

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální pracovník

**PERCEPCE PALIATIVNÍ PÉČE POHLEDEM STUDENTŮ
OBORU ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK**

Bakalářská práce

Autorka: Marie Slavíková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Kourková

Jihlava 2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Marie Slavíková**
Studijní program: Zdravotně sociální péče
Obor: Zdravotně sociální pracovník
Název práce: **Percepce paliativní péče pohledem studentů oboru Zdravotně sociální pracovník**
Cíl práce: Zjistit názory studentů oboru Zdravotně sociální pracovník na význam paliativní péče a otázky vztahující se k tomuto tématu



Mgr. Petra Kourková
vedoucí bakalářské práce



Mgr. Markéta Dubnová, DiS.
vedoucí katedry
Katedra sociální práce

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnutí licence k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala paní Mgr. Petře Kourkové za vedení bakalářské práce, důležité rady, trpělivost a čas, který mi věnovala při psaní bakalářské práce. Další poděkování patří paní Mgr. Markétě Dubnové za pomoc při distribuci dotazníku. Velké poděkování patří také studentům oboru Zdravotně sociální pracovník, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě bych také ráda poděkovala mé rodině a snoubenci za jejich podporu a pomoc, kterou mi věnovali během celého studia i při psaní bakalářské práce.

Anotace

SLAVÍKOVÁ, Marie: Percepce paliativní péče pohledem studentů oboru Zdravotně sociální pracovník. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Petra Kourková. Stupeň odborné kvalifikace: bakalář. Jihlava 2017

Cílem bakalářské práce je zjistit názory studentů oboru Zdravotně sociální pracovník na význam paliativní péče a otázky vztahující se k tomuto tématu. Teoretická část práce pojednává o historii poskytování paliativní a hospicové péče, její formy, dělení a způsoby poskytování. Dále o tom, komu je tato péče určena a o jejím významu. Také se zaměřuje na komunikaci v paliativní péči, na potřeby umírajících, na fáze umírání a samotnou smrt, na pastorační péči a péči o pozůstalé. V neposlední řadě se také zmiňuje o otázce eutanazie. Poslední část je věnována charakteristice oboru Zdravotně sociální pracovník, jeho osobnosti a kompetencím. Empirická část deklaruje zjištěné názory respondentů na tuto problematiku získané pomocí dotazníkového šetření.

Klíčová slova

Eutanázie, hospicová péče, komunikace v paliativní péči, paliativní péče, thanatologie, Zdravotně sociální pracovník

Annotation

SLAVÍKOVÁ, Marie: Perception of Palliative Care from the Perspective of Students of the Clinical Social Worker Degree Programme. Bachelor thesis. College of Polytechnics. Department of Social Work. Supervisor: Mgr. Petra Kourková. Professional qualification degree: Bachelor. Jihlava 2017

The aim of the thesis is to determine opinions of Students of the Clinical Social Worker Degree Programme the importance of palliative care and issues related to this topic. The theoretical part deals with the history of the provision of palliative and hospice care, which has a form, how to share, how and where the care is provided. Furthermore, about whom such care is addressed and of its importance. It also focuses on communication in palliative care, the needs of the dying, the stages of dying and death itself, to pastoral care and care for survivors. Finally, it also talks about euthanasia and their types. The last section is devoted to the field of health and social workers, his personality and competencies. Empirical part declares identified respondents' views collected through questionnaires.

Key words

Communication in palliative care, euthanasia, Health ans social worker, hospice care, palliative care, thanatology

Seznam grafů

Graf 1: Komu je především určena paliativní péče, zdroj: vlastní zpracování

Graf 2: Na co se především paliativní péče zaměřuje, zdroj: vlastní zpracování

Graf 3: Na co klade paliativní péče důraz, zdroj: vlastní zpracování

Graf 4: V jakém zařízení se paliativní péče neposkytuje, zdroj: vlastní zpracování

Graf 5: Jaké jsou zásady komunikace v paliativní péči, zdroj: vlastní zpracování

Graf 6: Myslíte si, že je paliativní péče prospěšná, zdroj: vlastní zpracování

Graf 7: Který pojem nepatří mezi fáze umírání, zdroj: vlastní zpracování

Graf 8: Které potřeby kromě fyzických jsou podle Vašeho názoru pro pacienty v terminální fázi onemocnění důležité, zdroj: vlastní zpracování

Graf 9: Jak se přistupovalo ke smrti v minulosti, zdroj: vlastní zpracování

Graf 10: Myslíte si, že byste se dokázal/a postarat o Vašeho blízkého, který by umíral, zdroj: vlastní zpracování

Graf 11: Je podle Vás obsah výuky předmětu Paliativní péče dostačující, zdroj: vlastní zpracování

Graf 12: Jak hodnotíte význam předmětu Paliativní péče pro Vás osobně, zdroj: vlastní zpracování

Graf 13: Setkal/a jste se v praxi s paliativní péčí, zdroj: vlastní zpracování

Graf 14: Jaké je Vaše pohlaví, zdroj: vlastní zpracování

Graf 15: Jaký je Váš věk, zdroj: vlastní zpracování

Graf 16: Jste studentem/kou jakého typu studia, zdroj: vlastní zpracování

Obsah

ÚVOD	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE V ZAHRANIČÍ	13
1.2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	14
2 POJEM PALIATIVNÍ PÉČE	15
2.1 CÍLOVÁ SKUPINA PALIATIVNÍ PÉČE	16
2.2 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	16
2.3 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE	17
3 POJEM HOSPICOVÁ PÉČE	18
3.1 FORMY A INDIKACE PRO PŘIJETÍ DO HOSPICOVÉ PÉČE	18
4 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	20
5 THANATOLOGIE	21
5.1 UMÍRÁNÍ V MINULOSTI	21
5.2 SMRT	22
5.3 FÁZE UMÍRÁNÍ	23
5.4 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB UMÍRAJÍCÍCH	24
5.5 PASTORAČNÍ PÉČE A PÉČE O POZŮSTALÉ	24
6 EUTANÁZIE	26
6.1 DRUHY EUTANÁZIE	27
6.2 ARGUMENTY PROTI LEGALIZOVÁNÍ EUTANÁZIE	27
6.3 ARGUMENTY PRO LEGALIZOVÁNÍ EUTANÁZIE	28
7 CHARAKTERISTIKA OBORU ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	29
7.1 OSOBNOST ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	29
7.2 KOMPETENCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	30

II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
8 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	32
9 METODIKA VÝZKUMU	32
9.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	32
10 METODY ZKOUMÁNÍ.....	33
11 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	34
12 SHRnutí DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	45
13 ANALÝZA VÝSLEDKŮ.....	47
14 ZÁVĚR.....	51
15 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	53
Tištěné zdroje.....	53
Elektronické zdroje	55
16 SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

Dříve se o nemocné v terminálním stádiu starala rodina, péče o nemocné byla hlavně laická a lidé umírali v domácím prostředí. Umírající měl podporu ve svých blízkých, kteří při něm zůstali až do poslední chvíle jeho života. V průběhu staletí se medicína a ošetrovatelství posunulo na vysokou odbornou úroveň. Větší část populace dnes umírá v sociálních či nemocničních zařízeních nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných, kde bývají opuštěni a jejich blízcí s nimi často nejsou v jejich poslední hodině života.

Téma bakalářské práce se týká vnímání paliativní péče studenty oboru Zdravotně sociální pracovník, studujících na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Zajímalo mne, jak na paliativní péči pohlížejí, zda se s takovou péčí již setkali a jaké s ní mají zkušenosti. Toto téma mne zaujalo již v 1. ročníku, když jsem si ho vybrala jako volitelný předmět. Na základě mého zájmu jsem si zvolila i téma své závěrečné práce, protože jsem přesvědčena o potřebnosti a smysluplnosti této péče.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit názory studentů z našeho oboru na význam paliativní péče a otázky vztahující se k tomuto tématu. Také se zajímám o to, jak studenti vnímají umírání a smrt. Hlavní cíl může být naplněn za předpokladu, že dotazovaní respondenti budou mít povědomí o paliativní a hospicové péči.

Paliativní péče je aktivní péče, která se zabývá především kvalitou života umírajících pacientů. Záměrem je ztlumení bolesti a ostatních nepříjemných příznaků, které jsou při umírání přítomny, zachování pacientovy důstojnosti a též podpory jeho příbuzných. Současné fungující formy paliativní péče jsou schopny zajistit kvalitní pomoc umírajícím a jejich rodinám, ale přístup k nim má dle mého názoru bohužel jen málo z těch, kteří tuto pomoc potřebují.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je segmentována do čtyř okruhů, které se týkají paliativní péče, umírání, eutanázie a oboru Zdravotně sociální pracovník. V první kapitole se dočteme o historii paliativní péče, jež se propojuje s historií hospicové péče, také o stavu paliativní péče v České republice, vysvětlení pojmu paliativní péče, pro koho je určena, jaké má formy, jak se dělí, kde a jak je tato péče poskytována. S touto částí souvisí kapitola, která definuje hospicovou péči, její podoby a komunikaci v paliativní péči. Dále se věnuji procesu umírání, péči o pozůstalé a pastorační péči. Také se zmiňuji o eutanázii a o oboru Zdravotně sociální pracovník.

Empirická část byla věnována analýze vnímání paliativní péče studenty oboru Zdravotně sociální pracovník, která byla realizována pomocí kvantitativní techniky, a to konkrétně dotazníkovým šetřením.

Informace ke zvolené tématice jsem čerpala z odborných knih, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

Tato bakalářská práce by mohla být přínosem pro studenty oboru Zdravotně sociální pracovník. Mohli by z ní načerpat základní informace, vztahující se k tématu paliativní péče a s nimi související otázky, a zároveň by z výsledků empirické části mohli získat pohled na toto téma od svých kolegů. Závěrečná práce by mohla být rovněž zpětnou vazbou pro vedení katedry vysoké školy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE

1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE V ZAHRANIČÍ

Jednou z nejstarších forem medicíny je paliativní péče. V minulosti lidé umírali hlavně v domácím prostředí. Paliativní péči zajišťovala především rodina, blízcí přátelé a duchovní. Později se o zmírňování bolesti a doprovázení při umírání starali spíše lékaři a ošetřovatelky (Marková, 2010).

Za Římské říše a ve středověku stály při cestách domy a přístřešky, tzv. útulky (*hospitia*), kde se poskytovala péče a pomoc unaveným poutníkům, nemocným, kteří se zde mohli uzdravit nebo v klidu zemřít a těhotným ženám, které zde mohly porodit (Munzarová, 2005). Později ve středověku byly zřízeny útulky pro těžce nemocné a zmrzačené, které vznikaly pod záštitou klášterů. Jeanne Garnierová založila společenství žen, které se staralo o nevyléčitelně nemocné, a to v roce 1842 v Lyonu. Toto společenství založilo v roce 1874 první hospic v Paříži. Díky konání Jeanne Garnierové nabylo slovo hospic správného významu, totiž, že tam jsou přijímáni pacienti na sklonku života. V roce 1878 vznikla kongregace Sester lásky v Dublinu pod vedením Mary Aikenheadové, jejímž hlavním cílem bylo doprovázet umírající. Na popud těchto dobrovolnic vzniklo několik zařízení hospicového typu v Irsku a v Anglii (Vorlíček a kol., 2012).

Další významná žena, Cicely Saundersová, stála v roce 1967 u zrodu hospice svatého Kryštofa v Londýně. Tato dáma v tomto zařízení pracovala nejprve jako zdravotní sestra a po studiu medicíny jako lékařka. Mezi její základní myšlenky a myšlenky celého hospicového hnutí patřil koncept „celkové bolesti,“ z něhož vyplývá, že tělesná bolest je nerozlučně spjata s utrpením psychickým, sociálním i duchovním a vzájemně se ovlivňují. Hlavně u nevyléčitelně nemocných a umírajících je toto propojení značné a tyto stavy nelze mírnit odděleně. Svým výzkumem se významně podílela na léčení chronické nádorové bolesti (Vorlíček a kol., 2012).

1.2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

V České republice je paliativní péče známá teprve od revoluce roku 1989. V roce 1991 byl na Ministerstvu zdravotnictví založen Odbor zdravotně sociální péče, který spravoval zdravotně sociální služby, které zde doposud nebyly zřízeny. Později se péče o pacienty v terminálním stavu oddělila (Filec, 2017).

První oddělení paliativní péče v České republice bylo otevřeno 2. 11. 1992 v Babicích nad Svitavou v tamější nemocnici. Lékařka Marie Svatošová založila v roce 1993 občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí, které se nazývalo Ecce Homo. Významným počinem bylo vystavění Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, který byl otevřen 8. prosince roku 1995 (Haškovcová, 2007).

Další významnou osobností, která měla velký vliv na rozvoj hospicové a paliativní péče byla profesorka Helena Haškovcová. Je autorkou několika knih, ve kterých se zmiňuje o problematice thanatologie (nauka o smrti), o důstojném umírání a kvalitní péči o umírající. Důležitá je i publikace profesora Jiřího Vorlíčka s názvem Paliativní medicína (1998) (Bužgová, 2015).

Občanské sdružení Cesta domů, které započalo svoji činnost v roce 2001 se snažilo o zlepšení péče pro nevléčitelně nemocné, umírající a jejich rodiny. Sdružení se zasadilo o rozvoj paliativní péče a prosazení změn v této oblasti. Přispělo též k informování odborné i laické společnosti o paliativní péči. V roce 2005 byla přijata Koncepce paliativní péče v ČR přispívající k rozvoji kvalitní paliativní péče určující efektivní systém organizace a poskytování paliativní péče v rámci dostupných zdrojů (Špinková, 2016).

V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která přispěla k rozvoji v této oblasti. Tato organizace v roce 2007 zveřejnila Standardy hospicové a paliativní péče formulující požadavky pro poskytovatele paliativní péče, aby byla zaručena její kvalita a úroveň. Poté následovalo v roce 2009 založení České společnosti paliativní medicíny se zaměřením na podporu a rozvoj vzdělání v oblasti paliativní péče. V roce 2014 vzniklo Centrum paliativní péče v Praze, které rozvíjí výzkum, vzdělání a snaží se o osvětovou činnost v této oblasti (Bužgová, 2015).

V České republice je nyní v provozu 16 kamenných zařízení pro paliativní péči, z toho po dvou v krajích Středočeském, Ústeckém, Zlínském a Jihomoravském

a po jednom v Praze a v krajích Královéhradeckém, Jihočeském, Plzeňském, Pardubickém, Moravskoslezském, Olomouckém a Libereckém (Tomeš a kol., 2015).

