dýchání, pohyb kosterního svalstva. (Hájek a kol., 2014, s.175) **Mrtvě narozené dítě** se rozumí plod narozený bez známek života a jeho hmotnost je 500 g a více. Pokud nelze určit hmotnost, pak se řídíme jeho narozením po 22. dokončeném týdnu těhotenství. Pokud ani délka těhotenství nelze určit, určujícím znakem je v tomto případě délka novorozence od temene hlavy k patě, a to 25 cm.

Porod do konce 37. týdne těhotenství (tj. 37 + 6) označujeme jako porod předčasný. U porodu od 38 do 41 + 6 týdnů těhotenství včetně hovoříme o porodu v termínu. Pokud je těhotenství ukončené po 42. týdnu, nazýváme porod opožděný. (Hájek a kol., 2014, s.175)

U tělesně postižených žen musíme být více na pozoru, protože vzhledem k diagnóze ženy nemusejí vnímat kontrakce, a tak je těžké rozpoznat blížící se porod. Ve III. trimestru je proto nutné týdenní vaginální vyšetření a stanovením cervix scóre, které signalizuje možný blízký začátek porodu. (Hájek a kol., 2014, s.390) Často se tyto ženy preventivně hospitalizují několik týdnů před porodem kvůli obavě z překotného porodu (Hájek a kol., 2014, s.390) Dalším signálem u tělesně postižených žen může být zvýšená spasticita, dušnost nebo autonomní dysreflexie. (Hladíková a kol., 2022, s.3)

Porod je obvykle rychlejší a méně bolestivý, protože ochrnuté svaly jsou volnější. Děloha je inervována nervy z autonomního nervového systému a nervové impulzy v děloze nejsou kontrolovány centrálním nervovým systémem v míše, ale odlišnou částí nezávislého nervového systému. Proto žena se spinálním poškozením může rodit bez volního ovládní svalů. Pokud břišní svaly u ženy nejsou dostatečně aktivní tak, aby pomohly k vypuzení dítěte z dělohy, lze porod provést tzv. vakuovou extrakcí. (Sciparenting, 2018)

PŘÍJEM NA PORODNÍ SÁL

Při příjmu na porodním sále spolupracuje porodní asistentka s lékařem. Porodní asistentka nejprve přivítá ženu a zjišťuje aktuální stav rodičky. Pomůže ženě položit se na lůžko a napojí ji na monitor CTG, kterým sleduje stav plodu. Obvykle před napojením ženu pošle na záchod kvůli potřebnému vzorku moči, avšak pouze u žen se zachovalou plodovou vodou, a pokud žena nekrvácí. Součástí příjmu je také odebrání podrobné anamnézy od rodičky, zevní a vnitřní vyšetření a laboratorní vyšetření. Dále porodní asistentka měří tlak, pulz, teplotu. (Hájek a kol., 2014) Porodní asistentka vždy zajišťuje individuální péči vzhledem k aktuální fázi porodu. Ženy s tělesným postižením budou potřebovat specifickou pomoc při

uskutečnění jednotlivých vyšetření, a proto by měla porodní asistentka odstranit možné bariéry.

Při porodu rozeznáváme 4 doby porodní.

I. Doba porodní

První doba porodní začíná pravidelnými kontrakcemi a končí úplným otevřením děložního hrdla (porodnické branky). U prvoroďičky obvykle trvá 6–7 hodin a u víceroďičky 3–4 hodiny. (Hájek a kol., 2014, s.179)

Literatura ohledně porodu žen s tělesným handicapem je poměrně omezená. Mnoho žen se obává, že budou nuceny porodit císařským řezem jen proto, že mají postižení (Smelzer, 2007). Některým ženám například se spinálním poraněním bývá těhotenství ukončeno císařským řezem. Důvody mohou být různé: nestabilní pánev, možnost nepostupujícího porodu, zhoršená stresová inkontinence, obavy z autonomní dysreflexie¹. Autonomní dysreflexie je často důsledkem bolesti, a proto k ní může dojít během porodu. V těchto případech léčba bolesti formou epidurální anestezie může tomuto stavu zabránit. (Sciparenting, 2018) Avšak u některých žen je vaginální porod možný. (Hradilová a kol., 2021, s.47-49)

V případě císařského řezu se doporučuje již v prenatálním období konzultace a sestavení plánu s anesteziologem. (Smelzer, 2007)

Tato rozhodnutí by měla být založena na zdravých porodnických indikacích spíše než na pouhé přítomnosti postižení. Ženy jsou často schopny identifikovat, co budou a nebudou pravděpodobně schopny během porodu dělat. (Smelzer, 2007)

Pokud se tělesně postižená žena rozhodne родit vaginálně, je potřeba, aby měla zajištěné vyšetření od neurologa, svého ošetřujícího lékaře a ortopeda. Péče o ženu je v tomto případě stejná jako o zdravou ženu. (Vítová, 2012)

V I. době porodní je důležité, aby porodní asistentka ženu podporovala, uklidňovala a byla jí na blízku. Porodní asistentka ženě nabídne různé úlevové polohy, může jí nabídnout masáž a relaxaci v podobě aromaterapie, teplou koupel. Nabízí ženě nefarmakologické tlumení bolesti. Je podstatné, aby byla porodnice vybavená bezbariérově a žena se tak mohla snadněji

¹ *Autonomní dysreflexie je život ohrožující stav, který se vyskytuje u tetraplegiků a paraplegiků s poškozením míchy od šestého hrudního segmentu a výš. Důvodem je poškození vegetativního nervstva. Nejsou tak tlumeny dráždivé podněty z těla a z vnitřních orgánů, cévy jsou stažené a nebezpečně stoupá krevní tlak (Faltýnková, 2012, s. 16-17)*

pohybovat na porodním boxu a mohla využít veškerou dostupnou péči. Vždy je pro ženu snadnější, když s ní může být její partner, který ji bude psychickou, ale i fyzickou oporou. Samozřejmě porodní asistentka pravidelně poslouchá ozvy plodu, natáčí CTG, sleduje intenzitu a pravidelnost kontrakcí, pečuje o pravidelné vyprazdňování ženy, vaginálně vyšetřuje, kontroluje fyziologické funkce a celkový stav rodičky. Informuje ženu o každé změně a aktivitě, kterou porodní asistentka vykonává. (Procházka a kol.,2020, str.393-395)

II. Doba porodní

Druhá doba porodní začíná rozvinutím, tedy úplnou dilatací branky, a končí porodem plodu. U prvorodičky by neměla přesáhnout dvě hodiny a u vícerozičky jednu hodinu. (Hájek a kol., 2014, s.185)

Během druhé doby porodní monitoruje porodní asistentka ozvy plodu po každé kontrakci. Připravuje si sterilní stolek a veškeré pomůcky k porodu. Dle ordinace lékaře podává i léky. Dalším úkolem je také informovat neonatologa nebo dětskou sestru. Po celou dobu této fáze porodu se porodní asistentka snaží respektovat tempo porodu a zároveň sleduje varovné signály od rodičky, plodu nebo dělohy. (Procházka a kol., 2020, str.401-405) Porodní asistentka během této fáze edukuje rodičku o správném tlačení, dýchání a informuje ji o každé její aktivitě. Následuje dezinfekce rodidel a samotné odvedení porodu. Po porodu a přestřižení pupeční šňůry předává novorozence dětské sestře nebo další porodní asistence, která novorozence ošetří a vyhodnotí Apgar scóre. Porodní asistentka zaznamená čas porodu do dokumentace. Po ošetření novorozence poté dětská sestra nebo porodní asistentka dle zvyklosti položí novorozence matce k prsu.

III. Doba porodní

Třetí doba porodní je období, kdy dochází k odloučení a vypuzení placenty. Během této doby porodní asistentka věnuje rodičce plnou pozornost a respektuje čas na odloučení placenty. Následuje porození placenty. Zkontroluje celistvost placenty a případné poranění porodních cest. Porodní asistentka se od rodičky nevzdaluje. Kontroluje krvácení a sleduje stav rodičky. (Procházka a kol., 2020, str.425-428)

IV. Doba porodní

Začíná porodem placenty a končí odvezením ženy na šestinedělí. Jedná o dobu, kdy je žena po porodu ještě dvě hodiny na porodním sále. Je to doba plná emocí a lásky, kdy rodiče vítají své miminko.

Po ošetření případných poranění porodních cest porodní asistentka lehce očistí rodidla a zabalí ženu do deky, aby byla v teple. Během dvou hodin na porodním sále porodní asistentka kontroluje krvácení z rodidel, správné zavínování dělohy, pravidelně kontroluje fyziologické funkce a stav ženy. Také sleduje adaptaci novorozence. Edukuje ženu o vhodné poloze a nechá ji v klidu a tichu s miminkem. Před převozem na oddělení šestinedělí porodní asistentka pomůže ženě do sprchy a připraví jí síťové kalhotky s vložkami a převezve ji společně s miminkem na oddělení. (Kašová a kol., 2021)

3.3 Šestinedělí

Šestinedělí, tzv. *puerperium*, je období do 42. dne od ukončení porodu. Je charakterizováno ústupem fyziologických změn spojených s adaptací organismu na těhotenství a rozvojem laktace. Šestinedělí můžeme rozdělit na *časné* a *pozdní*. Časné trvá prvních sedm dní po porodu a pozdní je doba, kdy se involují těhotenstvím změněné pohlavní orgány. (Hájek a kol., 2014, s.208)

Žena po spontánním porodu zůstává na oddělení šestinedělí většinou 3-4 dny a po císařském řezu obvykle 5 dní. Vždy záleží na stavu rodičky a dítěte. Ženy s postižením mohou vyžadovat delší dobu pobytu v nemocnici, aby se zotavily z porodu. Vybavení pokoje by proto mělo být pro ženu co nejpřístupnější a umožnit ženě snadný přístup k dítěti. (Smelzer, 2007) Pro ženy, jejichž úroveň mobility se zhoršila kvůli těhotenským změnám, by mohla být přínosem konzultace s fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem ohledně naplánování cvičebního programu, který by pomohl ženě vrátit se lépe do původní kondice. Pokud byl porod nekomplikovaný, doporučuje se začít co nejdříve pasivně pohybovat s dolními končetinami s asistencí. (Hladíková a kol., 2022, s.9)

Pokud měla žena porod císařským řezem, je také důležité starat se o jizvu. Doporučuje se jemně hladit břišní stěnu nahoru, vodorovně i úhlopříčně směrem k pupíku a podporovat tak zavínování dělohy a smršťování měkkých tkání. Může se také zavínovat trup a břicho tkáninou nebo těhotenským pásem. Toto je dobré využít u bolesti, nestabilních beder a pánve. (Hladíková a kol., 2022, s.9)

Stejně jako u jiných žen je podporováno kojení. Podle potřeby ženy porodní asistentka pomůže ženě s kojením, najdou společně vhodnou polohu, která umožní pohodlně držet dítě u prsu. Zmínila bych například příčnou polohu, která je nejvíce frekventovaná pro kojení v sedu na vozíku. Miminko v ní drží jednou rukou, přičemž si ho předloktím přisune k tělu. Po císařském řezu je poté vhodná poloha kolébky v polosedě, protože při ní není tlak na

břicho. Je podobná příčné poloze s tím rozdílem, že se při ní v polosedě opírá o bok. Při kojení je dobré využít vhodných pomůcek, jako jsou polohovací polštáře pro podporu matky při kojení na invalidním vozíku. (Hradilová a kol., 2022, s.19) Porodní asistentka na oddělení šestinedělí kontroluje krvácení, pečuje o poporodní poranění, stahování dělohy, měří fyziologické funkce a pomáhá ženě zvládnout denní činnosti. Také ženu edukuje o vhodné životosprávě v období kojení, doporučí vhodnou péči o miminko. Při potížích s kojením nebo prsy nabízí, jak pečovat o prsy nebo nabídne vhodné bylinky k podpoře tvorby mléka. Například maliník je bylina, která se využívá k podpoře hojení, ale také ke stimulaci tvorby mateřského mléka, celkově podporuje zdraví ženských orgánů. (Hloušková a kol., 2022, s.21)

Před propuštěním ženy do domácího prostředí porodní asistentka může ženu nasměrovat k podpůrným skupinám pro ženy s postižením, kde může svoji situaci sdílet s ostatními ženami a navzájem si radit a podporovat se. (Smelzer, 2007)

4 MATEŘSTVÍ S POSTIŽENÍM

Jako poslední kapitolu jsem si vybrala mateřství s postižením, protože práním většiny žen je stát se v životě matkou. Ať už je to žena, která je zdravá, nebo je to žena, která se potýká s nějakou nemocí, postižením a jiným možným problémem.

Mateřství je důležitou součástí identity dospělého člověka, a nejen že ovlivňuje jeho prožívání, ale také uvažování a vytváření mezilidských vztahů. Mateřství u ženy naplňuje potřebu seberealizace, lásky a ženskosti. Mnoho lidí se domnívá, že kvůli zdravotnímu postižení jednoho z partnerů se nedokážou postarat o všechny povinnosti, které souvisejí s péčí o dítě. (Hanková a kol., 2016, s.86) „Není pochyb o tom, že se vyskytují případy, kdy osoby s tělesným postižením v rodičovství selžou, ale to se může přihodit i lidem bez postižení“. (Hanková a kol., 2016, s.86)

4.1 Specifika mateřství ženy s postižením

Nastává ten okamžik, kdy je žena v pořádku propuštěna z nemocnice do domácího prostředí a musí se postarat o dítě, které s ní přichází jako nový člen rodiny. Pro oba v páru je to něco nového, co doteď neznali. Rodiče mohou těžit ze zkušeností z prenatálních kurzů, kdy se na péči o dítě mohli alespoň trochu připravit.

Ženy, které mají nějaké postižení a rozhodnou se stát matkami, jsou nuceny překonávat nejen sociální bariéry, ale často se setkávají s odmítavými postoji ve svém okolí. V naší společnosti se vyskytuje názor, že když má žena potíže postarat se sama o sebe, nebude schopna se postarat o dítě. Mnoho osob se zdravotním postižením ale vede úplně samostatný život a jejich postižení pro ně není překážkou k výchově svého dítěte. Pokud má žena s postižením jisté obavy a nemůže se rozhodnout, jestli se stát matkou, mohla by jí v rozhodování pomoci kniha „Trochu jiné mámy“, jejíž autorkou je Petra Mařová. V knize ženy otevřeně popisují své mateřství s handicapem. A jak už jsem zmiňovala v předešlé kapitole, centrum Paraple vytvořilo projekt „Máma, táta na vozíku“, který má pomoci ženám a partnerům po poranění míchy v přípravě na mateřství. (Medicco s.r.o, 2018)

Aby se ženy, které jsou kvůli postižení na invalidním vozíku mohly lépe starat o své dítě, potřebují k tomu přizpůsobit některé pomůcky. Například u kojeneckých lahví se mohou připevnit rukojeti pro lepší úchop lahvičky a využít nastavitelné židle na krmení. Dětská postýlka se dá poupravit tak, že bude otevíratelná z boku. Nízké toaletní stolky a postranní vůz

připojený k invalidnímu vozíku matky usnadní ženám maximální soběstačnost v péči o kojence. (Rogers, 2006.) Ergoterapeut může být dobrým pomocníkem při identifikaci zařízení, která lze upravit pro sebepečí a péči o kojenci. Služby porodní asistentky mohou být využity při problémech s kojením nebo při potížích s prsy, které vlivem sání dítěte mohou nastat. Skvělý švédský projekt „Mammapappalam“ nabízí spoustu praktických řešení každodenních problémů, se kterými se rodiče s pohybovým postižením setkávají. Zmiňují tam například nosítko Baby Bear, které umožňuje bezbariérový přístup s dítětem na klíně. Dále také jednoduchá zavinovačka, která se nemusí vázat, ale navléká se na tělo dospělého.

Na závěr bych chtěla podotknout, že i když se v začátcích vše pohybuje jen kolem péče o miminko, maminka by neměla zapomínat sama na sebe. Například po skončení krušného šestinedělí se může zúčastnit skvělé pohybové činnosti jako je jóga, která slouží k povzbuzení krevního oběhu, k posílení svalů a zabraňuje vzniku tromboembolické nemoci. (Dundáčková a kol., 2022, s. 30)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Toto téma jsem si vybrala, protože si myslím, že se s těmito ženami porodní asistentky běžně nesečkáávají, a samotnou by mě zajímalo i z hlediska mého vzdělávání a praxe, jakým způsobem je těmto ženám zajištěna péče v době jejich porodu a mateřství.

V České republice se objevují nabídky asistenčních služeb pro pomoc s běžným chodem domácnosti, ale také s obsluhou dítěte, pomůcky, které matkám s postižením usnadňují kontakt s dítětem, a také programy pro snadnější těhotenství a porod žen s postižením. Jedním z nich je např. projekt poradny Aperio: „S bříškem a handicapem“. Ten se věnuje potřebám tělesně postižených rodiček, seznamuje je s jejich možnostmi. Mnohdy se tyto ženy obávají rozhodnutí „mít dítě“, a proto potřebují mít zajištěnou veškerou podporu, pokud se pro těhotenství rozhodnou.

