

Paliativní péče v neonatologii

Tereza Čížová

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Tereza Čížová
Osobní číslo:	H180275
Studijní program:	B5349 Porodní asistence
Studijní obor:	Porodní asistentka
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Paliativní péče v neonatologii

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti paliativní péče v neonatologii.

Příprava metodiky kvantitativního řešení.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9437-1.
BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
CARTER, Brian S. Providing Palliative Care for Newborns. *Pediatric Annals*. 2004, 33(11),770-777. ISSN 0090-4481. Dostupné z: doi: 10.3928/0090-4481-20041101-12
FIRTHOVÁ, Pam, Gill LUFFOVÁ a David OLIVIERE. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Open University Press, McGraw-Hill Education, 2005. ISBN 978-80-87029-21-3.
O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1 české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.
RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnání se se ztrátou*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0121-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Žárská**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 3.5.2021

....

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudku oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá paliativní péčí v neonatologii. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první kapitole teoretické části nejprve popisujeme pojem paliativní péče, její dělení, paliativní péči v České republice a další důležité pojmy. Ve druhé kapitole popisujeme pojem neonatologie, klasifikaci novorozenců, paliativní péči v neonatologii a v pediatrii a péči o umírajícího novorozence na novorozeneckých JIP.

Do praktické části je zařazen kvantitativní výzkum, ve kterém prostřednictvím dotazníkového šetření zjišťujeme informovanost laické veřejnosti ohledně ponětí paliativní péče.

Klíčová slova: paliativní péče, hospicová péče, úmrtí, neonatologie, novorozenec

ABSTRACT

This Bachelor thesis deals with Palliative care in Neonatology. It is divided into theoretical and practical part. In the first chapter of the theoretical part we describe the term of palliative care, its division, palliative care in Czech Republic and other important terms. In the second chapter we describe the term of neonatology, classification of newborns, palliative care in neonatology and pediatrics and care of the dying newborn on newborn's ICU.

We included quantitative research into the practical part, in which we determine awareness of lay community about the conception of palliative care using survey.

Keywords: palliative care, hospice care, death, neonatology, newborn

Upřímně děkuji Mgr. Kateřině Žárské za odborné vedení mé bakalářské práce, za vstřícnost, připomínky, zkušenosti a cenné rady, které mi pomohly ke zpracování tématu.

Děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu a bez kterých bych nemohla provést dotazníkové šetření.

A taky v neposlední řadě děkuji celé mé rodině a mým přátelům za velkou podporu během celého mého studia.

Smrt je jen kus života těžkého,

co těžké je,

to umírání je. (Jiří Wolker)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PALIATIVNÍ PÉČE	12
1.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	12
1.2 DRUHY PALIATIVNÍ PÉČE.....	14
1.2.1 Obecná paliativní péče	14
1.2.2 Specializovaná paliativní péče	14
1.3 PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	15
1.4 HOSPICOVÁ PÉČE.....	16
1.5 EUTANÁZIE	17
1.6 KOMUNIKACE.....	18
1.6.1 Komunikace v paliativní péči.....	18
1.7 ETIKA.....	19
1.7.1 Ošetřovatelská etika	19
1.7.2 Etika a neonatologie	20
2 NEONATOLOGIE.....	21
2.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ.....	21
2.2 PERINATOLOGIE	22
2.2.1 Perinatální paliativní a hospicová péče	23
2.3 PALIATIVNÍ PÉČE V NEONATOLOGII	24
2.4 PALIATIVNÍ PÉČE V PEDIATRII	25
2.5 UMÍRAJÍCÍ NOVOROZENEC NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE	26
2.5.1 Kontakt s rodiči	26
2.5.2 Umírání novorozence	27
2.6 PROCES TRUCHLENÍ.....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
3 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	30
3.1 FORMULACE PROBLÉMU	30
3.2 CÍLE PRÁCE	30
3.3 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	31
3.4 METODA SBĚRU DAT	31
3.5 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	32
3.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	32
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	33

ZÁVĚR	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	75
SEZNAM TABULEK.....	76
SEZNAM GRAFŮ	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Smrt je velmi smutné a zároveň zcela citlivé téma. Snad každý člověk se smrti bojí a během našeho života ztratíme kolem nás spoustu blízkých a známých. Pro většinu lidí je to velmi náročná situace. Na světě neumírají pouze starší lidé, ale mladí, nebo dokonce děti a novorozenci. O to je toto téma citlivější a bolestnější, když se musí rodiče rozloučit se svým dítětem. Vyrovnání se smrtí představuje velmi dlouhou cestu, která je náročná pro celou rodinu.

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila právě Paliativní péči v neonatologii. Toto téma jsem si vybrala, neboť je velmi zajímavé, i když se jedná o smutnou záležitost. Většina lidí má totiž těhotenství spojené s krásnou vzpomínkou, ale ne vždy tomu tak je. Ne každý novorozenec se narodí zdravý nebo bez nějaké vrozené vady, která se neslučuje se životem.

Neonatologie se řadí mezi medicínské obory, které mají za úkol co možná nejlepší zdravotní péči o novorozence. Novorozenecká úmrtnost se u nás i ve světě snížila, a to především díky diagnostice a včasnému zachytu vrozených vad novorozence již v prenatálním období.

V České republice jsou zřízena oddělení neonatologických center, kde je poskytnuta péče nedonošeným novorozencům, kdy aktuální hranice viability plodu je 24. gestační týden.

V paliativní péči o novorozence je velmi důležitá komunikace zdravotnického personálu s rodiči novorozence. Každý zdravotnický pracovník by měl být empatický a pro tento obor to platí dvojnásobně. Cílem dotazníkového výzkumného šetření je zjistit, zda má laická veřejnost ponětí o paliativní péči, a zda je možné poskytnout paliativní péči i novorozencům, zda se někdo z respondentů setkal s rodiči, kteří pečují, nebo pečovali o novorozence v paliativní péči a zda má emoční dopad na rodiče smrt novorozence.

Výsledkem dotazníkového výzkumného šetření je zjistit, zda má laická veřejnost ponětí o paliativní péči a zda je možné poskytnout péči i novorozencům. Zajímalo nás také, zda se někdo z respondentů setkal s rodiči, kteří pečují nebo pečovali o novorozence v paliativní péči a zda má emoční dopad na rodiče smrt novorozence.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Život každého člověka končí smrtí, které se nikdo nemůže vyhnout. Myšlení člověka je proto ovlivňováno smrtí a to také díky faktu, že si lidé nedokáží, až na pár výjimek, smrt připustit. Hospicové a paliativní péče se v dnešní době těší rozvoji, který směřuje k dobré úrovni péče (Kisvetrová, 2018).

Problematika paliativní medicíny provází každý den lékaře a sestry na různých odděleních. Léčbu onemocnění dělíme na postupy z pohledu cíle a výsledného efektu. Postup kurativní (kurativní léčba), jehož cílem je úplné vyléčení, a postupy paliativní, kdy se nemoc neodstraní, ale subjektivně se pacient cítí lépe. Mnoho nemocí má chronický průběh, což vede ke zkrácení pacientova života, nebo dokonce k jeho smrti (Adam a Vorlíček, 1998).

V paliativní péči hraje velkou roli zármutek a truchlení. Jsou nezbytným důsledkem při smrti každého blízkého člověka (Firthová, Luffová a Oliviere, 2005).

Lidé na tomto světě umírají jinak než v dávných dobách. Většina lidí neumírá doma, jako tomu bylo dříve, ale umírají v nemocnicích, kde mají pacienti profesionální péči poskytovanou zdravotníky. Ti můžou vnímat smrt pacienta jako neúspěch nebo prohru, jsou psychicky vyčerpáni a pokud nemocný zemře, obtížně se s tím srovnávají a smrt jako skutečnost těžce nesou (Kupka, 2014).

O paliativní péči se ve světě moc nemluví, a proto je vytvořeno mnoho mýtů a faktů. Je uvedeno, že hospice jsou pouze pro věřící lidi, ale není tomu tak. Víra v nějaké náboženství není podmínkou pro přijetí do hospice, i když jsou církvemi většinou zřízeny. Paliativní péče v žádném případě neurychluje ani nezpomaluje umírání, jen mírní příznaky onemocnění, nejčastěji bolest. Také není podmínkou, aby člověk umíral v hospici. Pokud je to pacientovo přání a rodina se o něj může doma postarat, může dojíždět paliativní tým k nemocnému do domácího prostředí. Paliativní péče je poskytována různým věkovým kategoriím a tato péče je dopřána všem (Pegasz, 2021).

1.1 Definice paliativní péče

Světová zdravotnická organizace (WHO) pomáhá pochopit a vytvořit definice a zásady pro paliativní péči. V roce 1990 definovala paliativní péči jako „*Aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů*“

nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Faull a Blankley, 2015; Bužgová, 2015, s. 16).

Novější definice dle Světové zdravotnické organizace vznikla v roce 2002. Kladla důraz a zaměřila se více na „*paliativní péči, ale i na pacienty a rodiny, které čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním*“ (Kisvetrová, 2018, s. 13).

Paliativní péče je tedy aktivní péče, která bývá poskytována pacientům trpícím nevyléčitelnou nemocí v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem této péče je zmírnění bolesti, tělesného a duševního strádání a udržení co nejvyšší kvality života. Jedná se o péči cílevědomou, ucelenou a kvalifikovanou podporou lidí se závažným onemocněním. Nezáleží na místě, kde pacient během paliativní péče pobývá. (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011; Kalvach, 2019; Kisvetrová, 2018).

Zná pojem umírání a chápe ho jako součást lidského života a nabízí taktéž všestrannou podporu. Usiluje o zachování a prodloužení života jedince. Vychází z přání a potřeb pacienta a respektuje jejich priority. Chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá individuálně (Standardy mobilní specializované paliativní péče, 2019; Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011).

Pacienti v paliativní péči chtějí, abychom se na ně dívali jako na ostatní lidi v okolí a to je pro ně velmi důležité v závěru jejich života (Faull a Blankley, 2015)

Paliativní péče se řadí mezi mladé obory s krátkou historií. Začala se vyvíjet ve druhé polovině 20. století v souvislosti s příčinami úmrtí se smrtelným infekčním onemocněním s rychlou progresí (Bužgová, 2015).

Rozeznáváme tři roviny paliativní péče:

Paliativní přístup zahrnuje důležité dovednosti a vědomosti. Používají ho zdravotníci, kteří se starají o pacienty s těžkým onemocněním (v terminálním stádiu). Je důležité, aby rozpoznali příznaky, komunikovali s pacientem, porozuměli i rodině a soucítili s nimi.

Specializovaná péče se objevuje v případě, pokud zdravotníci potřebují pomoc od specialistů, kteří obstarají potřebnou intervenci.

A poslední pojem je **specializovaná paliativní péče**. Tu poskytují zdravotníci, kteří jsou v paliativní péči vzdělání. Mohou poskytovat rady a pracují v hospicových zařízeních nebo jako konzultanti v nemocnicích (O'Connor a Aranda, 2005).

1.2 Druhy paliativní péče

Paliativní péči dělíme na obecnou a specializovanou (Bužgová, 2015).

1.2.1 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je klinická praxe v pokročilém onemocnění, kdy je poskytována péče jedincům v rámci jejich jednotlivých odborností. Obsahuje rozpoznání, sledování a ovlivňování kvality života pacienta. Jedná se o základní léčbu symptomů, pacientovu autonomii a efektivní komunikaci. Tuto péči by měl umět poskytovat každý zdravotník bez ohledu na odborné vzdělání (Bužgová, 2015; Sláma a Špínka, 2004).

1.2.2 Specializovaná paliativní péče

Odborná péče bývá pacientům poskytována odborníky, kteří jsou vzdělaní v oblasti paliativní péče. Specializovaná paliativní péče nastupuje u jedinců, kde intenzita onemocnění převyšuje možnosti paliativní péče obecné. V České republice je vymezena v zákoně č. 372/2011 Sb., jejíž účelem je „*zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí*“ (Bužgová, 2015, s. 19).

Domácí hospic (mobilní hospic) je specializovaná péče poskytovaná pacientům v domácím prostředí, kdy zdravotnický personál - zdravotní sestra, lékař nebo ošetřovatel, navštěvuje nemocného. Tato péče je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Zdravotnický personál provádí ošetřovatelskou péči, ale také psychickou podporu pro pacienta a pro rodinu (Sláma a Špínka, 2004).

Na domácí paliativní péči je důležité, aby si zdravotnický personál stanovil pravidelné léčebné postupy při péči o pacienta a také vytvořil plán pro krizové situace, např. akutní krvácení. Je zde taky důležité pacienty rozdělit do dvou skupin. Do 1. skupiny jsou zařazeni pacienti bez poruchy vnímání a kognitivních funkcí, kdy jsou pacienti součástí realizace plánu ošetřovatelské péče a podílejí se na tvorbě plánu se zdravotnickým personálem. 2. skupinu tvoří pacienti, kteří mají naopak poruchu vnímání a je důležité posoudit způsobilost k rozhodování, tudíž za tyto pacienty musí rozhodnout zákonný zástupce. Součástí plánu je, zda má nemocný nebo rodina nějaké konkrétní přání v ošetřovatelské péči a také velmi podstatná je komunikace mezi paliativním týmem, nemocným a rodinou. Paliativní tým vede dokumentaci nemocného, kterou mají k dispozici i rodinní příslušníci se souhlasem pacienta (Standardy mobilní specializované paliativní péče, 2019).

Další formou je lůžkový hospic neboli lůžkové oddělení, ve kterém se personál snaží vytvořit pacientům s preterminálním nebo terminálním stádiem onemocnění příjemné prostředí. V tomto prostředí pacient může pobývat až do konce svého života a být v kontaktu i s rodinou (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011).

Taktéž je k dispozici konziliární tým, který poskytuje pacientům péči v nemocničním zařízení a zdravotnický personál poskytuje péči nemocnému, ale i ostatním zdravotnickým pracovníkům v rámci edukace (Sláma a Špínka, 2004).

Mezi další paliativní zařízení můžeme zařadit např. oddělení paliativní péče, specializovanou ambulanci paliativní péče nebo denní stacionář, který probíhá ve formě denních návštěv pacienta (Sláma a Špínka, 2004).

1.3 Paliativní péče v České republice

Mezi principy paliativní péče řadíme poskytování úlevy od bolesti a příznaků, utváří podporu v rodině, podporu života a pohled na smrt jako na přirozený proces, chrání důstojnost pacientů a neurychluje ani neoddaluje smrt (Pegasz, 2021).

V České republice se paliativní péče začala vyvíjet až kolem roku 1989. V roce 1992 bylo otevřeno první oddělení paliativní péče v Babicích nad Svitavou. Jednalo se o oddělení hospicové péče, ve kterém personál pečoval o pacienty trpících převážně onkologickým onemocněním. Dalším úspěchem bylo otevření prvního lůžkového hospice Anežky České v Červeném Kostelci, a to v roce 1995 (Bužgová, 2015).

První zjištění a výzkum v oblasti paliativní péče byl veden v roce 2003 - 2004. Jednalo se o sdružení Cesta domů. Toto sdružení poukazovalo na nedostatky v oblasti paliativní péče o pacienty, kteří umírají. V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která velmi přispěla k rozvoji paliativní péče v České republice. Tato asociace také vydala Standardy paliativní a hospicové péče v roce 2007, jejichž cílem bylo zajistit potřebnou úroveň a kvalitu péče (Bužgová, 2015).

Projekt paliativní péče usiluje o zlepšení péče o umírající a jejich rodiny. Cílem projektu je zajistit informovanost o moderní paliativní péči. Zakladatelem je taktéž Hospicové občanské sdružení Cesta domů (O organizaci paliativní péče, 2004).

Důležitou a taky hlavní roli u nás v České republice hraje vybudování lůžkových hospiců. Proto je velmi důležité vzdělání lékařů a sester na oddělení pro paliativní péči (Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě, 2009).

U nás v České republice jsou k dispozici hospice v různých krajích. V Praze je zařazen mezi nejznámější zařízení Hospic Malovická nebo Hospic Štrasburk. Ve Středočeském kraji potom např. Hospic Klíček. Hospic sv. Jana N. Neumanna, Domácí hospic sv. Veroniky nebo Domácí hospic Athelas, se nacházejí v Jihočeském kraji. V Jihomoravském kraji je nejvíce proslulý Hospic sv. Alžběty nebo domácí hospic sv. Davida. U nás ve Zlínském kraji se nejčastěji setkáváme s hospicem Citadela nebo Svaté rodiny v Novém Hrozenkově. V neposlední řadě v Moravskoslezském kraji hospic sv. Lukáše nebo charitní středisko sv. Kryštofa (Pegasz, 2021).

1.4 Hospicová péče

Hospicová péče jako pojem úzce souvisí s pojmem paliativní péče. Útulek nebo útočiště také těmito slovy lze nazvat hospic. První podoba hospicové péče vznikla ve Velké Británii. Jako první hospic byl vybudován Hospic svatého Kryštofa, jehož zakladatelkou byla Cicely Mary Saundersová. Mary Saundersová, zdravotní sestra a sociální pracovníce, která byla původem z Anglie (Tomeš et al., 2015; Kupka, 2014).

V určitých zemích rozlišují paliativní a hospicovou péči, kdežto v některých zemích používají obě slova se stejným významem. Paliativní péče jako taková je jednotka, která je zřízena ve formě oddělení v nemocnicích. Hospice s lůžky jsou zdravotnická zařízení, která jsou vybudována samostatně (Kisvetrová, 2018).

Evropské strategie, které se zabývají paliativní a hospicovou péčí, pomáhají lidem k důstojnému umírání. Patří tady například Charta práv nevyléčitelně a smrtelně nemocných nebo Listina základních práv Evropské unie (Tomeš et al., 2015).