2 POJEM PALIATIVNÍ PÉČE

Pojem paliativní je odvozen z latinského slova *pallium*, jehož význam je rouška nebo plášť. Anglické slovo *palliate* znamená mírnit, tišit. Toto je úkolem paliativní péče, aby se zakryly hojivou rouškou účinky nevléčitelné nemoci nebo přikryly pláštěm ty, kteří byli ponecháni osudu (Bužgová, 2015).

Definice paliativní péče podle Světové zdravotnické organizace:

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“ (Kelnarová, 2007, s. 47).

Základním krédem paliativní péče by mělo být především zmírnit utrpení, úcta k životu a naděje, podpora smyslu života a v neposlední řadě kontakt s nejbližšími lidmi (Kalvach, 2010).

Paliativní péče souvisí s podpůrnou péčí, která se snaží o dosažení nejlepší kvality života pacienta i jeho rodiny během onkologické nemoci. Neodstraňuje nádorové buňky, ale tlumí projevy, které jsou způsobeny nádorem a protinádorovou léčbou. Paliativní péče se zaměřuje na nemocné v pokročilém a terminálním stavu nevléčitelné nemoci (Vorlíček a kol., 2012).

Světová zdravotnická organizace tvrdí, že paliativní péče:

- „1. Zajišťuje úlevu od bolesti a od jiných symptomů.*
- 2. Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces.*
- 3. Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt.*
- 4. Integruje do péče pacienta i psychologické a spirituální aspekty.*
- 5. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné, až do smrti.*

6. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem.

7. Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případech truchlení, je-li to indikováno.

8. Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby.

9. Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí nebezpečných klinických komplikací“ (Munzarová, 2005, s. 62-63).

Paliativní péče napomáhá k dobré smrti, to znamená, kdy je pacient duševně připraven, má tělesné pohodlí a může zemřít řádným způsobem (Ayers, 2015).

2.1 CÍLOVÁ SKUPINA PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče se týká klientů, jejichž onemocnění se už nedá vyléčit. Jsou to převážně onkologicky nemocní pacienti. Méně často jde o pacienty s neonkologickým onemocněním v terminální fázi jejich nemoci, např. selhávání jater, ledvin, srdce a další. Další skupinou jsou pacienti s dlouhodobými progredujícími stavy, jako jsou například demence (Kupka, 2014).

Hlavním cílem je ucelená podpora zaměřená na obtíže v různých oblastech (Kalvach, 2010). Nejedná se tedy pouze o vylepšení kvality života po tělesné stránce, ale také po duchovní, sociální a spirituální. O pacienty se stará interdisciplinární tým, který se skládá z lékařů různých specializací, sociálních pracovníků, dietních a zdravotních sester, rehabilitačních pracovníků, psychologů, psychiatrů a kněží. Důležitou součástí tvoří rodiny klientů, přátelé a dobrovolníci, zejména v hospicové péči (Kupka, 2014).

2.2 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Výbor ministrů Rady Evropy rozčlenil paliativní péči podle úplnosti péče na obecnou a specializovanou paliativní péči (Marková, 2010).

Obecná paliativní péče

Podle Novákové (2011) by tuto péči měli být schopni provádět odborně vzdělání zdravotníci ve všech zdravotnických zařízeních. Cílem je funkčnost léčby, kontrola a posouzení potíží pacienta a poskytnutí péče, která napomůže k co nejlepší kvalitě života nemocného.

Zahrnuje respekt k pacientově nezávislosti, organizační zajištění, efektivní komunikaci s pacientem a jeho rodinou a primární léčbu symptomů. Tuto péči mají provádět všichni zdravotničtí pracovníci s ohledem na specifika své odbornosti (Mach a kol., 2013).

Speciální paliativní péče

Plevová (2011) uvádí, že tuto péči provádí tým odborníků vzdělaných v této oblasti. Zařízení, ve kterých se speciální péče poskytuje, se na paliativní péči orientuje jako na svoji hlavní činnost.

Podle Novákové (2011) se paliativní tým skládá z lékařů, všeobecných sester, sociálních pracovníků, pastoračních pracovníků, fyzioterapeutů, psychologů a z dobrovolníků. Speciální paliativní péče je prováděna především v hospicích, v ambulanci paliativní péče a na oddělení paliativní péče.

2.3 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je poskytována v lůžkovém hospici, domácím hospici, v ambulanci paliativní medicíny s konziliárním paliativním týmem, na oddělení paliativní péče, ve stacionární paliativní péče, ve speciální hospicové poradně (Sláma a kol., 2011).

3 POJEM HOSPICOVÁ PÉČE

Slovo *hospic* se překládá jako útulek. První zmínka o takovém zařízení byla již v bibli, přesněji v podobenství o milosrdném Samaritánovi. Hospicová péče je úzce propojena s paliativní péčí. Tato péče zlepšuje pacientovu kvalitu života, poskytuje útěchu rodině nemocného a zajišťuje sociální prostředí, ve kterém nemocný tráví poslední chvíle života. Do hospice je zpravidla přijat pacient v posledním stádiu nevléčitelné nemoci. Hospic klade důraz, kromě léčby symptomů, na duchovní a sociální prvky života umírajícího (Tomeš a kol., 2015).

V hospici je o klienty postaráno po stránce zdravotní, psychologické, sociální a duchovní. Pracuje zde multidisciplinární tým. V hospici bývají umístěni pacienti různého věku, kteří jsou v terminální fázi života, a jejich onemocnění se už nedá vyléčit. Jsou to většinou onkologicky nemocní klienti (Nováková, 2011).

Hlavní snahou hospice je, aby umírání bylo chápáno jako normální součást života. Vychází z pochopení důstojnosti a smyslu lidského bytí až do smrti. Proto, aby nevléčitelně nemocní a umírající mohli zbytek svého života smysluplně prožít nejlépe bez bolestí a podle svých individuálních přání, je třeba, aby jim personál věnoval dostatek podpory (Christoph, 2006)

3.1 FORMY A INDIKACE PRO PŘIJETÍ DO HOSPICOVÉ PÉČE

Domácí hospicová péče je poskytována klientům, kteří jsou v terminálním stádiu života a snaží se o to, aby zbytek svého života strávili důstojně a v rodinném prostředí. O nemocné pečuje především rodina, ale také lékaři a sestry (Asociace hospiců, 2017)

Tato forma se rozděluje na laickou a odbornou péči. **Laickou domácí hospicovou péčí** provádí příslušníci pacientovi rodiny. Protože potřebují praktickou, odbornou i psychickou pomoc, mohou požádat o **odbornou domácí hospicovou péči**. Poskytuje ji multidisciplinární tým, který je složen ze zdravotní, sociální, psychologické a spirituální skupiny. Jedná se o ambulantní formu péče. Pokud je služba plně fungující, je ji možné využít 24 hodin denně a sedm dní v týdnu. Jejím úkolem je zmírňovat příznaky, které bývají v době umírání. (Nováková, 2011).

Stacionární hospic má k dispozici prostředky a pomůcky, které nejsou běžné v domácím prostředí klienta. Denní stacionář bývá ve většině případů součástí hospice. Do zařízení

stacionární hospicové péče je pacient přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Tento typ péče se nabízí pacientům, kteří bydlí blízko organizace, jenž se specializuje na tuto službu. Tato forma se volí v případě, kdy není dobré rodinné zázemí nebo si rodina potřebuje oddechnout, protože má velkou psychickou zátěž. Dalším důvodem může být, že bolest doma nelze zmírnit (Kupka, 2014). Tato služba se nabízí i pacientům, kteří chtějí několik posledních dnů strávit doma a být obklopeni svojí rodinou (Christoph, 2006).

Do **lůžkového hospice** jsou přijímáni pacienti, kteří splňují následující podmínky: trpí nevyлéčitelnou nemocí a nemohou být z jakýchkoli důvodů v domácím prostředí. V lůžkovém hospici se provádí paliativní léčba a pacient přichází v době, kdy blízcí péči o něho už nezvládají nebo kdy se domácí péče neposkytuje (Asociace hospiců, 2017). Personál se snaží plnit potřeby a přání každého klienta a utváří prostředí, ve kterém by nemocný mohl být v dobrém kontaktu s rodinou až do konce jeho života. Záměrem hospice je chovat se k člověku jako k jedinečné a nenahraditelné bytosti. Zachovává možnost svobodného rozhodnutí pacienta, ale nezaručuje vyléčení (Plevová a kol., 2011).

4 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

Jednou z významných, ne-li nejvýznamnějších, oblastí týkající se paliativní péče je vzájemná komunikace, která by měla splňovat určité požadavky. Personál by měl mít úctu k nemocnému i k jeho rodině. Měl by mít zdravé sebevědomí, umět pracovat v týmu, znát a dodržovat společné cíle péče. Také dokázat otevřeně komunikovat s členy rodiny a mít potřebné informace. Dále by měl umět naslouchat a poradit, jak překonat úzkost a nejistotu. Komunikace mezi zdravotníky, pacientem a jeho blízkými by měla být empatická a otevřená. Nemocný a jeho rodina by měli zdravotníkům důvěřovat, se všemi členy své rodiny otevřeně komunikovat, mít dostatek informací (Sláma a kol., 2011).

Zdravotnický personál by měl mluvit vždy pravdu a nic nezamlčovat. Měl by se nemocného ptát na to, co potřebuje, jaké má pocity a věnovat mu dost času. Při hovoru ho může držet za ruku a snažit se chovat jako dobrý přítel. Důležité je také hovořit o příznacích a projevech nemoci, které pacienta mohou potkat. Pečovatelé by měli nemocnému naslouchat, nebát se vyjadřovat své emoce, mít k němu respekt a toleranci (Kopecká, 2015).

Pacienti personálu věří a počítají s tím, že jim nebudou kontrolovány pouze symptomy, ale že se dočkají i emoční a psychické opory a také dobré komunikace. Pokud by si nemocní přáli, měli by si s nimi ošetřovatelé i hlouběji popovídat. Měli by odborně reagovat na pacientovy potřeby a pocity, napomáhat vyjadřovat a přijímat silné emoce, rozpovídat se. Měli by mít odpovědi na jejich dotazy (Payneová a kol., 2007).

V tomto procesu hrají významnou úlohu všeobecné sestry, které jsou s pacienty v nejtěsnějším kontaktu. V rozhovoru s pacientem by měly podporovat jeho vůli k dalšímu životu i v závažné situaci. Hledat určitý malý cíl, na který se může nemocný soustředit. Může se těšit na setkání s rodinou, nebo na narození vnoučete či na jiné věci. Pacienti si kladou různé otázky, například: „Proč zrovna mě tato nemoc potkala?“ Sestry by měly pomáhat hledat to, co by mohl nemocný dělat i v této situaci. Někteří lidé dokázali významné věci i v těžkých chvílích svého života. Je ale třeba mít ohled na jeho situaci a nesnažit se o nemožné. Nemocný by měl z rozhovoru se sestrou vycítit její zájem o jeho osud (Venglářová a kol., 2006).

Paliativní medicína má význam i pro formování charakteru lékaře, aby se stal „člověkem ve své profesi“, to znamená, být citlivý a vnímavý k potřebám a přáním nemocného a jeho blízkých. Je to mnohaletá práce na sobě samém (Ptáček, 2014).

5 THANATOLOGIE

Thanatologie je interdisciplinární vědní obor, který se zabývá smrtí. Takto se nazývá podle řeckého boha smrtelného spánku a smrti (Haškovcová, 2007).

Při prvním seznámení se s umíráním přichází obava z neznámého a nejistota. Bezradnost brání v tom, aby se blízký umírajícího mohl naučit důležité schopnosti pro péči o něj. Dnes lidé smrt považují jako zátěž, kterou není lehké překonat (Haškovcová, 2007). Věřící mohou snášet umírání mnohem lépe než nevěřící. Mají se na koho obrátit a chtějí být zaopatřeni. Pro lidi, kteří věří v posmrtný život představuje tělo podstatný význam. Lidé, kteří nevěří na posmrtný život, se snaží, aby se zde měli dobře. Proto odchod z tohoto světa mohou vnímat hůře než lidé věřící (Payneová a kol., 2007).

Poslední část života může být velice tíživá nebo může přinést naplnění. Toto závisí mimo jiného na osobním postoji, ale i na okolí. Jestliže chtějí umírající zemřít doma, je třeba k tomu přizpůsobit podmínky a zařídit vše tak, aby pacienti neumírali osamoceni. Důstojné umírání je závislé nejen na umírajících, ale také na etických, odborných a společenských předpokladech (Christoph, 2006).

5.1 UMÍRÁNÍ V MINULOSTI

Smrt nemá stejný smysl jako dříve. Kdysi lidé věřili, že v příštím životě budou oceněni nebo odsouzeni za své chování. Smrt v minulosti byla spojena s celou řadou rituálních obřadů a na smrt se pohlíželo jako na přirozenou součást pozemského života. Důležitou součástí smrti byla duchovní péče, kterou zajišťovali kněží. Později se o nemocné a umírající starala obec, šlechta a církve. Pouze mocní a bohatí měli lepší možnosti, třeba lékaře u lůžka. Hodně lidí lékař nenavštívil po celý jejich život, ani na konci jejich života. V době, kdy umírající tušil, že přišla jeho poslední hodinka, zavolal své blízké a řekl své poslední přání. Poté jim řekl poslední sbohem. Rodina k němu přivolala kněze, který po cestě k umírajícímu cinkal zvonečkem, kterým dával vědět lidem ve vesnici, že někdo umírá. Nemocný byl od kněze zaopatřen a přijal večeři Páně, kterou se očekává Boží království. Pomocí posledního pomazání byl umírající přichystán na to, co ho čeká. Toto

duchovní povzbuzení duše i těla může být poskytnuto opakovaně a nemusí ho přijímat pouze umírající. Po tomto úkonu se umírající uklidnil a vyčkával smrt. V případě, kdy měl umírající silné bolesti, které se nedaly zmírnit, byl ojediněle volán lékař, aby mu poskytl morfium. Členové rodiny se tradičně dělili o pečovatelské úkoly. Blízcí umírajícímu podávali polévku a poté pouze bylinné čaje a jiné nápoje. Protože věděli, že umírajícímu nedělá světlo dobře, mívali v místnosti šero. Bylo pravidlem, že zemřelému zavřel oči nejstarší syn a někdo jiný otevřel okno, aby se duše mohla vzdálit. Samozřejmostí byla modlitba Otče náš. Pohřby byly slouženy v domácím prostředí, tělo mrtvého bylo tři dny ve slavnostním pokoji se svícemi a květinami. Zde mu sousedé a blízcí mohli říci sbohem (Haškovcová, 2007).