Tento výzkum by mohl přispět k prozkoumání a porozumění této problematice. Výzkumným problémem je tedy problematika těhotenství a mateřství žen na invalidním vozíku. V rámci kvalitativního výzkumu bych chtěla zmapovat situaci žen na invalidním vozíku v období těhotenství a mateřství, jaké jsou jejich zkušenosti s péčí porodních asistentek a jak ženy prožívaly období těhotenství a mateřství s cílem zjistit, jestli se jim dostávalo podpory ze strany porodních asistentek. Kvantitativním výzkumným šetřením bych chtěla zmapovat znalosti porodních asistentek o organizacích podporujících ženy na invalidním vozíku a informovanost porodních asistentek v oblasti péče v období těhotenství a mateřství u žen na invalidním vozíku.

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

6.1 Hlavní cíl

Pro kvalitativní výzkum

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaká je péče o ženy na invalidním vozíku v českém zdravotnictví v období těhotenství a mateřství.

Pro kvantitativní výzkum

Hlavním cílem je zjistit, jak jsou porodní asistentky orientované ve specifikaci péči o ženy na invalidním vozíku.

6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

Dílčí cíle a výzkumné otázky pro kvalitativní výzkum

VO1: Jak ženy na invalidním vozíku prožívaly těhotenství a mateřství?

VO2: Jaké jsou zkušenosti žen na invalidním vozíku s péčí porodní asistentky?

Dílčí cíl 1: zjistit, jak ženy na invalidním vozíku prožívaly těhotenství a mateřství

Dílčí cíl 2: zjistit, jaké jsou zkušenosti žen na invalidním vozíku s péčí porodní asistentky

Dílčí cíle a výzkumné problémy pro kvantitativní výzkum

Dílčí cíl 1: zmapovat znalosti porodních asistentek o organizacích podporujících ženy na invalidním vozíku

Výzkumný problém: jaká je znalost porodní asistentky o organizacích podporujících ženy na invalidním vozíku

Otázka č. 4, 5

Dílčí cíl 2: zjistit, jaká je informovanost porodních asistentek v oblasti péče v období těhotenství a mateřství u žen na invalidním vozíku

Výzkumný problém: mají porodní asistentky dostatek informací o péči o ženy na invalidním vozíku?

Otázka č. 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro kvalitativní výzkum byl výběr participantů záměrný. Do výzkumu jsem jako cílovou skupinu zahrnula tři ženy na invalidním vozíku, které splňují obsah tématu a celé bakalářské práce. Nestanovila jsem žádnou konkrétní diagnózu. Jsou to ženy, které prožily těhotenství, porod a šestinedělí. Participanty jsem seznámila s výzkumem a předala souhlas.

Pro kvantitativní výzkum byl výběr respondentů záměrný. Do výzkumu jsem jako cílovou skupinu zahrnula porodní asistentky i studentky porodní asistence, které byly osloveny formou polostrukturovaného dotazníku.

8 METODIKA PRÁCE

K vypracování mé bakalářské práce byl zvolen smíšený výzkum. Smíšený výzkum je definován jako obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmaty v rámci jedné studie. Příslušná metodologie vyjasňuje účel a možnosti jednotlivých kombinací. (Hendl, 2005, s.58)

Kvalitativní výzkum je proveden formou rozhovoru, doplňující kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření.

Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a pozorování. Cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa. (Hendl, 2005, s.61)

Pro kvalitativní výzkum jsem ke sběru dat zvolila polostrukturovaný rozhovor u záměrně vybraných žen podle předem stanovených otázek viz příloha 2. Otázky byly zaměřené na to, jaká byla zkušenost žen s péčí porodních asistentek v období těhotenství a mateřství, jak ženy prožívaly těhotenství a mateřství na invalidním vozíku.

Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů dotazníků nebo pozorování. Získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem explorovat je, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných. (Hendl, 2005, s.44)

Pro kvantitativní výzkum jsem ke sběru dat zvolila dotazníkové šetření viz příloha 1. Polostrukturovaný dotazník byl rozeslán porodním asistentkám pomocí sociálních sítí a také pomocí emailu mezi respondentkami některých vybraných zdravotnických pracovišť. Dotazník obsahoval 14 otázek, skládal se z uzavřených a otevřených otázek, které se vztahovaly k cílům bakalářské práce, a to zjistit, jaká je informovanost porodních asistentek v oblasti péče v období těhotenství a mateřství u žen na invalidním vozíku a zmapovat znalosti porodních asistentek o organizacích podporujících ženy na invalidním vozíku.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Se ženami jsem vedla rozhovor podle předem stanovených otázek. Dva rozhovory probíhaly v domácím prostředí a jeden rozhovor probíhal pomocí Google Meet z důvodu covidové situace. Rozhovor se skládal z pěti hlavních otázek a podotázek a na základě souhlasu byl nahráván na diktafon. Cílem bylo oslovit tři ženy, které splňují obsah tématu a cíle pro bakalářskou práci. Rozhovor proběhl v únoru 2022. Dále jsem vytvořila polostrukturovaný dotazník. Dotazník byl zveřejněn na internetových stránkách www.facebook.com, kde jsem oslovila skupinu porodních asistentek. Dále jsem rozesílala dotazník na stránkách www.instagram.com, kde jsem oslovila porodní asistentky. Pomocí emailu jsem rozesílala dotazník i studentkám porodní asistence. Výzkum trval od 2021 do 2022. Výběr respondentů pro dotazníkové šetření byl záměrný, dotazník byl určen pro porodní asistentky nebo studentky porodní asistence. Cílem bylo oslovit alespoň 80 respondentů.

10 ZPRACOVÁNÍ DAT

Kvantitativní výzkum

Otázky v dotazníku jsem vypracovala pomocí www.my.surveymonkey.com. Výsledky jsem poté zpracovala do přehledných grafů a tabulek pomocí excelu. Pro grafické znázornění jsem zvolila výsečový typ. Volné odpovědi respondentek jsem zpracovala do tabulek pro lepší přehlednost v datech.

Kvalitativní výzkum

Pro zpracování dat pro tento výzkum jsem použila metodu tematické analýzy, která se obvykle používá na soubor textů, jako je rozhovor nebo přepisy. Výzkumník pečlivě zkoumá, aby identifikoval společná témata, nápady a vzorce významů, které se opakovaně objevují. Tematická analýza umožňuje velkou flexibilitu při interpretaci dat a třídění velkých souborů do širokých témat. Ve výzkumu je předem stanovená výzkumná otázka (Caulfield, 2019) Tematická analýza obsahuje pět kroků, kterými jsem se při analýze dat z rozhovorů řídila.

- 1) Seznámení s daty
- 2) Kódování
- 3) Hledání hlavních témat
- 4) Revize témat
- 5) Pojmenování a popis témat (Menšík, 2020)

Jako první jsem pomocí Wordu doslovně přepsala rozhovory a seznámila se získanými daty. Následovalo kódování neboli přiřazování poznámek k datům každého rozhovoru zvlášť. Poté jsem se snažila najít hlavní společná témata pro všechny 3 rozhovory, k tomu jsem využila poznámkový blok, který mi pomohl lépe se orientovat v datech.

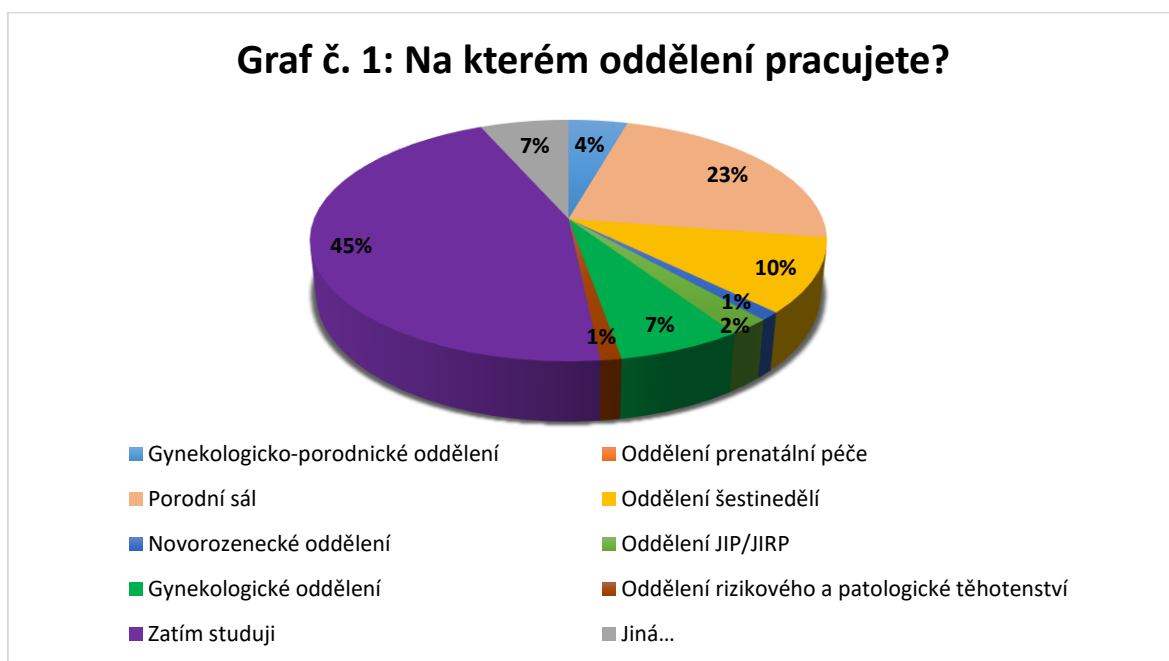
11 I. PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Kvantitativní výzkum

Tato kapitola je věnována výsledkům kvantitativního výzkumu. Získané údaje a data z dotazníku jsou v této kapitole shrnuty v tabulkách nebo grafech. Řazení výsledků je chronologické s otázkami v dotazníku.

Otázka č.1: Na kterém oddělení pracujete?

Graf 1 Na kterém oddělení pracujete?

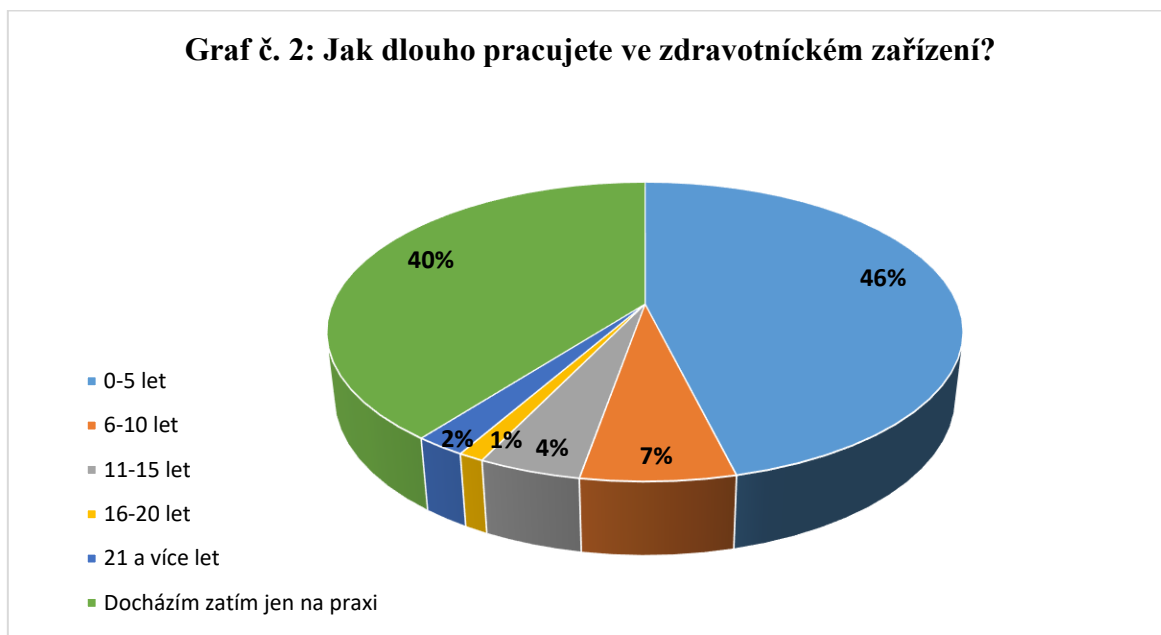


Zdroj: Vlastní, N=91

Z celkového počtu 91 respondentek 45 % vybralo odpověď zatím studuji, 23 % vybralo odpověď porodní sál. 10 % oddělení šestinedělí, 7 % respondentek vybralo gynekologické oddělení a odpověď jiná, kde svými slovy vypsaly oddělení, na kterém pracují. Nejčastěji se vyskytovala odpověď kombinace oddělení šestinedělí a porodního sálu. 2 respondentky uvedly komunitní péči a 1 operační sál PGO.

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

Graf 2 Práce ve zdravotnickém zařízení



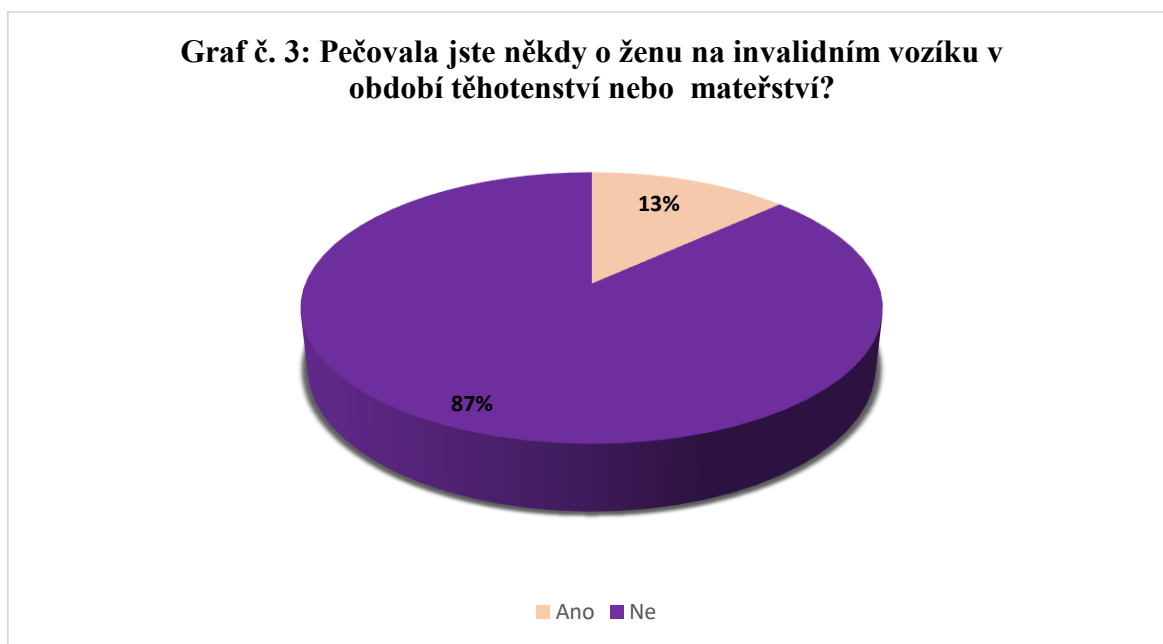
Zdroj: Vlastní, N=91

Nejčastěji respondenty uvedly, že ve zdravotnickém zařízení pracují 0-5 let a to z 46 %. Druhá nejčastější odpověď (40 %) byla od respondentek, které dochází zatím jen na praxi. 7 % odpovědělo, že pracují ve zdravotnickém zařízení 6-10 let. Poslední odpovědi využily respondenty méně, 11-15 let (4 %), 21 a více let (2 %) a 16-20 let pouze 1 %.

Z grafu vyplývá, že většina respondentek byly hlavně studentky porodní asistence, zřejmě kvůli časové flexibilitě.

Otázka č. 3: Pečovala jste někdy o ženu na invalidním vozíku v období těhotenství nebo mateřství?

Graf 3 Péče o ženu na invalidním vozíku



Zdroj: Vlastní, N=91

Až 87 % respondentek u této otázky odpovědělo, že nikdy nepečovaly o ženu na invalidním vozíku v období těhotenství nebo mateřství. 13 % z nich zvolily variantu ano.

Otázka č. 4: Znáte nějaké organizace, které pomáhají těhotným ženám na invalidním vozíku?

Graf 4 Znalosti o pomáhajících organizacích



Zdroj: Vlastní, N=91

95 % respondentek odpovědělo, že nezná žádné organizace, které pomáhají těhotným ženám na invalidním vozíku, pouze 5 % vybralo variantu s ano. Pokud respondentky v této otázce vybraly variantu s ano, byly následně odkázány na otázku č. 5, kde měly uvést konkrétně, které organizace znají. Pro přehlednější ukázkou odpovědí jsem použila tabulku se slovními odpovědi, nikoli grafické znázornění.

Otázka č. 5: Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, vypište prosím jaké?

