

Opieka położniczo- -ginekologiczna nad kobietami niepełnosprawnymi

Obstetric-gynaecological care of women with disabilities

Magdalena Sulima¹, Magdalena Lewicka¹,
Artur Wdowiak², Andrij Bazylewicz³

¹ Zakład Położnictwa, Ginekologii
i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny w Lublinie, Polska

² Pracownia Technik Diagnostycznych,
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

³ Кафедрою пропедевтики внутрішньої
медицини №1 Львівського національного
медичного університету імені Данила
Галицького представлена доктором
медичних наук Базилевичем А.Я., Ukraina

Streszczenie

Kobiety niepełnosprawne mają prawo do poszanowania ludzkiej godności oraz zdrowia umożliwiającego im uczestnictwo w satysfakcjonującym i bezpiecznym życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym. Zapewnienie właściwej opieki położniczo-ginekologicznej wobec kobiet niepełnosprawnych przyczynia się do uzyskania zmian w ich stanie zdrowia, zwiększa świadomość potrzeb samoopieki oraz odpowiedzialności za własne zdrowie. Personel medyczny, świadomy swoich profesjonalnych zadań, powinien odgrywać najważniejszą rolę w systemie opieki medycznej i podejmować działania edukacyjne z zakresu

**European Journal
of Medical Technologies**
2015; 4(9): 25-31

Copyright © 2015 by ISASDMT
All rights reserved
www.medical-technologies.eu
Published online 24.12.2015

Adres do korespondencji:

dr n. o zdr. Magdalena
Sulima
Zakład Położnictwa,
Ginekologii
i Pielęgniarstwa
Położniczo-
-Ginekologicznego
Wydział Nauk
o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny w Lublinie
Chodźki 6, 20-093 Lublin
e-mail: m.sulima@
umlub.pl

Słowa kluczowe:

niepełnosprawność,
kobieta opieka,
ginekologia,
położnictwo

przygotowania do roli rodzicielskiej, planowania rodziny, opieki nad dzieckiem oraz uwzględniać opiekę ginekologiczną.

Abstract

Women with disabilities have the right to respect for human dignity and health, enabling them to participate in a satisfactory and safe family life, social and professional life. Ensuring proper obstetric-gynaecological care to women with disabilities contributes to the changes in their health, increases awareness of the needs of self-care and responsibility for their own health. Medical personnel are aware of their professional duties, should play a key role in the health care system and implement educational efforts on the preparation for the role of parent, family planning, child care and include gynaecological care.

Key words:

disability, woman care, gynaecology, obstetrics

Wstęp

Kobiety niepełnosprawne mają prawo do poszanowania ludzkiej godności oraz zdrowia umożliwiającego im uczestnictwo w satysfakcjonującym i bezpiecznym życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym [1].

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia niepełnosprawność dotyczy osób, u których uszkodzenie obniża sprawność funkcjonowania organizmu, uniemożliwiając, utrudniając lub ograniczając sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie [2].

Niepełnosprawność, definiowana jest również jako gorsze niż normalne psychiczne, fizyczne bądź umysłowe funkcjonowanie w codziennym życiu, które dotyczy samodzielności człowieka w samoobsłudze, w prowadzeniu gospodarstwa domowego, wychodzenia z domu oraz aktywności poza domem, jak również w nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich [3].

Piliszczyk i wsp. [4] przedstawiają definicję niepełnosprawności Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), z której wynika, iż niepełnosprawność stanowi uszkodzenie, ograniczenie aktywności i uczestnictwa charakteryzujące się trudnością wykonywania zadań lub czynności oraz zmniejszenie zaangażowania się człowieka w sytuacje życia codziennego.

Mazurkiewicz za Ossowskim [5] podaje, że osoba niepełnosprawna jest jednostką mającą prawa, jednak znajduje się w sytuacji upośledzającej ją z powodu występowania barier środowiskowych, ekonomicznych

oraz społecznych. Z kolei z medycznego punktu widzenia osoba niepełnosprawna postrzegana jest jako istota ludzka z problemami fizjologicznymi, wymagająca pomocy w zakresie rehabilitacji bądź leczenia w celu przezwyciężenia ograniczeń [6].