Hospic je zařízení pro pacienty v závěru jejich života. Pacientům je umožněno prožívat své poslední chvíle, pokud možno bez bolestí v bezpečí a klidu s rodinou a jejich blízkými (Kupka, 2014).

Cílem hospicové péče je uspokojení potřeb pacienta a to emocionální, duchovní, sociální, ale i fyzické. Účelem je zmírnit utrpení, zajistit důstojnou smrt a klidné umírání (Kisvetrová, 2018).

Je to péče o pacienty s terminálním onemocněním. Terminálně nemocný pacient je pacient, jehož onemocnění nereaguje na kurativní léčbu a žádná jiná léčba není dostupná. Jedná se o péči, která je poskytována pacientovi v posledních dnech a týdnech jeho života, kdy jeho život vede v blízké době ke smrti. Toto období není pro pacienty ani pro rodinu vůbec

jednoduché, a proto zdravotnický personál o tyto pacienty pečuje a snaží se jim zajistit co nejlepší možnou kvalitu jejich života v posledních chvílích (Bystřický, 2001).

V České republice je zřízen mobilní hospic Ondrášek. Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení, které pečuje o děti s terminálním stádiem v jejich domácím prostředí, a to zcela zdarma. Cílem tohoto hospice je poskytnout péči dítěti v závěru jeho života, pomoc jeho rodině a zachování struktury celé rodiny. Frekvence návštěv zdravotnického personálu hospice je dle zdravotního stavu dítěte a dle potřeb rodiny. Telefonní linka pro rodiče a děti je 24 hodin v provozu. Je také možnost půjčení pomůcek pro děti do domácího prostředí. Také je možnost jednodenního dětského hospicového stacionáře, který pomáhá rodinám ulehčit péči o nemocné dítě přes den. Zdravotnický personál tak nabídne rodičům odpočinek po dobu celého dne od namáhavé práce. Jednodenní stacionář je taktéž bezplatný (Mobilní hospic Ondrášek).

1.5 Eutanázie

Eutanázie je u nás v České republice trestný čin, není povolena a je označována jako vražda. Podle Světové zdravotnické organizace je eutanázie „*vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za určitých podmínek: subjektem je osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen*“. Asistovaná sebevražda se od eutanázie liší. Jedná se o smrt člověka, kterému druhá osoba nabídne radu nebo informaci, aby sebevraždu mohl uskutečnit sám. Tudíž se nejedná o přímou vraždu druhou osobou, ale o sebevraždu (Ptáček a Bartůněk, 2012, s. 34).

Definice eutanázie v Nizozemsku byla vyjádřena jako úmyslné zabití pacienta na žádost někým jiným než pacientem samotným, a to lékařem. V Belgii také definují eutanázii jako úmyslné zabití pacienta někým jiným, například lékařem, ale na žádost samotného pacienta (Ptáček a Bartůněk, 2012).

Eutanázii v někdejších dobách dělili na pasivní a aktivní. **Pasivní eutanázie** byla cesta ke smrti, která nebyla doprovázena žádným zákrokem, například podáním smrtelné dávky léku. Naopak **aktivní eutanázie** je aktivní zákrok pro smrt pacienta.

Také se můžeme potkat s pojmy jako je aktivní vyžádaná eutanázie nebo pasivní nevyžádaná eutanázie. V Nizozemsku se od roku 1994 usilovalo o právo na eutanázii a za dodržování podmínek je eutanázie povolena. Jsou považovány sice za čin, ale tento čin není trestán. V roce 1995 je zákonem schválena eutanázie také v severní Austrálii, která byla poté v roce

1997 opět zrušena. Tolerovaná eutanázie byla v roce 2001 povolena i v Belgii. Mezi podmínky pro provedení eutanázie řadíme několik důvodů. Pro právo na eutanázii neexistuje žádný ústavou podložený podklad, protože každý člověk má jediné právo, a to právo na život. Nejdůležitější složkou je v terminálním stádium péče o duševní stránku člověka. Většina lidí označuje eutanázii jako milosrdnou smrt, není tomu tak. Eutanázie není provedena pod vlivem soucitu (Munzarová, 2005).

1.6 Komunikace

Komunikace je způsob, kterým lidé navazují kontakt mezi sebou. Je to jev, bez kterého nemůže fungovat žádná sociální skupina. Jedná se o důležitý nástroj, který je přímým regulátorem mezilidských vztahů (Plevová a Slowik, 2010; Zacharová, 2016).

Mezi cíle komunikace můžeme zařadit sdělení, zjištění informací nebo dorozumění se mezi sebou navzájem. Komunikaci taky můžeme rozdělit na verbální komunikaci a komunikaci neverbální. Verbální komunikace je ve formě psané a mluvené a mající speciální pravidla a znaky. Neverbální komunikace je nazývána jako řeč těla. Jedná se o komunikaci, která byla nejvíce využívána v dřívějších dobách. Lidé se dorozumívali gesty a zvuky hlasů (Linhartová, 2007).

Ve zdravotnickém zařízení je komunikace velmi důležitá a naprosto podstatná. Nejedná se pouze o mluvu, ale i o získávání a sdělování informací týkající se zdravotního stavu. Každá zdravotní sestra by měla mít schopnost komunikovat a tím navázat kontakt s pacientem (Plevová a Slowik, 2010).

1.6.1 Komunikace v paliativní péči

V paliativní péči je důležitým nástrojem mezi zdravotnickým personálem a pacienty s terminálním stádiem. Dle výsledků výzkumu má dobrá komunikace s pacientem pozitivní dopad na psychický stav a kvalitu života pacienta. Klinickým projevem u pacientů s terminálním stádiem je psychický stres. S psychickým stresem se může objevit závažná afektivní porucha. Může se jednat o depresi, smutek nebo úzkost. Až u 77 % pacientů s terminálním stádiem se mohou afektivní poruchy vyskytovat. Mezi další problémy v komunikaci můžou být obtíže na straně pacienta, kdy se pacient nechce se svými problémy svěřovat zdravotnickému personálu. Nabývá zbytečně pocit strachu, že obtěžuje zdravotní sestry i po psychické stránce. Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem může vyvolat

nepříjemné pocity. Pokud emoce skrývají, časem by se mohlo jednat o deprese, či úzkosti (O'Connor a Aranda, 2005).

Nejdůležitější komunikací mezi zdravotnickým personálem a pacientem je zjištění anamnézy a tím získat rozhovorem všechny důležité informace a taky pohled na jejich fyzické, emocionální, sociální a spirituální potřeby (Faull a Blankley, 2015).

Pokud se jedná o děti v paliativní péči, velmi záleží na věku dítěte. Je velmi důležité, aby i ony věděly o svém zdravotním stavu. Podstatou je i informovanost o budoucnosti, co je v budoucnu čeká, naslouchat jim a být oporou dítěti i rodičům. Samozřejmě záleží na věkové kategorii dítěte (Institute of Medicine, 2003).

1.7 Etika

Pojem etika je úzce spojena s pojmem komunikace. V oboru lékařství je nutné znát naukovou část, která patří ke komunikaci a etice. Je předmětem morálního zkoumání a klade důraz na morální chování každého člověka. Jedná se o filozofickou a vědní disciplínu, jejíž hlavním cílem je mravnost. Je to soubor pravidel, podle kterých by se lidé měli chovat (Ptáček a Bartůněk, 2011; Kutnohorská, 2007).

Rozlišujeme dva pojmy, a to morální problém a morální dilema. Morální problém je rozhodnutí mezi správným a nesprávným řešením. Morální dilema je nerozhodnost mezi dvěma možnými rozhodnutími, ale ani jedna se nezdá být optimálním řešením (Kutnohorská, 2007).

1.7.1 Ošetřovatelská etika

Ošetřovatelská etika vychází z lékařské etiky. Důležitým krokem v porozumění ošetřovatelské etiky je porozumět obecné etice a tradicím, které jsou s etikou spojeny. V ošetřovatelské péči hraje hlavní roli péče o nemocného pacienta. Vztah mezi pacientem a zdravotní sestrou je velmi důležitým etickým aspektem. Předmětem je právě komunikace s pacientem, a to verbální nebo neverbální, ale taky etické chování. V roli sestry může být ošetřovatelka, poradkyně, edukátor nebo výzkumný pracovník (Kutnohorská, 2007).

Cílem ošetřovatelské etiky je uspokojení terapeutických, psychologických, kulturních, sociálních a duchovních potřeb pacienta. Také porozumět člověku, pochopit jej a nabídnout mu pomoc. Úkolem je zkoumat kvalitu vztahů a analyzovat ošetřovatelské situace mezi pacientem a sestrou (Kutnohorská, 2007).

1.7.2 Etika a neonatologie

Obor neonatologie zahrnuje spoustu etických otázek. Před mnoha lety lidé považovali novorozence za miniaturu člověka, avšak není tomu tak. Novorozenec je bezbranný a rodiče se o něj musí postarat. Také má svá práva, a to např. právo na život, na matku, na otce nebo právo na zmírnění bolesti. Všechna tato práva jsou ustanovena v dokumentech o Právech novorozence. Jde o dynamický proces, který se sebou nese nové situace a ty tvoří rychlé rozhodování i nové postoje. Může dojít až k chybám ve vztahu k dítěti i psychickým problémům samotným. Nejdůležitějším a nejvíce pokládaným problémem je právo na život. S tímto problémem je úzce spojen pojem „*viability plodu*“. Jedná se hranici životaschopnosti přežít, růst a vyvíjet se. Důležitým znakem je taky hledání okamžiku, ve kterém je plod schopen přežít. Každé dítě má právo na život bez postižení (Fendrychová a Borek, 2007).

2 NEONATOLOGIE

Neonatologie je obor medicíny, který se zabývá péčí o novorozence. Jedná se o novorozence zdravé a donošené, ale i o novorozence s vrozenými vývojovými vadami, chorobnými stavy až po extrémně nezralé nedonošené novorozence (Dort, Dortová a Jehlička, 2018).

Novorozenecké období je období od narození po ukončení 28. dne života novorozence. Ve většině zemích světa, kde je dostatečná úroveň prenatální péče o matku a plod, je dramatické snížení novorozenecké úmrtnosti. 8–10 % novorozenců vyžaduje po porodu intenzivní péči nebo neodkladnou péči (Klíma, 2016; Lebl, 2012).

Jak už bylo zmíněno, na jednotku intenzivní péče jsou přijati novorozenci, kteří vyžadují intenzivní nebo neodkladnou péči. Mezi nejčastější přijetí na JIP je předčasný porod, novorozenci s vrozenými vývojovými vadami nebo po těžkém a náročném porodu. Někteří novorozenci mohou vyžadovat právě i péči paliativní (Lloyd Williams, 2018).

Paliativní péče o novorozence by měla zahrnovat zvládání bolesti a příznaků. Také psychosociální podpora rodiny nebo sourozenců a duchovní podpora všem zúčastněným lidem (Carter, 2004).

2.1 Klasifikace novorozenců

Dle klasifikace dělíme novorozence podle porodní hmotnosti, gestačního věku a vztahu mezi nimi navzájem (Dort, Dortová a Jehlička, 2018).

Podle gestačního věku rozdělujeme novorozence:

- nedonošené (gestační věk do 36+6);
- donošené novorozence (od 37+0 do 41+6);
- přenášené novorozence (42+0 a více) (Dort, Dortová a Jehlička, 2018).

Podle porodní hmotnosti se jedná o:

- novorozence makrozomní (hmotnost 4500 g a více);
- novorozence s normální hmotností (2500–4499 g);
- novorozence s nízkou hmotností (hmotnost pod 2500 g);
- novorozence s velmi nízkou hmotností (pod 1500 g);

- novorozence s extrémně nízkou hmotností (méně než 1000 g) (Dort, Dortová a Jehlička, 2018).

Eutrofický novorozenec je novorozenec s hmotností, která je shodná s gestačním věkem. U hypotrofického novorozence hovoříme o hmotnosti pod 10 percentilem hmotnosti pro dokončený týden těhotenství. Naopak u hypertrofického novorozence je hmotnost nad 90 percentilem pro dokončený týden (Dort, Dortová a Jehlička, 2018).

Fyziologický novorozenec je zdravý, zralý, narozen v termínu a jeho porodní váha je mezi 2500 – 4500 g a délka 48 – 55 cm. Obvod hlavičky je v průměru 33 – 35 cm a obvod hrudníku o 1 – 2 cm menší než obvod hlavičky. Tělesná teplota u novorozence v rozmezí 36,4 – 36,8 °C v axile. Častější je měření tělesné teploty v rektu, rozmezí je mezi 36,6 – 37,2 °C. Fyziologické hodnoty dechu jsou 30 – 60 dechů za minutu, tepová frekvence v průměru mezi 120 – 140 tepy za minutu a krevní tlak 50 – 75 / 30 – 45 mm Hg (Fendrychová a Borek, 2007).

Nedonošený novorozenec je narozen před 38. týdnem těhotenství s porodní váhou pod 2500 g. U nedonošeného novorozence se může objevit nezralost některých orgánů, a to podle gestačního věku. Příčiny nezralosti mohou být vyvolány onemocněním matky – hypertenze nebo diabetes mellitus. Mezi příčiny můžeme také zařadit rizikové faktory těhotenství, a to placentu praevii nebo abrupci placenty. Problémy s nezralostí zahrnují respirační tíseň, hypoglykémii, hypokalcémii, hypotermii, problémy s výživou, hypotenzi nebo anemii (Fendrychová a Borek, 2007).

Přenášený novorozenec je novorozenec, který je narozený po 42. týdnu těhotenství. V tomto období je už zhoršená funkce placenty. Mezi komplikace řadíme asfyxii dítěte s hypoxií, dechovou tíseň (aspirace mekonium), vrozené vývojové vady, hypoglykémie, infekce, zvýšená tvorba červených krvinek nebo těžký porod podle velikosti plodu (Fendrychová a Borek, 2007).

Patologický novorozenec je s porodní váhou pod 1500 g anebo novorozenec, který je ohrožen na životě (Fendrychová a Borek, 2007).

2.2 Perinatologie

Perinatální medicína je obor, který se zabývá zdravým vývojem novorozence a poruchami vývoje v perinatálním období (Roztočil, 2017).

Taktéž perinatologie úzce s tímto pojmem souvisí. Je to vědní obor, který se zaměřuje na zdravé vývojové jedince a jejich poruchy. Jedná se tedy o péči o matku a plod. U nás v České republice je vytvořen třístupňový regionální systém péče o novorozence a o těhotnou ženu přímo v perinatologických centrech. Těchto center bylo vybudováno celkem 12 (Fendrychová a Borek, 2007).

Do I. stupně řadíme fyziologické novorozence, kteří jsou ošetřováni na novorozeneckém oddělení – rooming-in. Ve II. stupni jsou ošetřováni novorozenci s patologickým stavem nebo nezralostí od 32 týdne těhotenství. Jedná se o intermediální péči, která nevyžaduje intenzivní péči. III. stupeň systému spojuje I. stupeň, II. stupeň a jednotky intenzivní a resuscitační péče do neonatologického centra – perinatologického centra (Fendrychová a Borek, 2007).

Je zde také důležité vysvětlit si pojem viabilita a vitalita plodu. Viabilita plodu je schopnost plodu přežít mimo dělohu a normálně se dál vyvíjet. Naopak vitalita plodu je novorozenec se známkami života, a to srdeční akce, dýchání a svalový tonus. Novorozenci, kteří se narodí před 22. týdnem nemají schopnost přežít, neboť nemají dostatečně zralé plíce, kdy v tomto týdnu nedojde k výměně krevních plynů. Hranice je tedy 24 + 0. Narození novorozenci mezi 22. – 24. týdnem (22 + 0 – 23 + 6) těhotenství jsou narození v tzv. šedé zóně. Do této skupiny patří extrémně nezralí novorozenci s nejistou prognózou, tudíž je nutná intenzivní péče, ale dle zdravotního stavu novorozence. U nás v České republice je rozdílná péče v šedé zóně, ale obecná shoda, že pod 22. týden se u novorozenců doporučuje komfortní péče a nad 25. týden kompletní intenzivní péče. Je taky možnost, že se dítě narodí na hranici viability a to 22 + 0 – 22 + 6, kdy u tohoto týdne se resuscitace obvykle nezahajuje a nenabízí se komfortní péče. Nebo je hranice 23 + 0 – 23 + 6 a u tohoto týdne se bere ohled na přání rodičů, resuscitace se zahajuje s jejich souhlasem a také dle stavu novorozence. Nad 24. týden je prováděna komplexní intenzivní péče. V této fázi je klíčovým bodem komunikace mezi rodiči a zdravotnickým personálem. Zdravotnický personál musí být empatický a chápavý v takové nelehké situaci (Berková, 2021).

2.2.1 Perinatální paliativní a hospicová péče

Perinatální období je období od viability plodu, období porodu až po období šestinedělí do sedmého dne po narození. Období, kdy je plod schopný se narodit živý a přežít po porodu se nazývá viabilita plodu. Pokud je novorozenec narozen s váhou větší než 500 g a nejeví známky života: akce srdeční, pulz pupečníku, pohyby a dech, mluvíme o mrtvě porozeném

plodu. Kdežto pokud dojde k úmrtí narozeného novorozence do sedmého dne po porodu, jedná se o časně novorozenecké úmrtí (Ratislavová, 2016).

Do této péče můžeme zařadit poskytování podpůrné péče před porodem, během porodu nebo po porodu. Jedná se o poskytování péče novorozenci a rodině, pokud se u novorozence objeví nemoc nebo vrozená vada, kterou novorozenec není schopen přežít (Bužgová, 2019).