5.2 SMRT

Definitivní konec života se chápe jako nevratná ztráta schopnosti organismu fungovat jako celek. Smrt nastává zástavou oběhových a dechových funkcí a smrtí mozku. Poté je člověk prohlášen lékařem za mrtvého (Ptáček, 2014).

Terminální stav je označován za poslední fázi umírání. Lze říci, že umíráme už od narození. Díky pokroku vědy a techniky a s lepším životním stylem se délka života prodlužuje. Umírání je u každého jinak dlouhé, má jinou formu a každý ho prožívá jinak. Umírající si uvědomuje, že jeho život končí a že mu ubývají síly. Ztráta motivace zápasit o život souvisí s vědomím bezvýchodnosti, se snížením vyhlídek do budoucnosti, s problémy duchovními, etickými, somatickými, psychickými a sociálními. Umírání může trvat dny, či měsíce a může být pomalé. Umírání může vést k přezkoušení lásky, síly, trpělivosti a naděje nejbližších. Umírající může skonat v kruhu svých nejbližších doma a bez bolesti. Smrt umožňuje využít čas rozumně, najít smysl života (Kelnarová a kol., 2010).

Smrt může být dobrá, když pacient může vyjádřit svá přání, která mu jsou splněna. Dobrou smrt lze vyjádřit jako bezbolestnou, klidnou a v přítomnosti blízkých, spíše než umírání v nemocnici v přítomnosti personálu, který nemá k pacientovi tak úzký vztah a osobní přístup. K dobré smrti patří také důstojnost (Payneová a kol., 2007).

Lidé mají často ze smrti strach, vidí v ní zoufalství, prázdnotu a ztrátu. Umírající smrtí ztrácí život, který pro něho byl tou největší hodnotou. Díky tomu lidé neumí brát smrt jako dobrou. Dobrou smrt lze charakterizovat tím, zda byla tišena bolest, nemocný věděl,

co se s ním děje, jestli při umírání byl někdo, na kom mu záleželo a zda se mu podařilo uzavřít nedokončené záležitosti (Heřmanová a kol., 2012).

5.3 FÁZE UMÍRÁNÍ

Elisabeth Kübler-Rossová, švýcarská psychiatrička a lékařka, která se zabývala smrtí a umíráním popsala pět fází, které souvisí s umíráním.

Tyto fáze se objevují po sdělení špatné diagnózy, kdy pacient zcela přehodnocuje svůj dosavadní život. Po sdělení této zprávy nastává první fáze, která se nazývá **negace**. Nemocný nechce uvěřit, že by se ho tato diagnóza týkala. Později si tuto zprávu připustí a začne se litovat. K pacientovi bychom měli být vnímaví, citliví a trpěliví. Po této fázi je **agrese**, která přichází po pochopení reality. Je typická obviňováním všech lidí kolem sebe, působí lidem utrpení a má na ně zlost. Za to však může hněv na nemoc. Důležité je chápat pacientovu zlobu, respektovat ho a být pozorný. Další fází je **smlouvání**, kdy se pacient stále nesmířil se smrtí, snaží se najít jiné řešení situace. Může jít také o smlouvání s Bohem. V době, kdy se příznaky začínají zhoršovat a nepomohla jiná řešení, nastává fáze **deprese**. Nyní si už umírající smrt zcela uvědomuje a dostavuje se hluboký smutek, strach a nejistota. Při depresi je dobré pacienta povzbuzovat a ukazovat na pozitivní stránky života. Ve fázi **smíření** pacient již nehledá jiné alternativy, ale chce poslední fázi svého života prožít smysluplně. Nejlepší je, nechat pacienta, aby si sám řekl, jakým způsobem stráví poslední chvíle svého života. Není potřeba mluvit, důležitější je naše blízkost, kterou můžeme vyjádřit například tichou přítomností. Každá fáze trvá u každého člověka jinak a pacient si nemusí projít všemi fázemi. Tento proces se týká nejen nemocného, ale i jeho nejbližšího okolí (Nováková, 2011).

Proces umírání lze rozdělit na tři období. Období **pre finem** neboli před smrtí definujeme dobou, kdy bylo pacientovi sděleno, že jeho nemoc je vážná, nevléčitelná. Smrt může nastat v různém časovém úseku, může trvat dny, týdny nebo měsíce. Je třeba se zaměřit na zmírnění bolesti a na zajištění nejlepších podmínek pro umírání, aby nenastala psychická a sociální smrt dříve než fyzická. V období **in finem**, což je vlastní umírání, kdy už nemůže dojít ke zlepšení pacientova stavu žádnou léčbou, dochází k psychickým a tělesným změnám. Přestávají fungovat důležité životní orgány a dochází k zástavě srdce. Období **post finem**, jinak řečeno po smrti nastává, kdy již lékař určí smrt pacienta.

V této fázi by mělo být postaráno nejen o tělo mrtvého, ale také by měla být zajištěna podpora pozůstalých (Kupka, 2014). Problematice pozůstalých se budu věnovat v kapitole o pastorační péči a péči o pozůstalé.

5.4 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB UMÍRAJÍCÍCH

A. H. Maslow, americký psycholog, uspořádal potřeby podle jejich vývoje a důležitosti pro člověka. Jejich uspokojování probíhá vzestupnou cestou, kdy vyšší potřeby se objevují teprve tehdy, jsou-li uspokojeny potřeby základní. Nejdůležitější jsou fyziologické potřeby, ke kterým patří potřeba potravy, tekutin, vyměšování, kyslíku, přiměřené teploty, pohybu, spánku, odpočinku, sexuálního uspokojení a být bez bolesti. Na druhém místě je potřeba bezpečí, do které řadíme jistotu, pořádek, osvobození od chaosu, strachu a úzkosti, pravidla a meze, strukturu, stálost, spolehlivost. Jako další je potřeba sounáležitosti, kterou můžeme charakterizovat jako potřebu někam patřit, náklonnost, shodu a ztotožnění, lásku. Důležitá je také potřeba uznání, k níž patří prestiž, sebedůvěra, sebeúcta. Poslední je potřeba seberealizace neboli sebenaplnění, uskutečnit to, čím daná osoba je. V nemoci mohou potřeby měnit své pořadí, mohou vznikat i potřeby nové. Pacienti mají právo, aby jim jejich potřeby pečovatelé uspokojili (Šamánková a kol., 2011).

Sláma (2011) uvádí několik pravidel o tom, jak se starat o umírající. O blížící se smrti je nutné seznámit nemocného i jeho blízké. Řádně kontrolovat projevy umírání, které pacient prožívá. Poskytovat léky při tělesných i duševních potížích, především proti bolesti, kontrolovat efektivitu léčby, alespoň každou hodinu, jak lék působí a pozměňovat množství léku. Je třeba také zjišťovat komunikací s umírajícím, jak se cítí a důkladně si všímat jeho výrazu ve tváři, pohybů, zvuků a polohy. Má-li pacient nedostatečný příjem potravy proto, že nemá chuť k jídlu, je třeba dbát na vhodnou stravu i její vhodnou úpravu. Jestliže pacient nemůže přijímat tekutiny, musí se zvážít, zda se budou podávat v infuzi nebo podkožně (Kalvach, 2010).

5.5 PASTORAČNÍ PÉČE A PÉČE O POZŮSTALÉ

Péče o duševní vyrovnanost umírajících se též nazývá pastorační péče. Při této péči je třeba pacienta respektovat, být mu nablízku v jeho trápení nebo umírání. Pomáhat mu s láskou a milosrdenstvím, utěšovat a povzbuzovat ho a trvale se o něho zajímat.

Duchovní péče může mít více podob. Zvolení přijatelné metody závisí na situaci, a zda je osoba praktikující věřící nebo ateista. K věřícímu by měl přijít kněz a zdravotnický personál by tuto návštěvu měl zařídit. Nejlepší je, když kněz i nemocný jsou stejného vyznání. V některých nemocnicích a hospicích jsou kaple a modlitebny, které jsou zpřístupněny každému pacientovi, kde se střídají buď duchovní z různých církví nebo kněz, který respektuje klientovu víru. Tuto duchovní péči člověk potřebuje, když se dostal do situace, kterou sám nezvládá (Haškovcová, 2007).

V dnešní době navštěvuje pacienty také nemocniční kaplan. Vyučuje a vykonává náboženské úkony. Jeho péče je určena nejen pacientům a jejich příbuzným, ale také zaměstnancům. Za jeho pomoci se mohou řešit i neshody mezi personálem. Pastorační péče napomáhá k lepšímu prožívání života nemocných jak v průběhu nemoci, tak i v poslední fázi jejich života. Nemocní mohou také osobně růst, bývají u nich méně časté úzkosti, deprese, nepohoda, necítí se tolik osamoceni, a nakonec umírají smířeni (Sláma a kol., 2011).

Poradenství pro pozůstalé se poskytuje před smrtí blízkého, po jeho smrti a v době, kdy to pozůstalý potřebuje. Poradenství před smrtí blízkého může souviset s předvídaným truchlením, které se vyskytuje u rodiny nemocného, jenž trpí smrtelnou chorobou. Rodina to bere na vědomí, ale má malou naději, že by se nemocný mohl uzdravit. Příbuzný pociťuje zármutek a strach dlouho před smrtí. Tyto pocity často drží v sobě, kvůli zdravotnímu stavu pacienta. Skrývání zármutku bývá často příčinou psychického a fyzického vyčerpání blízkého a někdy vyvolává pocit hněvu a viny. Nejvíce se pomoc poskytuje po smrti blízkého člověka. Příbuzní jsou dezorientovaní, zmatení a nemuseli smrt blízkého nikdy zažít. Nejdříve žádají o pomoc lékaře, pohřební službu, duchovní, příbuzné a známé. Poradenství pro pozůstalé využijí, kdy opora od nekvalifikovaných pečujících slábně (Špaténková, 2013).

Při ztrátě blízkého nastává proces truchlení, který se člení na tři fáze. První z nich je **konfuze**, která nastává ihned po smrti blízkého člověka. Pozůstalí jsou zmatení, otřeseni a šokováni. Další fáze se nazývá **exprese**, ve které truchlí silně projevuje žal a zármutek a ze ztráty blízkého obviňuje jiné lidi. Ve fázi **adaptace** se pozůstalí učí žít bez zemřelého a navrací se zpět k běžnému životu. Na tento nelehký krok musí být dostatečně připraven a musí sám chtít toto rozhodnutí učinit. Po celou dobu tohoto

procesu mohou pozůstalí potřebovat někoho, kdo by jim poradil, a proto se mohou obrátit na poradce pro pozůstalé (Špaténková, 2013).

Úmrtí blízkého člověka se zvládá velmi těžce a může mít velký vliv na spokojenost v životě, klid a také na zdraví pozůstalých. Ti se často obrací na profesionální pečovatele, a to jak před smrtí blízkého člověka, tak i po ní. Proto by je pečovatelé měli umět podpořit a neodbývat je (Payneová a kol., 2007). Tato podpora může mít různá specifika. K této pomoci patří: odborná psychoterapie, která obsahuje přednášky o tom, jak se vyrovnat se ztrátou blízkého člověka, poskytování informací o obstarání pohřbu, sdílení bolesti a emocí. Dále bohoslužby za zemřelé, anonymní krizová intervence, poradenství a podpora rodiny, či páru, podpůrné skupiny, vzpomínkové programy, setkání pozůstalých, individuální podpora a poradenství (Sláma a kol., 2011).

6 EUTANÁZIE

Pojem eutanázie je vykládán nejednotně. Za nejuvěstičnější lze považovat definici Evropské asociace paliativní péče z roku 2003, kde je eutanázie definována „*jako usmrcení na základě žádosti: jednání lékaře lze charakterizovat jako eutanazii tehdy, když usmrtí svého pacienta podáním určitých letálních látek na základě pacientovy dobrovolné a kompetentní žádosti*“ (Matersvedt et al., 2003).

Eutanázie se překládá jako dobrá smrt. Jinak řečeno lehká smrt, která nastává po dobře prožitém životě, bez bolesti, rychle nebo ve spánku. Také může být popisována jako smrt z milosti (Haškovcová, 2007).

Jak deklaruje Kalvach (2010) v oblasti paliativní péče je zásadně důležité a neoddiskutovatelné zamítnutí eutanázie a jakýchkoliv forem zkracování života umírajících.

V mnoha zemích Evropy je eutanázie zakázána, stejně tak je tomu i v České republice. V Belgii a v Nizozemsku se provádět může za předem přísně stanovených podmínek. Musí být provedena pouze v případě, kdy není jiné východisko, žadatel musí být zodpovědný a nikým neovlivnitelný. Příkladem je stav, kdy nemocný už nemůže unést psychické, ani fyzické strasti (Sláma a kol., 2011).

6.1 DRUHY EUTANÁZIE

Aktivní a pasivní eutanázie

Aktivní eutanázie bývá v případě, kdy byla smrt způsobena užitím látky, kterou lékař pacientovi podal nebo předepsal a on si ji sám vzal, aby svůj život skončil. Předem o ni požádal, protože trpěl nevyléčitelnou nemocí a měl nesnesitelné bolesti. *Pasivní eutanázie* nastává, pokud byly použity všechny dosažitelné formy pomoci, těžce nemocný si přál přirozenou smrt, a tak se přerušila léčba, která udržovala pacienta při životě (Raudenská, 2011).

Přímá a nepřímá eutanázie

Přímá eutanázie se používá jedině k okamžité smrti. U *nepřímé eutanázie* nejde primárně pouze o smrt, ale o úkony, které ke smrti vedou. Například požívání velkého množství léků, které mohou přivodit smrt (Kupka, 2014).

Dobrovolná a nedobrovolná eutanázie

Pro *dobrovolnou eutanázii* se pacient rozhodne sám a *nedobrovolná* je ta, o kterou požádají příbuzní nebo lékař, jestliže není možné pacientův život dále prodlužovat. Nemocný o tomto rozhodnutí neví a není od něho vyžadován souhlas s provedením (Kupka, 2014).