Otázka č. 5 se vztahuje k předchozí otázce č. 4. Respondentky, které vybraly varianty s ano, měly v této otázce konkrétně vypsát, jaké organizace znají.

Tabulka 1 Odpovědi respondentů (pomáhající organizace)

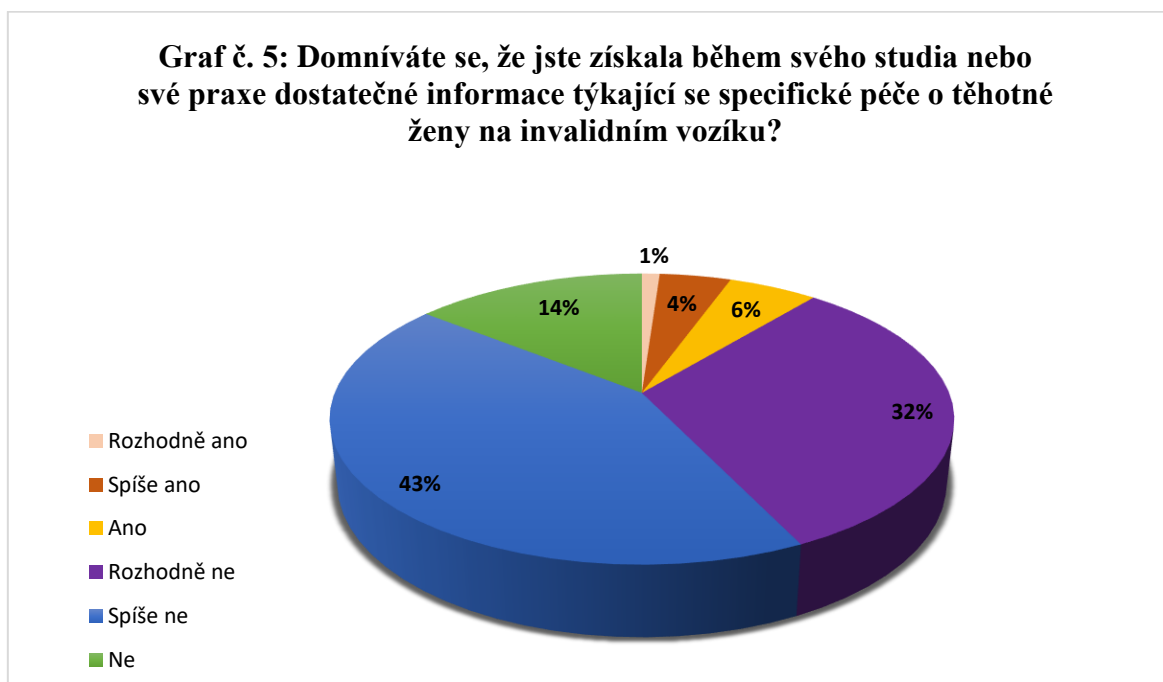
Odpovědi (pomáhající organizace)	Respondenti
Paraple	2
NRZP – Národní rada osob se zdravotním postižením ČR	1
Česká asociace paraplegiků	1

Zdroj: Vlastní

Poznámka: V tabulce jsem uvedla konkrétní odpovědi respondentek, které se týkají znalosti o organizacích pomáhajících těhotným ženám na invalidním vozíku.

Otázka č. 6: Domníváte se, že jste získala během studia nebo své praxe dostatečné informace týkající se specifické péče o těhotné ženy na invalidním vozíku?

Graf 5 Získala jste dostatečné informace?

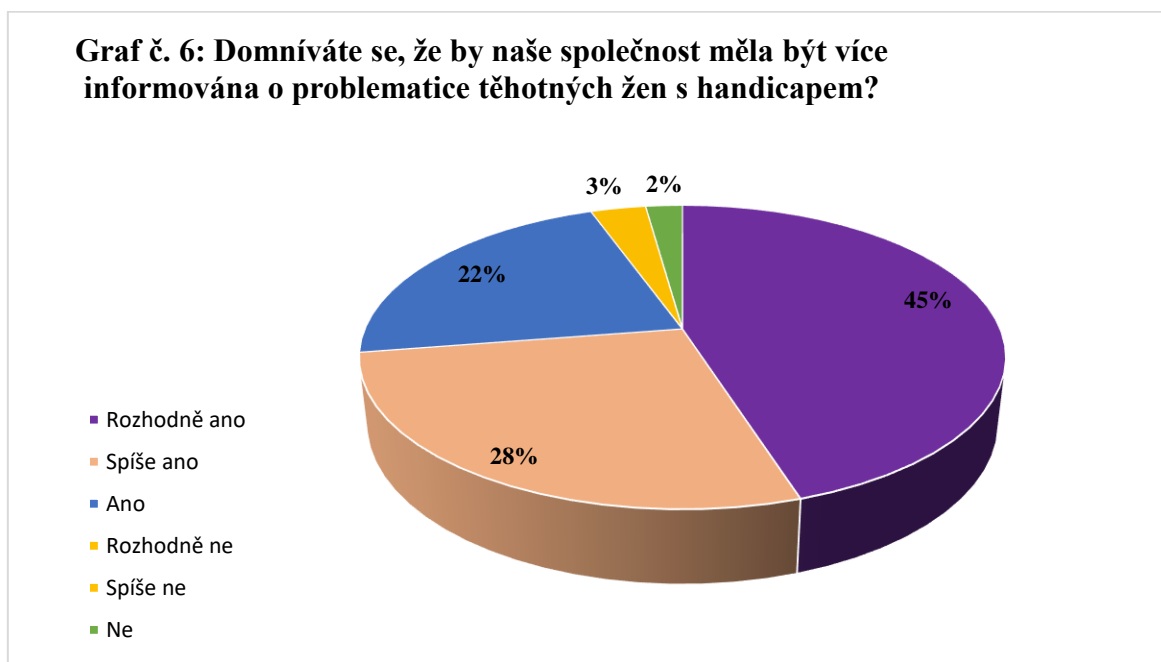


Zdroj: Vlastní, N=91

V této otázce měly respondentky možnost odpovědět z více variant a využily všechny možnosti. Z grafu je zřejmé, že 43 % respondentek uvedlo, že během svého studia nebo praxe spíše nezískaly dostatečné informace týkající se péče o těhotné ženy na invalidním vozíku. 32 % se přiklání k odpovědi rozhodně ne. 14 % nezískalo dostatek informací o péči o těhotné ženy na invalidním vozíku. 6 % respondentek uvedlo, že podle nich získaly dostatečné informace ohledně péče o těhotné ženy na invalidním vozíku. 4 % se přiklání k tomu, že se domnívají, že získaly dostatečné informace. Pouhé 1 % vybralo variantu, kde uvádí, že rozhodně dostaly dostatečné informace o péči během studia nebo praxe.

Otázka č.7 Domníváte se, že by naše společnost měla být více informována o problematice těhotných žen s handicapem?

Graf 6 Větší informovanost naší společnosti?



Zdroj: Vlastní, N=91

Otázka opět umožňovala respondentkám více variant odpovědí. Kromě odpovědi rozhodně ne, byly využity všechny možnosti. 45 % se domnívá, že by naše společnost měla být rozhodně více informovaná o problematice těhotných žen s handicapem. 28 % se spíše přiklání k tomu, že by společnost měla být informována o této problematice. 22 % vybralo variantu ano. 3 % respondentek uvedlo, že by naše společnost spíše neměla být více informovaná o této problematice. Pouhé 2 % je pro to, že by naše společnost neměla být více informována o problematice těhotných žen s handicapem.

Otázka č. 8 Pokud jste v předchozí otázce vybrala varianty odpovědi s ano, konkretizujte prosím, v čem by měla být společnost více informována.

Otázka č. 8 se vztahuje k předchozí otázce č. 7. Respondentky, které vybraly varianty s ano, měly v této otázce konkrétně vypsát, o čem by naše společnost měla být více informována v problematice těhotných žen s handicapem.

Tato otevřená otázka umožňovala respondentům vyjádřit se svými slovy. Odpovědělo 57 respondentek. Několik respondentek odpovědělo, že by naše společnost měla být více informovaná **celkově o péči a možnostech těhotných žen s různým postižením**, jak s nimi manipulovat. 8 respondentek odpovědělo, že by se naše společnost měla více zaměřit na správnou **komunikaci** s těmito ženami. 4 uvedly, že by se rády dozvěděly, jaké jsou možnosti **vedení porodu u žen s handicapem**. 3 respondentky uvedly, že by naše společnost měla být více informovaná o **podpůrných organizacích**, které se zaměřují na ženy s handicapem. 3 odpovědi se týkaly **péče o miminko**, jak pečovat o miminko v poporodním období a v domácím prostředí včetně možností využití pomůcek k usnadnění jejich péče. 1 respondentka uvedla, že nastává problematika pro ženu i v možnosti mít kompatibilní kočárek s vozíkem a bezbariérový přístup, který je ve společnosti minimální.

6 respondentek uvedlo, že by o této problematice měla být informovaná odborná veřejnost, především zdravotníci, respondentky také vypsaly konkrétní návrhy.

Tabulka 2 Návrhy respondentek

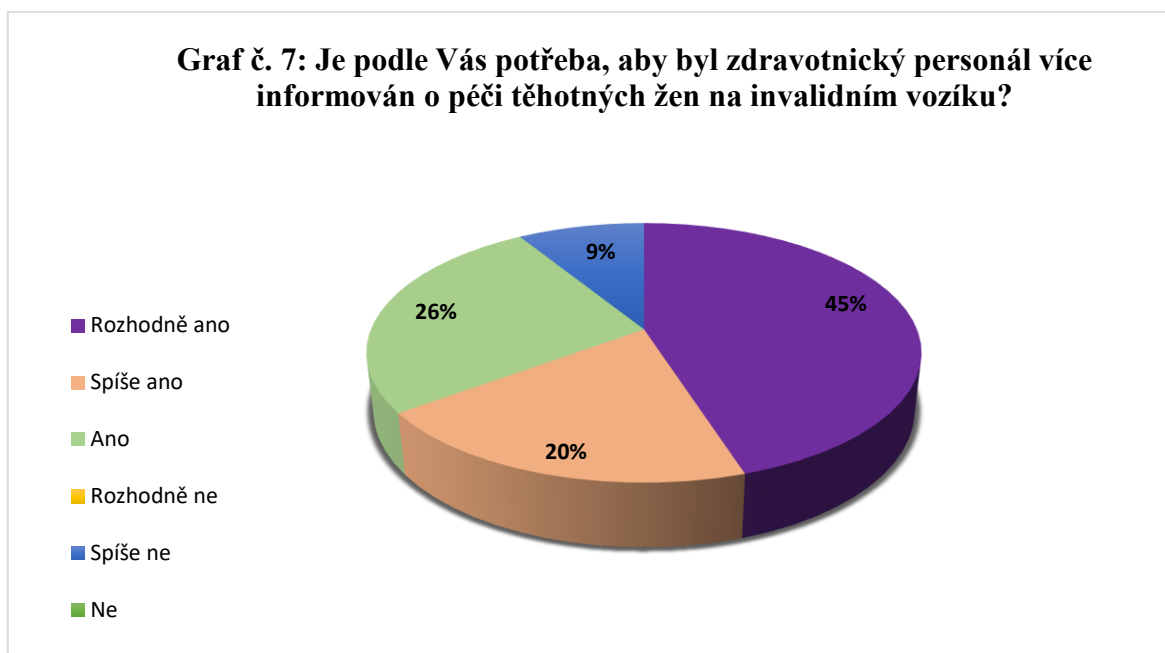
Informovanost odborné veřejnosti – konkrétně
Znát specifika péče
Zacílit na matky a ženy přes sociální sítě, ukázat konkrétní kazuistiku
Ukázat ženám možnosti podpůrných skupin, organizací, jaké mají možnosti
Vědět, jak jim usnadnit život nebo co rozhodně nedělat
Více mluvit o tématu, abychom věděli, jakou pomoc poskytnout
Chybí informovanost v rámci výuky na VŠ, lepší prezentace doktorů

Zdroj: Vlastní

Poznámka: Tabulka detailně popisuje odpovědi respondentek v otázce č. 8, kde jsem vyzdvihla, jejich konkrétní návrhy, v čem by naše společnost měla být více informovaná ohledně problematiky těhotných žen s handicapem.

Otázka č. 9 Je podle Vás potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován o péči těhotných žen na invalidním vozíku?

Graf 7 Větší informovanost zdravotnického personálu?



Zdroj: Vlastní, N=91

45 % respondentek uvedlo, že je rozhodně potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován o péči těhotných žen na invalidním vozíku. 26 % si myslí, že je potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován o této problematice. 20 % uvedlo, že se spíše přiklání k tomu, že je potřeba, aby byli zdravotníci více informováni. 9 % respondentek uvedlo, že spíše není potřeba, aby byl zdravotnický personál informován. Varianty odpovědí ne a rozhodně ne, respondentky nevyužily.

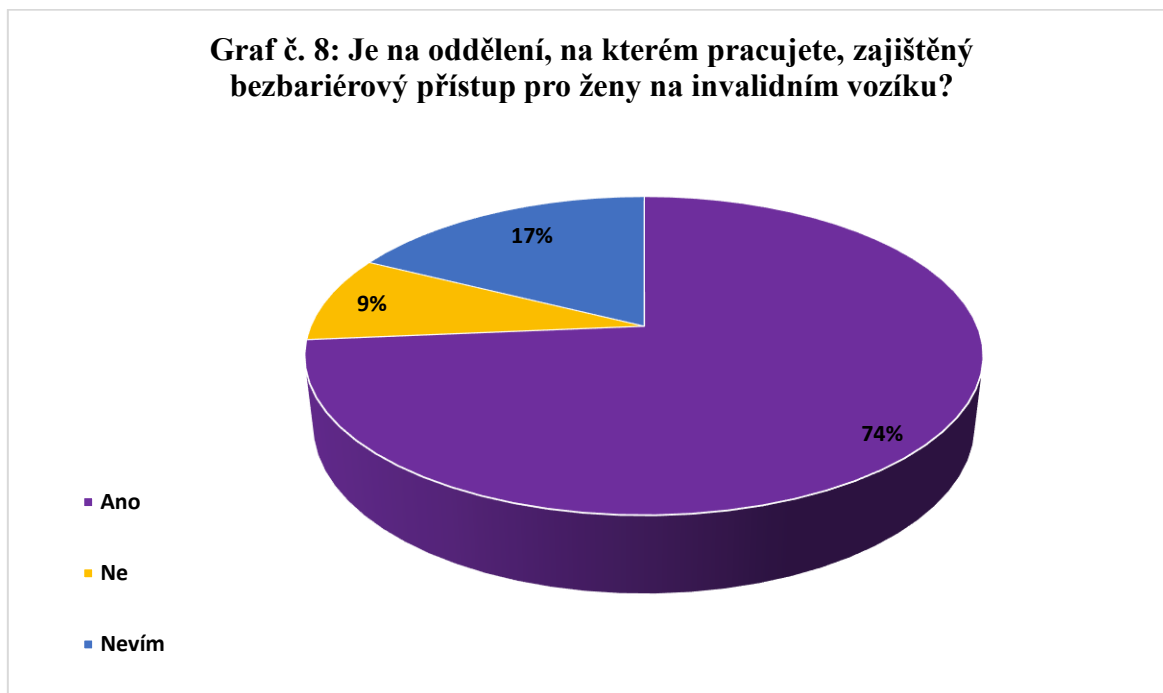
Otázka č. 10 Pokud jste v předchozí otázce vybrala varianty odpovědí s ano, napište prosím, v čem by měl být zdravotnický personál více informován

Otázka č.10 se vztahuje k předchozí otázce č. 9 Respondentky, které vybraly varianty s ano, měly v této otázce konkrétně vypsát, v čem by měl být zdravotnický personál více informován ohledně péče o těhotné ženy na invalidním vozíku.

Tato otevřená otázka umožňovala respondentkám vyjádřit se svými slovy. Odpovědělo 50 respondentek. Odpovědi jsem podrobněji nevypisovala, protože byly téměř totožné s odpověďmi v otázce č. 8.

Otázka č. 11 Je na oddělení, na kterém pracujete, zajištěný bezbariérový přístup pro ženy na invalidním vozíku?