Perinatální hospicová péče je péče pro rodinu a novorozence, kterému byla diagnostikována vada, která nebude po porodu slučitelná se životem a novorozenec v krátké době zemře. Jedná se spíše o místo v srdci těch, kteří o rodinu a nemocného novorozence pečují (Pazdera a Šínová, 2013).

První dětský hospic byl vybudován v roce 2004 v České republice v Malejovicích. Tento hospic navštěvují rodiny s nemocnými dětmi, ale taky budoucí rodiče, kteří čekají na příchod nemocného miminka anebo také ti, kterým miminko během těhotenství, porodu nebo krátce po porodu zemřelo (Pazdera a Šínová, 2013).

Perinatální paliativní péče by měla být předem zajištěna v místě, kde bude žena rodit. Rodiče by měli být informováni, že můžou být co nejvíce času se svým miminkem a nemusí dobu přežití uspěchat (Bužgová, 2019).

2.3 Paliativní péče v neonatologii

V dřívějších dobách zdravotníci v České republice při úmrtí na porodním sále odnášeli novorozence od matek. Dítě bylo odneseno z porodního sálu ihned po porodu. Zdravotníci se snažili ušetřit matky, aby odložily smutek a snažily se o druhé těhotenství. V dnešní době je možné, aby rodiče s novorozencem zůstali a důstojně se s ním rozloučili (Ratislavová, 2016).

Paliativní péče v novorozeneckém období je zahájena, pokud má novorozenec diagnózu, která není slučitelná s životem. Koncept paliativní péče byl u nás oproti jiným zemím později vyvinut, a to od 80. let minulého století. Mezi nejvíce známé příčiny vznikají v prenatálním období – vrozené vývojové vady nebo chromozomální abnormality, dále např. respirační diagnózy, nízká porodní hmotnost nebo krvácivé a hematologické poruchy plodu (Staničková, 2021).

Dle hlediska načasování máme dvě skupiny paliativní péče:

- Perinatální paliativní péče – období od viability plodu, období porodu a 7 dnů po narození. Prenatální diagnostika je velkým přínosem pro novorozence,

neboť jsou zjištěny vrozené vady již během těhotenství a poté už je na rodičích, jak se rozhodnou.

- Paliativní péče na novorozeneckých JIP – na toto oddělení jsou přijati novorozenci ve velmi závažném stavu s nepříznivou prognózou. U těchto novorozenců je zvolen smíšený model péče, kdy zdravotnický personál poskytuje obecnou paliativní péči, ale i konzultaci se specialisty (Staníčková, 2021).

Sdělení diagnózy je velmi náročné pro rodiče dítěte, tak i pro personál. Rodiče mají strach, cítí úzkost a smutek. Je pro ně těžké přijmout skutečnost a nechtějí se s touto informací smířit. Nejvíce stresující jsou tyto momenty pro ženy, které dítě nosí v děloze a nemůžou uvěřit tomu, že jejich dítě má vrozenou vývojovou vadu nebo dokonce není živé. U vrozených vývojových vad je první informace často nezaručená. Zdravotnický personál nabídne prenatální diagnostiku, a to odběr choriových klků nebo odběr plodové vody (Bužgová, 2019).

Pokud se těhotná žena rozhodne dítě donosit i s vrozenou vývojovou vadou, lékaři označí těhotenství jako vysoce rizikové. Ženě hrozí infekce a rozvoj hemokoagulačních poruch, pokud by došlo ke smrti plodu, uteroplacentární bariéra by byla porušena. Tím by infekce vstoupila do oběhu ženy a celý tento proces by mohl vést k diseminované intravaskulární koagulopatii (DIC) (Bužgová, 2019).

2.4 Paliativní péče v pediatrii

Definicí dětské paliativní péče je aktivní komplexní péče o psychickou, somatickou a spirituální stránku dětí a jejich rodin. Dětskou paliativní péči využívají dvě skupiny dětských pacientů. Jsou to děti, které mají **život zkracující onemocnění**, kdy se jedná o stav, jehož onemocnění je očekávané a obvyklé, např. svalové atrofie. A druhou skupinou tvoří děti s **život ohrožujícím onemocněním**, kdy je předpokládána smrt kvůli těžké nemoci a tady patří např. onkologická onemocnění. Tato druhá skupina je ještě dále rozdělena na další 4 skupiny:

1. skupina – diagnózy dětí, které mohou ohrozit jejich život. U těchto dětí je možná kurativní léčba, ale nemusí být prosperující. U této skupiny dětí je kurativní léčba souběžně s péčí paliativní a pokud není úspěšná, paliativní péče se ukončuje. Jsou zde zařazeny např. onkologické onemocnění nebo selhání některých orgánů.

2. skupina – tady jsou zařazeny děti s diagnózami, kdy je předčasná smrt nevyhnutelná. Cílem intenzivní léčby je prodloužit život a mělo by být umožněno dítěti v posledních chvílích účastnit se běžných činností během dne. Do této skupiny je zařazena např. cystická fibróza.
3. skupina – zde jsou děti, které nejsou podrobeny kurativní léčbě a mají progresivní onemocnění. Nastupuje tedy ihned léčba paliativní, která může trvat libovolnou dobu a je nastavena ihned po stanovení diagnózy. Jedná se o onemocnění neurodegenerativní nebo dědičné poruchy metabolismu.
4. skupina – děti s nezvratným, progresivním stavem. Typické je kolísání zdravotního stavu a jedná se o onemocnění, které mohou vést k závažným komplikacím, je to např. posthypoxické poškození CNS nebo neuroinfekce, která byla prodělána v perinatálním období (Bužgová, 2019).

2.5 Umírající novorozenec na jednotce intenzivní péče

Ve světě část novorozenců umírá a i když stále klesá novorozenecká úmrtnost, tak se se smrtí novorozenců spíše nepočítá a každý čeká narození zdravého dítěte. Každé těhotenství je spojeno spíše s krásnou pozitivní vzpomínkou, ale v některých případech se může jednat o špatnou prognózu novorozence ihned po narození. Rodiče, kterým se na porodním sále narodí předčasně narozený novorozenec nebo novorozenec, který vyžaduje resuscitaci, se s tímto velmi těžko srovnávají a je to pro ně velmi náročné. Nechtějí si přiznat, že tomu tak je a doufají, věří ve zlepšení zdravotního stavu. Může taky dojít k náhlému úmrtí novorozence, kdy příčinou může být vrozená vývojová vada nebo infekce plodu. Nejvhodnějším prostředím pro novorozence s paliativní péčí je novorozenecká jednotka intenzivní péče (Carter, 2004 ; Fendrychová a Borek, 2007).

2.5.1 Kontakt s rodiči

V novorozeneckém období je častější náhlé úmrtí novorozence než u dětí starších. Pokud byla matka připravena na možnou smrt novorozence po narození již během těhotenství, tahle situace je pro zdravotnický personál snadnější. Náročnější pro personál je komunikace, aby byli rodiče připraveni na možnou smrt dítěte, která nastane. Sdělení této zprávy musí vždy hlásit lékař. Důležitá je komunikace v klidném prostředí, bez spěchu a ohleduplně. Lékař by měl poskytnout všechny informace o zdravotním stavu novorozence a vyjádřit

pochopení pro citlivou situaci. Nejdůležitějším ovšem je, aby lékař srozumitelně vysvětlil příčinu úmrtí a zodpověděl všechny dotazy ze strany rodičů (Fendrychová a Bolek, 2007).

Reakci rodičů rozdělujeme do 4 fází:

- otřes – poznání nové skutečnosti;
- smutek a zoufalství;
- obranná reakce – někdy až agrese;
- vyrovnání se se skutečností (Fendrychová a Bolek, 2007).

2.5.2 Umírání novorozence

Podstatou je, aby novorozenec netrpěl žádnou bolestí, umíral v teple a klidu. Dle ordinace lékaře jsou dítěti aplikovány léky od bolesti. Pokud mají rodiče zájem a chtějí se o mrtvé miminko postarat, je to v dnešní době možné. Jedná se o umytí a obléknutí do nového čistého oblečení. Taky je možnost, aby se s novorozencem rozloučili např. i sourozenci nebo prarodiče (Fendrychová a Bolek, 2007).

Úkolem porodní asistentky je připravit dokumentaci. Dokumentace zahrnuje list o prohlídce mrtvého, zprávu ošetřujícího lékaře, identifikační štítek, příkaz ke zdravotnímu transportu a oznámení úmrtí novorozence rodičům. Všechny tyto dokumenty musí být podepsány lékařem a označeny razítkem (Fendrychová a Bolek, 2007).

Po smrti novorozence mrtvé tělíčko sestra upraví a po konzultaci s lékařem odstraní všechny kanyly, katetry nebo sondy. U novorozence je důležité, aby mělo zavřené oči a ústa a tělo bylo identifikováno. Poté se zabalí a označí příjmením a jménem. Nejdříve 2 hodiny po smrti je tělíčko odvezeno z oddělení. O druhu pitvy rozhoduje ohledávající lékař (Fendrychová a Bolek, 2007).

Jako pozůstalost se rodičům odevzdávají věci od miminka a kondolenční list. Kondolenční list obsahuje otisk nožičky novorozence a vyjádření upřímné lítosti. Rodiče mohou uspořádat pohřeb. A to buď u pohřební služby, kdy tělo může být zpopelněno bez obřadu a urnu si vyzvednou rodiče anebo zpopelnění bez obřadu a urnu uloží do společného hrobu (Fendrychová a Bořek, 2007).

2.6 Proces truchlení

Čas truchlení nastává v momentu, kdy přijmeme to, že zemřelý odešel. Truchlení probíhá ve třech fázích:

1. Fáze intenzivní (otřes) od úmrtí po pohřeb.
2. Fáze truchlení (smutek, žal) je časově neohraničená. Člověk se musí naučit žít bez člověka, kterého ztratil. Někdy se z této fáze může přejít zpět do první. V této fázi je důležitá komunikace s ostatními.
3. Fáze skutečnosti – této fáze dosáhne člověk, pokud dokáže bez zemřelého žít dál. Věnuje se všemu novému, a to například novým vztahům (Marková, 2010).

Pro každého rodiče je šokující stav, když přicházejí na obyčejnou kontrolu ke svému gynekologovi a zjistí, že jejich dítě není v pořádku. U ženy může trvat pocit, že je to zlý sen a může se domnívat, že se někde stala chyba (Ratislavová, 2016).

Zdravotnický personál musí mít zkušenosti s truchlícími rodiči. Rodičům by měla být dopřána pozornost personálu, neboť nikdo nikdy neví, jak se rodiče budou cítit po smrti svého dítěte (Amery, 2017).

Zármutek, smutek a truchlení jsou nedílnou součástí smrti, kdy se jedná o přirozený stav. Truchlení může doprovázet také nervozita, úzkost, nespavost, podrážděnost nebo nechutenství. Trvá různou dobu a každý člověk jej prožívá individuálně (Ratislavová, 2016).

Velkou roli hraje v procesu truchlení také partnerství, a to vztah mezi partnery před ztrátou. Pokud byla nesnadná komunikace mezi partnery již před ztrátou, tak po ztrátě se to také může projevit na vztahu mezi nimi (Ratislavová, 2016).

Žádné studie nezaznamenaly rozdíl mezi věkem těhotné ženy a intenzitou procesu truchlení. Pouze jedna studie prokázala, že mladší ženy cítí větší zármutek po ztrátě novorozence než ženy starší. Starší ženy jsou více orientované v těžkých situacích, ale hlavním faktorem a velmi důležitým je psychické zdraví ženy před ztrátou dítěte (Ratislavová, 2016).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této bakalářské práci byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, a to metodou nestandardizovaných dotazníků.

3.1 Formulace problému

Téma paliativní péče o novorozence vyvolává mnoho otázek. Ne každé těhotenství a porod je spojený s krásnou životní etapou. Někdy se bohužel může jednat o zdrcující a nikdy nezapomenutelnou vzpomínku. Většina lidí zná paliativní péči spíše u dospělých a starších pacientů, kteří trpí nevléčitelnou nemocí a prostřednictvím paliativní péče jim je poskytována péče, která jim usnadňuje poslední chvíle jejich života. Málokdo si ale dokáže představit, že tato paliativní péče se objevuje i v oblasti porodnictví. Paliativní péče o novorozence a paliativní péče o dospělého člověka je odlišná. Tato péče poskytována novorozencům je velmi psychicky náročná, a to v oblasti samotné péče, ale hlavně pro rodiče umírajícího novorozence, kteří takovou situaci vůbec nepředpokládali.

O tomto tématu se na veřejnosti moc nemluví, a právě tímto dotazníkovým šetřením jsme se pokusili zjistit, zda má laická veřejnost nějaké ponětí o paliativní péči o novorozence. Myslím si, že by veřejnost i o takovém citlivém tématu měla mít nějakou představu, protože bohužel nikdy nevíme, komu se taková situace může přihodit.

3.2 Cíle práce

V práci byl stanoven hlavní cíl a k tomu byly dále stanoveny 4 dílčí podcíle.

Hlavní cíl: Zda má laická veřejnost ponětí o paliativní péči.

1. dílčí podcíl: Porovnání informovanosti laické veřejnosti o paliativní péči s další bakalářskou prací.

2. dílčí podcíl: Zda si respondenti myslí, že je možné pečovat i o novorozence v paliativní péči.

3. dílčí podcíl: Zda se někdo z respondentů setkal s rodiči, kteří pečovali nebo aktuálně pečují o novorozence v paliativní péči.

4. dílčí podcíl: Zda má emoční dopad úmrtí novorozence na rodiče.

3.3 Metodika výzkumného šetření

Dotazníkové šetření se zaměřuje na laickou veřejnost, její informovanost, ponětí o paliativní péči a poté konkrétně o paliativní péči o novorozence. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků. Dotazník byl vložen na webové stránky www.survio.com, kdy dotazník vyplnilo 90 respondentů a dále zbylých 50 dotazníků bylo vytištěno a následně rozdáno mnou osobně. Návratnost byla 100 %. Dotazník taky na konci obsahoval demografické údaje o lidech, protože dotazníky byly rozdány různým věkovým kategoriím a pohlavím. Dotazníky, které byly vráceny zpět, mohly být použity všechny k výzkumnému šetření.

3.4 Metoda sběru dat

Metoda sběru dat probíhala formou dotazníkového šetření. Pro tento výzkum byl vytvořen nestandardizovaný dotazník v Microsoft Word a na webových stránkách www.survio.com. Dotazník zahrnuje 20 otázek, kdy otázky č. 2 a č. 6 byly formou otevřených otázek. Poté v otázce č. 3 byla možnost více odpovědí, jinak všechny ostatní otázky měly formou uzavřených otázek s volbou jedné odpovědi.

Otázky č. 1 – 6 byly inspirovány z bakalářské práce Daniely Havlišové z roku 2015.

První část dotazníku obsahovala znalost pojmu paliativní péče. Ti, kteří uvedli, že tento pojem znají, pokračovali dále následující otázkou až po otázku č. 20. V této části jsme se dotazovaných ptali, jak by tento pojem popsali vlastními slovy, kde se s tímto pojmem setkali, jaký si myslí, že je nejvhodnější typ paliativní péče, uvedení cíle paliativní péče a pokud znají nějaké konkrétní zařízení, kde paliativní péči poskytují. (Otázka č. 1 – 6)

Naopak ti, kteří tento pojem neznali, pokračovali až na otázku č. 7, kde jsme zjišťovali informovanost o paliativní péči konkrétně u novorozenců. Zda mají ponětí, že jde poskytnout péče umírajícímu novorozenci, jestli znají pojem „šedá zóna“ a její hranici, jestli se setkali s někým, kdo pečoval nebo aktuálně pečuje o umírajícího novorozence a názor na psychickou stránku rodičů ohledně paliativní péče.

V závěru dotazníku zjišťujeme demografické údaje, a to pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, zaměstnanecký status, rodinný stav a náboženství (věřící či ne).

Všechny vyplněné dotazníky jsou shromážděny u autora bakalářské práce.

3.5 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření bylo zahájeno dne 12. 3. 2020 a bylo dokončeno dne 10. 4. 2020. Probíhalo online na webových stránkách www.surveymonkey.com a prostřednictvím Microsoft Word v tištěné podobě. Zpracování dotazníku probíhalo anonymně, dobrovolně a pouze za účelem vypracování praktické části bakalářské práce.

3.6 Zpracování získaných dat

Data, které byly získány, byly dále zpracovávány ve formě tabulek a grafů v Microsoft Excel a dále doplněny popisnou statistikou. V tabulkách a grafech je zobrazen počet respondentů a zároveň výpočet relativní četnosti v %. Tabulky a grafy jsou v částech výsledků výzkumu různé. Otázky č. 1 – 6 jsou ve formě jedné tabulky nebo grafu. Od otázky č. 7–14 jsou dále rozděleny na tři části. První část zaujímají respondenti v celkovém počtu. Druhou část, kteří znají pojem paliativní péči a třetí, kteří neznají pojem. Dále jsou tabulky a grafy doplněny komentářem. Otázky č. 15–20 jsou opět ve formě jednoho grafu.

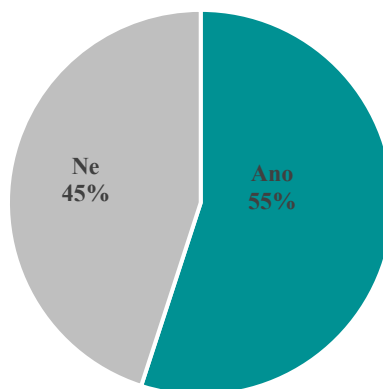
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této kapitole budou zpracovávány výsledky výzkumného dotazníkového šetření. Pro lepší orientaci jsou výsledky vloženy do tabulky nebo do grafu.