Asistovaná sebevražda

Smrt si pacient přivodí sám za asistence lékaře, který mu poskytne injekci nebo jed a pacient provede sebevraždu (Kupka, 2014).

6.2 ARGUMENTY PROTI LEGALIZOVÁNÍ EUTANÁZIE

Lidský život je posvátný, nenahraditelný, jedinečný. Je to dar, který jsme dostali a nemáme právo ho ukončit. Umírání pacienta se dotýká jeho blízkých, přátel i celé společnosti. Není to proto soukromá záležitost (Hnutí pro život, 2016).

Lékař má podporovat zdraví pacientů a chránit lidské životy. Použití eutanázie není v souladu se základním lékařským posláním. Lidé, kteří se nesetkali s umírajícími jsou pro zavedení eutanázie. V případě, když se u nich, nebo u jejich blízkých vyskytne těžká nevyléčitelná nemoc, změní názor. Poté si váží každé chvíle, kdy mohou žít (Šimek,

2015). Pacienti potřebují vědět, že jim lékař chce ulevit od bolesti a efektivní léčbou život zachovat a ne ukončit. V kontextu s odmítnutím eutanázie musíme rozlišovat podání léků nemocnému. Podávání léků, které tlumí bolest, zejména opioidy, mohou zmírňovat stresovou reakci a případně zkrátit období umírání. Lékaři by se neměli obávat podávat dostatečné množství opioidů ke zmírnění bolesti umírajících přesto, že mohou uspišit o hodiny úmrtí. Jestliže lékař zvýší nemocnému dávku léku, aby mu zkrátil život nebo podá lék, aby jeho život ukončil, takové chování je právně i eticky nepřijatelné (Kalvach, 2010).

6.3 ARGUMENTY PRO LEGALIZOVÁNÍ EUTANÁZIE

Eutanázii prosazují ti, kteří chtějí, aby člověk dlouho netrpěl a měl právo rozhodnout o své smrti. Tito zastánci se ale také snaží, aby se eutanázie používala jen ve velmi výjimečných případech (Starošítková, 2008).

Někteří lidé si myslí, že trápení před smrtí by se nemělo prodlužovat, ale ukončit ho eutanázií. Často i pouhé čekání na smrt pokládají za utrpení. Nechtějí se dlouho těžce loučit se světem a blízkými, a tak by raději volili tuto možnost (Šimek, 2015).

7 CHARAKTERISTIKA OBORU ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Zdravotně sociální pracovník může vykonávat nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu na základě zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (Zákony pro lidi, 2004).

Akreditace oboru Zdravotně sociální pracovník je na Vysoké škole polytechnické Jihlava od 1. 1. 2013. Tento obor se zaměřuje na praktické bakalářské vzdělání v sociální práci. Možnost studia je ve formě kombinované a prezenční. Předměty jsou zaměřeny na znalosti z oboru sociální péče (metody a techniky sociální práce, psychologie, krizová intervence, sociální služby, právo, speciální pedagogika, sociální politika) a také na zdravotní stránku (pediatrie, neurologie, chirurgie, vnitřní lékařství, psychiatrie, geriatric, teorie ošetřovatelství). Při studiu probíhá rozsáhlá praxe, kterou si student může sám vybrat dle svého zájmu. Dvě praxe musí absolvovat ve zdravotnických zařízeních, do kterých se řadí například dětská centra, kojenecké ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, nemocnice. Dále v organizacích sociálních služeb, které nabízejí terénní, ambulantní nebo pobytové sociální služby. Praxi lze vykonávat na úradech práce, v domovech pro seniory, nízkoprahových centrech, denních stacionářích (Všpj, 2016)

7.1 OSOBNOST ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Grzybeg (2007) uvádí potřebné vlastnosti zdravotně sociálního pracovníka, mezi něž patří: způsobilost, odpovědnost, poctivost, uspořádanost, trpělivost, komunikativnost, přijetí klienta, vnímavost, ohleduplnost. Dále vlastnosti vztahující se k nadřízeným: pravdomluvnost, schopnost tvůrčí práce, otevřenost, rozumové chápání, věrnost. A také vlastnosti ke spolupracovníkům: schopnost pracovat v týmu, soudržnost, nekonfliktnost.

Jednou z podstatných vlastností zdravotně sociálního pracovníka je komunikace, která je potřebná při práci s klientem. Může tak lépe chápat jeho chování. Komunikace je v této péči nezbytná. V případě, kdy je komunikace s pacientem obtížná, využívá zdravotně

sociální pracovník i jiné techniky jako např. pozorování, ve kterém sleduje, co nemocný potřebuje a co si přeje. V tomto případě může zdravotně sociální pracovník také využít vizuálně analogovou nebo obličejovou škálu, na které mu pacient ukáže, jak se cítí. Z pozorování klienta však nemůže dobře poznat, co by chtěl a neporozumí mu tak, jako kdyby s ním komunikoval. (Kuzníková, 2011).

Podle Kuzníkové (2011) by měl být zdravotně sociální pracovník obeznámen nejenom s českou legislativou, ale také s institucemi a zařízeními sociálních služeb, které se nachází v České republice. Nutností je orientovat se v právní problematice a měl by mít znalosti v oblasti lidských práv, Práv pacientů a Práv hospitalizovaných dětí.

7.2 KOMPETENCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Kompetence a náplň práce zdravotně sociálního pracovníka je dána dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Zákony pro lidi, 2006).

Podle Kutnohorské (2011) do kompetencí zdravotně sociálního pracovníka řadíme:

- kompetence profesně oborové, do kterých patří teoretické vědomosti a praktické dovednosti zdravotně sociálního pracovníka, aby mohl vyhovět sociálním potřebám klienta. Měl by se snažit o začlenění klienta do společnosti. Je třeba, aby odborně spolupracoval se zdravotnickým personálem.
- kompetence diagnostické a sociálně anamnestické, ke kterým patří: provádění sociálního šetření, zjišťování sociální anamnézy klienta a určení jeho sociální diagnózy.
- kompetence poradenské a konzultační, pomocí kterých může zajišťovat sociální poradenství, mluvit o problému s klientem nebo jeho rodinou a po smrti klienta odborně pomoci pozůstalým.
- kompetence výchovné, které zahrnují schopnost účastnit se na depistáži a zabraňují nežádoucím sociálním událostem klienta.
- kompetence rozhodovací v jejichž rámci, může zhotovit plán psychosociální intervence, jenž souvisí s životní situací klienta a stanovit míru, typ a nezbytná sociální opatření i jejich realizaci.
- kompetence organizační obsahují psaní a vedení sociální dokumentace klienta
- kompetence metodické mají za cíl rozvíjet standardy, metody a vědecký výzkum v sociální sféře.

- kompetence jazykové usilují o zdvořilé jednání a znalost latinské terminologie na základní úrovni.
- kompetence komunikativní vyžadují nepostradatelnost správné komunikace s klientem a jeho rodinou.
- kompetence osobnostně kultivující vystihují souvislé sebevzdělávání a sebereflexi.

Kuzníková (2011) definuje činnosti zdravotně sociálního pracovníka takto: psychosociální podpora pomáhá klientovi a jeho rodině po duševní stránce prožívat v klidu i těžké životní situace. Pomáhá také vytvářet společný plán následné péče. Vzděláváním se zaměřuje na to, aby pomohl klientovi a jeho blízkým znát nemoc, možnost zdravotně sociální péče a seznámit je s nabídkou služeb vhodných pro klienta. zdravotně sociální pracovník v rámci poradenství sděluje klientovi, jak se bude postupovat v jeho situaci. Plánuje zajištění další péče po propuštění. Pomáhá zvládnout finanční situaci a zařizuje propůjčení kompenzačních pomůcek. Komunikuje nejen s klientem a jeho blízkými, ale také s jednotlivými členy týmu, spolupracuje s jinými organizacemi, než je dané zdravotnické zařízení.

Touto kapitolou uzavírám teoretická východiska, která se stala zdrojem pro zpracování výzkumné části bakalářské práce.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem bakalářské práce bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit názory studentů oboru Zdravotně sociální pracovník na význam paliativní péče a otázky vztahující se k tomuto tématu. Stanovila jsem si tři výzkumné otázky:

1. Znájí studenti oboru Zdravotně sociální pracovník význam obsahu paliativní péče?
2. Jaký mají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník názor na umírání a umírajícího klienta?
3. Jaký mají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník názor na předmět Paliativní péče?

9 METODIKA VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce byla vytvořena na základě kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkové formy šetření. Dotazník obsahoval 16 otázek, které byly vyhodnoceny a dále zpracovány v grafech. Otázky se týkaly cílové skupiny paliativní péče, na co se paliativní péče zaměřuje, na co klade důraz, kde se neposkytuje, prospěšnosti paliativní péče, komunikace, fázi umírání, potřeb pacientů, smrti, předmětu Paliativní péče a demografických údajů (příloha 1).

9.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Cílovou skupinou výzkumného šetření se stali studenti oboru Zdravotně sociální pracovník na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Osloveno bylo celkem 200 studentů na sociální síti a v informačním systému Vysoké školy polytechnické Jihlava. Celkem jsem získala 110 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 55 %. Sběr dat probíhal v období březen – duben 2017.

10 METODY ZKOUMÁNÍ

U kvantitativního přístupu se očekává, že objekty nebo procesy sociálního světa či různá hlediska, která jsou tématem průzkumu, se dají nějak uspořádat, třídít nebo měřit. Informace se potom posuzují statistickými metodami, jejichž cílem je potvrdit správnost názorů o existenci těchto procesů a objektů. Dotazník se často používá v sociálních výzkumech, nejvíce však v některých vědních oborech. Dotazník se používá v kvalitativních i kvantitativních výzkumech. Uspořádaný dotazník zahrnuje specifické téma a tzv. „čistý papír“, který se používá kvůli lepšímu přehledu (Reichel, 2009).

Cílem bakalářské práce bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit názory studentů oboru Zdravotně sociální pracovník na význam paliativní péče a otázky vztahující se k tomuto tématu. Stanovila jsem si tři výzkumné otázky:

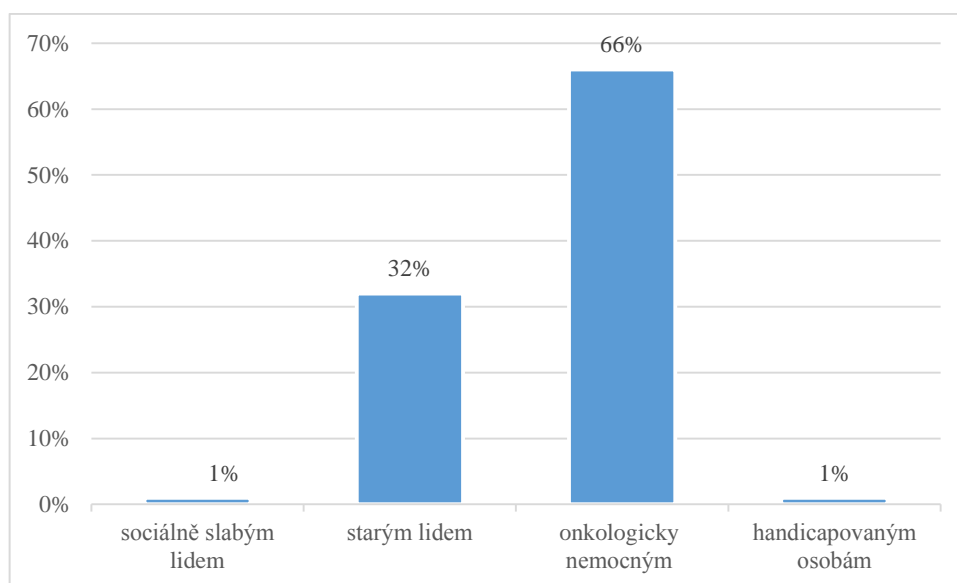
1. Znájí studenti oboru Zdravotně sociální pracovník význam obsahu paliativní péče?
2. Jaký mají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník názor na umírání a umírajícího klienta?
3. Jaký mají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník názor na předmět Paliativní péče?

11 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Výzkumná otázka č. 1: Znají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník význam obsahu paliativní péče?

K této výzkumné otázce se vztahovaly 3 otázky v dotazníku, které zněly: komu je paliativní péče určena, na co se zaměřuje, na co klade důraz.

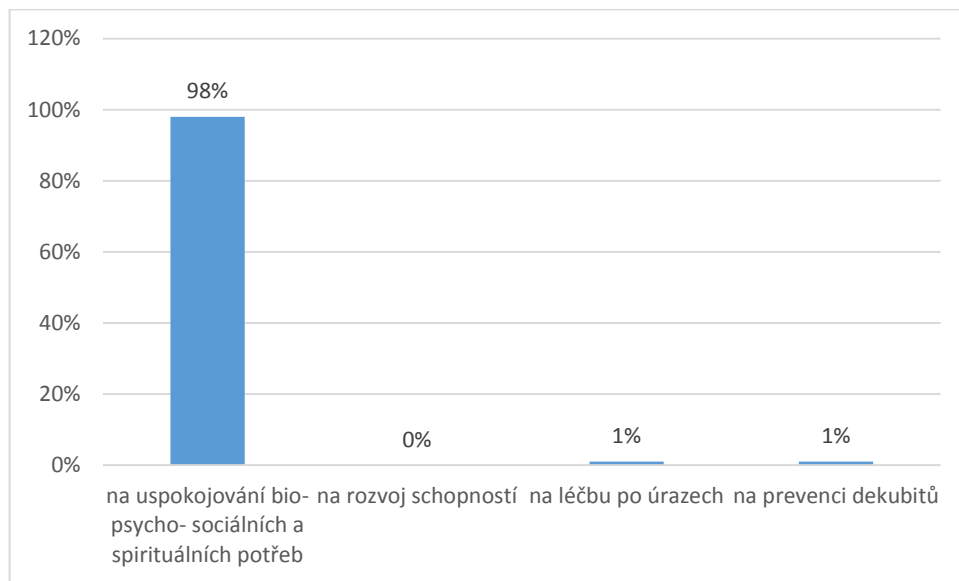
1. otázka: Komu je především určena paliativní péče?



Graf 1: Komu je především určena paliativní péče, zdroj: vlastní zpracování

Více než polovina respondentů (66%) se domnívá, že paliativní péče je určena onkologicky nemocným lidem. Možnost, že je paliativní péče určena starým lidem, zvolilo 32% a stejně respondentů (1%) zvolilo odpověď, že je určena sociálně slabým lidem a handicapovaným osobám.