Opieka położniczo-ginekologiczna

Zarzycka [7], powołując się na definicję opieki przedstawioną przez Kelma, podaje, iż opieka rozumiana jest jako działania podejmowane wobec osób i rzeczy z powodu występowania potencjalnego zagrożenia ich istnienia oraz z powodu ograniczonych zasobów umożliwiających przezwycięzenie występującego zagrożenia własnymi siłami. Ponadto swoistość opieki sprawowanej nad osobami niepełnosprawnymi wymaga ciągłego, systematycznego zaspokajania potrzeb podopiecznych w oparciu o relacje opiekuńcze zachodzące pomiędzy opiekunem a biorcą opieki oraz wynikające z ponoszenia odpowiedzialności za sprawowaną opiekę.

Współczesne poglądy stanowią o konieczności sprawowania opieki holistycznej nad pacjentem, która wiąże się z udzielaniem opieki we wszystkich obszarach życia pacjenta, tj. w zdrowiu oraz chorobie, z uwzględnieniem osoby jako bytu intelektualnego, emocjonalnego, społecznego, duchowego oraz fizycznego. Ponadto dąży się do tego, aby pacjent

aktywnie uczestniczył w procesie leczniczo-pielęgnacyjnym [8].

Zapewnienie właściwej opieki położniczo-ginekologicznej wobec kobiet niepełnosprawnych przyczynia się do uzyskania zmian w ich stanie zdrowia, zwiększa świadomość potrzeb samoopieki oraz odpowiedzialności za własne zdrowie. Personel medyczny, świadomy swoich profesjonalnych zadań, powinien odgrywać najważniejszą rolę w systemie opieki medycznej i podejmować działania edukacyjne z zakresu przygotowania do roli rodzicielskiej, planowania rodziny, opieki nad dzieckiem oraz uwzględniać opiekę ginekologiczną [9,10].

Sprawowanie opieki nad kobietą w ciąży powinno być uwarunkowane postępowaniem zgodnym ze standardami, które wyznaczają normy wpływające na zapewnienie ciągłej, systematycznej i profesjonalnej całodobowej opieki, oraz na jakość świadczonych usług medycznych [10,11]. W celu zaspokojenia potrzeb i oczekiwań pacjentek niepełnosprawnych należy zapewnić im odpowiednią pomoc w czasie ciąży, porodu oraz porożu [12].

Sprawując opiekę położniczą nad kobietą ciężarną z niepełnosprawnością, należy zwrócić szczególną uwagę na wzrost występowania zagrożeń spowodowanych wzrostem masy ciała i powiększającą się macicą, które zwiększają prawdopodobieństwo upadków w wyniku zaburzonej równowagi. Ponadto ciężar ciała może przyczynić się do wzrostu występowania zaburzeń ze strony układów krążenia i oddechowego, powodując wzrost występowania nadciśnienia tętniczego, obrzęków kończyn dolnych oraz trudności w oddychaniu, które dodatkowo są wspomagane poprzez ograniczoną aktywność fizyczną spowodowaną występowaniem niepełnosprawności. U ciężarnych zauważa się również problemy żywieniowe, które przede wszystkim spowodowane ograniczonym dostępem do zdrowej żywności, trudnościami w połykaniu, zaburzeniami funkcji żołądka oraz spowolnioną perystaltyką jelit i występowaniem przewlekłych zaparć [13].

Poród w przypadku kobiety niepełnosprawnej powinien odbywać się z poszanowaniem jej praw do [14]:

- świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z przebiegiem porodu;
- wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub poza szpitalnych;

- możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczenia.

Jednakże dość często występowanie niepełnosprawności przyczynia się do podejmowania decyzji za pacjentkę. Sposób ukończenia ciąży uwarunkowany jest stopniem niepełnosprawności oraz wskazaniami położniczymi, które warunkują przebieg porodu. Ciąża u kobiet z niepełnosprawnością dość często rozwiązywana jest za pomocą cięcia cesarskiego, które nierzadko wykonywane jest bez uzasadnionych wskazań położniczych. Cięcie cesarskie stanowi ryzyko zagrożenia dla kobiet niepełnosprawnych, gdyż często w tej grupie osób występują problemy z zastosowaniem znieczulenia, w szczególności wśród kobiet z urazem rdzenia kręgowego, oraz wykonania zabiegu ze względu na wcześniejsze zabiegi operacyjne w obrębie jamy brzusznej [13,15].