Důležité je ovšem zmínit, že mé výsledky výzkumu jsou rozdělené na tři části, protože zásadní otázkou v mém šetření, byla otázka č. 1, zda respondenti znají nebo neznají pojem paliativní péče. Tato otázka rozdělila respondenty na dvě části a jsou znázorněni v tabulce nebo v grafu.

Graf a tabulky jsou tvořeny tak, aby byly čitelné pro barvoslepu populaci, tak i pro černobílý tisk, tzn. v odstínech šedé. Zvýrazněné jsou výsledky, které jsou dle očekávání pozitivní, nebo negativní. Pozitivní výsledek je znázorněn tyrkysovou barvou, negativní červenou.

OTÁZKA č. 1: Víte, co znamená pojem paliativní péče?



Graf 1: Zastoupení respondentů, kteří znají pojem paliativní péče a kteří nikoliv. (vlastní zdroj)

V otázce č. 1 měli respondenti zodpovědět otázku, zda ví, co znamená pojem paliativní péče a kteří nikoliv. Následně byl vytvořen graf č. 1. Ze 140 respondentů (100 %) odpovědělo 77 (55 %), že ví, co tento pojem znamená a naopak 63 respondentů (45 %) tento pojem vůbec nezná.

Na otázky č. 2–6 odpovídali pouze respondenti, kteří znají pojem paliativní péče.

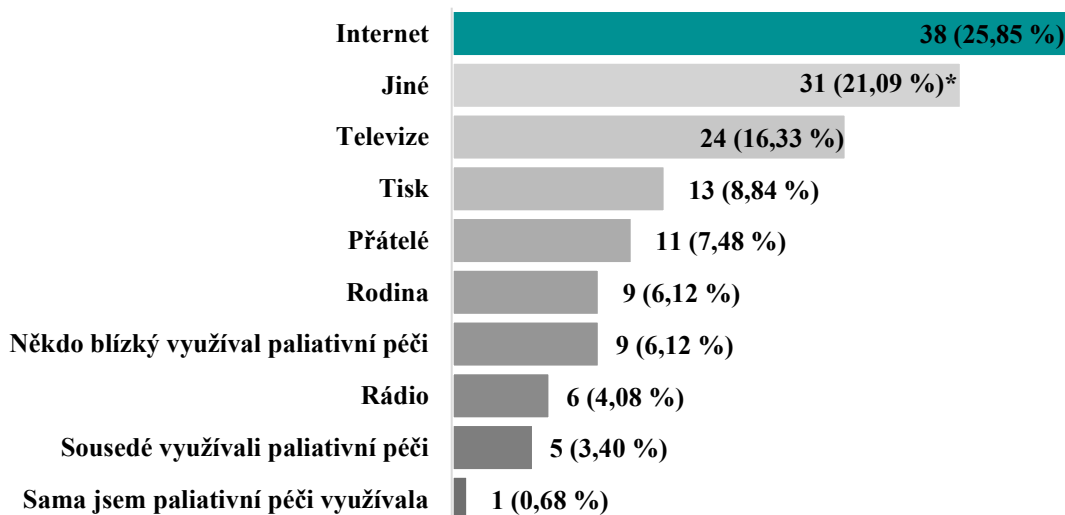
OTÁZKA č. 2: Co je podle Vás pojem paliativní péče? (vlastními slovy)

Tabulka 1: Vymezení pojmu „paliativní péče“ vlastními slovy. (vlastní zdroj)

Odpověď	Počet	%
Péče o pacienta s nevléčitelnou chorobou	35	45,45
Péče o umírajícího	16	20,77
Péče o nemocného v terminálním stádiu	11	14,28
Doprovázení, podpora a pomoc při těžké nemoci	3	3,89
Zvyšování kvality života	3	3,89
Zmírnění bolesti	3	3,89
Péče o důstojný odchod	2	2,59
To málo, co můžeme pro pacienta udělat	1	1,29
Vyrovnání se se ztrátou	1	1,29
Péče o bezvládného člověka	1	1,29
Nevyplněno	1	1,29
Celkem	77	100,00

V otázce č. 2 respondenti vlastními slovy popsali, co znamená pojem paliativní péče a tyto definice byly následně zobrazeny v tabulce č. 1. Nejčastější odpověď byla, že paliativní péče je péče o pacienta s nevléčitelnou chorobou – 35 respondentů (45,45 %). Další častou odpovědí byla odpověď, že paliativní péče je péče o umírajícího – 16 respondentů (20,77 %) nebo péče o nemocného v terminálním stádiu – 11 respondentů (14,28 %). Mezi ostatní odpovědi bylo také zaznamenáno, že paliativní péče doprovází, podporuje a pomáhá při těžké nemoci (3,89 %), zvyšuje kvalitu života (3,89 %), zmírňuje bolest (3,89 %), pečuje o důstojný odchod (2,59 %), je to to málo, co můžeme pro nemocného udělat (1,29 %), vyrovnávání se se ztrátou (1,29 %), péče o bezvládného člověka (1,29 %) a 1 respondent (1,29 %) neuvedl žádnou definici paliativní péče.

OTÁZKA č. 3: Kde jste se setkali s pojmem paliativní péče? (Můžete zvolit i více možností.)



Graf 2: Zdroj informací o paliativní péči. (vlastní zdroj)

* Vyjmenovaná konkrétní místa, kde se lidé setkali s pojmem paliativní péče, které nebyli v možnostech odpovědí v dotazníku.

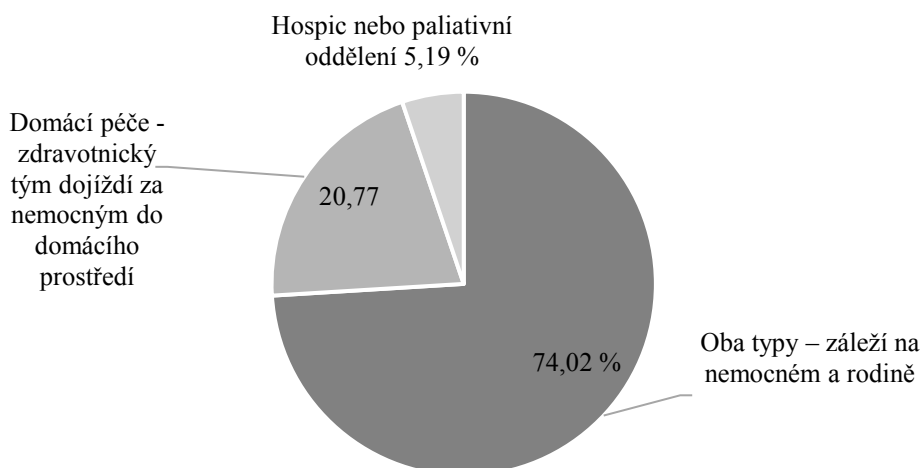
Tabulka 2: Kde se ještě respondenti setkali s pojmem paliativní péče mimo možné odpovědi v dotazníku.

Jiné	Počet	%
Studium	19	61,29
Práce	10	32,26
Praxe	1	3,23
YouTube	1	3,23
Celkem	31	100,00

U otázky č. 3 bylo zjištěno, kde se respondenti setkali s pojmem paliativní péče. Celkem odpovědělo na tuto otázku 77 respondentů (100 %). Tato otázka je znázorněna v grafu č. 2 a následně v tabulce č. 2 jsou vypsány další možné odpovědi. Odpovědi bylo zaznamenáno 147, ale % jsou vázány k počtu 77 respondentů, neboť u této otázky bylo možno více odpovědí anebo respondent měl možnost otevřené odpovědi. Nejvíce 38 respondentů (25,85 %) uvedlo jako zdroj informace internet. Mezi jiné respondenti zařadili studium – 19 respondentů (61,29 %), práce – 10 respondentů (32,26 %), zařadili tady zde i praxi – 1 respondent (3,23 %) a internetový kanál YouTube, kdy tuto odpověď doplnil vlastními slovy

1 respondent (3,23 %). Dále 24 respondentů (16,33 %) uvedlo televizi, 13 respondentů (8,84 %) získalo informace z tisku, 11 respondentů (7,48 %) od přátel, 9 respondentů (6,12 %) od rodiny, u dalších 9 respondentů (6,12 %) někdo blízký využíval paliativní péči, 6 respondentů (4,08 %) zjistilo tuto informaci z rádia, od 5 respondentů (3,40 %) využívali sousedé paliativní péči a 1 respondent (0,68 %) uvedl, že sám(a) paliativní péči využíval(a).

OTÁZKA č. 4: Jaký si myslíte, že je nejvhodnější typ paliativní péče?



Graf 3: Dle respondentů nejvhodnější typ paliativní péče. (vlastní zdroj)

Otázka č. 4 zjišťovala, jaký je dle respondentů nejvhodnější typ paliativní péče a tyto typy byly následně zaznamenány v grafu č. 3. Celkem odpovědělo 77 respondentů (100 %). 57 respondentů (74,02 %) odpovědělo, že nejvhodnější jsou oba typy a záleží na nemocném a rodině. 16 respondentů (20,77 %) uvedlo, že nejvhodnějším typem je domácí péče a to, že zdravotnický tým dojíždí za nemocným do domácího prostředí. A jako druhý typ je hospic nebo paliativní oddělení a tuto možnost zvolili 4 respondenti (5,19 %).

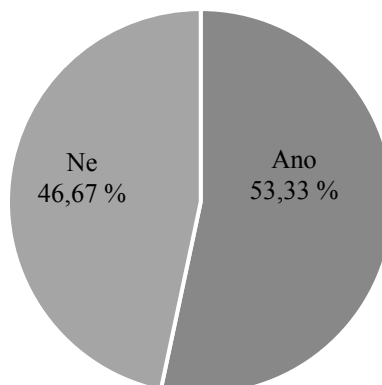
OTÁZKA č. 5: Jaký si myslíte, že je cíl paliativní péče?

Tabulka 3: Dle respondentů cíl paliativní léčby. (vlastní zdroj)

Odpověď	Počet	%
Zbavení bolesti nemocného	55	71,42
Zabránit zhoršení onemocnění	12	15,58
Nevyplněno	10	12,98
Zabránit vzniku nemoci	0	0,00
Zbavení nemoci nemocného	0	0,00
Celkem	77	100,00

U otázky č. 5 respondenti uváděli jaký si myslí, že je cíl paliativní péče. Tyto možnosti jsou znázorněny v tabulce č. 3. Celkem odpovědělo 77 respondentů (100 %). Jako správnou odpověď zbavení bolesti nemocného zvolilo 55 respondentů (71,42 %). Jako druhou nejčastější odpověď zaznamenalo 12 respondentů (15,58 %), a to zabránění zhoršení onemocnění. 10 respondentů (12,98 %) na tuto otázku neodpovědělo a nezaznačilo ani jednu z vybraných možností. A dvě odpovědi, a to zabránění vzniku nebo zbavení nemoci, nemocného nezvolil nikdo z respondentů.

OTÁZKA č. 6: **Znáte nějaké zařízení paliativní péče? Pokud ano, uveďte.**



Graf 4: Znalost respondentů o paliativních zařízeních. (vlastní zdroj)

Na otázku č. 6 ze 77 respondentů odpovědělo pouze 75 respondentů, proto v této otázce uvažujeme, že 75 respondentů je 100 %. 40 respondentů (53,33 %) uvedlo nějaké paliativní zařízení, z toho někdo uváděl i dvě paliativní zařízení, a tudíž bylo zjištěno 47 paliativních zařízení. Dále 35 respondentů (46,67 %) uvedlo, že nezná žádné paliativní zařízení. Tyto informace jsou zobrazeny v grafu č. 4.

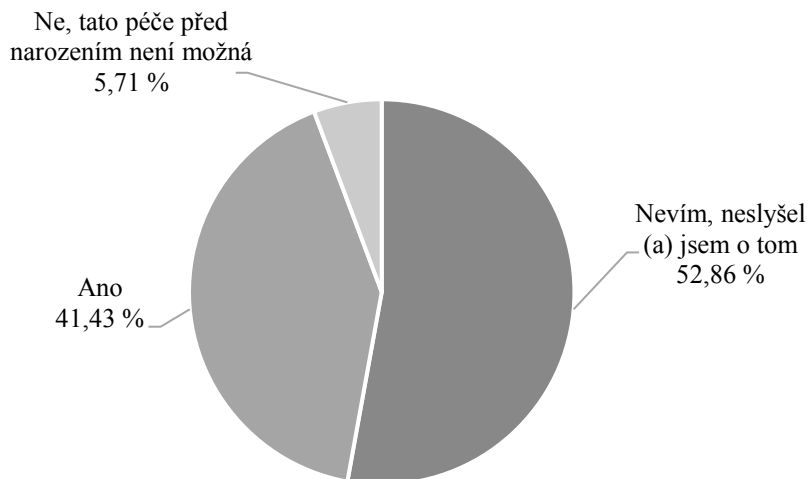
Tabulka 4: Konkrétní uvedení paliativních zařízení dle respondentů. (vlastní zdroj)

Zařízení paliativní péče	Počet	%
Hospic Citadela (Valašské Meziříčí)	12	25,53
Strom života	6	12,76
Hospic sv. Alžběty	3	6,38
Hvězda Zlín	3	6,38
Devětsil Vsetín	2	4,25
Jiné	11	23,40
Neuvedeno	12	25,53
Celkem	47	100,00

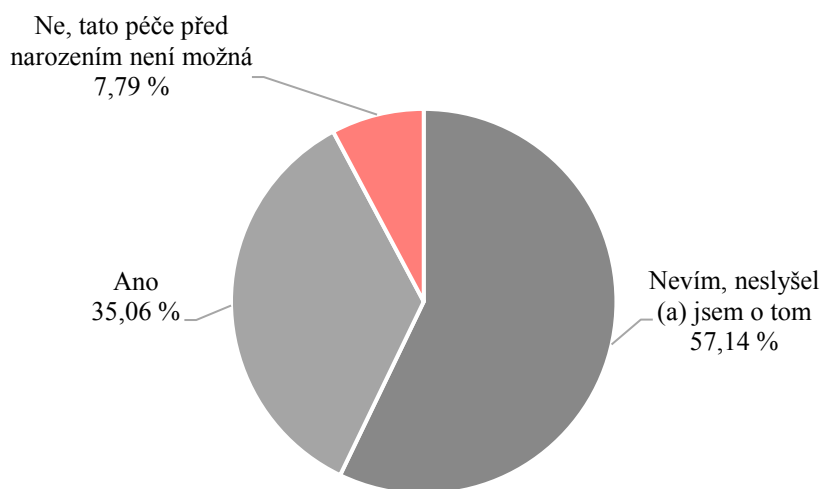
Konkrétní uvedení paliativních zařízení je v tabulce č. 4. Nejčastěji byl jako paliativní zařízení uveden Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí (12 respondentů – 25,53 %), dále

Strom života (6 respondentů – 12,76 %), Hospic svaté Alžběty (6,38 %), Hvězda Zlín (6,38 %) a Devětsil Vsetín (4,25 %). Ostatní zařízení, která byla v dotazníkovém šetření uvedena, byla zastoupená pouze jednou (např. Hospic Ondrášek, Dům pro Julii nebo Most k domovu). A také 12 respondentů (25,53 %) uvedlo sice, že znají nějaké paliativní zařízení, ale neuvedlo konkrétně jaké.

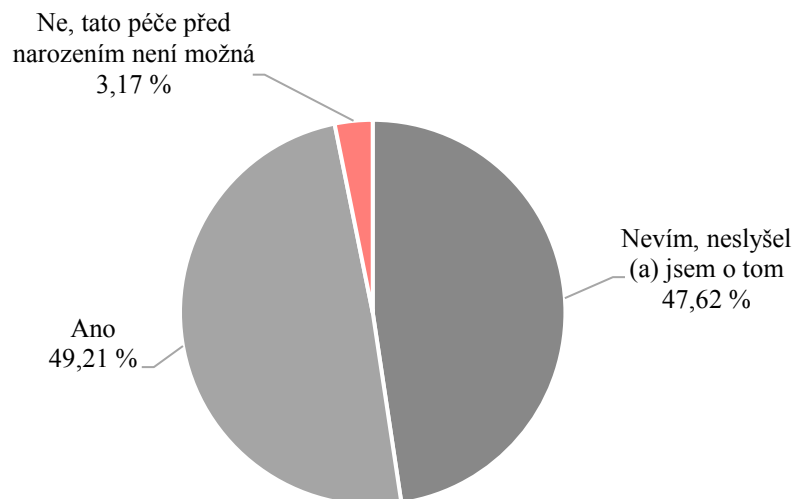
OTÁZKA č. 7: Myslíte si, že je možné poskytnout péči i před narozením novorozence, který umírá?