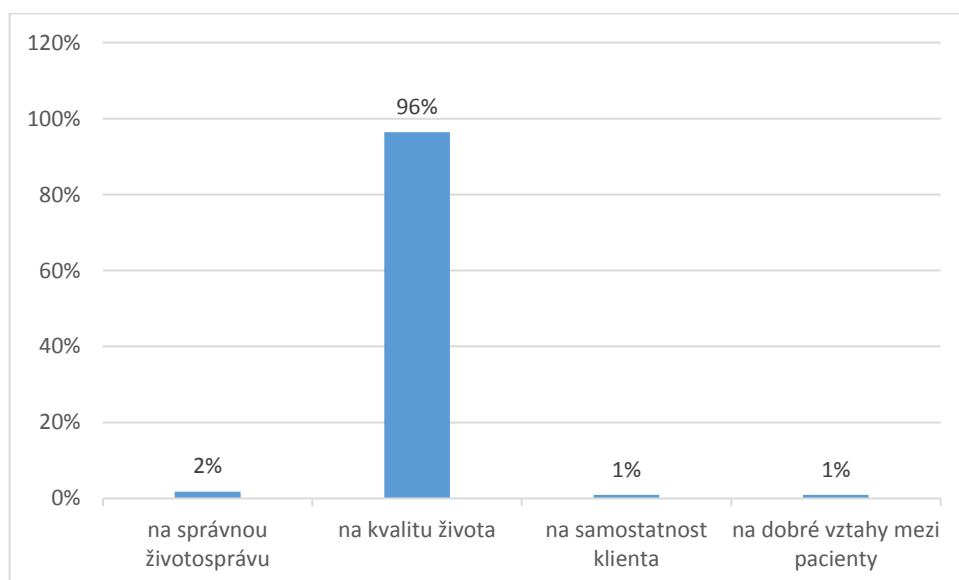
2. otázka: Na co se především paliativní péče zaměřuje?



Graf 2: Na co se především paliativní péče zaměřuje, zdroj: vlastní zpracování

Většina dotázaných (98%) vybrala možnost na uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Stejně procento respondentů (1%) se domnívá, že se paliativní péče zaměřuje na léčbu po úrazech a na prevenci dekubitů. Nikdo z respondentů nezvolil možnost na rozvoj schopností.

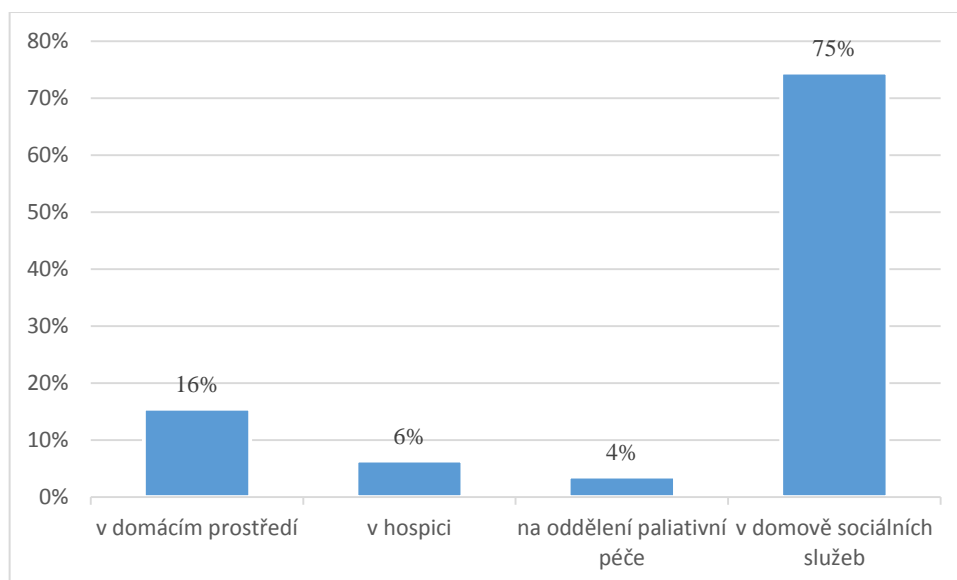
3. otázka: Na co klade paliativní péče důraz?



Graf 3: Na co klade paliativní péče důraz, zdroj: vlastní zpracování

Z grafu lze vyčíst, že 96% respondentů se domnívá, že paliativní péče klade důraz na kvalitu života. Podle 2% dotázaných se klade důraz na správnou životosprávu, a stejně tázaných (1%) zvolilo na samostatnost klienta a na dobré vztahy mezi pacienty.

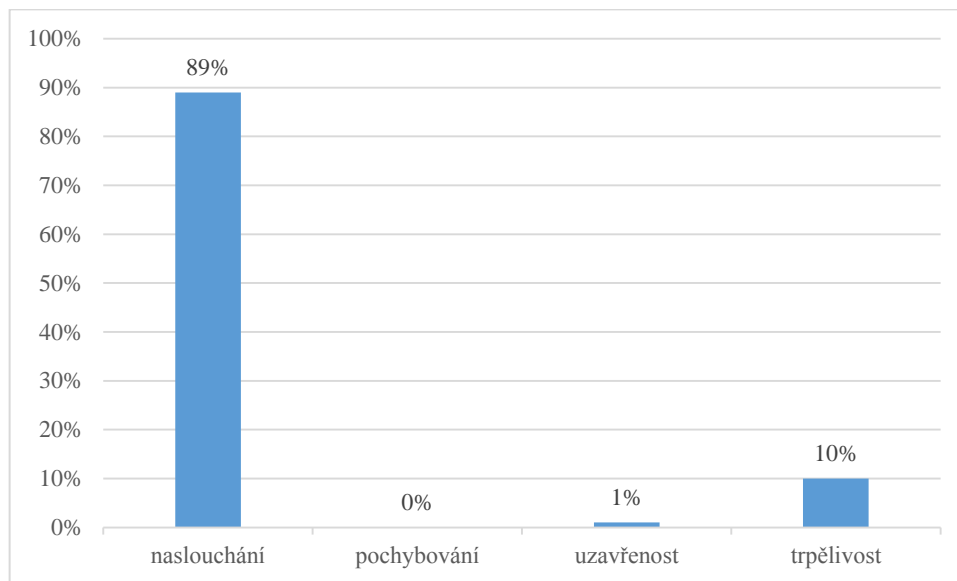
4. otázka: V jakém zařízení se paliativní péče neposkytuje?



Graf 4: V jakém zařízení se paliativní péče neposkytuje, zdroj: vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti vědí, v jakém zařízení se paliativní péče neposkytuje. 75% z nich odpovědělo, že se paliativní péče neposkytuje v domově sociálních služeb, 16% dotázaných se domnívá, že se paliativní péče neposkytuje v domácím prostředí. Pouhých 6% respondentů udává, že paliativní péče není poskytována v hospici a 4% zvolila možnost na oddělení paliativní péče.

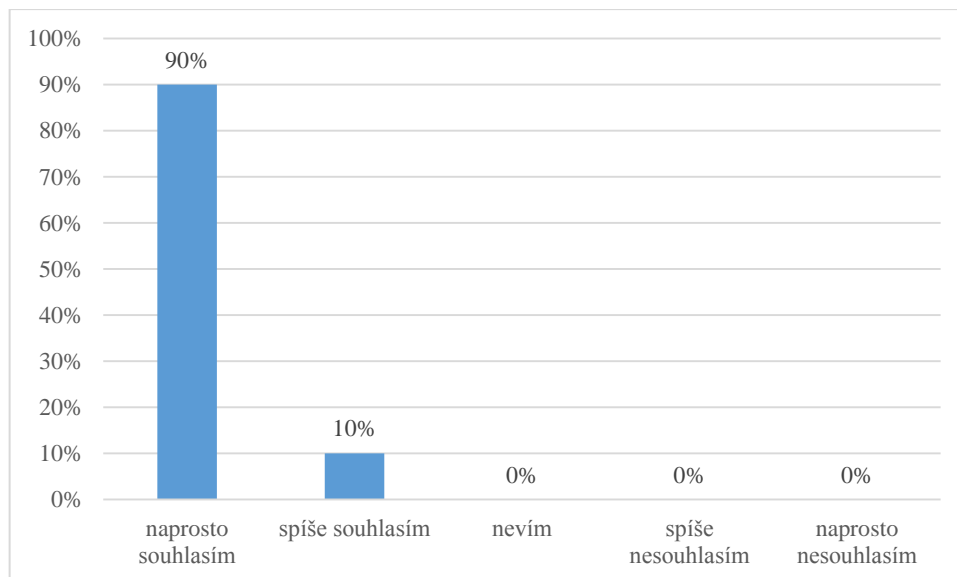
5. otázka: Jaké jsou zásady komunikace v paliativní péči?



Graf 5: Jaké jsou zásady komunikace v paliativní péči, zdroj: vlastní zpracování

Z grafu lze vyčíst, že 89% respondentů se domnívá, že mezi zásady komunikace patří naslouchání. 10% studentů vybralo zásadu trpělivost, uzavřenost zvolilo 1% respondentů a nikdo nezvolil pochybování.

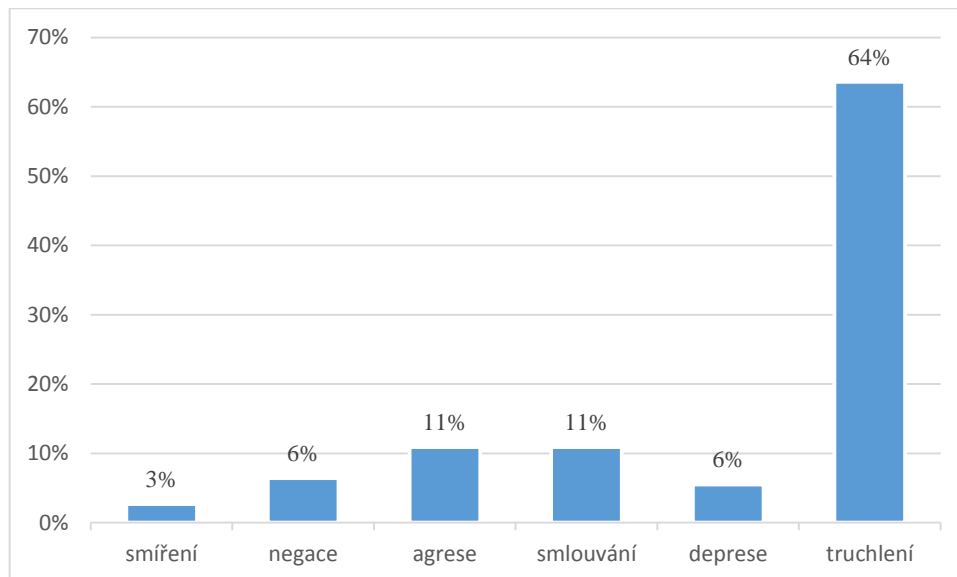
6. otázka: Myslíte si, že je paliativní péče prospěšná?



Graf 6: Myslíte si, že je paliativní péče prospěšná, zdroj: vlastní zpracování

Další otázkou bylo zjistit, zda je podle názorů respondentů, paliativní péče prospěšná. 90% respondentů naprosto souhlasilo s prospěšností paliativní péče a zbylých 10% s touto otázkou spíše souhlasilo. Nikdo z nich nezvolil možnost nevím, spíše nesouhlasím, naprosto nesouhlasím.

7. otázka: Který pojem nepatří mezi fáze umírání?



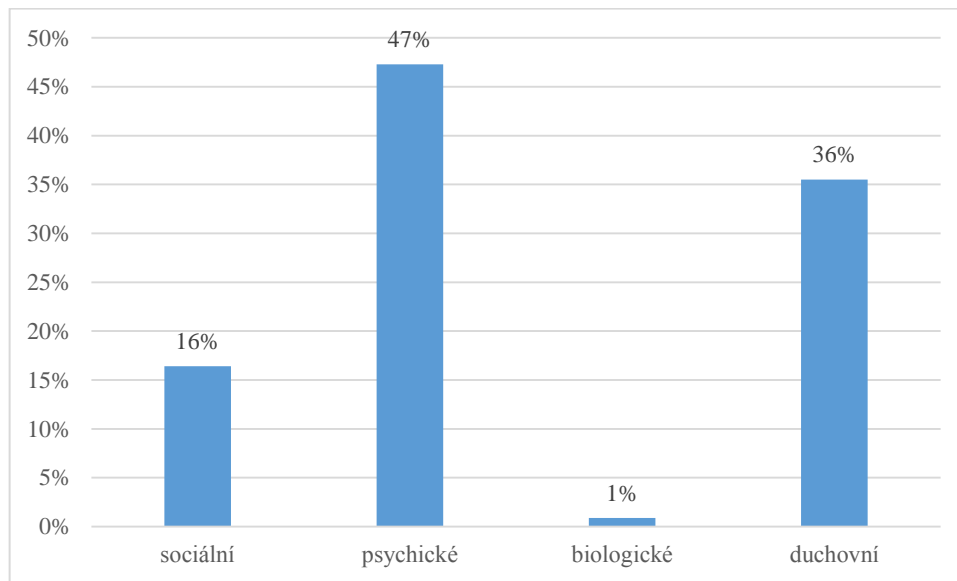
Graf 7: Který pojem nepatří mezi fáze umírání, zdroj: vlastní zpracování

Podle 64% respondentů mezi fáze umírání nepatří truchlení, podle 11% tam nepatří agrese a smlouvání. 6% dotazovaných si myslí, že do fází umírání nepatří negace a deprese a zbylá 3% vybrala smíření.

Výzkumná otázka č. 2: Jaký mají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník názor na umírání a umírajícího klienta?

S touto výzkumnou otázkou souvisely 3 otázky obsažené v dotazníku, které se týkaly: potřeb v terminální fázi onemocnění, smrti v minulosti a zda by se respondenti dokázali postarat o jejich blízkého, který by umíral.