Po porodzie kobieta niepełnosprawna powinna przebywać w sali ze swobodnym dostępem do łazienki oraz dziecka. Należy zwrócić uwagę, czy pacjentka wyraża zgodę na przebywanie z innymi położnicami w sali, ponieważ dość często niepełnosprawność stanowi dla niej występowanie negatywnych emocji, takich jak: lęk, stres, niepokój, zdenerwowanie, wstyd. Z drugiej strony przebywanie z innymi położnicami przyczynia się do udzielenia pomocy ze strony matek przebywających w tej samej sali [16]. Jeżeli rodzina deklaruje ciągłą pomoc, należy umieścić niepełnosprawną położnicę wraz z dzieckiem w sali jednoosobowej, która umożliwi odpoczynek kobiecie i swobodne podejmowanie działań rodzinie [11]. Należy zachęcać kobiety niepełnosprawne do naturalnego karmienia piersią, które wpływa pozytywnie na więź między matką a dzieckiem. Początkowo personel medyczny powinien udzielać pomocy w dobraniu odpowiedniej pozycji podczas karmienia piersią, zaleca się korzystanie z udogodnień, wykorzystując do tego m.in. poduszki lub koce. Personel medyczny sprawujący opiekę nad położnicą z niepełnosprawnością powinien zwrócić szczególną uwagę na występowanie zaburzeń nastroju po porodzie, które wynikają ze zmian hormonalnych i nowej roli w życiu [15]. Personel pracujący w oddziale

położniczo-noworodkowym powinien wykazać się dużo cierpliwością i zrozumieniem w okazywaniu pomocy podczas przekazywania wiedzy i umiejętności związanych z podejmowaniem działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych przez osoby niepełnosprawne [11].

Kobiety niepełnosprawne mają także prawo do opieki ginekologicznej we wszystkich okresach swojego życia, jednak utrzymujące się stereotypy wobec osób niepełnosprawnych przyczyniają się do minimalizacji profilaktyki w zakresie zdrowia ginekologicznego [17]. Dodatkowym utrudnieniem dla kobiet niepełnosprawnych wpływającym na zmniejszenie uczestnictwa w opiece ginekologicznej są bariery wynikające z [18,19]:

- utrudnionego kontaktu z personelem medycznym;
- występowania barier architektonicznych;
- niedostatecznych środków finansowych;
- braku transportu do zakładów medycznych;
- niedostatecznej wiedzy na temat prawidłowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi.

Ponadto problem wpływający na unikanie badania ginekologicznego przez kobiety niepełnosprawne najczęściej wynika z negatywnych doświadczeń, takich jak: ból, upadek, niewłaściwe przystosowanie pomieszczeń, fotela ginekologicznego oraz sprzętu medycznego [20]. Potwierdzają to badania Shah i wsp. opisane przez Radomskiego [1], z których wynika, iż 42% kobiet niepełnosprawnych fizycznie zadeklarowało, że czynnikiem utrudniającym korzystania z opieki ginekologicznej był dyskomfort podczas przeprowadzanego badania ginekologicznego oraz niezadowolenie z jakości wizyty u ginekologa.

Podczas sprawowania opieki ginekologicznej szczególną opieką należy objąć kobiety z niepełnosprawnością intelektualną, u których badanie ginekologiczne kojarzy się z bolesnym doświadczeniem oraz epizodem przemocy wobec ich osoby, w konsekwencji wpływając na wzrost odczuwania negatywnych emocji [21].