Graf 5: Odpovědi na otázku č. 7 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj)



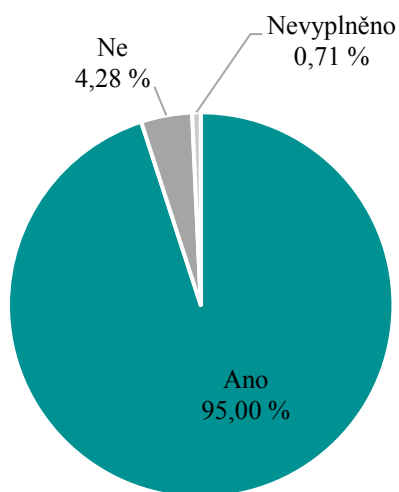
Graf 6: Odpovědi na otázku č. 7 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)



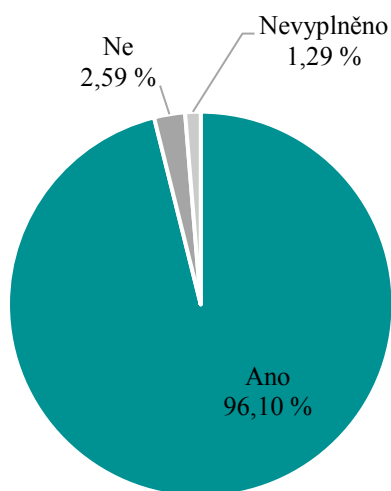
Graf 7: Odpovědi na otázku č. 7 – respondenti, kteří neznají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)

U otázky č. 7 bylo zjišťováno, zda je možné poskytnout péči ještě před narozením novorozence, který umírá. Výsledky dotazníkového šetření jsou znázorněny v grafech č. 5, 6, 7. Celkem na tuto otázku odpovědělo 140 respondentů (100 %). Ze 77 respondentů (100 %), kteří znají pojem paliativní péče, odpovědělo 44 respondentů (57,14 %), že o této péči neslyšeli a neví, 27 respondentů (35,06 %) uvedlo, že tato péče je možná a 6 respondentů (7,79 %), že tato péče možná není. Ze 63 respondentů (100 %), kteří neznají pojem paliativní péče, odpovědělo 30 (47,62 %) respondentů, že o tomto pojmu neslyšeli, 31 respondentů (49,21 %), že tato péče možná je a 2 respondenti (3,17 %) odpověděli ne.

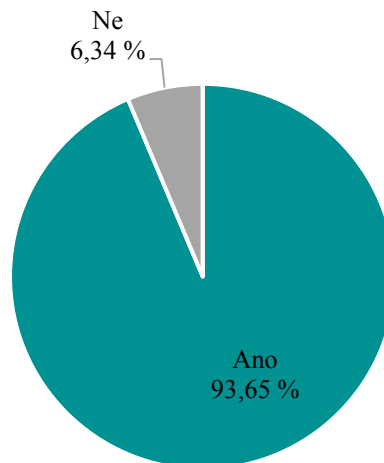
OTÁZKA č. 8: Myslíte si, že je možné poskytnout péči umírajícímu novorozenci / dítěti (např. tlumení bolesti)?



Graf 8: Odpovědi na otázku č. 8 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj)



Graf 9: Odpovědi na otázku č. 8 – respondenti, kteří znají pojem „paliativní péče“. (vlastní zdroj)



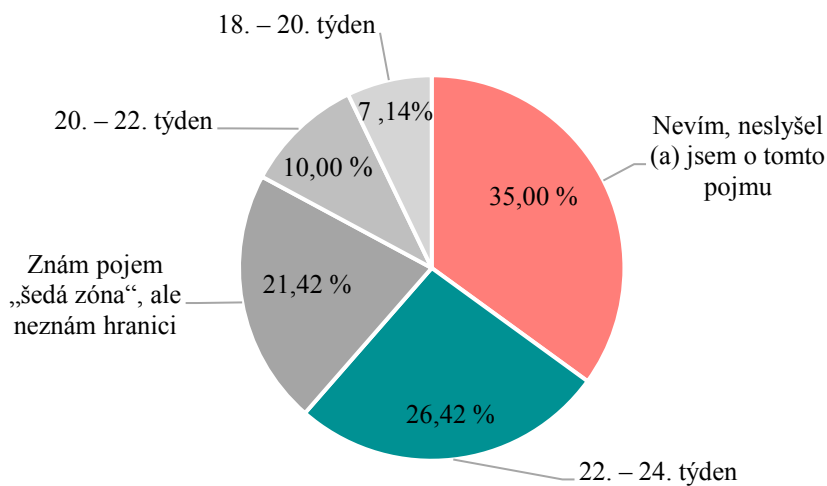
Graf 10: Odpovědi na otázku č. 8 – respondenti, kteří neznají pojem „paliativní péče“. (vlastní zdroj)

Otázka č. 8 zjišťovala, je-li možné, poskytnout péči umírajícímu novorozenci (např. tlumení bolesti). Ze 140 respondentů (100 %) odpovědělo 133 (95 %), že tato péče je možná, 6 respondentů (4,28 %), že tato péče možná není a 1 respondent (0,71 %) neopověděl ani na jednu z možností. Otázka byla dále znázorněna v grafech č. 8, 9, 10.

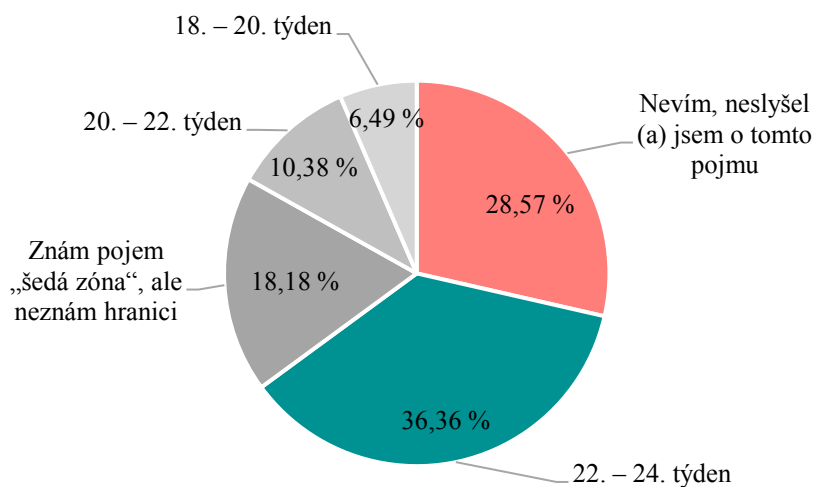
Ze 77 respondentů (100 %), kteří znají pojem paliativní péče, odpovědělo 74 respondentů (96,10 %), že tato péče je možná, 2 respondenti (2,59 %) odpověděli, že tato péče není možná a 1 respondent (1,29 %) na otázku neodpověděl.

Z 63 respondentů (100 %), kteří pojem paliativní péče neznají, odpovědělo 59 respondentů (93,65 %), že paliativní péče u novorozenců je možná a 4 respondenti (6,34 %) uvedli, že tato péče možná není.

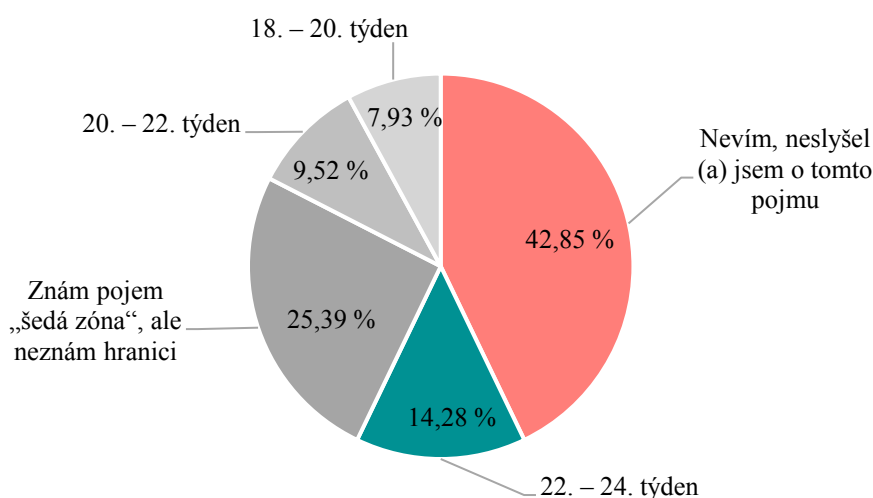
OTÁZKA č. 9: Víte, jaká je hranice viability plodu tzv. šedá zóna – schopnost plodu přežít, růst a vyvíjet se normálně?



Graf 11: Odpovědi na otázku č. 9 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj)



Graf 12: Odpovědi na otázku č. 9 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)



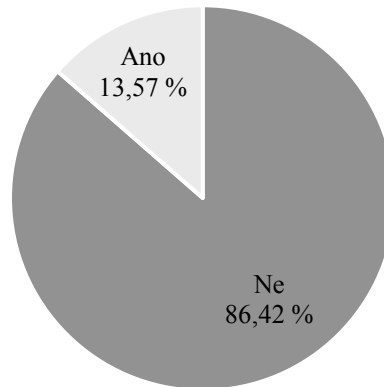
Graf 13: Odpovědi na otázku č. 9 – respondenti, kteří neznají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)

Hranice viability plodu, také jiným slovem tzv. „šedá zóna“, je schopnost plodu přežít, růst a vyvíjet se normálně. K tomuto pojmu se vázala otázka č. 9. Celkem na tuto otázku odpovědělo 140 respondentů (100 %). Možnosti odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 11, 12, 13.

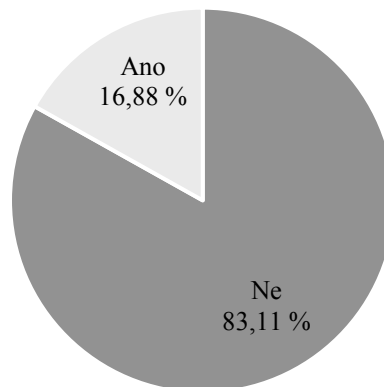
Mezi 77 respondentů (100 %) byli zařazeni ti, kteří znají pojem paliativní péče. 22 (28,57 %) respondentů ze 77 uvedlo, že neví, co tento pojem znamená. 28 respondentů (36,36 %) zvolilo správnou odpověď 22.–24. týden těhotenství. 14 respondentů (%) zná pojem „šedá zóna“, ale nezná konkrétní hranici. 20.–22. týden uvedlo 8 respondentů (%) a 18.–20. týden zvolilo 5 respondentů.

63 respondenti (100 %), kteří neznají pojem paliativní, z nichž nejvíce uvedlo 27 respondentů (42,85 %), že neví, co znamená pojem „šedá zóna“. 9 respondentů (14,28 %) vybralo správnou odpověď 22.–24. týden. 16 respondentů (25,39 %) zná pojem paliativní péče, ale nezná hranici. Na odpověď 20.–22. týden odpovědělo 6 respondentů (9,52 %) a na poslední odpověď 18.–20. týden odpovědělo 5 respondentů (7,93 %).

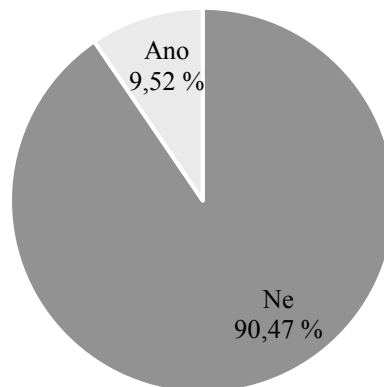
OTÁZKA č. 10: Setkali jste se s někým, kdo pečoval / pečuje o umírajícího novorozence?



Graf 14: Odpovědi na otázku č. 10 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj)



Graf 15: Odpovědi na otázku č. 10 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)



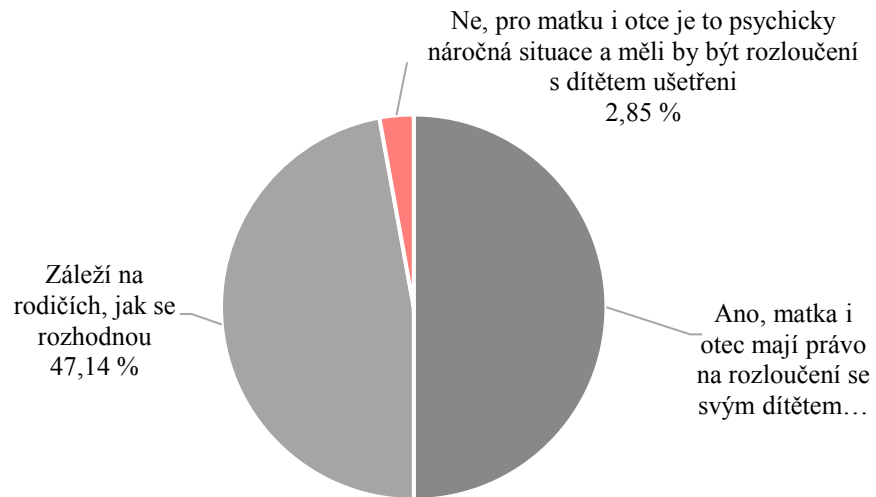
Graf 16: Odpovědi na otázku č. 10 – respondenti, kteří neznají pojem „paliativní péče“. (vlastní zdroj)

Výsledky otázky č. 10 jsou znázorněny v grafu č. 14. Jedná se o otázku, zda se někdo z respondentů setkal s rodiči, kteří pečují nebo pečovali o umírajícího novorozence. Celkem na tuto otázku odpovědělo 140 respondentů (100 %). Odpovědi z dotazníku jsou zobrazeny v grafech č. 14, 15, 16.

77 respondentů (100 %) zná pojem paliativní péče a jsou zobrazeny v grafu č. 15. Těchto 64 respondentů (83,11 %) odpovědělo, že se s rodiči umírajícího novorozence nikdo nesetkal. Naopak 13 respondentů (16,88 %) se s rodiči umírajícího novorozence setkalo.

Ze 63 respondentů (100 %), kteří neznají pojem paliativní péče vyobrazené v grafu č. 16, uvedlo 57 respondentů (90,47 %), že se nikdo s rodiči umírajícího novorozence nesetkal a 6 respondentů (9,52 %) uvedlo, že se s rodiči umírajícího novorozence potkalo.

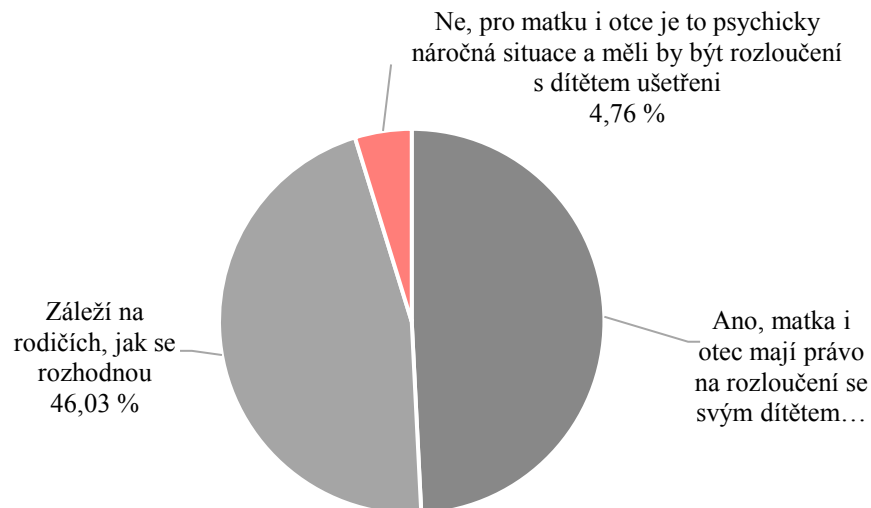
OTÁZKA č. 11: V dřívějších dobách odnášeli novorozence při úmrtí z porodního sálu. V dnešní době je možné, aby rodiče s dítětem zůstali. Myslíte si, že je to tak v pořádku?



Graf 17: Odpovědi na otázku č. 11 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj)



Graf 18: Odpovědi na otázku č. 11 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)



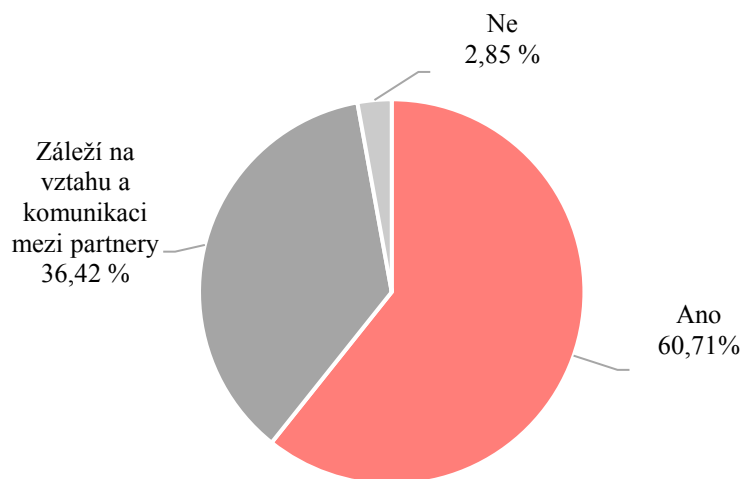
Graf 19: Odpovědi na otázku č. 11 – respondenti, kteří neznají pojem „paliativní péče“. (vlastní zdroj)

Otázka č. 11 se zaměřovala na názor směřovaný k úmrtí novorozence na porodním sále. V dřívějších dobách při úmrtí novorozence zdravotnický personál odnášel novorozence od matky, aby to pro rodiče nebyla taková psychická zátěž, ale v dnešní době to tak není. Otázka zněla, zda si respondenti myslí, že je to tak v pořádku. V grafu č. 17 je znázorněno celkem 140 respondentů (100 %). Dále jsou respondenti zobrazeni v grafu č. 18, 19.