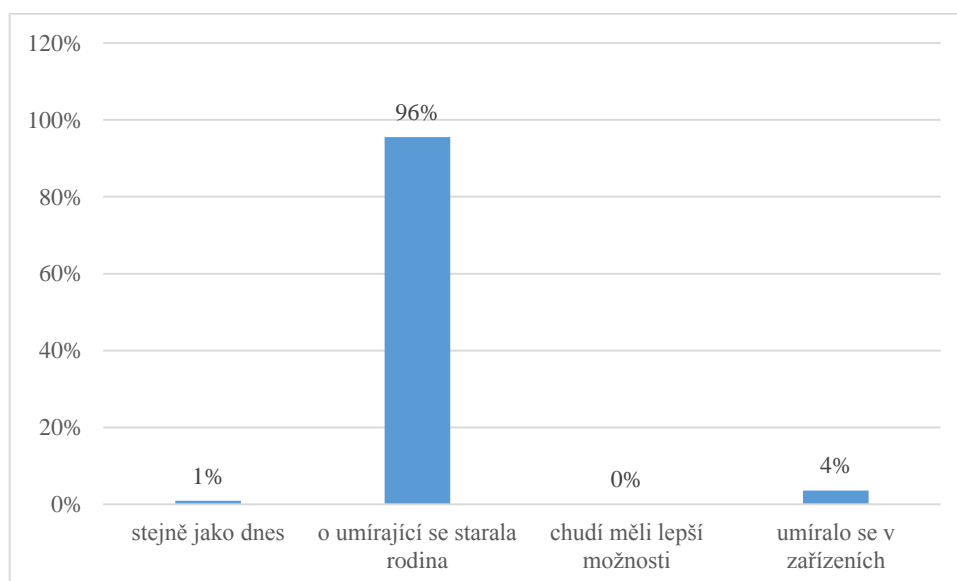
8. otázka: Které potřeby kromě fyzických jsou podle Vašeho názoru pro pacienta v terminální fázi onemocnění důležité?



Graf 8: Které potřeby kromě fyzických jsou podle Vašeho názoru pro pacienta v terminální fázi onemocnění důležité, zdroj: vlastní zpracování

Téměř polovina respondentů (47%) se domnívá, že psychické potřeby jsou v terminální fázi onemocnění nejdůležitější. Duchovní potřeby zvolilo 36%, sociální potřeby označilo 16% dotazovaných a možnost identickou jako znění v dotazníku, tedy biologické potřeby, vybralo 1% respondentů.

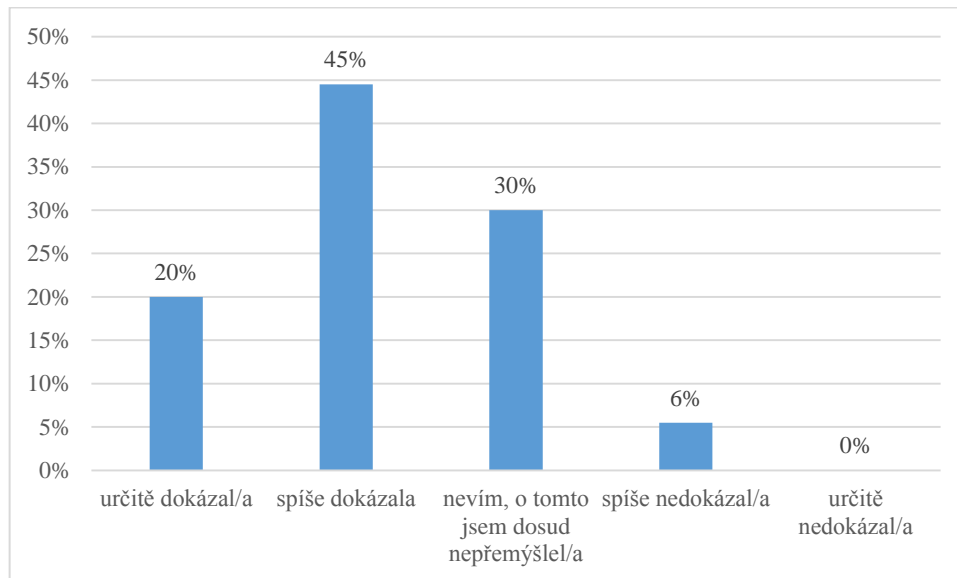
9. otázka: Jak se přistupovalo ke smrti v minulosti?



Graf 9: Jak se přistupovalo ke smrti v minulosti, zdroj: vlastní zpracování

Jedna z otázek zněla, jak se přistupovalo ke smrti v minulosti. Odpověď, že se o umírající starala rodina, zvolilo 96%, že se umíralo v zařízeních vybralo 4% dotazovaných, možnost stejně jako dnes zvolilo 1% a nikdo nezvolil odpověď, že chudí měli lepší možnosti.

10. otázka: Myslíte si, že byste se dokázal/a postarat o Vašeho blízkého, který by umíral?



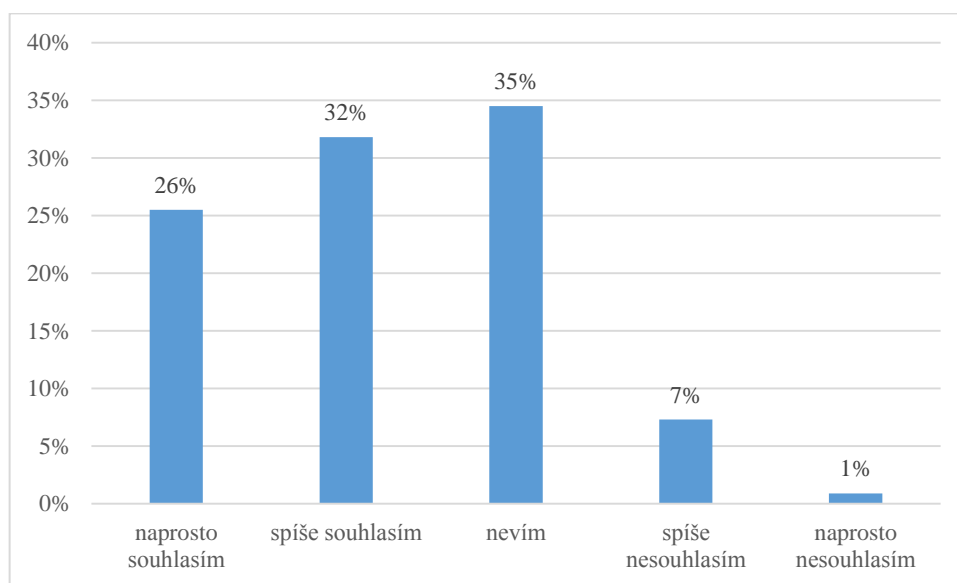
Graf 10: Myslíte si, že byste se dokázal/a postarat o Vašeho blízkého, který by umíral, zdroj: vlastní zpracování

Z interpretací dat z grafu vyplývá, že 45% respondentů by se spíše dokázalo postarat o blízkého, který by umíral, 30% o tomto dosud nepřemýšlelo, 20% dotázaných by se určitě dokázalo postarat a 6% by se spíše nedokázalo postarat. Nikdo nezvolil možnost určitě nedokázal/a.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký mají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník názor na předmět Paliativní péče?

K této otázce se vztahovaly 2 otázky v dotazníku, které se zaměřovaly na dostatečnost obsahu výuky předmětu Paliativní péče a hodnocení významu předmětu Paliativní péče respondenty.

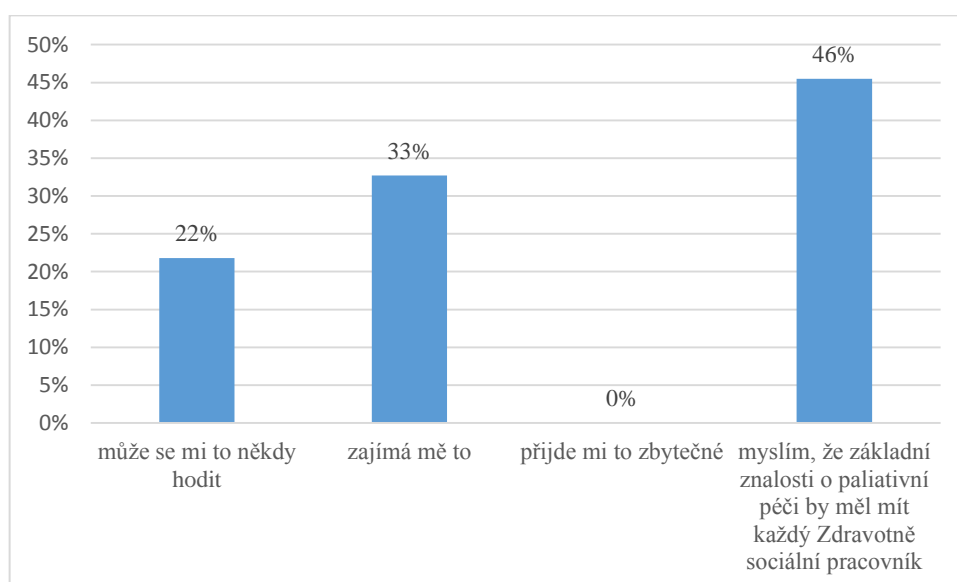
11. otázka: Je podle Vás obsah výuky předmětu Paliativní péče dostačující?



Graf 11: Je podle Vás obsah výuky předmětu Paliativní péče dostačující, zdroj: vlastní zpracování

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů 35% zvolilo možnost nevím, 32% spíše souhlasilo, 26% dotazovaných naprosto souhlasilo. Spíše nesouhlasilo 7% a naprosto nesouhlasilo 1% dotazovaných.

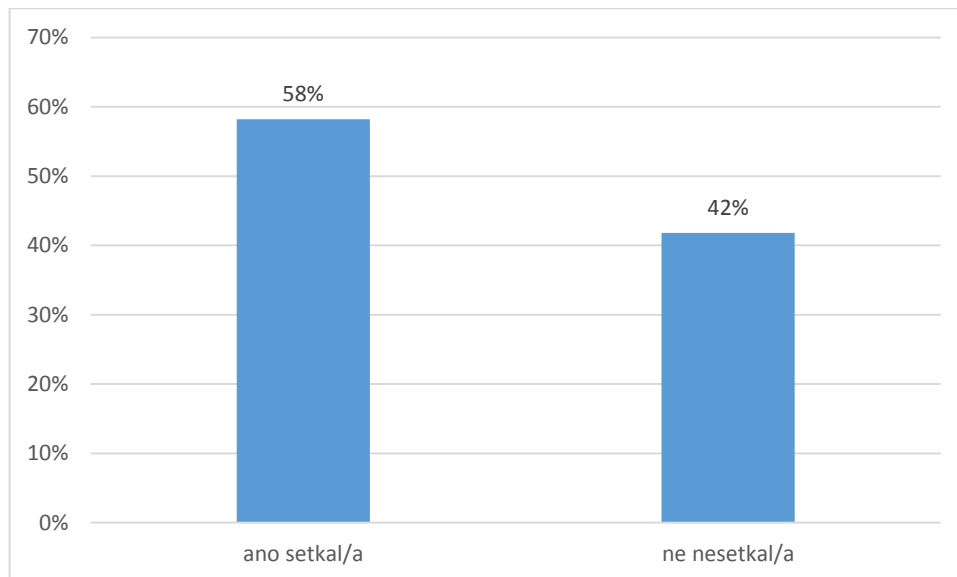
12. otázka: Jak hodnotíte význam předmětu Paliativní péče pro Vás osobně?



Graf 12: Jak hodnotíte význam předmětu Paliativní péče pro Vás osobně, zdroj: vlastní zpracování

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů (46%) si myslí, že základní znalosti o paliativní péči by měl mít každý Zdravotně sociální pracovník. Méně z nich (33%) tato problematika zajímá a nejméně dotázaných (22%) si myslí, že se jim znalost paliativní péče může někdy hodit. Nikomu tento předmět nepřijde zbytečný.

13. otázka: Setkal/a jste se v praxi s paliativní péčí?

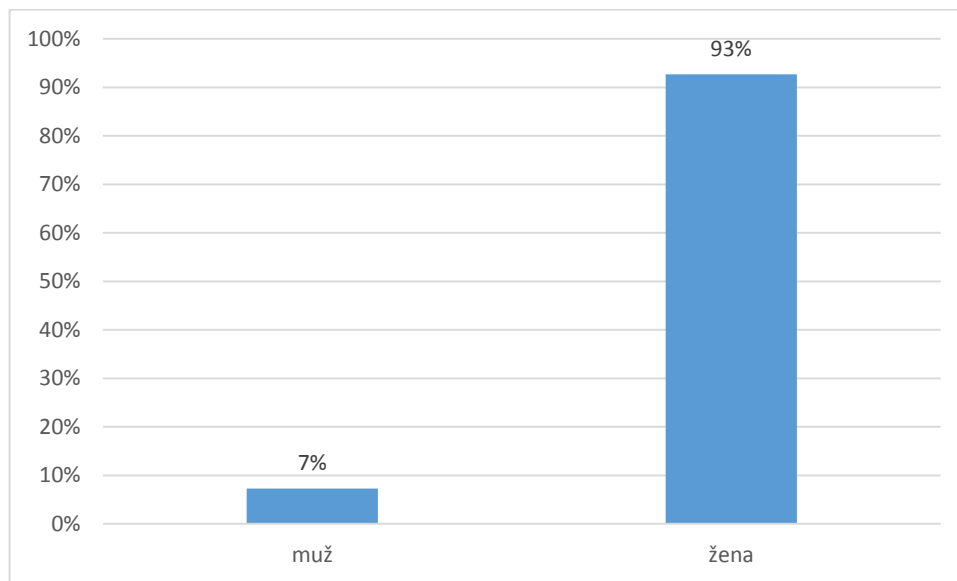


Graf 13: Setkal/a jste se v praxi s paliativní péčí, zdroj: vlastní zpracování

Graf ukazuje, že se s paliativní péčí setkalo 58% respondentů a 42% se s paliativní péčí nesetkalo.