Lekarz, przeprowadzając badanie ginekologiczne, powinien minimalizować dyskomfort poprzez

modyfikację ułożenia kobiety na fotelu ginekologicznym. Wśród preferowanych pozycji podczas badania ginekologicznego kobiet niepełnosprawnych dominują [17,20,22]:

- pozycja boczno-kolankowa, która nie wymaga ułożenia na plecach, jest szczególnie zalecana wśród pacjentek z rozpoznaną niepełnosprawnością fizyczną; charakteryzuje się ułożeniem kobiety na boku, przy jednoczesnym przygięciu kolana do klatki piersiowej, najczęściej wymagana jest pomoc osoby asystującej w uniesieniu zgiętej kończyny dolnej;
- pozycja rombowa, kobieta leży na plecach, stopy są złączone i znajdują się na tym samym poziomie co kręgosłup, kończyny dolne zgięte w stawach kolanowych;
- pozycja w kształcie litery M, pacjentka leży na plecach, kończyny dolne zgięte w stawach kolanowych i odwiedzone, stopy znajdują się w pobliżu pośladków;
- pozycja w kształcie litery V, pacjentka leży na plecach, kończyny dolne wyprostowane i maksymalnie odwiedzone, w celu rozszerzenia kończyn dolnych wskazana jest pomoc osoby asystującej.

Po zakończonym badaniu ginekologicznym należy odnotować w dokumentacji medycznej następujące elementy [17]:

- wiek pacjentki;
- rodzaj niepełnosprawności;
- stan higieniczny;
- wyniki badania palpacyjnego, dwuręcznego i we wziernikach;
- USG narządów płciowych wewnętrznych;
- wyniki badań laboratoryjnych.

Przeprowadzanie profilaktycznych badań ginekologicznych wpływa na zapobieganie chorobom narządu rodowego, w tym: chorób nowotworowych, stanów zapalnych, zaburzeń statyki narządu rodowego oraz cyklu miesięczkowego. Jednakże, aby profilaktyka przynosiła pożądany skutek, konieczna jest aktywne zaangażowanie samej kobiety. Położne powinny zachęcać kobiety niepełnosprawne do regularnego kontrolowania narządu rodowego u ginekologa [23].

Komunikacja interpersonalna

W celu zapewnienia optymalnej opieki położniczo-ginekologicznej wobec kobiet z niepełnosprawnością, należy przestrzegać zasad prawidłowej komunikacji z pacjentką z niepełnosprawnością słuchową, wzrokową oraz umysłową [17].

Utrzymanie kontaktu słownego z osobą, u której rozpoznano uszkodzenie słuchu, wymaga od słyszącego rozmówcy dużego skupienia uwagi oraz koncentracji. Prawidłowo utrzymany kontakt z pacjentką z uszkodzonym słuchem przyczyni się do uzyskania informacji od niej lub od jej rodziny na temat stopnia zaburzenia słuchu oraz preferowanego sposobu komunikowania się. Wśród sposobów nadawania i odbierania informacji przez osoby niesłyszące najczęściej preferowane są [24,25]:

- mowa dźwiękowa, w niektórych przypadkach wsparta fonogestami, które umożliwiają odczytywanie mowy z ust przy pomocy wprowadzenia gestów dłoni w pobliżu twarzy;
- pismo, które stanowią najczęściej wykorzystywany sposób komunikacji z osobą niesłyszącą, przekazywane treści należy formułować w sposób prosty w celu prawidłowego zrozumienia pytania lub zalecenia;
- rysunki, które wspomagają rozumienie poleceń oraz komunikację prowadzoną za pomocą pisma;
- klasyczny język migowy charakteryzuje się swoistą gramatyką, która umożliwia prawidłowe porozumienie osób niesłyszących za pomocą wyrazów pomocniczych, mimiki lub pantomimiki;
- daktylografia dotyczy odczytywania mowy z ust, który obejmuje alfabet palcowy, znaki liczb, działania arytmetyczne oraz znaki interpunkcyjne;
- piktogramy charakteryzują się tworzeniem graficznych tablic komunikacyjnych indywidualnie dla każdej osoby oraz tablicę tematyczną, która związana jest z konkretnym tematem. Wskazując poszczególne symbole komunikacji obrazkowej, nadawca buduje wypowiedź.