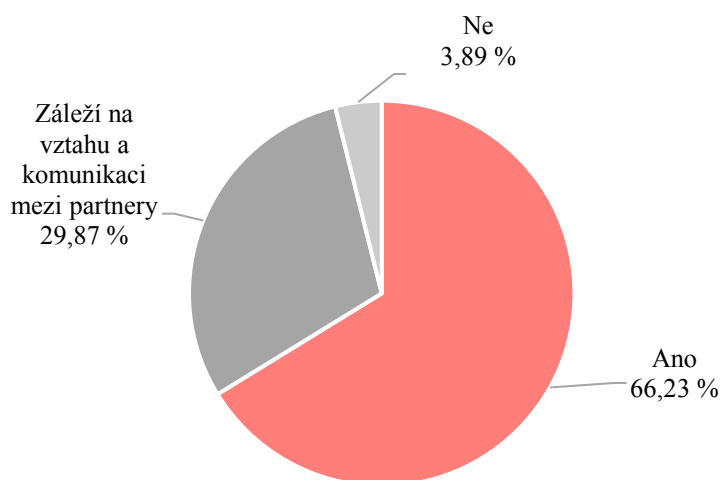
77 respondentů (100 %), kteří uvedli, že pojem paliativní péče znají, jsou znázorněni v grafu č. 18. 39 respondentů (%) odpovědělo, že matka i otec mají právo na rozloučení se svým dítětem. Další možnost odpovědi, že záleží na rodičích, jak se rozhodnou, odpovědělo 37 respondentů (%). 1 respondent (%) uvedl, že pro matku i otce by to byla náročná psychická situace.

Pojem paliativní péče zná 63 respondentů (100 %), kteří jsou znázorněni v grafu č. 19. Z nichž 31 respondentů (%) uvedlo, že matka i otec mají právo rozloučit se se svým dítětem. Podle 39 respondentů (%) záleží na rodičích, jak se rozhodnou a zbylí 3 respondenti (%) uvedli, že by to byla pro matku i otce psychicky náročná situace a měli by být této situaci ušetřeni.

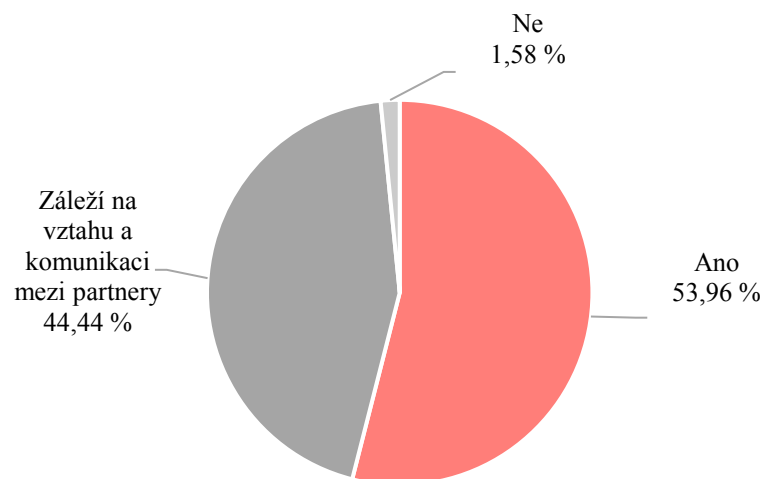
OTÁZKA č. 12: Myslíte si, že může smrt novorozence ovlivnit partnerský / manželský život rodičů novorozence?



Graf 20: Odpovědi na otázku č. 12 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj)



Graf 21: Odpovědi na otázku č. 12 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)



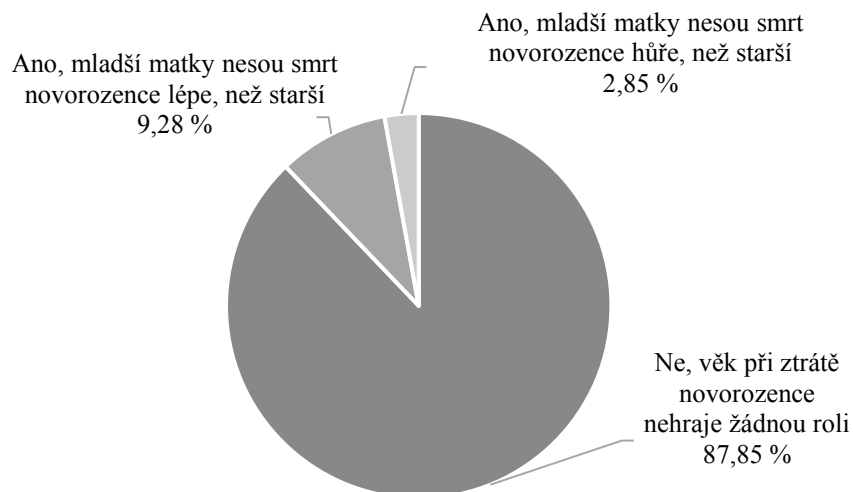
Graf 22: Odpovědi na otázku č. 12 – respondenti, kteří neznají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)

Otázka č. 12 se zaměřovala na vztah mezi rodiči po úmrtí novorozence, a to, zda tato situace může ovlivnit vztah mezi nimi. Celkem odpovědělo 140 respondentů (100 %), kteří jsou znázorněni v grafu č. 20, poté respondenti znající a neznající pojem paliativní péče jsou zobrazeni v grafu č. 21, 22.

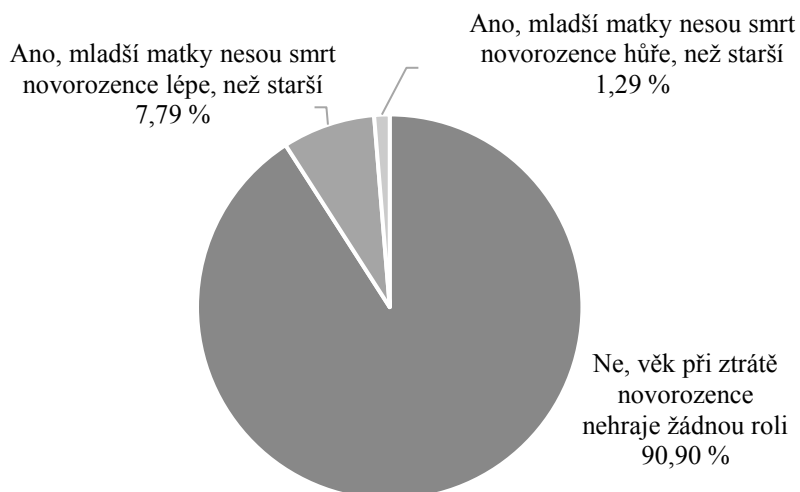
Mezi 77 respondenty (100 %), 51 respondentů (%) uvedlo, že je vztah ovlivněn po úmrtí novorozence. 23 respondentů (%) zvolilo možnost, že záleží na vztahu a komunikaci mezi partnery a 3 respondenti (%) uvedli, že vztah není ovlivněn.

Naopak z 63 respondentů (100 %), kteří neznají pojem paliativní péče, 34 respondentů (%) uvedlo, že smrt novorozence ovlivní vztah mezi rodiči, 28 respondentů (%) zodpovědělo, že v této situaci záleží na vztahu mezi partnery a 1 respondent (%) uvedl, že vztah mezi nimi není ovlivněn.

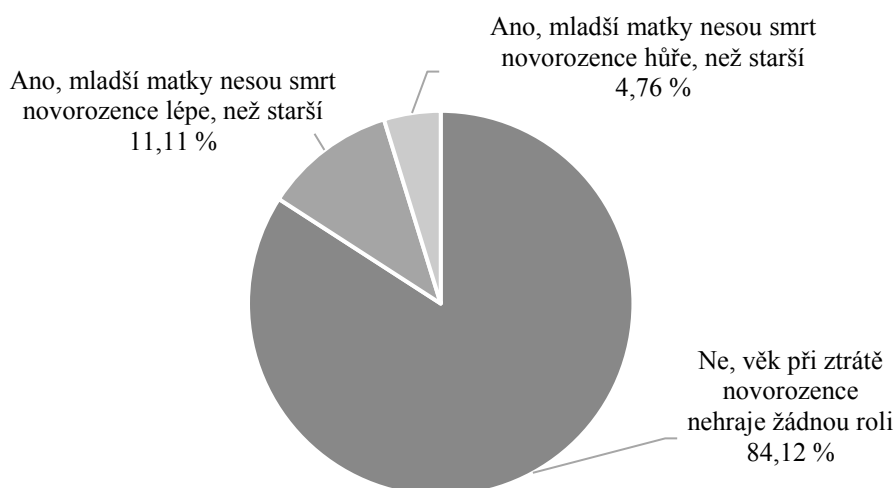
OTÁZKA č. 13: Myslíte si, že hraje roli věk matky při ztrátě dítěte?



Graf 23: Odpovědi na otázku č. 13 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj)



Graf 24: Odpovědi na otázku č. 13 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)



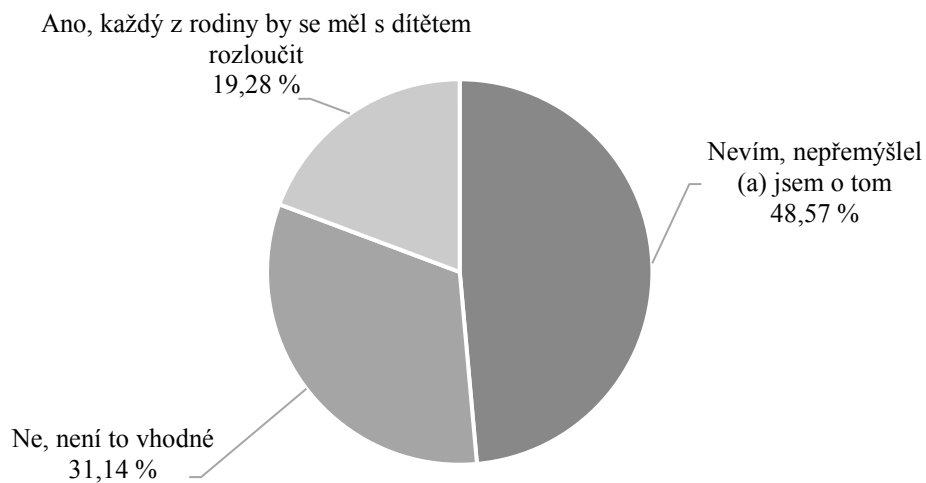
Graf 25: Odpovědi na otázku č. 13 – respondenti, kteří neznají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)

Otázka č. 13 se týkala věku matky a zda hraje roli při ztrátě dítěte. Celkem odpovědělo 140 respondentů (100 %), kteří jsou posléze znázorněni v grafu č. 23 a dále v grafu č. 24 a 25.

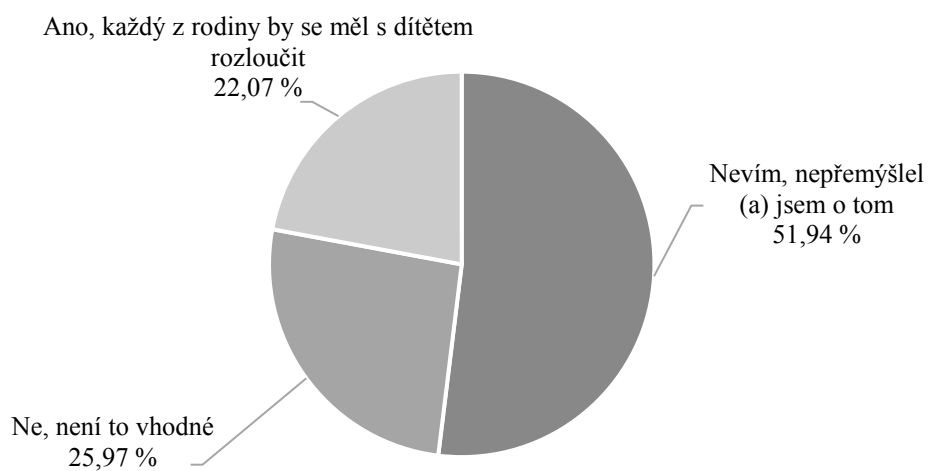
Graf č. 24 značí, že ze 77 respondentů (100 %), kteří znají pojem paliativní péče, zodpovědělo 70 respondentů (%), že věk při ztrátě novorozence nehraje vůbec žádnou roli. 6 respondentů (%) zaznačilo, že mladší matky nesou smrt novorozence lépe, než ženy starší a naopak 1 respondent (%) zaznačil, že mladší matky nesou smrt novorozence hůře než ženy starší.

Ze 63 respondentů (100 %), tyto respondenti neznají pojem paliativní péče, 53 respondentů (%) odpovědělo, že věk nehraje žádnou roli při ztrátě novorozence, 7 respondentů (%) uvedlo, že mladší matky nesou smrt novorozenců lépe, než starší ženy a 3 respondenti (%) zaznačili, že mladší matky nesou smrt hůře než starší.

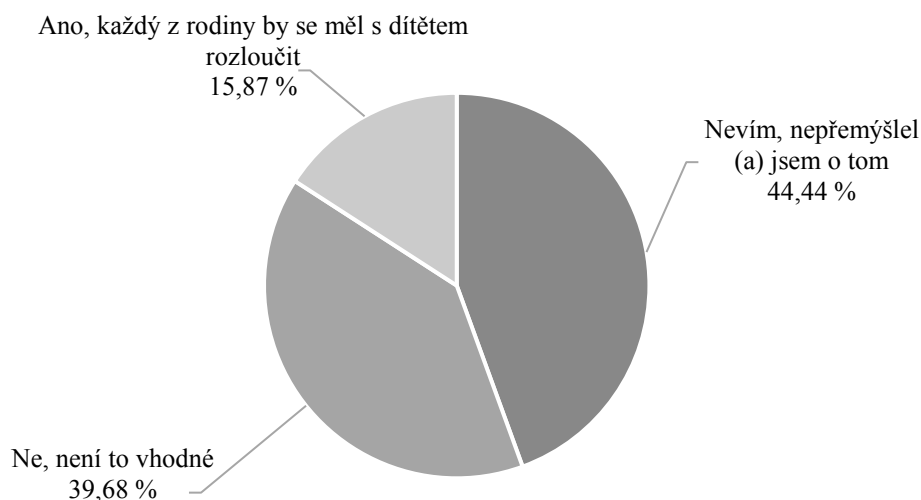
OTÁZKA č. 14: Myslíte si, že je možné, aby při umírání novorozence byli přítomni i ostatní členové rodiny?



Graf 26: Odpovědi na otázku č. 14 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj)



Graf 27: Odpovědi na otázku č. 14 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)



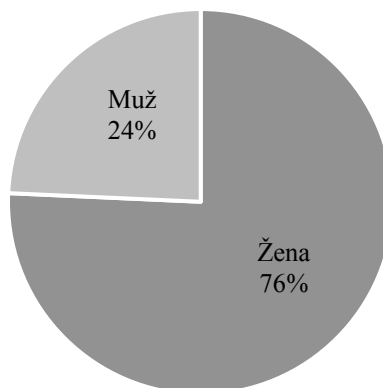
Graf 28: Odpovědi na otázku č. 14 – respondenti, kteří neznají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj)

Otázka č. 14 se vázala na zjištění, zda si respondenti myslí, že je možné, aby při umírání novorozence byli přítomni i ostatní členové rodiny. Odpovědi jsou zobrazeny v grafech č. 26, 27, 28 a celkem odpovědělo 140 respondentů (100 %).

Ze 77 respondentů (100 %) nejčastější odpověď byla zaznamenána, že neví a nepřemýšleli o této situaci, a to 40 respondentů (%). Dalších 20 respondentů (%) uvedlo, že to není vhodné a 17 respondentů (%), že by se každý z rodiny měl rozloučit s umírajícím novorozencem. Všechny 77 respondentů (55 %) zná pojem paliativní péče.

63 respondentů (45 %) naopak ti, kteří neznají pojem paliativní péče, také uvedli možnost, že nad touto situací nepřemýšleli, 25 respondentů (%) zaznamenalo, že to vhodné není a 10 respondentů (%) zvolilo možnost, že by se každý z rodiny měl s umírajícím novorozencem rozloučit.

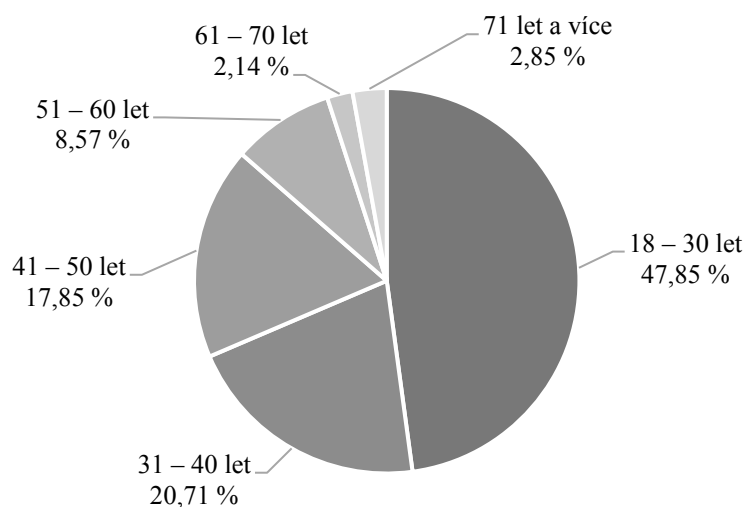
OTÁZKA č. 15: Jaké je vaše pohlaví?



Graf 29: Pohlaví respondentů.