Graf 8 Zajištění bezbariérového přístupu na oddělení

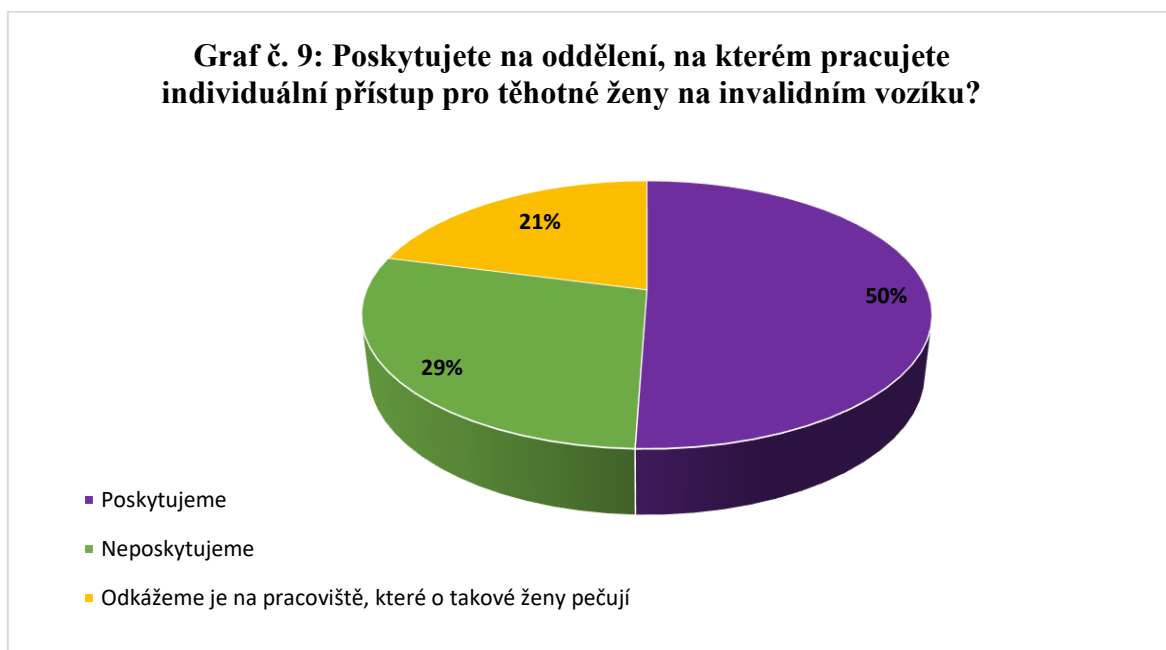


Zdroj: Vlastní, N=91

Respondentky měly možnost vybrat ze 3 odpovědí. Všechny možnosti byly využity. 74 % respondentek uvedlo, že mají na svém pracovišti zajištěný bezbariérový přístup pro těhotné ženy na invalidním vozíku. 17 % neví, jestli mají na pracovišti bezbariérový přístup a 9 % uvedlo, že nemají.

Otázka č. 12 Poskytujete na oddělení, na kterém pracujete, individuální přístup pro těhotné ženy na invalidním vozíku?

Graf 9 Poskytování individuálního přístupu na oddělení

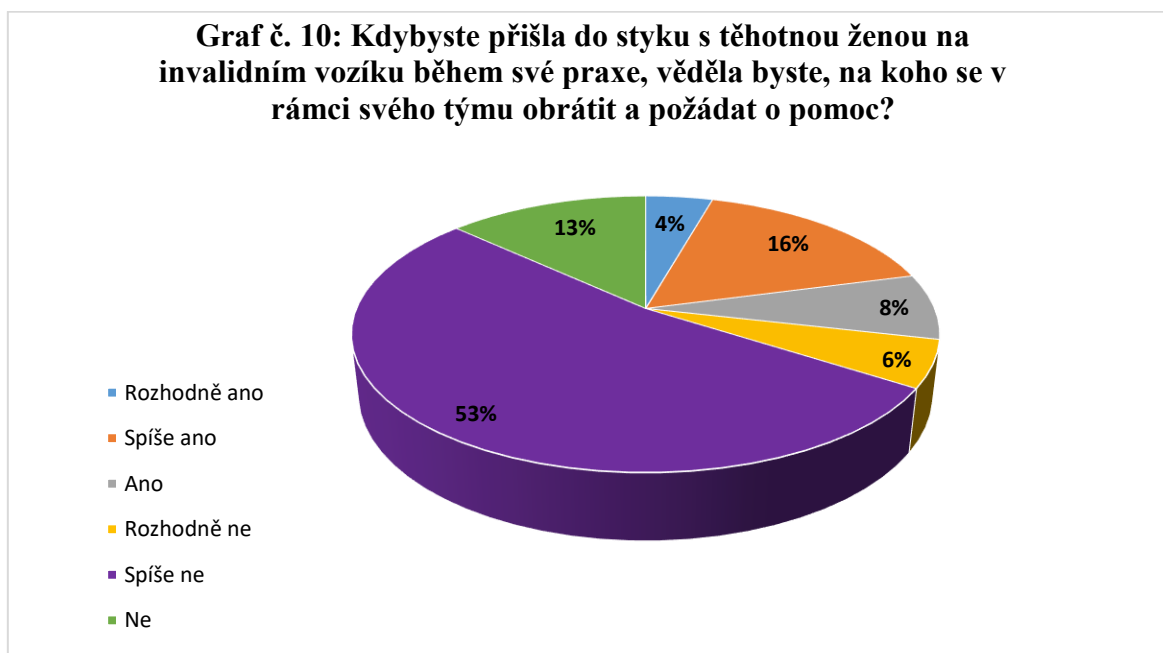


Zdroj: Vlastní, N=91

Dobrá zpráva je, že 50 % respondentek uvedlo, že poskytují na svém pracovišti individuální přístup pro těhotné na invalidním vozíku. Poměrně velké procento respondentek (29 %) ale uvedlo, že neposkytují individuální péči pro tyto ženy. Zbýlých 21 % by ženu odkázalo na pracoviště, které o takové ženy pečují.

Otázka č. 13 Kdybyste přišla do styku s těhotnou ženou na invalidním vozíku během své praxe, věděla byste, na koho se v rámci svého týmu obrátit a požádat o pomoc?

Graf 10 Na koho byste se v rámci týmu obrátila?



Zdroj: Vlastní, N=91

53 % respondentek by spíše nevědělo na koho se v rámci svého týmu obrátit, pokud by se na praxi setkaly s těhotnou ženou na invalidním vozíku. 16 % uvedlo, že by spíše věděly, na koho se v týmu obrátit a požádat o pomoc. 13 % neví, na koho by se v týmu obrátily. 8 % vybraly variantu ano. 6 % respondentek rozhodně neví, koho by požádaly o pomoc. Pouze 4 % uvedlo, že rozhodně ví, na koho by se v týmu obrátily.

Otázka č. 14 Pokud jste v předchozí otázce vybrala varianty odpovědi s ano, napište prosím, na koho byste se obrátila (např. pomáhající profese, fyzioterapeut, ergoterapeut).

Otázka č. 14 se vztahuje k předchozí otázce č. 13. Respondentky, které vybraly varianty s ano, měly v této otázce konkrétně vypsát, na koho by se v rámci svého týmu obrátily o pomoc, pokud by se v praxi setkaly s těhotnou ženou na invalidním vozíku.

Tato otázka byla otevřená a umožňovala respondentkám libovolnou slovní odpověď. Odpovědělo 17 respondentek. Konkrétní odpovědi jsem zaznamenala do přehledné tabulky.

Tabulka 3 Pomáhající profese

Odpovědi	Počet
Fyzioterapeut	13
Ergoterapeut	1
Vyučující s dlouholetou praxí	1
Staniční sestra	1
Ostatní sestry	1
Porodní asistentka	2
Psycholog	1
Lékař	1

Zdroj: Vlastní

Poznámka: z tabulky vyplývá, že pokud by se na své praxi setkaly s těhotnou ženou na invalidním vozíku, nejčastěji by se v rámci svého týmu obrátily na fyzioterapeuta, jakožto pomáhající profesi.

II. PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Kvalitativní výzkum

Tato kapitola je věnována výsledkům kvalitativního výzkumu získaným pomocí tematické analýzy. V první kapitole jsou krátce představeni participanté, tedy účastníci rozhovorů. Dále jsou vypsány společná témata, které se objevily u všech participantů.

11.1 Představení participantů

Marcela

27letá paraplegička. Žije s přítelem v rodinném domě, kde má vše bezbariérově přizpůsobené. Žena rodila spontánně v květnu 2020 ve Fakultní nemocnici Motol. Dnes má již 1,5letou dceru Soničku. Důvodem paraplegie byla autonehoda, při které žena byla jako spolujezdec. Při autonehodě došlo k poranění míchy v oblasti L1. Objevilo se nedokrvění míchy – ischemii míšního konu.

Petra

36letá žena po dětské mozkové obrně z důvodu perinatální asfyxie. Žije s manželem v rodinném domě, kde mají vše bezbariérově zařízené. Žena rodila císařským řezem ve FN Plzeň v roce 2018. Porodila syna Michaela, dnes mu jsou 4 roky.

Iveta

32letá paraplegička. Žije s manželem v rodinném domě, který mají bezbariérově zařízený. Žena rodila spontánně v červenci 2017 v Jilemnici svého druhého syna. Dnes mu jsou 4 roky. Důvodem paraplegie byl úraz při procházce se synem na ledové hoře. Žena uklouzla a narazila do sloupu lyžařského vleku.

11.2 Popis společných témat

Z představení účastnic výzkumu je zřejmé, že každou z nich v životě postihla jiná nehoda, která měla za následek jejich znevýhodnění. Z rozhovorů můžeme také vidět jejich odlišné zkušenosti s obdobím těhotenství, s porodem včetně péče v porodnici, ale i následné zvládání mateřství. Nejprve jsem analyzovala každý rozhovor zvlášť a poté jsem hledala společná témata u všech tří žen.

V této kapitole jsou popsána výsledná témata a konkrétní příklady účastnic rozhovorů pomocí přímých citací.

12.2.1 Situace ženy na invalidním vozíku v období těhotenství

Tato kapitola popisuje zkušenosti žen s průběhem jejich těhotenství. V jejich popisování zkušeností v těhotenství se objevilo mnoho oblastí, a proto jsem pro téma použila souhrnný název: „situace ženy na invalidním vozíku v období těhotenství“ a zařadila do něj tři subtémata, které jsem vnímala u žen jako podstatné. První subtéma jsem pojmenovala jako: „obavy v těhotenství“, dále „problémy v těhotenství“ a poslední „přístup lékaře k těhotenství“.

Obavy v těhotenství

Marcela a Petra uvedly, že těhotenství se svými partnery plánovaly a miminko si moc přály. Iveta uvedla, že těhotenství úplně neplánovali, ale nechali tomu volný průběh. Všechny se shodly na tom, že reakce jejich přátel a rodiny na jejich těhotenství byla skvělá a byli nadšení. Vnímala jsem ale, že i přes úžasné reakce od okolí se u žen vyskytovaly jisté obavy, které ženy na začátku těhotenství uváděly, a proto jsem je v tomto subtématu uvedla.

„Nevěděla jsem, jak to zvládnou. Přemýšleli jsme, že by přítel šel na mateřskou, ale nakonec jsme se rozhodli, že půjdu já a on půjde pracovat.“ (Marcela, řádek 10)

Marcela měla ze začátku obavy, jestli se ona sama dokáže o miminko postarat, a proto se rozhodovali společně s přítelem, co pro ně bude nejlepší východisko.

„Samozřejmě se člověk trošičku bál komplikací, to jsem říkala i manželovi, že pokud budou při porodu nějaké komplikace a muselo by se vybrat mezi mnou nebo miminkem, tak ať vybere to miminko“ (Petra, řádek 20)

Petra se zmiňovala o strachu z komplikací, a dokonce uvedla, že by za své miminko položila svůj život, kdyby to bylo nutné.

„Já sama jsem se ze začátku bála, jak to všechno zvládnou. S prvním synem jsem byla ještě chodící, tak to bylo jednodušší.“ (Iveta, řádek 10)

Problémy v těhotenství

U každé z žen se objevovaly jiné problémy vlivem těhotenství, avšak Petra kromě toho uvedla, že se jí vlivem těhotenství zlepšil vysoký krevní tlak, se kterým měla předtím potíže.

„Těžší to rozhodně bylo ke konci. Ohnout se. Co se týče zad, tak ty mě ani nějak nebolely, ale otékaly mi nohy. Co se týče skoliózy, tak to ani potíže nebyly. Já se bála hlavně o to miminko, aby mu to nevadilo. Ke konci byly potíže s dechem. Manžel mi potom musel pomáhat i na toaletu.“ (Petra, řádek 13)

„Já jsem měla těhotenskou cukrovku, takže jsem chodila k paní cukrářce. Ona mi nasadila dietu, takže jsem ji musela dodržovat. Nevěděla jsem, co kolikrát jíst.“ (Petra, řádek 27)

„A přestala jsem dojíždět na rehabilitace do Horažďovic, protože na začátku těhotenství to bylo rizikové. Měla jsem teda velké problémy s kyčlemi i po porodu.“ (Petra, řádek 31)

Petra uvedla některé problémy, se kterými se v těhotenství setkala, ale celkově těhotenství hodnotila jako bezproblémové vzhledem k tomu, jak na tom fyzicky je.

„Akorát se záchodem jsem měla problémy. Měla jsem úniky dost často, to bylo nepříjemné.“ (Marcela, řádek 14)

„Když jsem jela na kontrolu, tak jsem často předtím nepila, aby se mi to nestalo na kontrole. Řešila jsem to jinak vložkami. Já i cítím nohy a cítím, když potřebuji na záchod, akorát jsem prostě musela chodit častěji.“ (Marcela, řádek 18)

Kromě tohoto problému Marcela uvedla, že si myslí, že měla těhotenství jako normální chodící ženy a jiné specifické potíže nezažila.

„Jen jsem měla trochu problém se zánětem močového měchýře, který je u nás vozíčkářek poměrně častým problémem a tím spíše v těhotenství. Tento zánět skončil až hospitalizací, nasazením antibiotik a zavedením stentu.“ (Iveta, řádek 15)

Iveta uvedla, že se kromě tohoto problému cítila v těhotenství fyzicky i psychicky dobře.

Přístup lékaře k těhotenství

Toto téma jsem nazvala „přístup lékaře k těhotenství“, protože jsem v rozhovoru zajímala o to, jaký přístup k nim měl jejich gynekolog, ať už ohledně možnosti porodu, nebo doporučení vhodné porodnice. Kromě gynekologa ženy zmiňovaly i jiné lékaře, se kterými mluvily o jejich těhotenství.

„I když bylo vidět na začátku, že má strach, ale snažil se poradit a doporučit kliniku, kde bych mohla родit. Chtěla jsem, aby mě rodil on, ale to mi nedoporučil kvůli pracovišti, kde pracoval, protože nebylo pro mě vybavené. Doporučil mi родit v Plzni.“
(Petra, řádek 40)

Petra řešila možnost porodu se svým gynekologem a ten byl od začátku proti přirozenému porodu.

„Ne, protože já se neuvolním tak moc, abych to dítě neohrozila. Já nedám ty nohy od sebe. Já bych se spíš stáhla, než uvolnila. To nepřipadalo v úvahu, protože bych miminku mohla ublížit. To jsme věděli hned, že to nebude spontánně možný, ale bude to císařem.“ (Petra, řádek 47)

Petra vysvětlovala, proč nebylo možné porodit přirozeně. Z jejich odpovědí bylo vidět, že je s tím ale od začátku smířená.

„Jinak mám svoji neuroložku, u které jsem byla na kontrole, a když jsem jí řekla o těhotenství, tak usoudila, že je to v pořádku, a podpořila mě v tom.“ (Petra, řádek 36)

Dále zmiňovala i přístup své neuroložky, která ji v těhotenství podporovala.

„Chodila jsem ke svému gynekologovi a ten říkal, že jsem jeho první na vozíčku. Ptala jsem se, jak budu, родit a ten hned odpověděl, že radši císařem, že by ani nepřemýšlel o spontánním porodu.“ (Marcela, řádek 27)

Marcela popisuje její první zkušenost s přístupem jejího gynekologa.

„Potom jsem chodila i k doktorce Špálové, která se specializuje na vozíčkářky v těhotenství. Potom jsem nastoupila do Motola k panu doktorovi, byl to primář porodnice. Ten jediný byl pro to, abych rodila spontánně. Říkal, že to zvládnou.“ (Marcela, řádek 30)

Její druhá zkušenost s lékařem byla ale odlišná a dočkala se i té zprávy, že může porodit miminko přirozeně.

„Moje obvodní lékařka mi moc fandila. Neuroložka, ta mě spíš děsila, ale s tou jsem to nijak neřešila. Musela jsem vysadit několik léků, a to jsem musela konzultovat v Praze. Také jsem v Praze řešila těhotenství s primářkou Špálovou, která už absolvovala několik takových porodů, bohužel ale, když jsem měla termín, tak musela na

operaci. Přidělili mi jinou doktorku a ta chtěla, abych rodila císařem, což jsem nechtěla. Tady v Jilemnici byli pro, aby se zkusil přirozený porod, vzhledem k tomu, že už jsem jednou rodila.“ (Iveta, řádek 26)

Iveta se setkala jak s pozitivním, tak i negativním přístupem jednotlivých lékařů, ale i ona našla lékaře, který měl zájem o to, aby porodila přirozeně. Dokonce svoji důvěru chtěla svěřit stejné lékařce jako Marcela.

12.2.2 Zkušenosti z porodnice

U všech se objevilo téma, kde popisovaly jejich zkušenosti z porodnice, ať už s přízpůsobením porodnice, nebo s vlastním průběhem porodu. K tématu jsem tedy přiřadila sub témata „průběh porodu“, „bezbariérovost porodnice“.