Demografické otázky

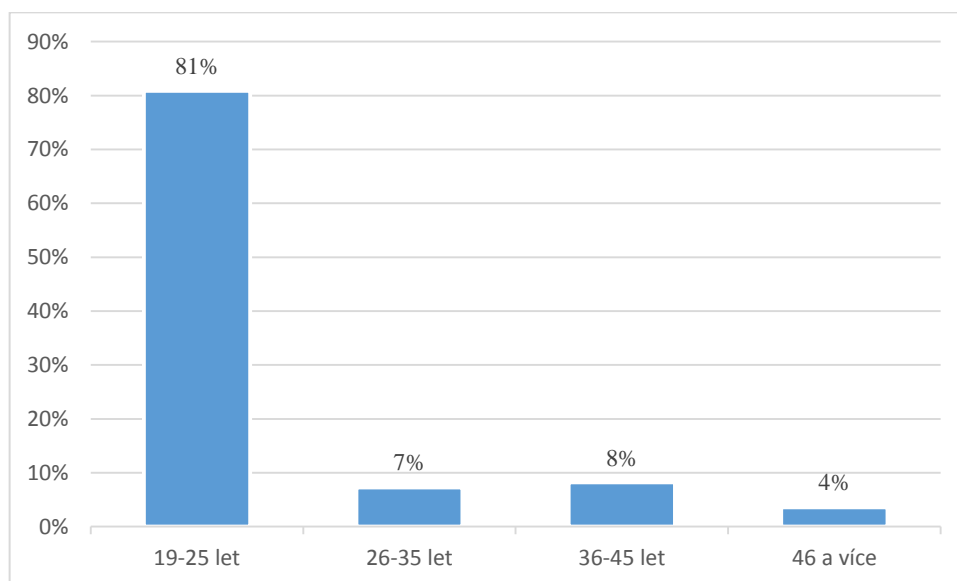
14. otázka: Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 14: Jaké je Vaše pohlaví, zdroj: vlastní zpracování

Na humanitních oborech studuje více žen než mužů. U oboru Zdravotně sociálního pracovníka tomu přesně tak je. Je zde zastoupeno 102 žen (93%) a mužů pouhých 8 (7%).

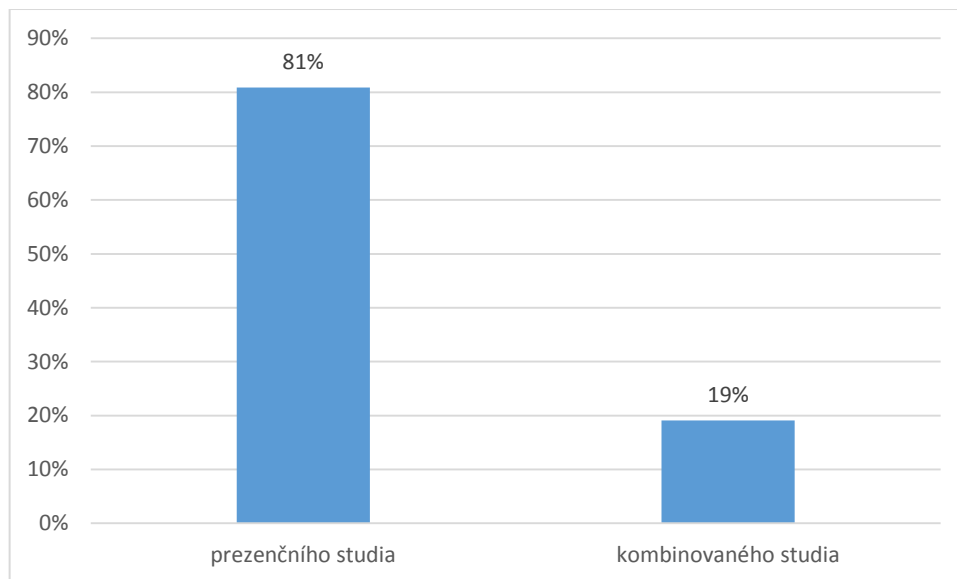
15. otázka: Jaký je Váš věk?



Graf 15: Jaký je Váš věk, zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce respondentů (81%) bylo ve věku 19-25 let. Ve věku 36-45 let jich bylo 8%. Pouze o procento méně dotazovaných (7%) bylo ve věku 26-35 let. Nejméně respondentů (4%) dosáhlo věku 46 a více let.

16. otázka: Jste studentem/kou jakého typu studia?



Graf 16: Jste studentem/kou jakého typu studia, zdroj: vlastní zpracování

Z grafu lze vyčíst, že téměř většina dotazovaných (81%) jsou studenti prezenčního studia a kombinované studium se týká zbylých 19% respondentů.

12 SHRnutí DOTAZNíKOVÉHO ŐETŘENÍ

Výzkum byl zpracován na základě dotazníkového Őetření na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Na otázky v dotazníku odpovědělo 110 studentů oboru Zdravotně sociální pracovník. Z prezenčního studia bylo 81% respondentů a z kombinovaného 19%. Většina z nich (81%) byla ve věku 19-25 let, v zastoupení 93% žen a 7% mužů.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit názory studentů oboru Zdravotně sociální pracovník na význam paliativní péče a otázky vztahující se k tomuto tématu. Protože je toto téma velmi citlivé, vybrala jsem si anonymní dotazníkové Őetření. Dotazník jsem zadala na internetový server a na sociální síť a informační systém Vysoké školy polytechnické Jihlava.

V první výzkumné otázce jsem se ptala, *zda studenti oboru Zdravotně sociální pracovník znají význam obsahu paliativní péče*. Z grafu je zřejmé, že 66% respondentů si myslí, že paliativní péče je určena onkologicky nemocným. Myslela jsem si, že tuto možnost zvolí více dotazovaných. Většina dotázaných a to 98%, odpověděla, že se paliativní péče zaměřuje na uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. K otázce, na co klade paliativní péče důraz, zvolilo 96% respondentů možnost, že klade důraz na kvalitu života pacientů. Tyto výsledky mi potvrdily, že studenti vědí, na jakou cílovou skupinu se paliativní péče zaměřuje, kde se poskytuje a na co klade důraz.

V druhé výzkumné otázce jsem se zajímala o to, *jaký mají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník názor na umírání a umírajícího klienta*. Méně než polovina tázaných (47%) se domnívá, že v terminální fázi onemocnění jsou nejdůležitější potřeby kromě fyzických i potřeby psychické. K otázce, jak se přistupovalo ke smrti v minulosti, odpovědělo 96%, že se o umírající starala rodina. Také jsem zjistila, že 20% respondentů si myslí, že by se určitě dokázalo postarat o svého blízkého, který by umíral, a 45% respondentů by se spíše dokázalo postarat.

Poslední výzkumná otázka se zaměřovala *na názor studentů oboru Zdravotně sociální pracovník na předmět Paliativní péče*. Do této výzkumné otázky se řadila otázka, zda je obsah výuky předmětu Paliativní péče dostačující. Naprosto souhlasilo 26% tázaných a spíše souhlasilo 32%. Necelá polovina respondentů (46%) si myslí, že základní znalosti o paliativní péči by měl mít každý zdravotně sociální pracovník.

Také jsem se ptala, v jakém zařízení se paliativní péče neposkytuje. Že se paliativní péče neposkytuje v domově sociálních služeb odpovědělo 75% tázaných. Dále, jaké jsou zásady komunikace v paliativní péči. Většina respondentů (89%) zvolila, že k zásadám komunikace v paliativní péči patří naslouchání. Také jsem se zaměřila na otázku, zda je paliativní péče prospěšná. S tímto tvrzením naprosto souhlasilo 90% a zbylých 10% respondentů s tím spíše souhlasilo. Který pojem nepatří mezi fáze umírání, vybralo 64% respondentů, že do těchto fází nepatří truchlení. Z otázky, zda se studenti již setkali s paliativní péčí jsem zjistila, že 58% se s paliativní péčí setkalo a 42% se s paliativní péčí nesetkalo.

13 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Bakalářská práce byla zaměřena na percepci paliativní péče pohledem studentů oboru Zdravotně sociální pracovník. Cílem bylo zjistit názory studentů oboru Zdravotně sociální pracovník na význam paliativní péče a na otázky vztahující se k tomuto tématu. Jelikož respondenty byli studenti, kteří mohou v budoucnu pracovat s pacienty v poslední fázi jejich života, měli by mít určité povědomí o tomto způsobu péče.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 110 studentů (102 žen a 8 mužů), z nichž 89 studuje prezenční formu studia a 21 studuje kombinovanou formu studia.

Stanovila jsem tři výzkumné otázky. Diskuse je zaměřena na nejdůležitější poznatky, které byly ve výzkumu zjištěny. Výsledky výzkumu byly porovnány s vysokoškolskými pracemi na podobné téma a s odbornou literaturou.

Výzkumná otázka č. 1: Znájí studenti oboru Zdravotně sociální pracovník význam obsahu paliativní péče?

K této výzkumné otázce se vztahovaly tři otázky v dotazníku, které zněly: komu je paliativní péče určena, na co se zaměřuje a na co klade důraz.

První otázka k této výzkumné otázce zněla: Komu je především určena paliativní péče. 66% studentů odpovědělo, že onkologicky nemocným. V podobném výzkumu, který se zabýval názory studentů na eutanázii a paliativní péči zodpovědělo 83% studentů sociální pedagogiky z celkového počtu 110 respondentů, že se jedná o péči o umírající (Císlarová, 2012). Ve výzkumu o eutanázii a paliativní péči si respondenti mohli vybrat z těchto možností: péče o umírající, zmírnění bolestí umírajících, doprovázení člověka ke smrti, péče o umírající a pomoc jeho rodině. Ve výzkumu percepce paliativní péče bylo na výběr z těchto možností: sociálně slabším lidem, starým lidem, onkologicky nemocným, handicapovaným osobám. Ze srovnání těchto dvou výzkumů vyplývá, že studenti mají povědomí o paliativní péči. V tomto výzkumu nebyla respondentům nabídnuta možnost péče o umírající, proto byly zřejmě odpovědi odlišné.

Dále jsem se věnovala otázce, na co se především paliativní péče zaměřuje. Možnost na uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb zvolilo 98% tázaných. V jiném výzkumu na téma lidská důstojnost a umírání zodpovědělo na podobnou otázku 35% zdravotníků z celkového počtu 122 respondentů (Mikudimová, 2008).

V tomto srovnávaném výzkumu respondenti odpovídali na otázku, co si představují pod pojmem hospicová péče. Mohli si vybrat z několika možností: péče o onkologicky nemocné, péče o důstojné umírání, o těžce nemocné, péče o potřeby umírajících, péče o úlevu od bolesti. Ve výzkumu percepce paliativní péče byl výběr z těchto možností: na uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb, léčbu po úrazech, prevenci dekubitů, na rozvoj schopností. Tyto výzkumy se od sebe výrazně liší. Více zdravotníků se domnívalo, že se paliativní péče zaměřuje na důstojné umírání a méně na úlevu od bolesti.

Také jsem se ptala, na co klade paliativní péče důraz. 96% respondentů zvolilo možnost, že klade důraz na kvalitu života. S tímto výsledkem je srovnatelný výzkum, v němž se autor tázal 62 nelékařských zdravotnických pracovníků v Nemocnici Jihlava. Ve výzkumu zabývajícím se eutanázií nebo paliativní péčí se 90% dotazovaných domnívá, že paliativní péče může zvýšit kvalitu života (Kníže, 2016). Ze srovnání je zřejmé, že respondenti chápou vztah mezi paliativní péčí a kvalitou života.

Výzkumná otázka č. 2: Jaký mají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník názor na umírání a umírajícího klienta?

S touto výzkumnou otázkou souvisely tři otázky obsažené v dotazníku, které se týkaly: potřeb v terminální fázi onemocnění, smrti v minulosti a zda by se respondenti dokázali postarat o jejich blízkého, který by umíral.

Na otázku, které potřeby jsou kromě fyzických pro pacienty v terminální fázi onemocnění důležité, odpovědělo 47%, že to jsou potřeby psychické, což je srovnatelné s výzkumem Matulové (2014), který se týkal úrovně znalostí všeobecných sester z oblasti paliativní péče. Z celkového počtu 94 respondentek zvolilo psychické potřeby 55% dotázaných. Tyto výzkumy se téměř shodují, je zřejmé, že dotazovaní mají o potřebách pacientů v terminálním stádiu života určité znalosti a chápou jejich důležitost.

Do této výzkumné otázky patřila také otázka, jak se přistupovalo ke smrti v minulosti. Většina dotazovaných (96%) odpověděla, že o umírající se starala rodina. Toto potvrzuje i Haškovcová (2007) ve své knize Thanatologie: nauka o umírání a smrti.

V další otázce mne zajímalo, zda si studenti myslí, že by se dokázali postarat o blízkého, který by umíral. Zjistila jsem, že 45% respondentů by se spíše dokázalo postarat o blízkého, který by umíral a 30% neví a dosud o tom nepřemýšlelo. V jiném výzkumu,

který byl zaměřen na laickou veřejnost s tématem psychologická péče o umírající a blízké osoby jejich života, by se spíše dokázalo postarat 46% ze 100 respondentů a 22% by se nedokázalo postarat samo, ale s dopomocí by se starali rádi (Brejchová, 2015). Výzkumy se téměř shodují. Méně, než polovina respondentů by se spíše dokázala postarat o blízkého, který by umíral, ale mohli by mít z této péče strach, nevěděli by, jak se starat, nemuseli by mít dostatek finančních zdrojů. Zhruba stejně v obou výzkumech, do 20% tázaných, odpovědělo tvrzením, že by se určitě dokázalo postarat.

Agentura STEM MARK (2013) uvedla výzkum, kde se ptala 1147 osob běžné populace na otázky týkající se smrti a paliativní péče. Jedna z otázek byla, kde by chtěli umřít. Domácí prostředí bylo nejlepší možností pro 78% respondentů, nemocnici zvolilo pouhých 11% tázaných, hospic a sociální zařízení 9% a v léčebně dlouhodobě nemocných by si přála zemřít pouhá 2% respondentů (Tomeš, 2015). Podle mého názoru by si tito respondenti pro své úmrtí vybrali domácí prostředí proto, že by rádi skonali tam, kde se mohou cítit nejlépe, kde to znají, a hlavně v kruhu svých nejbližších.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký mají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník názor na předmět Paliativní péče?

Do této otázky spadaly dvě otázky v dotazníku, které se zaměřovaly na dostatečnost obsahu výuky předmětu Paliativní péče a hodnocení významu předmětu Paliativní péče.