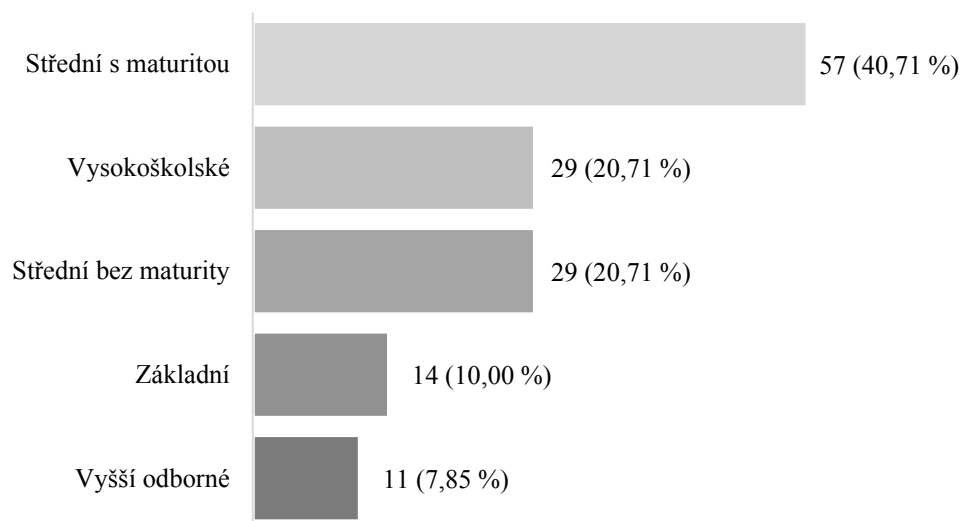
Demografická otázka č. 15 byla zaměřena na pohlaví respondentů. Celkově bylo zaznamenáno 140 respondentů (100 %). Z grafu č. 29 vyplývá, že více zastoupeny jsou ženy a to 106 žen (76 %). Muži s počtem 34 respondentů (24 %).

OTÁZKA č. 16: Kolik je Vám let?

*Graf 30: Věk respondentů.*

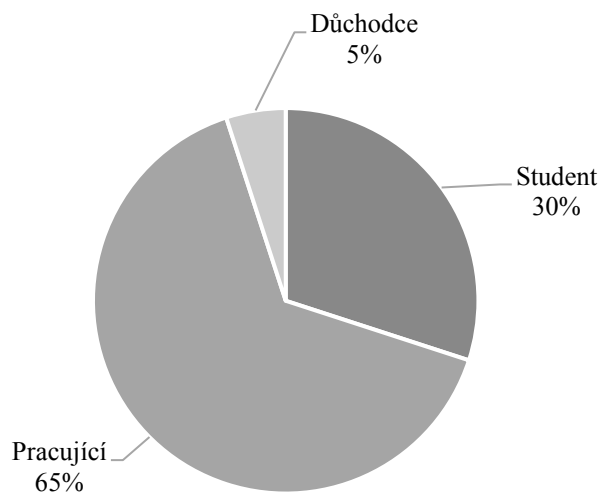
Otázka č. 16 byla zaměřena na věk respondentů. Celkem odpovědělo 140 respondentů (100 %). Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli respondenti s věkem 18–30 let, a to s počtem 67 (47,85 %). Další velmi početnou skupinou bylo 29 respondentů (20,71 %) a zvolili věk 31–40 let. V kategorii 41–50 let bylo zaznamenáno 25 respondentů (17,85 %). Kategorii 51–60 let zaznačilo 12 respondentů (8,57 %). Nejméně zastoupeny byly věkové kategorie 61–70 let s počtem 3 respondentů (2,14 %), 71 let a více uvedli 4 respondenti (2,85 %) a všechny tyto možné odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 30.

OTÁZKA č. 17: Jaké máte vzdělání?

*Graf 31: Vzdělání respondentů.*

Otázka č.17 mapovala vzdělání respondentů. Celkem odpovědělo 140 respondentů (100 %), kteří jsou následně zobrazeni v grafu č. 31. Nejčastější odpovědí byla zvolena střední škola s maturitou, tedy 57 respondentů (40,71 %). Se stejným počtem respondentů bylo zvoleno vzdělání střední bez maturity a vzdělání vysokoškolské, tedy 29 respondentů (20,71 %). Základní vzdělání zvolilo 14 respondentů (10 %) a vyšší odborné s 11 respondenty (7,85 %).

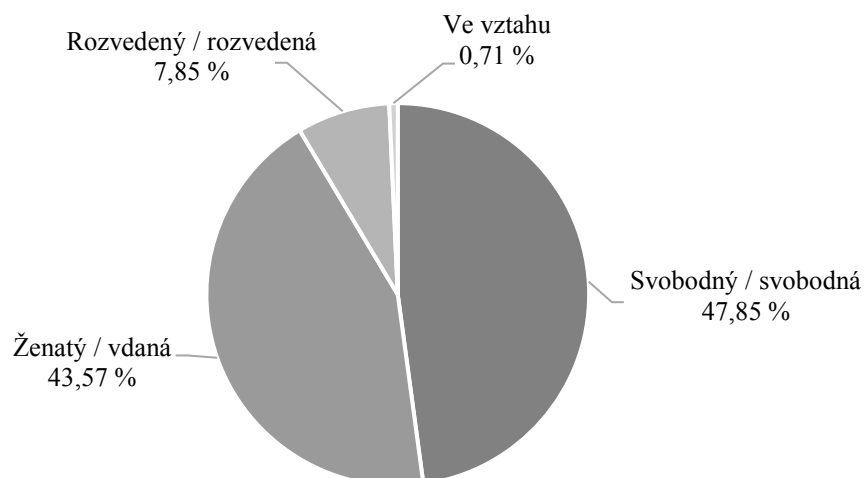
OTÁZKA č. 18: Jste?



Graf 32: Respondenti a jejich zaměstnanecký status.

Z grafu č. 32 jasně vyplývá, že nejčastější zvolená odpověď byla od pracujících respondentů, tedy 91 (65 %). 42 odpovědí (30 %) bylo zvoleno respondenty, kteří mají status studenta. A nejméně bylo důchodců, a to v počtu 7 respondentů (5 %). Celkem na tuto otázku odpovědělo 140 respondentů (100 %).

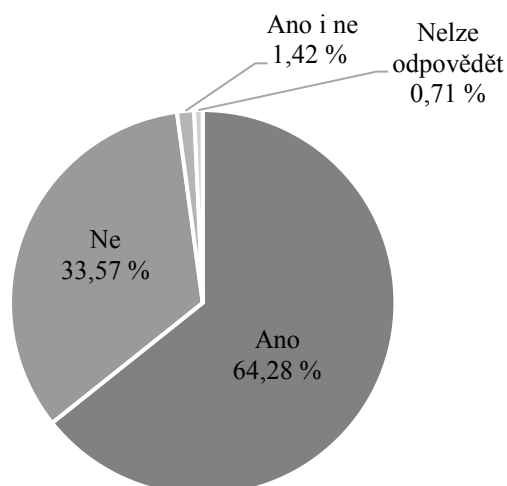
OTÁZKA č. 19: Jaký je Váš rodinný stav?



Graf 33: Rodinný stav respondentů.

Otázka č. 19 se zabývala rodinným stavem respondentů. Celkem odpovědělo 140 respondentů (100 %), kteří jsou znázorněni v grafu č. 33. Nejvíce zastoupenou skupinou respondentů byli svobodní, tedy 67 respondentů (47,85 %). Dále respondenti ženatí s počtem 61 (43,57 %), rozvedení, tedy 11 respondentů (7,85 %) a 1 respondent (0,71 %) uvedl konkrétně, že je ve vztahu.

OTÁZKA č. 20: Jste věřící?

*Graf 34: Víra respondentů*

Z grafu č. 34 týkajícího se víry převažují věřící respondenti s počtem 90 (64,28 %). 47 respondentů uvedlo, že jsou nevěřící s počtem 47 (33,57 %). Mezi jiné byly zařazeny odpovědi ano i ne v počtu 2 respondentů (1,42 %) a poslední odpověď, že na tuhle otázku nejde odpovědět s počtem 1 (0,71 %). I na tuto otázku odpovědělo celkem 140 respondentů (100 %).

5 DISKUZE

Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím dotazníku na webových stránkách www.surveio.com a taky v tištěné podobě. K vyhodnocení sloužilo všech 140 dotazníků.

V rámci diskuze se zaměřujeme na stanovené cíle. V této bakalářské práci byl zvolen hlavní cíl a 4 následující dílčí podcíle. Taky je velmi důležité zdůraznit, že praktická část je rozdělena na respondenty, kteří znají pojem paliativní péče a na ty, kteří tento pojem neznají.

Hlavním cílem bylo zjistit, zda **má laická veřejnost ponětí o paliativní péči** a tento cíl byl zjištěn. K tomuto cíli byly kladeny otázky č. 1–14. Tyto otázky se zaměřovaly a zjišťovaly ponětí laické veřejnosti o paliativní péči, které byly poté porovnány s bakalářskou prací Daniely Havlišové z roku 2015. Také se dále zaměřovala na ponětí o paliativní péči v novorozeneckém věku, zda se někdo z respondentů setkal s rodiči, kteří pečují nebo pečovali o novorozence v paliativní péči a zda má psychický dopad úmrtí novorozence na rodiče.

První dílčí podcíl **porovnání informovanosti laické veřejnosti o paliativní péči s další bakalářskou prací**, byl splněn. Výsledky z bakalářské práce Daniely Havlišové (2015) byly realizovány v Pardubicích a dále byly porovnány s našimi výsledky. Tento první dílčí cíl byl zaměřen na otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6. Dále byla porovnána ještě otázka č. 3 s bakalářskou prací Terezy Šubrtové (2019), která se zaměřovala na zdroj informací o paliativní péči / umírání a smrti a u otázky č. 1 byly porovnány výsledky s bakalářskou prací Veroniky Lakosilové (2015), která zjišťovala znalost pojmu paliativní péče.

Otázka č. 1 rozdělila respondenty na dvě skupiny. Celkem odpovědělo 140 respondentů. 55 % respondentů zná pojem paliativní péče, tudíž bylo zjištěno, že informovanost o paliativní péči je mezi laickou veřejností dostatečná a většina tento pojem zná, což nás velmi překvapilo. Naopak 45 % tento pojem nezná, a proto pokračovalo až na otázku č. 7. Kdežto výsledky bakalářské práce Daniely Havlišové (2015) zjistily, že 66,67 % respondentů pojem paliativní péče neznalo a zbylých 33,33 % znalo. Podle bakalářské práce Veroniky Lakosilové (2015) uvedlo 52 % respondentů, že neznají pojem paliativní péče, 26 % zná tento pojem a 22 % o tomto pojmu neslyšelo. Tudíž v porovnání výsledků je jasně vidět, že se od roku 2015 informovanost u laické veřejnosti o ponětí paliativní péče zvýšila a od roku 2019 se informovanost spíše nezměnila a zůstává stejná.

V otázce č. 2 ze 77 respondentů, kteří znají pojem paliativní péče, 98,7 % respondentů popsalo pojem paliativní péče většinou správně, ale 1 respondent s % zastoupením 1,29 % sice odpověděl, že zná pojem paliativní péče, ale neuvedl žádnou definici. 45,45 % respondentů odpovědělo, že se jedná o péči pacienta s nevléčitelnou chorobou, 20,77 % respondentů uvedlo péči o umírajícího a 14,28 % respondentů péči o nemocného v terminálním stádiu, což považujeme za správné a velmi nás překvapila znalost tohoto pojmu. Taktéž ale byly uváděny úplně nepřesné definice paliativní péče, např. to málo, co můžeme pro pacienta udělat s % zastoupením 1,29 %, péče o bezvládného člověka taktéž 1,29 % nebo zvyšování kvality života a to 3,89 % respondentů. U bakalářské práce Daniely Havlišové (2015) 35,29 % respondentů uvedlo také jako vysvětlení pojmu péče o umírajícího, 47,06 % péče o nevléčitelně nemocné a 17,65 % tlumení bolesti. Taktéž ale byly sděleny nepřesné definice paliativní péče a to např. zmírnění příznaků. Dle výsledků této informace jde jasně vidět, že i v rozdílu 6 let jsou výsledky dotazníkového šetření velmi podobné a shodné.

Při porovnání otázky č. 3 bylo jasně zjištěno, že respondenti v našem výzkumu uvedli, že nejčastějším zdrojem informací je internet – 25,85 % a studium nebo praxe s 21,09 %. Naopak respondenti z bakalářské práce Terezy Šubrtové (2019) uvedli jako prvotní zdroj této informace rodinu a to v % zastoupení 24 % a jako druhý zdroj rádio 16 %. Tudíž je znát, že zdrojů informací o paliativní péči / umírání je mnoho. Nejvíce nás, ale překvapila odpověď od 1 respondenta, který uvedl, že sám(a) paliativní péči využíval(a).

U otázky č. 4, 77 respondentů, 74,02 % respondentů uvádí, že nejvhodnějším typem paliativní péče pro umírající je hospic i domácí péče, tudíž oba typy paliativního zařízení. Jako druhou častou odpovědí byla domácí péče, kdy tuto možnost zvolilo 20,77 % respondentů a nejméně 5,19 % respondentů, kteří zvolili hospic nebo paliativní oddělení. Dle výsledků u bakalářské práce Daniely Havlišové (2015) je znát, že názor laické veřejnosti je jednotný a shodný. 52,94 % respondentů taktéž uvedlo, že nejvhodnějším typem je hospic i domácí péče, dále 29,41 % zvolilo domácí péči a 17,62 % respondentů zaznamenalo hospic nebo paliativní oddělení. Určitě je tato otázka velmi individuální a záleží na umírajícím a rodině, co je pro ně nejvíce vhodné.

Otázka č. 5 se zabývala cílem paliativní péče. Ze 77 respondentů 71,42 % respondentů zvolilo odpověď, že se jedná o zbavení bolesti nemocného, 15,58 % respondentů zvolilo, že paliativní péče zabraňuje zhoršení nemoci a 12,98 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo a vynechalo ji. Možnou odpověď – zabránit vzniku nemoci nebo zbavení

nemoci nemocného nezvolil žádný z respondentů. Po porovnání s bakalářskou prací Daniely Havlišové (2015) byly výsledky taktéž shodné. Rovněž nejvíce respondentů s % zastoupením 94,12 % uvedlo, že paliativní péče zbavuje bolesti nemocného a 41,18 % zodpovědělo zhoršení nemoci. A taktéž ani z těchto respondentů nikdo neuvedl chybné odpovědi – zabránit vzniku nemoci nebo zbavení nemoci nemocného.

Otázka č. 6, která se zaměřovala na paliativní zařízení a byla zodpovězena 75 respondenty, neboť 2 respondenti na tuto otázku neodpověděli. 47 % respondentů uvedlo, že neznají žádné paliativní zařízení. Poté 53 % uvedlo znalost paliativního zařízení, z nichž někdo uvedl i dvě paliativní zařízení. Nejvíce zodpovězeným byl Hospic Citadela (25,53 %), dále Strom života (12,76 %) nebo Hospic sv. Alžběty (6,38 %). V porovnání s výsledky s bakalářskou prací Daniely Havlišové (2015), byly výsledky rozdílné. Dle výsledků druhé bakalářské práce bylo zjištěno, že 82,35 % zná nějaké paliativní zařízení, a to např. Hospic, Hospic Chrudim nebo Červený Kostelec. Naopak 17,65 % nezná žádné paliativní zařízení.

Jako druhý dílčí podcíl, jsme zjišťovali, **zda si respondenti myslí, že je možné pečovat i o novorozence v paliativní péči**, tento cíl byl splněn. Tento dílčí podcíl se týkal otázek č. 7, 8.

Otázka č. 7 zjišťovala, zda je možné poskytnout péči umírajícímu novorozenci před narozením. Na otázku č. 7 zodpovědělo 140 respondentů a je rozdělena na dvě části. První část, respondenti znající pojem paliativní péče – 77 respondentů a druhou část, kterou zaujímají respondenti, kteří neznají pojem paliativní péče – 63 respondentů. Z první části uvedlo 35,06 % respondentů, že tato péče ještě před narozením je možná, 57,14 % respondentů o této informaci neslyšeli a 7,79 % respondentů si myslí, že tato péče možná není. Naopak u druhé části u respondentů neznajících pojem paliativní péče 49,20 % jich zvolilo, že tato péče je možná, 47,61 % respondentů zvolilo, že o tomto pojmu neslyšeli a 3,17 % respondentů uvedlo, že tato péče možná není. Dle našich výsledků je relativně znát, že nejsou žádné velké rozdíly mezi respondenty znající a neznající pojem paliativní péče. Respondenti si myslí, že tato péče ještě před narozením je možná anebo o této informaci neslyšeli. Paliativní péče o umírajícího novorozence v laické veřejnosti není moc diskutovatelné téma, tudíž si myslíme, že tyto výsledky tomu odpovídají, neboť většina odpověděla, že o tomto pojmu nikdy neslyšeli.

Dále otázka č. 8 prošetřovala, zda je možné poskytnout péči umírajícím novorozenci. Taktéž i tato otázka byla rozdělena na dvě části respondentů. Ti, kteří znají pojem paliativní péče, bylo největší % zastoupením možnosti – ano, tato péče je možná s 96,10 % respondentů.

2,59 % respondentů zvolilo možnost – ne a respondent s 0,71 % na otázku neodpověděl. Druhou skupinou – respondenti, neznající pojem paliativní péče, 93,65 % respondentů zvolilo taktéž možnost ano a že je tato péče možná a 6,34 % respondentů uvedlo, že tato péče možná není. Dle našeho názoru jsou respondenti značně informováni a to ať už znající nebo neznající tento pojem a myslíme si, že je velmi důležité, aby laická veřejnost byla obeznámena s tím, že tato péče existuje.

Třetí dílčí podcíl, **zda se někdo z respondentů setkal s rodiči, kteří pečovali nebo aktuálně pečují o novorozence v paliativní péči**, byl splněn. Tento dílčí cíl byl zaměřen na otázku č. 10.