Průběh porodu

Petra přijela do porodnice s kontrakcemi o pár dní dříve, než měla termín plánovaného císařského řezu. Jelikož nepřijela do porodnice nalačno, musela počkat, až bude lačná, aby mohla na operační sál. Petra zvolila porodnici v Plzni na základě doporučení jejího gynekologa.

„Já jsem se klepala jak ratlík, to bylo příšerný. Když už to bylo možný, tak jsem jela na ten sál. Tam byl moc hodný pán, který byl citlivý. Manžel byl u porodu, ale mohl tam, až když mě uspali. Byla jsem v celkové narkóze“ (Petra, řádek 54)

Protože měla Petra císařský řez v celkové narkóze, zajímalo mě, kdy jí po porodu přinesli miminko. Její zkušenost zde uvádím, protože jsem ji vnímala jako důležitou.

„No to bylo ten druhý den, oni mi teda slíbili, že mi ho přinesou dřív, ale potom řekli, že to nestihnou. Druhý den mi ho sestřička přinesla na ten pooperační pokoj“ (Petra, řádek 68)

Marcela byla hospitalizována ve 38 t. t. k indukci porodu. Byla hospitalizovaná na rizikové oddělení ve středu a porod měla vyvolávaný v pondělí. Porodnici v Motole zvolila na základě pozitivních zkušeností kamarádek. Průběh porodu popisovala pozitivně, protože neměla bolestivé kontrakce.

„Na porod hrozně ráda vzpomínám, primář mě i rodil, tak to bylo super“ (Marcela, řádek 36)

„Myslím si, že jsem to měla určitě míň bolestivé, ale cítila jsem je. Zavedli mi v 8 tabletku na rizikovém oddělení a ve 12 jsem přešla na sál. Dojela jsem si sama na vozíku. Když jsem byla na sále, tak tam přišel přítel. Potom přišel primář, ten mě potom odrodil.“ (Marcela, řádek 47)

Iveta byla přijata do porodnice k indukci porodu. Porodnici v Jilemnici Iveta zvolila na základě jejich rodinného přístupu a vstřícnému jednání.

„Porod proběhl přirozeně s pomocí vyvolávací tabletky. Manžel byl celou dobu se mnou a moc mi pomáhal. Bonding ihned po porodu proběhl.“ (Iveta, řádek 39)

„Byl to úžasný zážitek“ (Iveta, řádek 30)

Bezbariérovost porodnice

Vzhledem k tomu, že tyto ženy neměly stejné potřeby v průběhu jejich pobytu v porodnici jako ženy chodící, měla jsem potřebu tohle sub téma zařadit. Toto téma se objevilo hlavně u Petry, která měla s vybavením porodnice negativní zkušenost.

„No o těch pokojích bych raději moc nemluvila. Tam to bylo složité, tam bych se ani nedostala do sprchy. V té místnosti toho bylo moc, pomůcky pro mě a pro miminko a manžel tam měl takovou tu obyčejnou rozkládací postel.“ (Petra, řádek 75)

„No do sprchy jsem jezdila jinam, kde byly jiné maminky, kterých jsme se museli ptát. Ale zase ten sprchový kout, to bylo pro člověka, co udrží stabilitu, ale ne pro mě. Manžel mě tam chudák rval. Takže jsem to vzdala. Potom mi přinesli lavor.“ (Petra, řádek 80)

„Vše kromě přebalovacího pultu bylo přizpůsobené bezbariérově.“ (Marcela, řádek 95)

Marcela uvedla, že byla nemocnice bezbariérová a neměla tam žádný problém s přístupem. Na rozdíl od Petry měla pozitivní zkušenost s vybavením porodnice.

12.2.3 Hlavní podpora

U všech participantech se toto téma objevilo. A všechny tři ženy jako hlavní podporu uvedly svého manžela nebo přítele, který jim během jejich těhotenství, porodu i v mateřství pomáhal.

„Byl se mnou na tom pokoji, tam se mnou i spal, protože bych to bez něj nezvládla.“ (Petra, řádek 64)

„V mém případě to nebylo potřeba, protože jsem měla tu maminku, ta byla pro mě největší poradkyně.“ (Petra, řádek 115)

Petra kromě podpory manžela, uvedla i maminku, která jí se vším radila.

„Byl se mnou ubytovaný na pokoji. Všechno dělal přítel, protože jsem musela po porodu ležet.“ (Marcela, řádek 44)

„Tu první noc jsem zkolabovala ve sprše, ale přítel mě naštěstí chytl a volal sestru.“ (Marcela, řádek 73)

Marcela i zmiňovala, že sestřičky učily přítele, jak o miminko pečovat, tak za to byla moc ráda.

„Manžel byl po celou dobu se mnou a moc mi pomáhal, byl pro mě největší podporou.“ (Iveta, řádek 39)

12.2.4 Zkušenost s porodní asistentkou

Cílem tohoto tématu je zjistit, jaké jsou zkušenosti žen s péčí porodní asistentky a zda by využily její péče, kdyby měly tu možnost. U všech tří žen jsem si všimla, že vlastně neví, kdo je porodní asistentka a jaké kompetence jí náleží. Petra, Iveta i Marcela je popisovaly jako normální sestřičky, které jsou všude jinde po oddělení.

„Tam šlo v podstatě jen o to, že jste si řekla, že vás to bolí, tak vám to píchli. Potom některé sestřičky byly pečlivější v tom, že já jsem měla problémy s prsy, tak vám to přišla odstát.“ (Petra, řádek 88)

„Během toho porodu bych to zhodnotila skvěle. Byla tam starší sestřička, která mě jen napíchla a potom tam byla taková mladá, příjemná, citlivá. Byly fajn.“ (Petra, řádek 97)

„Na tom rizikovém oddělení chodily sestřičky mě kontrolovat a potom jsem šla na porodní sál a tam mě porodní asistentka chodila kontrolovat a ptala se, jestli je vše v pořádku.“ (Marcela, řádek 56)

Marcela nejprve nevěděla, kdo je porodní asistentka, ale poté, co jsem ji informovala o kompetencích a její přednostech, tak si vzpomněla, že ji chodila kontrolovat a nabízela jí možnost teplé vany, kterou odmítla, protože to nebylo potřeba.

„Odrodil mě primář, takže porodní asistentka tam vždy jen kontrolovala, a to mi nějak moc nedalo.“ (Marcela, řádek 70)

Z Marceliny výpovědi porodní asistentka pro ni nebyla nijak přínosná.

„U mého porodu bylo několik porodních sestřiček, doktorů i primář. Všichni byli naprosto úžasní, asi mě nenapadá, co bych mohla vytknout.“ (Iveta, řádek 42)

Z Ivety výpovědi bylo zřejmé, že byla s péčí spokojená a měla s porodní asistentkou dobrou zkušenost.

Na otázku, jestli by využily péči porodní asistentky během jejich těhotenství nebo mateřství i v rámci komunitní péče, všechny 3 respondentky nejprve odpověděly, že ani netušily, že takové možnosti jsou, ale shodly se na tom, že pokud by na vše byly samy a neměly podporu ze strany maminky nebo partnera, měly by zájem ji využít.

12.2.5 Zvládání mateřství

Cílem této kapitoly je zjistit, jak ženy zvládaly mateřství po příchodu z porodnice do domácího prostředí.

„Já jsem měla potíže s kojením, měla jsem slabé mlíčko. Měla jsem to složitější, protože manžel by mi musel malého přikládat. Už v porodnici mi doporučili Bebu.“ (Petra, řádek 91)

„V té porodnici mi sestřičky s miminkem pomáhaly, ale já jsem na tu pomoc měla maminku, ta má 3 děti, takže ta věděla.“ (Petra, řádek 112)

„Doma ho nosili hlavně maminka a manžel. Já bych měla strach. Já jsem ani nepřebalovala, to dělala maminka a manžel, i ho koupali.“ (Petra, řádek 130)

Petra popisovala jejich režim po propuštění z porodnice. Malého nekojila, protože měla problémy s prsy a péči o miminko zastali hlavně maminka a manžel. Z jejich odpovědí bylo zřejmé, že měla strach se o miminko starat úplně sama. Měla strach, že by mu při manipulaci mohla ublížit.

„Všechno mi vysvětlili, já jsem nešla domů s tím, že bych něco nevěděla.“ (Marcela, řádek 91)

„Dala jsem se rychle dohromady, ale přítel mi hodně pomáhal.“ (Marcela, řádek 93)

„Kočárek jsem měla menší, ale žádný speciální. Hodně jsem využívala tašku pro vozíčkáře na nošení miminka. S tou jsem chodila hodně, bez ní bych to asi nezvládla. Dělal jsem s ní všechno“ (Marcela, řádek 102)

Marcela podle jejích výpovědí, mateřství zvládala s pomocí přítele. Dokonce zmínila i praktickou pomůcku, která jí pomáhala při nošení miminka.

„Spoléhala jsem na zkušenosti s prvním synem. Přicházela jsem si na to sama, jak mi to bude nejlépe vyhovovat.“ (Iveta, řádek 53)

„Tak trochu jsem si o tom hledala informace na internetu, jak to dělají maminky na vozíku, jaké mají vychytávky.“ (Iveta, řádek 57)

„Měla jsem po ruce manžela, takže jsem prostě zkoušela, co a jak s miminkem půjde a věděla jsem, že když něco nezvládnou, že pomůže.“ (Iveta, řádek 60)

Na rozdíl od Petry a Marcely měla Iveta zkušenosti s péčí o miminko z předešlého těhotenství, takže měla výhodu. O druhého syna se však starala již na invalidním vozíku. Informace o tom, jak si v téhle situaci poradit, hledala hlavně na internetu, kde se dozvěděla o zkušenostech jiných maminek na vozíku.

DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou těhotenství a mateřství žen na invalidním vozíku. Pro bakalářskou práci jsem si záměrně vybrala smíšený výzkum, protože jediné tak jsem mohla dosáhnout cílů jak pro kvalitativní, tak i pro kvantitativní výzkum. Hlavním cílem pro kvalitativní výzkum bylo zjistit, jaká je péče o ženy na invalidním vozíku v českém zdravotnictví v období těhotenství a mateřství.

Informace ohledně péče v českém zdravotnictví o těhotné ženy na invalidním vozíku jsem získala hlavně z rozhovorů se samotnými ženami, protože jejich výroky jsou neaktuálnější s porovnáním některé literatury, ze které jsem také čerpala. Například v článku Prohuman z roku 2012 magistra Štarková sdílí své zkušenosti z praxe v Ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež v Brně, ze které vyplývá, že naše zdravotnictví, v tomto případě porodnice, není na ženy s handicapem dostatečně připravená. Ať už z pohledu péče lékaře, možnosti ubytování partnera spolu se ženou na oddělení, ale i následná pomoc s rodičovskou rolí. Uvádí také, že se jim často nedostává podpory ze strany rodičů a okolí. Zkušenost tří žen, se kterými jsem vedla rozhovor, je ale poněkud rozdílná. Paní Iveta a Marcela uvedly, že si vybraly porodnici, kde jim péče navzdory jejich handicapu byla poskytnuta dostatečně. Uváděly i bezbariérové vybavení, možnost ubytování partnera přímo na pokoji. Přístup jejich lékaře k těhotenství byl u každé jiný. Paní Marcela měla první zkušenost se svým gynekologem negativní. Bez jakéhokoliv hlubšího zájmu byl ihned pro císařský řez. Kvůli tomuto názoru byla donucena změnit svého lékaře, který ženě umožnil porodit spontánně. Iveta zase uvedla, že byla s přístupem gynekologa naprosto spokojená, ale vystrašila ji její neuroložka, která ji v těhotenství nepodpořila. Paní Petra rodila v jiné porodnici a její zkušenost byla poněkud méně pozitivní v oblasti obtížného pohybování s vozíkem po pokoji. Na rozdíl od zkušenosti magistry Štarkové se tyto ženy shodovaly na tom, že jejich těhotenství bylo podporováno ze strany rodiny i přátel. Z jejich zkušeností vyplývá, že každé zdravotnické zařízení se v zajištění péče o ženy s handicapem liší, ale dobrá zpráva je, že existují porodnice, kde jsou s takovými ženami zvyklí pracovat a uspokojit jejich potřeby. Určitě by byla potřeba mít k dispozici více participantů, abychom mohli lépe zhodnotit výsledek toho výroku.

Na hlavním cíl navazují také dílčí cíle. Prvním dílčím cílem v kvalitativním výzkumu bylo zjistit, jak ženy na invalidním vozíku prožívaly těhotenství a mateřství a jako druhý dílčí cíl bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti žen na invalidním vozíku s péčí porodní asistentky. K dosažení těchto cílů jsem s matkami vedla rozhovor. Byly to ženy, pro které jejich postižení

nebylo překážkou, aby se staly plnohodnotnými matkami stejně jako zdravé chodící ženy. Každá z nich uváděla jinou příčinu jejich znevýhodnění, ale všechny měly něco společného, a to touhu po tom stát se matkou svého dítěte. Z rozhovorů vyplynulo, že těhotenství a mateřství ženy zvládaly poměrně dobře. Uváděly některé problémy, které se spíše objevovaly ke konci těhotenství vlivem rostoucího břicha, takže jakýkoliv pohyb na vozíku pro ně byl těžší a vyžadovaly tak dopomoc od partnera. Iveta uvedla, že v těhotenství trpěla na časté záněty močového měchýře, který vedl až k hospitalizaci. Tento problém se však u vozíčkářů objevuje velmi často, jak již je uvedeno i v některé literatuře. Například zajímavá brazilská studie, která probíhala od roku 2018 do roku 2019 s názvem Care of wheelchair pregnant women in the light of Collière's theory, jejíž autorkou je Cristiane Rodrigues da Rocha se zabývala zdravím ženy v gestačním období. Výzkumu se účastnilo osm žen, které kojily a byly na invalidním vozíku. Výsledky studie ukázaly, že čtyři ženy měly v těhotenství zdravotní problémy v podobě výskytu pneumonie s nutností intubace, otoky dolních a horních končetin, tři měly infekce močových cest, dále výskyt hypertenze, eklampsie. Tato studie k výzkumu využila větší počet probandek, a proto se objevilo i více problémů, které se u těchto žen na invalidním vozíku v období těhotenství může vyskytovat. Tato studie také poukazuje na to, že ženy s fyzickým postižením jsou vystaveny většímu riziku chronických onemocnění a komplikací během těhotenství. Z mého výzkumu jsem ale z odpovědí žen byla překvapená, protože jejich průběh těhotenství proběhl navzdory handicapu velmi dobře. Paní Petra dokonce uvedla, že se jí v těhotenství zlepšil vysoký krevní tlak, se kterým před těhotenství měla potíže.

Následné mateřství každá probandka prožívala jinak. Vliv na zvládnutí péče o miminko měla hlavně pomoc od partnera nebo maminky. Marcela a Iveta rodily vaginálně a tím pádem jejich rekonvalescence po porodu byla jednodušší než pro Petru, která měla porod císařským řezem. Iveta již měla zkušenosti z předešlého těhotenství se svým prvním synem, ale to byla ještě zdravá chodící žena. I ona se tedy musela připravit na trochu jinou rodičovskou roli, než znala doteď. Iveta uvedla, že získala většinu informací z internetu, kde se inspirovala ostatními ženami, které na tom byly stejně. Marcela zase hledala pomoc u kamarádek, které již měly zkušenosti s mateřstvím na invalidním vozíku. Petra uvedla, že měla na pomoc maminku a nikoho jiného nepotřebovala a vlastně jí svěřila veškerou péči od přebalování až po koupání. Petra měla obavy, aby miminku neublížila. Všechny při přípravě na mateřskou roli měly ze začátku strach, že to nezvládnou, a byly donucené hledat informace od někoho z blízkého okolí. Proč se je ale nesnažil informovat jejich lékař nebo porodní asistentka, kde

by tyto informace mohly získat? Stačil by i například leták, kde je kontakt na spolky nebo organizace, které se snaží těmto ženám ulehčit jejich situaci. Toto zjištění, které bychom mohli nazvat jako nedostatečné poskytování informací těhotným ženám na invalidním vozíku, také potvrzuje studie vydaná článkem s názvem Disability and Health Journal z roku 2016, která se zabývala hloubkovému zkoumání nenaplněných potřeb zdravotní péče během těhotenství u žen s tělesným postižením. Této studii se účastnilo dvacet pět žen z celých Spojených států, kterým se v posledních deseti letech narodilo dítě. Studie taktéž odhalila nedostatečnou znalost a postoje lékařů, nedostatečnou fyzickou dostupnost zdravotnických zařízení a vybavení a nedostatečnou informovanost týkající se těhotenství a podpory po porodu.