Informacje oraz zalecenia dotyczące postępowania po zakończonym procesie pielęgnacyjno-leczniczym

należy zapisać kobiecie z niepełnosprawnością słuchową na karcie za pomocą wyraźnego pisma. Wskazówki dotyczące dalszego postępowania powinny zawierać przede wszystkim: dawkowanie oraz sposób przyjmowania leków, termin następnej wizyty kontrolnej, dietę, ćwiczenia rehabilitacyjne, sposób pielęgnowania rany poporodowej itp. [25].

Z kolei występowanie nieprawidłowości w obrębie narządu wzroku przyczynia się do napotkania wielu trudności oraz ograniczeń związanych z podejmowaniem codziennych czynności. Komunikacja z kobietą niedowidzącą lub niewidomą powinna opierać się na następujących zasadach [24,26]:

- uzyskanie informacji o stopniu niedowidzenia; osoby z uszkodzonym narządem wzroku stanowią dwie charakterystyczne grupy: jedna to osoby, które są niewidome od urodzenia lub utraciły wzrok we wczesnym dzieciństwie, natomiast druga – osoby szcążtkowo widzące, które częściowo zachowały wzrok;
- zapoznanie niewidomej z topografią oddziału, oprowadzenie kobiety po sali ma na celu ułatwienie samodzielnego poruszania się oraz zlokalizowanie łóżka i przedmiotów znajdujących się wokół niej, okna, kaloryferów, łazienki, toalety, sygnalizacji dźwiękowej, drzwi;
- prowadzenie komunikacji w sposób głośny i wyraźny, stanowi podstawę do zapamiętania oraz rozpoznawania po głosie osób opiekujących się kobietą niewidomą;
- mówienie pełnymi i jasno sformułowanymi zdaniami, słowa wypowiedziane podczas rozmowy są podstawowym źródłem informacji dla kobiet z uszkodzonym wzrokiem;
- redukcja przekazywania informacji, przedstawienie niewielkiej informacji podczas jednej rozmowy przyczyni się do lepszego zapamiętania treści przez osoby niewidome;
- rozmowa powinna być prowadzona w odizolowanym miejscu, w którym można zredukować hałas oraz ograniczyć liczbę osób w celu zniwelowania zakłóceń podczas procesu komunikacji;
- korzystanie z alfabetu Braille'a stanowi podstawy do czytania książek oraz informacji pisanych techniką wypukłą;

- korzystanie z kaset magnetofonowych pozwala odtwarzać książki czytane przez lektora oraz umożliwia przekazywanie większej ilości informacji nagranej na kasety, zasada najczęściej wykorzystywana w przypadku osób starszych, które nie umieją korzystać z alfabetu Braille'a;
- komunikacja za pomocą dotyku służy do poznania otaczającego świata za pomocą rąk.

Natomiast komunikacja z osobą upośledzoną umysłowo opiera się przede wszystkim na zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa poprzez stosowanie powtarzalnych form kontaktu dotyczących powitania, rozmowy oraz pożegnania, które powinny przebiegać zawsze tak samo. Podczas komunikacji najważniejszą rolę odgrywa wzrok oraz dotyk, z kolei mowa werbalna powinna zostać dostosowana do poziomu intelektualnego odbiorcy oraz być wspierana poprzez różne formy niewerbalne [24].

Podsumowanie

Kobiety niepełnosprawne mają takie same prawa jak osoby zdrowe do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, która ma znaczący wpływ na wzrost poziomu satysfakcji z życia. Sprawowanie holistycznej opieki nad kobietami niepełnosprawnymi powinno obejmować wszystkie sfery funkcjonowania pacjentki, z uwzględnieniem informacji na temat stanu jej zdrowia i środowiska. Prawidłowy dostęp do opieki medycznej i przestrzeganie zasad sprawowania opieki położniczo-ginekologicznej wśród kobiet niepełnosprawnych wpływa na wzrostu odpowiedzialności za własne zdrowie oraz zmniejsza ryzyko występowania chorób związanych z układem rozrodczym.