V otázce, zda je obsah výuky předmětu Paliativní péče dostačující, naprosto souhlasilo 26% respondentů, spíše souhlasilo 32% a 35% studentů zvolilo možnost nevím. Nesouhlasilo pouze minimum respondentů (8%). V podobném výzkumu na téma paliativní péče a eutanázie očima studentů pomáhajících profesí, který se týkal oboru všeobecná sestra naprosto souhlasilo 30% studentů, 30% spíše souhlasilo, 22% tázaných označilo možnost nevím, spíše nesouhlasilo 9% a naprosto nesouhlasilo 9% respondentů (Mirošová, 2016). Poměrně stejně v obou výzkumech dotazovaní odpověděli, že je obsah výuky předmětu Paliativní péče dostačující. S prospěšností výuky předmětu Paliativní péče nesouhlasilo v prvním výzkumu 8% dotazovaných a ve druhém 18% respondentů. V obou případech poměrně velká část tázaných, 37% v prvním a 22% ve druhém výzkumu nevědělo, zda je výuka předmětu Paliativní péče dostačující. Domnívám se, že si tento volitelný předmět nezvolili, a proto výuku nemohli posoudit.

K této výzkumné otázce patřila také otázka, jak hodnotíte význam předmětu Paliativní péče. Téměř polovina respondentů (46%) si myslí, že základní znalosti o paliativní péči by měl mít každý Zdravotně sociální pracovník. 33% studentů to zajímá a 22% tázaných zvolilo možnost, že se jim tento předmět může někdy hodit. V dnešní době je paliativní péče poskytována zejména onkologicky nemocným pacientům. Studenti se o této problematice mohou více dozvědět a s touto péčí se mohou setkat také během praxe při studiu a možná díky tomu více než polovina studentů zaujímá k paliativní péči správný přístup.

14 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala percepcí paliativní péče pohledem studentů oboru Zdravotně sociální pracovník. Cílem bakalářské práce bylo zjistit názory studentů tohoto oboru na význam paliativní péče a otázky vztahující se k tomuto tématu. Výzkumná data vycházela z kvantitativní metody, byla získána pomocí dotazníkového šetření. Byly stanoveny tři výzkumné otázky, na jejichž základě byl cíl bakalářské práce splněn.

Bakalářská práce se skládala z teoretické a praktické části. Teoretická část obsahovala čtyři podstatné oblasti, které se týkaly paliativní péče, eutanázie, umírání a oboru Zdravotně sociální pracovník. Dále jsem se věnovala historii paliativní a hospicové péče, jejím formám, dělení a způsobům poskytování. Také tomu, komu je tato péče určena, komunikaci v paliativní péči a potřebám umírajících. Dále jsem se zaměřila na fáze umírání a samotnou smrt, na pastorační péči a péči o pozůstalé. V neposlední řadě se práce také zmiňovala o otázce eutanázie. Poslední část byla věnována charakteristice oboru Zdravotně sociální pracovník, jeho osobnosti a kompetencím.

Praktická část byla věnována interpretaci a analýze získaných dat. Postupovala jsem pomocí kvantitativní metodologie, konkrétně dotazníkovým šetřením. Nejprve jsem se zabývala cílem práce a výzkumnými otázkami, dále metodikou výzkumu a charakterizovala jsem výzkumný soubor. V neposlední řadě jsem se zaměřila na metody zkoumání. Velkou kapitolou byla samotná interpretace a analýza získaných dat.

Výzkumné otázky byly formulovány tak, aby odpovídaly cíli bakalářské práce. Tyto otázky předcházely otázkám v dotazníku. Abych se respondentů mohla ptát na tuto problematiku, potřebovala jsem nejprve zjistit, zda mají povědomí o paliativní péči. S tím souvisela má první výzkumná otázka, která zněla, zda studenti oboru Zdravotně sociální pracovník znají význam obsahu paliativní péče? Protože paliativní péče napomáhá ke klidnému umírání, mojí druhou výzkumnou otázkou bylo, jaký mají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník názor na umírání a umírajícího klienta. Pomocí poslední výzkumné otázky jsem chtěla zjistit, jaký mají studenti oboru Zdravotně sociální pracovník názor na předmět Paliativní péče, protože se na Vysoké škole polytechnické Jihlava vyučuje a zajímalo mne, zda jsou s tímto předmětem spokojeni. Základem byly samozřejmě demografické otázky, týkající se pohlaví, věku a typu studia respondentů.

Zjistila jsem, že více než 60% studentů ví, komu je paliativní péče určena a téměř všichni věděli, že je zaměřena na uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb a na kvalitu života umírajících. To je jistě potěšující zjištění. Zajímavé bylo zjištění, že téměř polovina respondentů (47%) se domnívá, že kromě fyziologických potřeb jsou pro pacienty v terminální fázi onemocnění nejdůležitější psychické potřeby. Respondenti znaly zásady komunikace v paliativní péči a téměř všichni se vyjádřili o prospěšnosti paliativní péče. V závěru se mi potvrdila myšlenka, že základní znalosti o paliativní péči by měl mít každý zdravotně sociální pracovník, s čímž souhlasí i téměř polovina respondentů (46%).

Výzkumné otázky se potvrdily. Díky této bakalářské práci jsem se mohla o této problematice dozvědět více informací a myslím, že mě psaní práce obohatilo.

Tato bakalářská práce by mohla být přínosem pro studenty oboru Zdravotně sociální pracovník. Mohly by z ní načerpat základní informace, vztahující se k tématu paliativní péče a s nimi související otázky a zároveň by z výsledků empirické části mohli získat pohled na toto téma od svých kolegů. Závěrečná práce by mohla být rovněž zpětnou vazbou pro vedení katedry vysoké školy.

15 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Tištěné zdroje

- [1] AYERS, Susan. *Psychologie v medicíně*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015. 568 s. ISBN 978-80-247-9733-5.
- [2] BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015. 376 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- [3] GRZYBEK, G. *Rozprawy naukowe. Etyczne podstawy pracy socjalnej*. Wyd. Bielsko-Biała: Akademia Techniczno-Humanistyczna, 2007. 204 s. ISSN 1643-983X.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [5] HEŘMANOVÁ, Jana a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- [6] KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Vyd. 1. Praha: Cesta domů, 2010. 136 s. ISBN 978-80-904516-4-3.
- [7] KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ Eva. *Psychologie 1. díl Pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 168 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
- [8] KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
- [9] KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada: 2015. 268 s. ISBN 978-80-247-9880-6.
- [10] KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [11] KUTNOHORSKÁ, Jana a kol. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- [12] KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

- [13] MACH, Jan a kol. *Univerzita medicínského práva*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.
- [14] MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [15] MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
- [16] NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
- [17] PAYNE, Sheila a kol. *Paliativní péče: principy a praxe*. Vyd. 1. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [18] PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetřovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- [19] PTÁČEK, Radek a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
- [20] RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-7154-0.
- [21] REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [22] SLÁMA, Ondřej a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
- [23] STAROŠTÍKOVÁ, Alena. *Eutanázie ano, či ne? Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické obory*. roč. 2008. č. 12, ISSN 1210-0404.
- [24] STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Vyd. 1. Jinočany: H&H Vyšehradská, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
- [25] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

[26] ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.

[27] ŠPATÉNKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2013. 224 s. ISBN 978-80-247-3736-2.

[28] TOMĚŠ, Igor. a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2015. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

[29] VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Vyd.1. Praha: Grada: 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

[30] VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2012. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

Elektronické zdroje

[31] Asociace hospiců. *Formy hospicové péče* [online]. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/formy-hospicove-pece/>

[32] BREJCHOVÁ, Karolína. *Psychologická péče o umírající a blízké osoby jejich života*, [online]. Praha, 2015, [cit. 2017-04-16]. Bakalářská práce, Bankovní institut vysoká škola, Katedra podnikání a oceňování. Vedoucí práce PhDr. Ingrid Matoušková, Ph. D. Dostupné z: https://is.bivs.cz/th/22404/bivs_b/

[33] CÍSLEROVÁ, Tereza. *Názory studentů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně na Eutanázii a paliativní péči*, [online]. Zlín, 2012, [cit. 2017-04-16]. Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Jarmila Štastná. Dostupné z: <http://docplayer.cz/5572205-Nazory-studentu-univerzity-tomase-bati-ve-zline-na-eutanazii-a-paliativni-peci-tereza-cislerova.html>

[34] FILEC, Václav. *Úloha ministerstva zdravotnictví při vzniku hospicových zařízení v České republice* [online]. [cit.2017-02-03].

Dostupné z: <http://www.hospice.cz/hospice1/data/piestany.rtf>.

[35] Hnutí pro život ČR. *Co je eutanazie a její dopady* [online]. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://www.hnutiprozivot.cz/?a=40&id=118>.

- [36] Katedra sociální práce VŠPJ. *Odborná praxe studentů* [online]. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <https://ksp.vspj.cz/odborna-praxe-studentu/praxe-v-kombinovane-forme-studia>.
- [37] KNÍŽE, Petr. *Eutanázie nebo paliativní péče*, [online]. Jihlava, 2016, [cit. 2017-04-16]. Bakalářská práce, Vysoká škola polytechnická, Katedra sociální práce. Vedoucí práce Mgr. Markéta Dubnová DiS. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/getbp/student/41884/thema/5671>
- [38] MATULOVÁ, Kristýna. *Úroveň znalostí všeobecných sester z oblasti paliativní péče*, [online]. Jihlava, 2014, [cit. 2017-04-16]. Bakalářská práce, Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Truplová. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/16179/thema/4084>
- [39] MATERSTVEDT, Lars Johan et al. *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: a View from an EAPC Ethics Task Force*. *Palliat Med* 2003, 17, s. 97-101. Dostupné z: <http://www.profesionalesetica.org/wpcontent/uploads/2010/08/PM2003172Materstvedt.pdf>
- [40] MIKUDIMOVÁ, Pavla. *Lidská důstojnost a umírání*, [online]. Brno, 2008, [cit. 2017-04-30]. Bakalářská práce, Masarykova univerzita, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Olga Černá. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/176593/lf_b/BP-text_prace.pdf
- [41] MIROŠOVÁ, Kateřina. *Paliativní péče a eutanázie očima studentů pomáhajících profesí*, [online]. Zlín, 2016, [cit. 2017-04-30]. Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc. Dostupné z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/37682>
- [42] ŠPINKOVÁ, Martina. *Historie hospicového občanského sdružení Cesta domů* [online]. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://cestadomu.cz/historie.html>.
- [43] Zákony pro lidi. *Zákon č. 96 ze dne 3. března 2004. o nelékařských zdravotnických povoláních* [online]. [cit.2017-03-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
- [44] Zákony pro lidi. *Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006. o sociálních službách* [online]. [cit.2017-03-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20170101>.

[45] Vysoká škola polytechnická Jihlava. *Zdravotně sociální pracovník* [online]. [cit. 2016-12-20].

Dostupné z: <https://www.vspj.cz/zajemce-o-studium/bakalarske-studium/zdravotne-socialni-pracovnik>.

16 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Přílohy

Příloha 1 Dotazník

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra sociální práce

PERCEPCE PALIATIVNÍ PÉČE POHLEDEM STUDENTŮ OBORU ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Autorka: Marie Slavíková

Jihlava 2017

Email: MaruskaSlavikova@centrum.cz

Dotazník

Milí studenti,

dovolte, abych se představila. Jsem studentka třetího ročníku Vysoké školy polytechnické Jihlava, oboru Zdravotně sociální pracovník. V bakalářské práci se zabývám percepcí paliativní péče pohledem studentů oboru Zdravotně sociální pracovník, proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku.

Dotazování je zcela anonymní, ale právě Váš názor mě velmi zajímá.

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Marie Slavíková

Otázky si pozorně přečtete. Zakroužkujte jednu odpověď, není-li uvedeno jinak. Pokud jste zakroužkovali špatnou odpověď a chcete ji změnit, škrtněte vyznačenou odpověď a zakroužkujte jinou novou variantu. Pokud si s nějakou otázkou nebudete vědět rady, neváhejte mě kontaktovat, budu Vám plně k dispozici (MaruskaSlavikova@centrum.cz).

Vámi označená nesprávná odpověď

B)

Vámi označená nová odpověď

1. Komu je především určena paliativní péče?

- A) sociálně slabším lidem
B) starým lidem
C) onkologicky nemocným
D) handicapovaným osobám

2. Na co se především paliativní péče zaměřuje?

- A) na uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb
B) na rozvoj schopností
C) na léčbu po úrazech
D) na prevenci dekubitů

3. Na co klade paliativní péče důraz?

- A) na správnou životosprávu
B) na kvalitu života
C) na samostatnost klienta
D) na dobré vztahy mezi pacienty

4. V jakém zařízení se paliativní péče neposkytuje?

- A) v domácím prostředí
B) v hospici
C) na oddělení paliativní péče
D) v domově sociálních služeb

5. Jaké jsou zásady komunikace v paliativní péči?

- A) naslouchání
B) pochybování
C) uzavřenost
D) trpělivost

6. Myslíte si, že je paliativní péče prospěšná?

- A) naprosto souhlasím
B) spíše souhlasím
C) nevím
D) spíše nesouhlasím
E) naprosto nesouhlasím

7. Který pojem nepatří mezi fáze umírání?

- A) smíření
D) smlouvání
- B) negace
E) deprese
- C) agrese
F) truchlení

8. Které potřeby kromě fyzických jsou podle Vašeho názoru pro pacienty v terminální fázi onemocnění důležité?

- A) sociální
C) biologické
- B) psychické
D) duchovní

9. Jak se přistupovalo ke smrti v minulosti?

- A) stejně jako dnes
C) chudí měli lepší možnosti
- B) o umírající se starala rodina
D) umíralo se v zařízeních

10. Myslíte si, že byste se dokázal/a postarat o Vašeho blízkého, který by umíral?

- A) určitě dokázal/a
C) nevím, o tomto jsem dosud nepřemýšlel/a
E) určitě nedokázal/a
- B) spíše dokázal/a
D) spíše nedokázal/a

11. Je podle Vás obsah výuky předmětu Paliativní péče dostačující?

- A) naprosto souhlasím
C) nevím
E) naprosto nesouhlasím
- B) spíše souhlasím
D) spíše nesouhlasím

12. Jak hodnotíte význam předmětu Paliativní péče pro Vás osobně?

- A) může se mi to někdy hodit
C) přijde mi to zbytečné
o paliativní péči by měl mít každý zdravotně sociální pracovník
- B) zajímá mě to
D) myslím, že základní znalosti

13. Setkal/a jste se v praxi s paliativní péčí?

A) ano setkal/a

B) ne nesetkal/a

14. Jaké je Vaše pohlaví?

A) muž

B) žena

15. Jaký je Váš věk?

A) 19-25 let

B) 26-35 let

C) 36-45 let

D) 46 a více let

16. Jste studentem/kou jakého typu studia?

A) prezenčního studia

B) kombinovaného studia