V rozhovorech jsem se zaměřovala také na to, jaké byly jejich zkušenosti s péčí porodní asistentky. Samotnou mě totiž zajímalo jakožto studentku porodní asistence, jaká o tyto ženy byla péče v porodnici. Nikdy jsem se na odborné praxi s takovou ženou nesetkala a zřejmě bych ani nevěděla, jak k takové ženě přistupovat. Na vysoké škole jsme se teoreticky ani prakticky nepřipravovali na setkání s těhotnou ženou na invalidním vozíku. A myslím si, že takových žen přibývá a porodní asistentky by měly být připravené i na péči o ženy, které mají postižení pohybového aparátu a tím pádem vyžadují větší pomoc ať už při porodu, nebo v následné péči. Z rozhovorů jsem vyhodnotila, že všechny tři ženy neznají náplň porodní asistentky a přiřazují ji spíše k „normálním“ sestřám. Jejich zkušenost s porodní asistentkou byla spíše o té praktické stránce, kdy je porodní asistentka chodila kontrolovat po porodu nebo jim nabízela léky na tláčení bolesti. Každá z nich měla jiný průběh porodu a od toho se také odvíjela péče. Péči porodní asistentky hodnotily všechny pozitivně, ale nebyla pro ně zase tak přínosná. Všechny se ale shodly na tom, že pokud by dříve znaly veškeré kompetence porodní asistentky a dozvěděly se něco více o jejich náplni práce i mimo zdravotnické zařízení, neváhaly její péči využít. Samozřejmě u žen velkou roli hrálo to, že v těhotenství ani v období mateřství na to nebyly samy. Můžeme se ale ve zdravotnictví setkat se ženou, která nemá takovou podporu ze strany partnera nebo rodiny, a přesto se rozhodla přivést na svět své dítě. V takovém případě by péče porodní asistentky byla jistě přínosem i například v komunitním prostředí. Ale jsou porodní asistentky dostatečně informované o tom, jak o takovou ženu pečovat? Těhotenství handicapovaných žen je stále málo diskutovatelným tématem, a proto ani studentky porodní asistence nejsou o této problematice edukovány a neučí se, jak o takovou ženu pečovat, i když žena s handicapem má úplně stejné nároky jako zdravá žena. Často jsou to ženy, které ani nemají vrozené postižení, ale mají za sebou úraz

nebo autonehodu a předtím měly úplně normální život. Příkladem jsou i mé účastnice výzkumu. Paní Marcela a Iveta mají paraplegii, zapříčiněnou úrazem a autonehodou. Paní Petra má dětskou mozkovou obrnu z důvodu perinatální asfyxie.

Tím bych navázala na druhý hlavní cíl bakalářské práce a tím bylo zjistit, jak jsou porodní asistentky orientované ve specifikaci péči o ženy na invalidním vozíku. Tento cíl se týkal kvantitativního výzkumu. Prvním dílčím cílem bylo zmapovat znalosti porodních asistentek o organizacích podporujících ženy na invalidním vozíku. K dosažení tohoto cíle jsem oslovila porodní asistentky a studentky porodní asistence pomocí dotazníkového šetření. V české republice existují organizace, které podporují handicapované ženy v těhotenství a mateřství, a dokonce Centrum Paraple pořádá pro tyto ženy kurzy a setkání. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že až 95 % porodních asistentek nezná žádné organizace. Pouhých 5 % odpovědělo, že znají a konkrétně je vypsaly. Jedním ze zmíněných bylo právě Paraple.

Druhým dílčím cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je informovanost porodních asistentek v oblasti péče v období těhotenství a mateřství u žen na invalidním vozíku. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 91 respondentek. K cíli se vztahovaly tyto konkrétní otázky: 3) Pečovala jste někdy o ženu na invalidním vozíku v období těhotenství nebo mateřství? 7) Domníváte se, že jste získala během studia nebo své praxe dostatečné informace týkající se specifické péče o těhotné ženy na invalidním vozíku? 9) Je podle Vás potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován o péči těhotných žen na invalidním vozíku? 12) Poskytujete na oddělení, na kterém pracujete, individuální přístup pro těhotné ženy na invalidním vozíku? 13) Kdybyste přišla do styku s těhotnou ženou na vozíku během své praxe, věděla byste, na koho se v rámci svého týmu obrátit a požádat o pomoc? Z dotazníku vyplynulo, že v českém zdravotnictví porodní asistentky nejsou dostatečně informované o péči o těhotné ženy na invalidním vozíku a ani nezískaly informace během svého studia. 53 % uvedlo, že by nevěděly, na koho se v týmu obrátit pro radu, kdyby se setkaly se ženou na pracovišti nebo na odborné praxi. Porodní asistentky alejevily zájem o to, aby se o této problematice informovalo a mohly se naučit, jak při setkání s rodičkou na invalidním vozíku pracovat, aby ji mohly zajistit péči, která uspokojí její potřeby a mohla se cítit stejně dobře jako každá jiná žena, která přichází k porodu.

Na závěr bych zhodnotila výzkum jako přínosný v získání vědomostí o problematice těhotenství a mateřství žen na invalidním vozíku. Pro rozhovor byly vybrány tři účastnice, které

byly dle mého názoru pro výzkum dostačující. S účastnicemi výzkumu se mi skvěle spolupracovalo. Za možnou limitaci lze považovat to, že z dotazníkového šetření bylo nejvíce účastnic studentek, proto mohly odpovědi být méně přínosné, než kdyby se zúčastnilo více vystudovaných a zkušených porodních asistentek z praxe.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je péče o ženy na invalidním vozíku v českém zdravotnictví v období těhotenství a mateřství a jak jsou porodní asistentky orientované ve specifikaci péči o ženy na invalidním vozíku.

V teoretické části jsem se snažila přiblížit některé pojmy jako jsou handicap, invalidita, disabilita. Dále jsem se zabývala problematikou tělesného postižení včetně vymezení pojmu, rozdělení a vypsání konkrétních druhů vrozených a získaných postižení. V teoretické části jsem zmínila kapitolu Těhotenství a zvláštnosti prenatální péče u žen na invalidním vozíku, kde jsem se zaměřila na specifické vyšetření a potřeby. Další velká kapitola byla věnována roli porodní asistentky v péči o tělesně postiženou ženu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Poslední kapitola byla zaměřena na mateřství s postižením, kde jsem se snažila porozumět specifické péči o miminko už žen na invalidním vozíku.

Z kvalitativního i kvantitativního výzkumu je zřejmé, že v českém zdravotnictví jsou některé porodnice, které dokážou těhotné ženě na invalidním vozíku zajistit adekvátní péči, avšak chybí informovanost zdravotnického personálu. Porodní asistentky nejsou o této problematice informované na vysoké škole, ale ani na pracovišti a tím pádem pro ženy nejsou takovým přínosem v poskytování péče během porodu a v poporodním období. Problémem je i některý přístup lékařů, kdy lékař ženě oznámí, že bude muset na císařský řez, aniž by předem zvážil veškeré možnosti. A na druhé straně se ukázalo, že ani ženy, které přichází k porodu, přesně neví, kdo je porodní asistentka a jaké kompetence jí náleží. Výzkumné otázky i výzkumné problémy byly zodpovězeny.

Pro praxi bych doporučila, aby v českém zdravotnictví byla větší informovanost a podvědomí o handicapovaných ženách, které mají své potřeby a touhy jako každá jiná žena, a měly bychom jako porodní asistentky být připraveny poskytnout jim stejnou péči jako ostatním a nemít k těmto ženám ostych. Doporučila bych i větší spolupráci v týmu zdravotnických pracovníků, aby péče o ženu mohla být komplexní. Aby se tomuto tématu věnovalo více při samotné výuce. V rámci předporodní přípravy ženu informovat o komunitních porodních asistentkách. Nabízet jim kontakt na společnosti pro handicapované a zvládání mateřství.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

1. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9
2. NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367873-9
3. HANKOVÁ, Magdalena a Soňa KALENDA. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0012-5
4. MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3
5. WENDSCHE, Peter. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. Vyd. 2., přeprac. a rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN 978-80-7013-504-4
6. HENDRYCH LORENZOVÁ, Eva a Irena RAISNEROVÁ. *Being a happy midwife: Být šťastná porodní asistentka*. Přeložil Tereza SIEGELOVÁ. Pilsen: University of West Bohemia in Pilsen, 2020. ISBN 978-80-261-0985-3
7. NOVOTNÁ, Martina, HERLE, Petr, ed. *Neurologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, c2012. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-87553-31-2
8. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0837-4
9. ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana. *Spinální neurologie*. Praha: Maxdorf, [2019]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-626-9
10. PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4
11. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4
12. DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9

Internetové zdroje

1. VÍTOVÁ, Kateřina. *Trochu jiná máma – Proč to má těžší?* - AZ Rodina [online]. Copyright © 2007-2014 [cit. 02.03.2022]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/3952-trochu-jina-mama-proc-to-ma-tezsi>
2. Centrum Anahita s.r.o. *Váš průvodce mateřstvím*. Skorkovská 1511/198 00 Praha 9 - Černý Most [online]. Copyright © 2022 [cit. 2022-02-14] Dostupné z: <https://www.anahita.cz/>
3. GREGORA, Martin, Velemínský Miloš. *Těhotenství a mateřství*. 2017, s. 15. ISBN 978-80-271-9816-0 [cit.14.2.2022] Dostupné z https://obalky.kosmas.cz/ArticleFiles/239027/auto_preview.pdf/FILE/Tehotenstvi-a-materstvi_Ukazka.pdf
4. WILHELMOVÁ, Radka a KAŠOVÁ, Lucie. *Čtvrtá doba porodní a časné poporodní období*/Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. [online]. 2021 [cit.2022-02-14] Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/09_ctvrta_doba_porodni.html
5. Porodní dům U čápa. *Činnosti porodní asistentky v komunitním prostředí*. Roztylské náměstí 35/148 00 Praha 4 – Spořilov [online] Copyright©2000 [cit. 2022-02-14] Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PA/PAvPD.html>
6. Sunrise Medical. *Mateřství s handicapem: vyvrácení mýtů. Oficiální stránky společnosti Medicco s.r.o / Sunrise Medical* [online] Copyright © 2022 [cit. 2022-02-14] Dostupné z: <https://www.medicco.cz/blog/materstvi-s-handicapem>
7. ICM (International Confederation of Midwives) [cit. 2022-02-14] Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9081/20319/Definition%20of%20the%20Midwife_p%C5%99eklad.pdf
8. Centrum Paraple, o.p.s Ovčárská 471/1b108 00 Praha 10 – Malešice [online]. Copyright © 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z: <https://www.paraple.cz/paraple/>
9. Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství, z.s. Dřevná 2, Praha 2 Nové Město, 128 00 [online]. Copyright © 2022 [cit. 2022-02-16] Dostupné z: <https://www.aperio.cz/o-nas>
10. VENCLÍK Milan, VENCLÍKOVÁ Simona, JUHOVÁ Eva a kol. *Začleňování osob s tělesným postižením do společenského a pracovního života. Komora sociálních podniků* [online]. Brno, 2016 [cit. 2022-02-16] Dostupné z: https://www.komora-socialnich-podniku.cz/wp-content/uploads/2017/05/brozura_zaclenovani_osob_s_telesnym_postizenim.pdf

11. SMELZER, Suzanne C. *JOGNN*. Pregnancy in Women With Physical Disabilities, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Volume 36, Issue 1, 2007. Pages 88-96, ISSN 0884-2175 [cit. 2022-02-16] Dostupné z: [https://www.jog-nn.org/article/S0884-2175\(15\)33661-3/fulltext](https://www.jog-nn.org/article/S0884-2175(15)33661-3/fulltext)
12. Spinalis: Tips and Tricks. *Mamma pappa lam* [online]. Švédsko, 2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z: <http://mammappalam.se/barsele-ergobaby/>
13. Spinalis: Childbirth. *Spinal cord injury and parenting* [online]. Švédsko, 2018 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z Začátek formuláře: <http://sciparenting.com/child-birth/>
14. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. Vše okolo tetraplegie. *CZEPA – Česká asociace paraplegiků* [online]. Praha, 2012 [cit. 2022-02-16] Dostupné z: https://www.spinal-cord.cz/_userfiles/dokumenty/publikace/czepa-vse-okolo-tetraplegie.pdf
15. RODRIGUES DA ROCHA, Cristiane. *Care of wheelchair pregnant women in the light of Collière's theory*. [online]. Brazílie, 2019 [cit. 2022-03-28] Dostupné z: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zxpJNtMrb8Yw4dpQzD48WKN/?format=pdf&lang=en>
16. MILTRA Monika, Long-Bellil, M. Linda a kol., *Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy*. *Disability and Health Journal*. [online] Volume 9, Issue 3, 2016. Pages 457-463, ISSN 1936-6574 [cit. 2022-03-28] Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657415002125#abssec0025>
17. CAULFIELD, Jack. *How to Do Thematic Analysis | A Step-by-Step Guide & Examples*. Scribbr. [online] Amsterdam, 2019. [cit. 2022-03-28] Dostupné z: <https://www.scribbr.com/methodology/thematic-analysis/>
18. MENŠÍK, Tomáš. 5 kroků k tematické analýze rozhovorů se zaměstnanci. *MenSeek*, [online] 2020. [cit. 2022-03-28] Dostupné z: <https://www.menseek.eu/tematicka-analyza/>
19. HRADILOVÁ, Iva., HONZÁTKOVÁ, Lenka, HLADÍKOVÁ, Petra a kol. Těhotenství od začátku do konce aneb praktický pohled fyzioterapeutky. *Paraple*. 2021, č.10, s. 47-49. ISSN 2570-8198. [cit. 2022-02-14] Dostupné volně také z: <https://www.paraple.cz/paraple/magazin/>
20. HLADÍKOVÁ, Petra, HRADILOVÁ, Iva, HONZÁTKOVÁ, Lenka. Těhotenství po poranění míchy. *Paraple*. 2021, č.10, s. 44-46. ISSN 2570-8198. [cit. 2022-02-14] Dostupné z: <https://magazinparaple.cz/magazin-paraple-rijen-2021/>

21. HRADILOVÁ, Iva, Hloušková, Petra, Dundáčková, Sylvie. Porod žen s poškozením míchy. *Paraple*.2021/2022, č.4, s. 10-30. ISSN 2570-8198. Dostupné z: <https://magazinparaple.cz/zena-intimne-4-prosinec-2021-leden-2022/>
22. ŠTARKOVÁ, Petra. Znevýhodněné rodičovství. *Prohuman*. 2014. ISSN 1338-1415
Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/znevychodnene-rodicovstvi>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Dotazník
- Příloha 2 – Osnova rozhovoru
- Příloha 3 – Rozhovor s Petrou
- Příloha 4 – Rozhovor s Marcelou
- Příloha 5 – Rozhovor s Ivetou
- Příloha 6 – Ukázka zavinovací deky

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník

Dotazník

Milé porodní asistentky,

jmenuji se Šárka Kazmirčíková a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií v Plzni oboru Porodní asistence. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, který bude sloužit jako podklad výzkumné části mé bakalářské práce. Mým cílem je zjistit, jaká je informovanost a orientace porodních asistentek ve specifikaci péče o ženy na invalidním vozíku. Dotazník obsahuje 14 otázek a je zcela anonymní.

Předem Vám děkuji za vyplnění a za Váš čas.

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/JIRP
- g) Gynekologické oddělení
- h) Oddělení rizikového a patologického oddělení
- 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

3. Pečovala jste někdy o ženu na invalidním vozíku v období těhotenství nebo mateřství?
 - a) Ano
 - b) Ne
4. Znáte nějaké organizace, které pomáhají těhotným ženám na invalidním vozíku?
 - a) Ano
 - b) Ne
5. Pokud jste odpověděla ano, vypište prosím jaké...
6. Domníváte se, že jste získala během studia nebo své praxe dostatečné informace týkající se specifické péče o těhotné ženy na invalidním vozíku?
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ano
 - d) Rozhodně ne
 - e) Spíše ne
 - f) Ne
7. Domníváte se, že by naše společnost měla být více informována o problematice těhotných žen s handicapem?
 - a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ano
 - d) Rozhodně ne
 - e) Spíše ne
 - f) Ne
8. Pokud jste v předchozí otázce vybrala varianty odpovědí s ano, konkretizujte prosím, v čem by měla být společnost více informována....

9. Je podle Vás potřeba, aby byl zdravotnický personál více informován o péči těhotných žen na invalidním vozíku?
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ano
 - d) Rozhodně ne
 - e) Spíše ne
 - f) Ne
10. Pokud jste v předchozí otázce vybrala varianty odpovědí s ano, napište prosím, v čem by měl být zdravotnický personál více informován...
11. Je na oddělení, na kterém pracujete, zajištěn bezbariérový přístup pro ženy na invalidním vozíku?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
12. Poskytujete na oddělení, na kterém pracujete individuální přístup pro těhotné ženy na invalidním vozíku?
- a) Poskytujeme
 - b) Neposkytujeme
 - c) Odkážeme je na pracoviště, které o takové ženy pečují
13. Kdybyste přišla do styku s těhotnou ženou na vozíku během své praxe, věděla byste, na koho se v rámci svého týmu obrátit a požádat o pomoc?
- a) Rozhodně ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ano
 - d) Rozhodně ne
 - e) Spíše ne
 - f) Ne

14. Pokud jste v předchozí otázce vybrala varianty odpovědí s ano, napište prosím, na koho byste se obrátila (např. pomáhající organizace, fyzioterapeut, ergoterapeut) ...