Piśmiennictwo

1. Radomski i wsp. Problem opieki ginekologicznej nad dziewczętami i kobietami niepełnosprawnymi. *Ginekologia Praktyczna* 2010; 18(2): 36-42.
2. WHO. Deklaracja Praw Seksualnych. Sierpień 2002.
3. Widomska-Czekajaska T. Górajek-Jóźwik J. Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych, tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
4. Piliszczuk M. i wsp. Definiowanie zdrowia jako podstawa w określeniu zdrowia i niepełnosprawności. W: Daniluk J. (red.). *Dobrostan, jakość życia i opieki w chorobie i niepełnosprawności*. Lublin, maj 2008; 183-190.
5. Mazurkiewicz B. Niepełnosprawność. W: Mazurkiewicz B., Dmoch-Gajzlerska E. (red.). *Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012:14-28.
6. Smith W.T., Roth J.J., Okoro O., Kimberlin C., Odedina F.T. Disability in cultural competency pharmacy education. *Am J Pharm Educ* 2011; 75(2): 1-9.
7. Zarzycka D. Pielęgnowanie. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004; 163-181.
8. Poznańska S. Istota wielkiej teorii/koncepcyjnego modelu pielęgniarstwa F. Nightingale. W: Górajek-Jóźwik J. (red.). *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007; 273-287.
9. Iwanowicz-Palus G. Zadania położnych. *Pielęgniarka i Położna* 2003; 12: 6-7.
10. Śliwińska M. Położne świadome profesjonalnych zadań. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2005; 1(2): 49.
11. Mazurkiewicz B. Opieka okołoporodowa nad kobietą niepełnosprawną. W: Mazurkiewicz B., Dmoch-Gajzlerska E. (red.). *Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012; 98-157.
12. Mazurkiewicz B. Przygotowanie położnej do opieki nad pacjentkami niepełnosprawnymi w opiece okołoporodowej. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy* 2009; 9, 4/5: 315-320.
13. Signore C. i wsp. Pregnancy in women with physical disabilities. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 935-947.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).
15. Smeltzer S.C. Pregnancy in women with physical disabilities. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007; 36, 1: 88-96.
16. Mazurkiewicz B., Dmoch-Gajzlerska E. Rola położnej w opiece okołoporodowej nad kobietą niepełnosprawną ruchowo. W: Daniluk J. *Dobrostan*,

- jakość życia i opieki w chorobie i niepełnosprawności. Lublin, maj 2008; 139-144.
17. Jarząbek G., Radomski D. Specyfika opieki ginekologicznej i seksuologicznej nad kobietami niepełnosprawnymi w okresie pomonopauzalnym z uwzględnieniem aspektów etycznych. *Przegląd Menopauzalny* 2011; 1: 63-67.
 18. Liu S.Y., Clark M.A. Breast and cervical cancer screening practices among disabled women aged 40–75: Does quality of the experience matter? *J Womens Health* 2008; 17, 8: 1321-1329.
 19. Nosek M.A., Howland C.A. Breast and cervical cancer screening among women with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78, 12, 5: 39-44.
 20. Sudduth A., Linton D. Gynecologic care of women with disabilities. *Nursing for Women's Health* 2011; 15(2): 138-148.
 21. Wilkinson J.E., Cerreto M.C. Primary care for women with intellectual disabilities. *J Am Board Fam Med* 2008; 21: 215-222.
 22. Schopp L.H., Sanford T.C., Hagglund K.J i wsp. Removing service barriers for women with physical disabilities: promoting accessibility In the gynecologic care setting. *J Midwifery Womens Health* 2002; 47(2:) 74-79.
 23. Łepecka-Klusek C. Opieka nad kobietą w różnych fazach jej życia. W: Łepecka-Klusek C. (red.). *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003; 41-47.
 24. Mazurkiewicz B., Oleksy A. Problemy psychologiczne związane z niepełnosprawnością. W: Mazurkiewicz B., Dmoch-Gajzlerska E. (red.). *Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012; 61-84.
 25. Panas A. Komunikowanie z pacjentem z uszkodzonym słuchem. W: Kwiatkowaska A. (red.). *Komunikowanie interpersonalne*, Wydawnictwo Czelej 2012; 151-165.
 26. Lewko J., Jankowiak B., Bartoszewicz A. Komunikowanie z pacjentem niedowidzącym i niewidomy. W: Kwiatkowaska A. (red.). *Komunikowanie interpersonalne*, Wydawnictwo Czelej 2012; 166-171.