Zdroj: vlastní

Příloha 2 – Osnova rozhovoru

ÚVOD

Iniciály:

Věk:

Důvod a typ postižení:

Rodinný stav:

Úvodní otázka: Jak se dnes máte?

Jak u vás probíhalo těhotenství vzhledem k vašemu postižení?

- Bylo těhotenství plánované?
- Jak na vaše těhotenství reagovalo okolí? (přátelé, rodina)
- Jak jste se v těhotenství cítila (fyzicky, psychicky) a Co bylo pro Vás v tomto období největší překážkou/problémem?
- Dostala jste dostatečné informace od svého gynekologa, porodní asistentky ohledně průběhu těhotenství, popřípadě nějaké rady, jak zmírnit některé těhotenské obtíže?
- Byl v těhotenství někdo, na koho jste se vždy mohla obrátit/podpora?

Jak probíhal Váš porod a podle čeho jste vybírala porodnici, kde jste se rozhodla porodit vaše miminko?

- Kdy jste se začala zajímat o vhodné porodnici, kde byste chtěla porodit?
- Co pro Vás bylo nejdůležitější, když jste porodnici vybírala?
- S kým jste řešila možnosti Vašeho porodu a jak porod probíhal? (kdo byl u porodu, možnost partnera u porodu, bonding po porodu?)

Jak byste zhodnotila péči porodní asistentky během vašeho porodu? Pozitiva/negativa

- Víte, kdo je porodní asistentka a jaké jsou její kompetence?
- Byla porodní asistentka u Vašeho porodu?
- Pozitiva/negativa

Měla jste možnost během vašeho těhotenství nebo mateřství využít péče porodní asistentky, která je v tomto odvětví specialistou, popřípadě měla byste zájem ji využít?

Po propuštění z porodnice, dostala jste dostatek informací o péči o vaše miminko, popřípadě využití pomoci s péčí o miminko, pomoc v domácnosti?

- Kdo Vás v porodnici informoval a naučil, jak pečovat o miminko, jak správně kojít?
- Získala jste z porodnice nebo někde jinde informace ohledně vhodných poloh, které by daly využít právě při kojení na invalidním vozíku?
- Když jste byla s miminkem doma, věděla jste si rady?
- Kdo Vám nejvíce pomohl s péčí o miminko a celkově s domácností během šestinedělí?

Příloha 3 – Rozhovor s Petrou

- 1 Š: Jak se dnes máte?
- 2 P: Mám se dobře, mám dobrou náladu, takže je to fajn.
- 3 Š: *Jak u Vás probíhalo těhotenství vzhledem k Vašemu postižení? Bylo těhotenství pláno-*
4 *vané?*
- 5 P: Plánované těhotenství to bylo, miminko jsme chtěli. Akorát se to povedlo až po nějaké
6 době. Otěhotněla jsem v roce 2017 a malej se narodil v roce 2018 na moje narozeniny 14.
7 března. Neměla jsem velké komplikace, akorát jsem ze začátku trochu krvácela. Nejspíš
8 kvůli citlivosti na to vyšetření, kvůli tomu sonu. Těhotenství mi naopak prospělo, protože
9 jsem předtím měla problém s tlakem a v těhotenství se to upravilo. Těhotenství mi prospělo
10 i tělesně, nemusela jsem jezdit na rehabilitace, na které jsem jezdila. Ani jsem neměla nějaké
11 velké nevolnosti, byla jsem jenom unavená.
- 12 Š: *A vzpomínáte si, jestli jste měla nějaké potíže vlivem růstu břicha? Přece jen jste to měla*
13 *v těhotenství těžší na vozíku...*
- 14 P: Těžší to rozhodně bylo ke konci. Ohnout se. Co se týče zad, tak ty mě ani nějak nebolely.
15 Otékaly mi nohy. Co se týče skoliózy, tak to ani potíže nebyly. Já se bála hlavně o to mi-
16 minko, aby mu to nevadilo. Ke konci byly potíže s dechem. Manžel mi potom musel pomá-
17 hat i na toaletu. To se hodně napracoval, protože zvedal dva. Byla jsem překvapená, že jsem
18 potíže ani neměla vzhledem k tomu, jak na tom jsem.
- 19 Š: *Jak reagovalo okolí na to těhotenství?*
- 20 P: Oni věděli, že chci mít miminko. Maminka reagovala nadšeně. Samozřejmě se člověk
21 trošičku bál komplikací, to jsem i říkala manželovi, že pokud budou při porodu nějaké kom-
22 plikace a muselo se vybrat mezi mnou nebo miminkem, tak ať vybere to miminko. Okolí
23 reagovalo dobře. Moje rodina to věděla.
- 24 Š: *I přátelé reagovali dobře?*
- 25 P: Taky ano
- 26 Š: *A vy jste tedy potom začala chodit ke svému gynekologovi na kontroly, že ano? A kromě*
27 *něho, musela jste chodit na kontroly i k jiným specialistům?*

28 P: Já jsem měla těhotenskou cukrovku, takže jsem chodila k paní cukrářce. Ona mi nasadila
29 dietu, takže jsem ji musela dodržovat. A taky jsem řešila to jídlo, nevěděla jsem, co kolikrát
30 jíst.

31 Š: *Musela jste řešit třeba i kontroly u fyzioterapeuta?*

32 P: Já jsem dojížděla na pravidelné rehabilitaci do Horažďovic, když jsem zjistila že jsem
33 těhotná, tak jsem tam hned volala. A přestala jsem tam dojíždět, protože na začátku těho-
34 tenství to bylo rizikové, chodila jsem totiž i do bazénu, kde mě manžel musel zvedat. Když
35 jsem začala být ve vyšším stádiu těhotenství, tak jsem tam párkrát byla, ale potom mi se
36 sestřička řekla, že to není potřeba. Měla jsem teda velké problémy s kyčlemi i po porodu.
37 Jinak teda mám svoji neuroložku, u které jsem byla na kontrole a když jsem jí řekla o těho-
38 tenství, tak usoudila, že je to v pořádku a podpořila mě v tom.

39 Š: *A když jste teda začala chodit ke gynekologovi na kontroly, jak ten se k Vašemu těhotenství*
40 *stavěl?*

41 P: Taky skvěle, i když bylo vidět na začátku, že má strach. To samozřejmě chápu, ale snažil
42 se poradit a doporučit kliniku, kde bych mohla родit. Chtěla jsem, aby mě rodil on, ale to mi
43 nedoporučil, kvůli pracovišti, kde pracoval, protože nebylo pro mě vybavené. Doporučil mi
44 родit v Plzni, my jsme byli i v televizi v Malých láskách. Tam jsem rodila, protože je tam
45 taková ta větší péče.

46 Š: *Když jste teda probírala s gynekologem, jak by mohl probíhat Váš porod, byla nějaká*
47 *možnost, že byste rodila spontánně?*

48 P: Ne, protože já se neuvolním tak moc, abych to dítě neohrozila. Já nedám ty nohy od sebe.
49 Já bych se spíše stáhla, než uvolnila. Takže to nepřípadalo v úvahu, protože bych miminku
50 mohla ublížit. To jsme věděli hned, že to nebude spontánně možný, ale bude to císařem.

51 Š: *Jak teda probíhal Váš porod a podle čeho jste vybírala porodnici, kde jste chtěla porodit*
52 *Vaše miminko? Co bylo pro Vás ve výběru nejdůležitější?*

53 P: Přijela jsem s bolestmi, ale nebyla jsem na lačno, takže mě museli dát na vylučnění. Měla
54 jsem potíže se streptokokem, tak mi taky museli dát léky. Nějakou dobu jsme čekali, až jsem
55 byla vylučněná, tak mi dali cévku, zabandážovali. Já jsem se klepala jak ratlák, to bylo pří-
56 šerný. Když už to bylo možný, tak jsem jela na ten sál. Tam byl moc hodný pán, který byl
57 citlivý. Začala mi připravovat. Manžel byl u porodu, ale mohl tam až když mě uspali. Viděl

58 potom malého. Byla jsem v celkové narkóze kvůli skolióze, na to jsem se i ptala. Já byla
59 i radši pro celkovou anestezii.

60 Š: *Vy máte teda chlapečka?*

61 P: Ano, dnes mu jsou 4

62 Š: *A po porodu jste byla kde?*

63 P: Na pooperačním pokoj, to jsem tam byla do druhého dne a potom jsem šla na normální
64 pokoj. Ale miminko nemáte u sebe hned. To jsme se ještě domluvili, abychom ho měli u sebe
65 daleko dřív. Na pooperačním se mnou manžel nebyl, ale byl se mnou na tom pokoji potom.
66 Tam se mnou i spal. Protože bych to bez něj nezvládla. Sestřičky nám pomáhali a vysvětlo-
67 vali manželovi, jak s miminkem.

68 Š: *A kdy u Vás proběhl bonding s miminkem (kdy Vám miminko přiložili k prsu?)*

69 P: No to bylo ten druhý den, oni mi teda slíbili, že mi ho přinesou dřív, ale potom řekli, že
70 to nestihnou. Druhý den mi ho sestřička přinesla na ten pooperační pokoj, nevím kolik bylo
71 hodin.

72 Š: *Tak to jsme probraly porod. Ještě se zeptám, jestli ta porodnice, kterou Vám doporučil*
73 *gynekolog byla bezbariérově zařízená?*

74 P: Ano měli tam výtahy, nikde nebyli schody.

75 Š: *A i v těch pokojích?*

76 P: No těch pokojích bych raději moc nemluvila. Tam to bylo složitý, tam bych se ani nedo-
77 stala do sprchy. tam to moc dobrý nebylo. Tam v té jedné místnosti jste toho měla moc.
78 Pomůcky pro mě a pro miminko, manžel tam měl takovou tu obyčejnou rozkládací postel.
79 Bylo to tam malý. Byli jsme potom rádi, že jedeme domu.

80 Š: *Takže se vším Vám tam pomáhal manžel?*

81 P: No do sprchy jsem jezdila jinam, ta byla bezbariérová, ale byly tam maminky, takže jsme
82 se jich museli ptát, jestli můžeme přejet přes jejich pokoj. Ale zase ten sprchový kout..... to
83 bylo jako pro člověka co udrží stabilitu, ale ne pro mě. Manžel mě tam chudák rval a taky se
84 bál, aby mě to nebolelo. Bylo to fakt úzký, takže jsem to vzdala. Potom mi přinesli teda

85 lavor. To tam byla taková hodná uklízečka, která říkala: „*Já Vás chápu, já jsem dělala v do-*
86 *mově důchodců, tak vím, jaký to je*“

87 Š: *A jinak jste byla v porodnici spokojená?*

88 P: Byla jsem spokojená s těma sestřičkami pro ty miminka, ale jinak mi se vším pomáhal
89 manžel. Tam šlo v podstatě jen o to, že jste si řekla, že Vás to bolí, tak Vám to píchli. Potom
90 některé sestřičky byly pečlivější v tom, že já jsem měla problémy s prsama, tak vám to přišla
91 odstát a říkala, že na to musíte dávat pozor. Ale stejně když jsem přijela domů, tak ty prsa
92 na tom byly hodně špatně. Takže to jsme doléčovali doma. Já jsem měla potíže s kojením,
93 měla jsem slabý mlíčko. Měla jsem to složitější, protože manžel by mi musel malého přiklá-
94 dat. Už v nemocnici mi doporučili Bebu a dodnes. Já jsem to nakonec vzdala a nechtěla jsem
95 riskovat zánět, tak jsme mu nechali tu Bebu. A nepřijde mi, že by mu něco chybělo.

96 Š: *Jak byste zhodnotila péči porodní asistentky během Vašeho porodu nebo pobytu v porod-*
97 *nici?*

98 P: Během toho porodu bych to zhodnotila skvěle. Byla tam starší sestřička, která mě jenom
99 napíchla. A potom tam byla taková mladá, příjemná, citlivá. Byli fajn.

100 Š: *A na tom pooperačním pokoji Vám pomáhali?*

101 P: Já jsem vůbec nevstávala. Až když jsem potom jela na ten normální pokoj, tak mě přená-
102 šeli na tu postel, ale jinak jsem vůbec nevstávala. Oni tak běžně kontrolují dech, tak atd.
103 Druhý den mi dávali napít, ale s tím jsem měla potíže. Nebyla jsem schopná se napít, tak se
104 sestřička taky divila. Když jsem řekla, že mi to bolí, tak mi píchli na bolest, ale jinak tam
105 byl ten manžel. Potom císaři jsem si nic nevěděla, ale manželovi sestřička přinesla takovou
106 kartičku s jménem a váhou miminka.

107 Š: *A dávali miminko manželovi po porodu?*

108 P: On si teda hned malého choval, když se narodil. Ona tam byla se mnou sestra a neteř. Ta
109 byla se mnou na tom pokoji, kde jsme čekali na toho císaře.

110 Š: *Další otázkou tedy je, jestli byste během Vašeho těhotenství nebo mateřství využila péče*
111 *porodní asistentky, kdybyste měla tu možnost. Existují i komunitní porodní asistentky, které*
112 *mohou totiž jezdit i do domácího prostředí a pomoci v těžkých začátcích po porodu*

113 P: Tak to já ani neznam. V té porodnici mi sestřičky pomáhaly s miminkem a říkaly mi, jak
114 ho napolohovat atd. Já jsem na tu pomoc měla maminku, ta má 3 děti, takže ta věděla. Kdy-
115 bych neměla takovou podporu a byla bych sama, tak bych ti pomoc využila. V mém případě,
116 ale nebyla potřeba, protože jsem měla tu maminku. Ta byla pro mě největší poradkyně.

117 Š: *Po propuštění z té porodnice, dostala jste dostatek informací o péči o miminko, popřípadě*
118 *využití pomoc s péčí o miminko, pomoc v domácnosti?*

119 P: Joo to jsem dostala. Pomoc mi nenabízeli, protože viděli, že mam toho manžela, který se
120 o mě postará. Když jsme se pokoušeli kojít, tak to bylo vždy v posteli. Nikdy to nebylo v tom
121 vozíku. Já nejsem ten typ, co by něco zkoušel, když bych mohla ublížit tomu miminku. Třeba
122 kdyby nebylo do něčeho zabalené a já bych si ho pokoušela přikládat, tak bych měla strach,
123 že mu ublížila. Doma jsem nezkoušela kojít. Já jsem měla ošklivý ty prsa a hrozil tam zánět.

124 Š: *A dali vám informace, jak o prsa pečovat?*

125 P: Tak oni mě tam odsávaly a doma mi pomohla maminka. Potom jsem se radila i s gyneko-
126 logem a ten říkal, jak nechat mlíko odejít. Já doma nezkoušela kojít. My potom přešli na tu
127 Bebu.

128 Š: *A jak jste si poradila s přenášením miminka doma? Poradili vám třeba v té porodnici, jak*
129 *si usnadnit tu manipulaci?*

130 P: Tam radili hlavně s tím, co s tím, kdyby měl prdíky, ale doma ho nosili hlavně maminka
131 a manžel. Já bych měla strach. Já jsem ani nepřevalovala, to dělala maminka a manžel. I ho
132 koupala.

133 Š: *A vy jste si to třeba nevyzkoušela převalit a vykoupat chlapečka?*

134 P: Ne, já vím, že na tom nejsem nejlíp a nejdu přesto. Zkoušet si můžu na sobě, ale ne na
135 miminku, kterému můžu ublížit.

136 Š: *A potom, jak jste byla doma, neměla jste nějaké potíže? Například s hojením jizvy? Jezdila*
137 *jste na rehabilitace?*

138 P: Já jsem se hojila dobře. Já jsem, když to šlo, tak jsem na tom vozíku seděla, jinak jsem
139 ležela. Malej měl určitý svůj režim, takže jsem hledala někoho, kdo by za mnou jezdil domu
140 na rehabilitaci, nějakou fyzioterapeutku. Po delší době za mnou potom jezdila.

141 Š: *Tak to je z otázek vše. Moc děkuji za rozhovor.*

142 P: Já jsem moc ráda zodpověděla.

143 Š: *Na shledanou*

144 P: Na shledanou.

Příloha 4 – Rozhovor s Marcelou

- 1 Š: *Jak se dnes máte?*
- 2 M: Mám se dobře, malá spinká. Je to s ní teď akorát náročnější, protože začíná chodit. Radši
3 si na procházky беру někoho s sebou jako doprovod.
- 4 Š: *Jak u Vás probíhalo těhotenství vzhledem k Vašemu postižení? V jakém roce jste otěhot-*
5 *něla?*
- 6 M: Otěhotněla jsem v roce 2019 a rodila jsem v květnu 2020.
- 7 Š: *Bylo těhotenství plánované?*
- 8 M: Ano bylo to plánované, přestali jsme to řešit a zkusili to.
- 9 Š: *Jak na to reagovalo okolí? rodina, přátelé?*
- 10 M: Rodina i kamarádi byli dost překvapení, nevěděli, že to zkusíme. Všichni mě ale pod-
11 porovali a byli rádi. Teď je to jen náročný venku, když je starší. Nevěděla jsem, jak to
12 zvládnou, přemýšleli jsme, že by manžel šel na mateřskou, ale nakonec jsme se rozhodli, že
13 půjdu já a on půjde pracovat.
- 14 Š: *To je fajn, že to takhle přijali.*
- 15 Š: *Jak jste se cítila v těhotenství? Neměla jste nějaké specifické problémy?*
- 16 M: Myslím si, že jsem to měla normální jako chodící ženský, akorát se záchodem jsem měla
17 problémy. Měla jsem úniky dost často, to bylo nepříjemné. Jinak nic zvláštního. Nepřišlo mi
18 to, jak břicho rostlo postupně.
- 19 Š: *Řešila jste to nějak?*
- 20 M: Když jsem jela na kontrolu, tak jsem často předtím nepila, aby se mi to nestalo na kon-
21 trole. Řešila jsem to jinak vložkami. Já i cítím nohy a cítím, když potřebuju na záchod, akorát
22 jsem prostě musela častěji chodit na záchod. Po porodu se mi ulevilo
- 23 Š: *Připravovala jste se nějak na těhotenství? Informovala jste se třeba v rámci organizací*
24 *nebo skupin?*

25 M: Hodně jsem byla v kontaktu na vozíku s holkama, co jsem věděla, že mají děti, i hlavně
26 kvůli porodu jsem se jich ptala. Chtěla jsem v Centrum Paraple absolvovat kurz Máma a táta
27 na vozíku, ale kvůli covidu to bylo odložené. Hodně jsem googlila a moc jsem toho nenašla.
28 V Paraple byl přímo magazín na těhotenství, ale za mé těhotenství to ještě nebylo vydané.
29 Bylo to těžké no, protože nikdo nevěděl. Chodila jsem ke svému gynekologovi a ten říkal,
30 že jsem jeho první na vozíčku. Ptala jsem se, jak budu rodit a ten hned odpověděl, že radši
31 císařem. Že by ani nepřemýšlel o spontánním porodu

32 Rodila jsem v Motole. To mi poradily kamarádky. Hrozně si to tam chválili. Jezdila jsem
33 tam potom i na kontroly jednou za tři měsíce. Potom jsem chodila i k doktorce Špálové, která
34 se specializuje na vozíčkářky v těhotenství. Potom jsem nastoupila do Motola k panu dokto-
35 rovi, nevím, jak se jmenoval, ale byl to primář porodnice. Chodila jsem ke Špálové i k němu.
36 Ten jediný byl pro to, abych rodila spontánně. Říkal, že si myslí, že to zvládnou. Císařem to
37 prý může skončit vždycky. Nastoupila jsem do Motola v 38 týdnu a nastoupila jsem tam ve
38 středu a rodila jsem v pondělí. Porod mi totiž vyvolávali. Nebyla jsem přesvědčená do po-
39 slední chvíle. Z neděle na pondělí jsem vůbec nespala. V pondělí ráno za mnou přišel a řekl,
40 že zavedeme tu tabletku. Zavedli jsme tabletku a už to bylo. Na porod hrozně ráda vzpomí-
41 nam. Primář mě i rodil, tak to bylo super.

42 Š: *Tak to je skvělá zpráva, že jste rodila spontánně. To jste rovnou zodpověděla i další otázku*
43 *ohledně porodu.*

44 Š: *Jak tedy celkově probíhal váš porod a podle čeho jste vybírala porodnici, kde jste se*
45 *rozhodla porodit vaše miminko?*

46 M: Hlavní bylo, že tam se mnou mohl být přítel a nemocnice byla bezbariérová.

47 Š: *Byl s vámi po celou dobu porodu? I na šestinedělí?*

48 M: Ano, byl. Byl se mnou ubytovaný na pokoji. Všechno dělal přítel, protože jsem musela
49 po porodu ležet.

50 Š: *A jak probíhal porod? Kdo byl u porodu?*

51 M: Myslím si, že jsem to měla určitě míň bolestivé, ale cítila jsem je. Zavedli mi v 8 tabletku
52 na rizikovém odd. a ve 12 jsem přešla na porodní sál. Byla jsem ale v pohodě. Dojela jsem
53 si i sama na vozíku. Když jsem byla na porodním sále, tak tam přišel přítel. Pak přišel primář,
54 ale moc si nepamatuju, kdo tam všechno byl. Pan primář mě potom odrodil.

55 Š: *A chodila za vámi porodní asistentka? Věnovala se vám?*

56 M: No já nevím teď koho myslíte, myslíte ty sestřičky?

57 Š: *Víte, kdo je vlastně porodní asistentka?*

58 M: No asi to byla ta sestra, ale já nevím, jestli to byla porodní asistentka.

59 Š: *Na porodnici jsou hlavně porodní asistentky.*

60 M: Aha, Já jsem byla na tom rizikovém oddělení a tam chodily sestřičky mě kontrolovat
61 a potom jsem šla na porodní sál a tam mě teda asi porodní asistentka chodila kontrolovat
62 a ptala se, jestli je všechno v pořádku.

63 Š: *Já vám tedy řeknu, jaké jsou kompetence porodní asistentky abys jste věděla o kom mlu-*
64 *vím nebo na koho se vlastně ptám.... (představení porodní asistentky včetně možnosti komu-*
65 *nitní péče)*

66 M: Aha, tak to jsem nevěděla, dokud jste mi to neřekla, já myslela, že je to prostě sestřička.

67 Š: *A když jsme si tedy představili porodní asistentku, věnovala se vám třeba během I. doby*
68 *porodní, když jste měla bolesti?*

69 M: Porodní asistentka tam chodila kontrolovat a ptala se, jestli je všechno v pořádku, ptala
70 se mě to jo a říkala i o vaně. Já jsem ani nechtěla, protože se to dalo ty bolesti a neměla jsem
71 potřebu.

72 Š: *Jak byste tedy zhodnotila péči porodní asistentky během Vašeho porodu? Pozitiva x ne-*
73 *gativa*

74 M: Takže teda na šestinedělí jsou teda taky porodní asistentky?

75 Š: *Ano, ale jsou tam s nimi většinou i dětské sestry*

76 M: Pro mě byl hlavní přítel. A odrodil mě i primář, takže to nemůžu ani nějak hodnotit.
77 Porodní asistentka tam vždy jen kontrolovala, a to mi nějak moc nedalo. Ona viděla, že tam
78 byl přítel, tak mě asi nechala. Ale když jsem byla na šestinedělí, tak tam by jako hodně
79 poradili s miminkem. Hodně jsem krvácela, takže mi často měnily podložku. Přítelovi i uka-
80 zovaly, jak o to miminko pečovat, tak to bylo super. Tu první noc jsem zkolabovala ve sprše,

81 ale přítel mě našťestí chytil a volal setru. A potom tam přišla porodní asistentka a řekla, že
82 by Soničku odnesly na noc.

83 Š: *A to jste chtěla? Aby vám ji na noc odnesly? Ptaly se Vás, jestli chcete?*

84 M: Ano to se mi ptali a já jsem i souhlasila, protože jsem byla hodně unavená. Všechno mi
85 ukazovaly ohledně kojení i polohy při kojení. Ale nevím, jestli to byly dětské sestry nebo
86 porodní asistentky.

87 Š: *Bylo by fajn, kdyby to byly porodní asistentky, ale často mají na starost miminka dětské*
88 *sestry.*

89 M: Jo tak o to jsem se nějak nezajímala.

90 Š: *A malou jste měla hned po porodu u sebe?*

91 M: Ano ihned mi ji dali k prsu. Když mi dala porodní asistentka malou k prsu, tak říkala, že
92 za chvíli přijde a ukáže mi, jak se má přisát. A dlouho nešla a my jsme s přítelem vůbec
93 nevěděli, jestli můžeme nebo nemůžeme ji dát k prsu. Nakonec přišla až za půl hodiny a ptala
94 se, jestli se přisála... a my čekali na ní... To bylo zvláštní

95 Š: *A potom, co jsme si představily porodní asistentku a možnosti péče, které může nabídnout,*
96 *měla byste zájem je využít?*

97 M: Jako určitě, já jsem vůbec nevěděla, že to takhle jde i individuálně. Tady nikdo porodní
98 asistentku neměla, tak jsem se o to ani nezajímala. Kdybychom plánovali druhý, tak bych se
99 o to určitě zajímala více.

100 Š: *Po propuštění z porodnice, dostala jste dostatek informací o péči o vaše miminko?*

101 M: Ano, kojení, všechno mi vysvětlili. Já jsem nešla domů s tím, že bych něco nevěděla.

102 Š: *S domácností vám pomohl teda hlavně partner?*

103 M: Ano, já jsem se docela dala rychle dohromady, ale manžel mi hodně pomáhal

104 Š: *Takže jste byla spokojená v porodnici i třeba s vybavením pokojů?*

105 M: Ano vše kromě přebalovací pultu bylo přizpůsobené bezbariérově

106 Š: *A nepůsobil na Vás personál nějak odmítavě?*

107 M: Vůbec nebo to aspoň nedávali najevo.

108 Š: *Tak já jste mi odpověděla na vše. A máte v plánu další těhotenství?*

109 M: No ano ještě bychom chtěli.

110 Š: *Ještě bych se chtěla zeptat. jak jste to zvládali doma třeba s manipulací s kočárkem apod?*
111 *nebo měla jste nějaké speciální pomůcky?*

112 M: No kočárek jsem měla menší, ale žádný speciální. Hodně jsem používala tašku pro vo-
113 zíčkáře na nošení miminka, s tou jsem chodila hodně a bez ní bych to asi nezvládla. Dělala
114 jsem s ní všechno i uklízela.

115 Š: *A to jste si našla sama?*

116 M: Ano, to byla náhoda. Našla jsem to na internetu, a i jsem si to vzala do porodnice.

117 Š: *Tak to je skvělá pomůcka. Já Vás tedy nebudu dál zdržovat a děkuji moc za rozhovor.*
118 *Přeji hezký zbytek dne. Na shledanou.*

119 M: Na shledanou.

Příloha 5 – Rozhovor s Ivetou

- 1 Š: *Jak se dnes máte?*
- 2 I: Trošku unaveně.
- 3 Š: *Jak u vás probíhalo těhotenství vzhledem k vašemu postižení?*
- 4 I: Myslím, že velmi podobně jako u prvního syna, kterého jsem porodila ještě jako 'chodící'.
- 5 Nebylo to o moc jiné, jen vše v sedě.
- 6 Š: *Bylo těhotenství plánované?*
- 7 I: Jak se to vezme, miminko jsme neplánovali, ale zároveň jsme se tomu nebránili. Nechávali
- 8 jsme tomu 'volný průběh'.
- 9 Š: *Jak na Vaše těhotenství reagovalo okolí? (přátelé, rodina)*
- 10 I: Reagovali kladně, měli radost. Samozřejmě i trochu starost, jak to budeme zvládat. Já
- 11 sama jsem se ze začátku bála, jak to všechno zvládnu. S prvním synem jsem byla ještě cho-
- 12 dící, tak to bylo jednodušší.
- 13 Š: *Jak jste se v těhotenství cítila (fyzicky, psychicky) a co bylo pro Vás v tomto období nej-*
- 14 *větší překážkou/problémem?*
- 15 I: Cítila jsem se dobře fyzicky i psychicky, těhotenství probíhalo v pořádku. Jen jsem měla
- 16 trochu problém se zánětem močového měchýře, který je u nás vozíčkářek poměrně častým
- 17 problémem a tím spíše v těhotenství. Tento zánět skončil až hospitalizací, nasazením antibi-
- 18 otik a zavedením stentu.
- 19 Š: *Myslíte si, že jste dostala dostatek informací od svého gynekologa, porodní asistentky*
- 20 *ohledně průběhu těhotenství, popřípadě nějaké rady, jak zmírnit některé těhotenské obtíže?*
- 21 I: Myslím, že informace jsem dostala dostatečně přiměřeně mé situaci. Přeci jen tolik porodů
- 22 vozíčkářek v ČR ještě neproběhlo. Ale můj gynekolog i porodní asistentky se na můj porod
- 23 velmi pečlivě připravovali.
- 24 Š: *A jaký přístup měl k Vašemu těhotenství Váš gynekolog? Musela jste možnosti porodu*
- 25 *řešit i s jiným specialistou?*
- 26 I: Moje obvodní lékařka mi moc fandila. Neuroložka ta mě spíš děsila, ale s tou jsem to
- 27 nijak neřešila. Musela jsem vysadit několik léků, a to jsem musela konzultovat v Praze.

28 Také jsem v Praze řešila těhotenství s primářkou Špálovou, která už absolvovala několik
29 takových porodů, bohužel ale, když jsem měla termín, tak musela na operaci. Přidělili
30 mi jinou doktorku a ta chtěla, abych rodila císařem, což jsem nechtěla. Tady v Jilemnici
31 byli pro, aby se zkusil přirozený porod, vzhledem k tomu, že už jsem jednou rodila.“

32

33 Š: *Byl v těhotenství někdo, na koho jste se vždy mohla obrátit/podpora?*

34 I: Ano, byla jich spousta. Manžel, rodiče, bratr, můj gynekolog, přátelé.

35 Š: *Jak probíhal Váš porod a podle čeho jste vybírala porodnici, kde jste se rozhodla porodit*
36 *Vaše miminko?*

37 I: Rodila jsem v místní porodnici Jilemnici, kde jsem na svět přivedla i svého prvního syna.
38 Byli naprosto fantastičtí. Zvolila jsem si tuto porodnici, protože mě přesvědčili svým přátel-
39 ským až rodinným přístupem. Porod proběhl přirozeně, byl to úžasný zážitek.

40 Š: *Kdy jste se začala zajímat o vhodné porodnici, kde byste chtěla porodit?*

41 I: Myslím, že to bylo hned poté, co jsem zjistila, že jsem těhotná.

42 Š: *Co pro Vás bylo nejdůležitější, když jste porodnici vybírala?*

43 I: Jejich přístup, vstřícné jednání vzhledem k mým potřebám jakožto vozíčkářky.

44 Š: *S kým jste řešila možnosti Vašeho porodu a jak porod probíhal? (kdo byl u porodu, mož-*
45 *nost partnera u porodu, proběhl bonding po porodu? – přiložení miminka na tělo ihned po*
46 *porodu)*

47 I: Možnosti porodu jsem řešila se svým gynekologem, který je zároveň primář porodního
48 oddělení. Porod proběhl přirozeně, s pomocí vyvolávací tabletky. Manžel byl po celou dobu
49 se mnou a moc mi pomáhal, byl pro mě největší podporou. Bonding ihned po porodu pro-
50 běhl.

51 Š: *Jak byste zhodnotila péči porodní asistentky během vašeho porodu?*

52 I: U mého porodu bylo několik porodních sestřiček, doktorů i primář. Všichni byli naprosto
53 úžasní, asi mě nenapadá nic, co bych mohla vytknout.

54 Š: *Měla jste možnost během vašeho těhotenství nebo mateřství využít péče porodní asis-*
55 *tentky, která je v tomto odvětví specialistou, popřípadě měla byste zájem ji využít?*

56 I: O takové možnosti nevím, ani jsem ji nezjišťovala. Možná pokud by mi byla nabídnuta,
57 tak bych o ni uvažovala.

58 Š: *Po propuštění z porodnice, dostala jste dostatek informací o péči o vaše miminko, popří-*
59 *padě využití pomoci s péčí o miminko, pomoc v domácnosti?*

60 I: Dostala jsem stejné informace jako zdravé maminky. Spíš jsme s manželem spoléhali sami
61 na sebe, že to prostě společně zvládneme.

62 Š: *Kdo Vás v porodnici informoval a naučil, jak pečovat o miminko, jak správně kojit?*

63 I: Asi vlastně nikdo, spoléhala jsem na zkušenosti s prvním synem. Přicházela jsem si na to
64 sama, jak mi to bude nejlépe vyhovovat.

65 Š: *Získala jste z porodnice nebo někde jinde informace ohledně vhodných poloh, které by*
66 *daly využít právě při kojení na invalidním vozíku?*

67 I: Tak trochu jsem si o tom hledala informace na internetu, jak to dělají maminky na vozíku,
68 jaké mají vychytávky.

69 Š: *Když jste byla s miminkem doma, věděla jste si rady?*

70 I: Měla jsem po ruce manžela, takže jsem prostě zkoušela, co a jak mi s miminkem půjde
71 a věděla jsem, že když něco nezvládnou, že pomůže.

72 Š: *Kdo Vám nejvíce pomohl s péčí o miminko a celkově s domácností během šestinedělí?*

73 I: Manžel, občas maminka.

74 Š: *Děkuji Vám za rozhovor a za Váš čas. Na shledanou*

75 I: Nemáte za co. Ráda jsem odpověděla. Na shledanou.

Příloha 6 – Ukázka zavinovací deky

Obrázek 1 Ukázka zavinovací deky



Poznámka: pomůcka pro usnadnění manipulace s miminkem

Zdroj: <https://www.snugglebundl.cz>