Otázka č. 10 mapovala, zda se někdo z respondentů setkal s rodiči, kteří pečovali nebo i aktuálně pečují o umírajícího novorozence. Z respondentů, kteří znají pojem paliativní péče se 16,88 % respondentů setkalo s někým, kdo pečoval o umírajícího novorozence a zbylých 83,11 % respondentů se s nikým takovým nesetkali. Naopak z respondentů, kteří neznají pojem paliativní péče bylo zjištěno, že 9,52 % respondentů se setkalo s rodiči umírajícího novorozence a 90,47 % respondentů nikoliv. Velmi nás překvapilo, že se celkem až 13,57 % respondentů setkalo s někým, kdo pečuje nebo pečoval o umírajícího novorozence. Taktéž si myslíme, že pro tyto respondenty mohlo být toto setkání jistým přínosem.

Čtvrtý dílčí podcíl, **zda má emoční dopad úmrtí novorozence na rodiče**, byl taktéž splněn. Jako poslední cíl byl zaměřen na otázky č. 11, 12, 13.

Otázka č. 11 zjišťovala, zda si respondenti myslí, že je v pořádku, aby rodiče zůstávali po úmrtí novorozence s ním. 50,64 % respondentů uvedlo jako odpověď, že matka i otec mají právo se rozloučit se svým dítětem. 48,05 % respondentů zvolilo možnou odpověď, že záleží na rodičích, jak se rozhodnou a dále 1 respondent s % zastoupením 1,29 % uvedl, že by rodiče měli být této situace ušetřeni. Tuto část zaujímali respondenti, kteří znají pojem paliativní péče a tomuto pojmu rozumí. Dále druhou část tvořili respondenti, kteří tento pojem neznají, ale na tuto otázku taktéž odpověděli. 49,20 % respondentů zodpovědělo možnost, že matka i otec mají právo, aby se se svým dítětem rozloučili, 61,90 % respondentů zvolilo, že v této situaci záleží na rodičích, jak se rozhodnou a poslední s % zastoupením 4,76 % respondentů, kteří si myslí, že by to psychicky náročná situace pro rodiče a neměli by po úmrtí s novorozencem být. Výsledky této otázky naplnily naše očekávání kladně, neboť rodiče v dnešní době opravdu mají právo na rozloučení se svým dítětem a pokud jsou

na to psychicky připraveni, je jim to umožněno. Opět toto rozhodnutí je velmi individuální a záleží na rodičích.

Otázka č. 12 měla zmapovat názor laické veřejnosti a to, zda si myslí, že může smrt novorozence ovlivnit partnerský / manželský život rodičů. Ze skupiny respondentů, kteří znají pojem paliativní péče, zodpovědělo 66,23 % respondentů, že smrt dokáže ovlivnit vztah mezi rodiči, dále 29,87 % respondentů uvedlo, že záleží na vztahu a komunikaci mezi partnery a 3,89 % zvolilo, že vztah není nijak ovlivněn. Druhá skupina, respondenti neznající paliativní péči, nejvíce bylo s % zastoupením 53,96 % respondentů, kteří uvedli, že dokáže smrt novorozence vztah ovlivnit, 44,44 % respondentů, že záleží na vztahu a komunikaci a 1 respondent s 1,58 % uvedl, že vztah není ničím ovlivněn. Nejčastější odpovědí tedy bylo, že smrt novorozence dokáže vztah ovlivnit, ale taky záleží na vztahu a komunikaci a partnery, přičemž tyto dvě odpovědi spolu souvisí.

Otázka č. 13 se zabývá věkem matky a to konkrétně, zda věk matky hraje roli při ztrátě. U respondentů znajících pojem paliativní péče, až 90,90 % respondentů uvedlo, že věk nehraje žádnou roli, 7,79 % respondentů uvedlo, že mladší matky nesou smrt novorozence lépe, než starší ženy a 1 respondent s 1,29 % uvedl, že mladší matky nesou smrt hůře než matky starší. Dále u respondentů, kteří neznají pojem paliativní péče, 84,12 % respondentů uvedlo, že věk matky nehraje roli při ztrátě novorozence, 11,11 % uvedlo, že mladší matky nesou smrt lépe, než matky starší a naopak, že mladší matky nesou smrt hůře než starší s % zastoupením 4,76. Dle našeho názoru i názoru respondentů nezáleží na věku matky při ztrátě novorozence, neboť opět je tato situace velmi individuální a každý se se ztrátou vyrovnává jinak.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V perinatologických centrech se někdy může setkat zdravotnický personál s novorozencem s diagnózou, která je neslučitelná se životem, ať už ihned po narození nebo poté později. Pro zdravotnický personál je klíčovým poznatkem, kdy u novorozence už není naděje na uzdravení, a proto se začnou zabývat jen péčí o kvalitu života v samotném závěru. U této péče mluvíme o péči paliativní. Tato péče by měla být poskytnuta vždy ve všech obdobích, a to v období prenatalní, během porodu, po porodu, během hospitalizace, ale i v domácím prostředí. V období prenatalním by měli být rodiče informováni o diagnóze, prognóze a všech náležitostech, které jsou důležité při rozhodování, zda v těhotenství dále pokračovat nebo ukončit. Rodiče se tímto stávají taktéž součástí týmu a mohou být s novorozencem během celé hospitalizace. Rodičům je vždy nabídnuta spolupráce se zdravotnickým personálem při komplexní ošetrovatelské péči např. při koupeli, krmení aj. Po ztrátě novorozence by měla být paliativní péče dále podporována prostřednictvím péče o pozůstalé rodiče. Psychologická pomoc je nabídnuta rodičům umírajícího novorozence, ale někdy je psychologická podpora podstatná i pro tým zdravotníků a tímto se může snižovat např. syndrom vyhoření.

Téma paliativní péče není úplně denně zveřejňované téma, a tak bychom touto bakalářskou prací chtěli poukázat na paliativní péči a zaměřit se konkrétně na úmrtí a ztrátu novorozence. Jsme si vědomy, že někteří lidé o tomto tématu neradi mluví a je to pro ně velmi citlivé, ale také si myslíme, že by laická veřejnost měla být informována.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá paliativní péčí v neonatologii. Pojem smrt snad každého člověka znepokojí a nerad se s tímto pojmem vůbec setkává. Smrt úzce souvisí s pojmem paliativní péče. Bohužel i tento pojem paliativní péče je někdy součástí lidského života, a málokdo si tento pojem spojí s čerstvě narozeným novorozencem, ale dá ho spíše do souvislosti se starším a těžce nemocným člověkem. A právě hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda má laická veřejnost ponětí; o paliativní péči a zda je možné poskytovat paliativní péči i novorozencům. Dále bylo zjištěno, zda se někdo z respondentů setkal s rodiči, kteří pečují nebo pečovali o novorozence v paliativní péči a zda má úmrtí novorozence dopad na rodiče.

V teoretické části jsme se v první kapitole zaměřili na definování paliativní péče, na její dělení a druhy paliativní péče u nás v České republice. Také velmi důležité bylo vysvětlení pojmu eutanázie, jaká je komunikace a etika v oblasti paliativní péče. Druhá kapitola nás seznamuje s pojmem neonatologie, s klasifikací novorozenců a vysvětluje pojem perinatologie. Dále se zaměřuje na paliativní péči v pediatrii, jaká je péče o umírajícího novorozence na jednotce intenzivní péče a v neposlední řadě je i zdůrazněn proces truchlení v paliativní péči.

Praktická část je vedena ve formě kvantitativního výzkumu, kdy jsme zjišťovali informace pomocí dotazníkového šetření. Hlavní cíl i dílčí podcíle byly splněny a taktéž si myslím, že by tato bakalářská práce mohla být přínosem pro laickou veřejnost. Otázky se zaměřily na informovanost laické veřejnosti o paliativní péči a také konkrétně na novorozence v paliativní péči. Dle získaných dat jsme zjišťovali, že laická veřejnost má ponětí o paliativní péči, avšak některé definice nebyly úplně přesné, ale myslím si, že pro laickou veřejnost je toto ponětí dostatečné. Od roku 2015 se informovanost o paliativní péče zvedla, a to hlavně díky internetu a sdělovacích prostředkům.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9437-1.
2. AMERY, Justin. *Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoli na světě*. 3. V Praze: pro Českou společnost paliativní medicíny vydalo nakladatelství Cesta domů, 2017. ISBN 978-80-88126-34-8.
3. BUŽGOVÁ, Radka a Lucie SIKOROVÁ. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0584-7.
4. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
5. DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9.
6. FAULL, Christina a Kerry BLANKLEY. *Palliative Care*. 2. United Kingdom: Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-870241-2.
7. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-447-4.
8. FIRTHOVÁ, Pam, Gill LUFFOVÁ a David OLIVIERE. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Open University Press, McGraw-Hill Education, 2005. ISBN 978-80-87029-21-3.
9. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.
10. KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-496-8.
11. KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
12. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

13. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
14. LEBL, Jan. *Klinická pediatrie*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-772-1.
15. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
16. LLOYD WILLIAMS, Mari. *Psychosocial Issues in Palliative Care*. 3. United Kingdom: Oxford University Press, 2018. ISBN 978-0-19-880667-7.
17. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
18. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
19. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.
20. *O organizaci paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4332-4.
21. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
22. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.
23. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0121-4.
24. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
25. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
26. SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.

27. TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
28. *When Children Die*. United States: Institute of Medicine, 2003. ISBN 1-888-624-8422.

Internetové zdroje

1. CARTER, Brian S. Providing Palliative Care for Newborns. *Pediatric Annals*. 2004, 33(11), 770-777. ISSN 0090-4481. Dostupné z: doi:10.3928/0090-4481-20041101-12
2. BERKOVÁ, Klára. Péče o novorozence na hranici viability. *Neopaliativa* [online]. Praha: Chiesi CZ, 2021 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://neopaliativa.cz/hranice-viability/>
3. BYSTRICKÝ, Zdeněk. Hospicová péče - organizace a zkušenosti z českých pracovišť. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha, 2001 [cit. 2021-2-11]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/hospicova-pece-organizace-a-zkusenosti-z-ceskych-pracovist-134569>
4. Mobilní hospic Ondrášek. Mobilní hospic Ondrášek [online]. Ostrava [cit. 2021-3-1]. Dostupné z: <https://mhondrasek.cz/cz>
5. Paliativní péče. *Paliativní péče* [online]. PEGAS CZ, 2021 [cit. 2021-03-01]. Dostupné z: <https://paliativni-pece.cz/>
6. PAZDERA, Lenka a Kamila ŠÍNOVÁ. *Perinatální hospic*. Perinatální hospic, 2013 [online]. [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://perinatálníhospic.cz/>
7. Standardy mobilní specializované paliativní péče. *Cesta domů* [online]. Praha: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2019 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/2018_standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final_0.pdf
8. STANÍČKOVÁ, Zuzana. Péče o novorozence na hranici viability. *Neopaliativa* [online]. Praha: Chiesi CZ, 2021 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://neopaliativa.cz/hranice-viability/>
9. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. 22. Care Comm, 2009. ISSN 1802-5307.

Akademické práce, které sloužily k porovnání výsledků

HAVLIŠOVÁ, Daniela. *Představy laické veřejnosti o paliativní péči*. Pardubice, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.

ŠUBRTOVÁ, Tereza. *Informovanost laické veřejnosti o mobilní hospicové péči*. Plzeň, 2019. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Lenka Kroupová.

LAKOSILOVÁ, Veronika. *Paliativní péče v prenatální diagnostice*. Zlín, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Žárská.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

cm	centimetr
č.	číslo
°C	stupeň Celsia
DIC	diseminovaná intravaskulární koagulopatie
g	gram
JIP	Jednotka intenzivní péče
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
např.	například
Sb.	sbírka zákonů
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
WHO	Světová zdravotnická organizace
%	procento

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vymezení pojmu „paliativní péče“ vlastními slovy. (vlastní zdroj)	34
Tabulka 2: Kde se ještě respondenti setkali s pojmem paliativní péče mimo možné odpovědi v dotazníku.....	35
Tabulka 3: Dle respondentů cíl paliativní léčby. (vlastní zdroj).....	38
Tabulka 4: Konkrétní uvedení paliativních zařízení dle respondentů. (vlastní zdroj).....	39

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Zastoupení respondentů, kteří znají pojem paliativní péče a kteří nikoliv. (vlastní zdroj).....	33
Graf 2: Zdroj informací o paliativní péči. (vlastní zdroj)	35
Graf 3: Dle respondentů nejvhodnější typ paliativní péče. (vlastní zdroj)	37
Graf 4: Znalost respondentů o paliativních zařízeních. (vlastní zdroj).....	39
Graf 5: Odpovědi na otázku č. 7 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj).....	41
Graf 6: Odpovědi na otázku č. 7 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče.	41
Graf 7: Odpovědi na otázku č. 7 – respondenti, kteří neznají pojem paliativní	42
Graf 8: Odpovědi na otázku č. 8 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj).....	43
Graf 9: Odpovědi na otázku č. 8 – respondenti, kteří znají pojem „paliativní péče“. (vlastní zdroj).....	43
Graf 10: Odpovědi na otázku č. 8 – respondenti, kteří neznají pojem „paliativní péče“. (vlastní zdroj).....	44
Graf 11: Odpovědi na otázku č. 9 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj).....	45
Graf 12: Odpovědi na otázku č. 9 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj).....	45
Graf 13: Odpovědi na otázku č. 9 – respondenti, kteří neznají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj).....	46
Graf 14: Odpovědi na otázku č. 10 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj).....	47
Graf 15: Odpovědi na otázku č. 10 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj).....	47
Graf 16: Odpovědi na otázku č. 10 – respondenti, kteří neznají pojem „paliativní péče“. (vlastní zdroj).....	48
Graf 17: Odpovědi na otázku č. 11 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj).....	49
Graf 18: Odpovědi na otázku č. 11 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj).....	49
Graf 19: Odpovědi na otázku č. 11 – respondenti, kteří neznají pojem „paliativní péče“. (vlastní zdroj).....	50
Graf 20: Odpovědi na otázku č. 12 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj).....	51
Graf 21: Odpovědi na otázku č. 12 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj).....	51
Graf 22: Odpovědi na otázku č. 12 – respondenti, kteří neznají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj).....	52
Graf 23: Odpovědi na otázku č. 13 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj).....	53
Graf 24: Odpovědi na otázku č. 13 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj).....	53
Graf 25: Odpovědi na otázku č. 13 – respondenti, kteří neznají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj).....	54

Graf 26: Odpovědi na otázku č. 14 z celkového počtu respondentů. (vlastní zdroj).....	55
Graf 27: Odpovědi na otázku č. 14 – respondenti, kteří znají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj).....	55
Graf 28: Odpovědi na otázku č. 14 – respondenti, kteří neznají pojem paliativní péče. (vlastní zdroj).....	56
Graf 29: Pohlaví respondentů.	57
Graf 30: Věk respondentů.....	58
Graf 31: Vzdělání respondentů.	59
Graf 32: Respondenti a jejich zaměstnanecký status.....	60
Graf 33: Rodinný stav respondentů.	61
Graf 34: Víra respondentů	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Ráda bych Vás požádala o vyplnění mého dotazníku. Jmenuji se Tereza Čížová a jsem studentka 3. ročníku oboru Porodní asistence na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Tento dotazník je zcela anonymní a bude sloužit k vypracování mé bakalářské práce na téma – **Paliativní péče v neonatologii**. Vaše odpovědi budou použity pro šetření v mé praktické části bakalářské práce. Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte, aby byly informace shromažďovány a zpracovávány za účelem výzkumu.

Prosím, své odpovědi zakroužkujte.

Děkuji za Váš čas, který věnujete mému dotazníku.

Tereza Čížová

1. Víte, co znamená pojem paliativní péče?

- Ano
- Ne

Pokud jste odpověděli NE, pokračujte na otázku č. 7.

Pokud jste odpověděli ANO, pokračujte dále následující otázkou.

2. Co je podle Vás pojem paliativní péče? (vlastními slovy)

.....

3. Kde jste se setkali s pojmem paliativní péče? (Můžete zvolit i více možností)

- Sama jsem paliativní péči využívala
- Sousedé využívali paliativní péči
- Někdo blízký využíval paliativní péči
- Tisk
- Internet
- Televize
- Rádío
- Rodina
- Přátelé
- Jiné

4. Jaký si myslíte, že je nejvhodnější typ paliativní péče?
- Hospic nebo paliativní oddělení
 - Domácí péče – zdravotnický tým dojíždí za nemocným do domácího prostředí
 - Oba typy – záleží na nemocném a rodině
5. Jaký si myslíte, že je cíl paliativní péče?
- Zabránit vzniku nemoci
 - Zbavení nemoci nemocného
 - Zabránit zhoršení onemocnění
 - Zbavení bolesti nemocného
6. Znáte nějaké zařízení paliativní péče? Pokud ano, uveďte.
- Ano
 - Ne
7. Myslíte si, že je možné poskytnout péči i před narozením novorozence, který umírá?
- Ano
 - Ne, tato péče před narozením není možná
 - Nevím, neslyšel (a) jsem o tom
8. Myslíte si, že je možné poskytnout péči umírajícímu novorozenci / dítěti (např. tlumení bolesti)?
- Ano
 - Ne
9. Víte, jaká je hranice viability plodu tzv. šedá zóna - schopnost plodu přežít, růst a vyvíjet se normálně?
- 18. – 20. týden
 - 20. - 22. týden
 - 22. - 24. týden
 - Zním pojem „šedá zóna“, ale neznám hranici
 - Nevím, neslyšel (a) jsem o tomto pojmu

10. Setkali jste se s někým, kdo pečoval / pečuje o umírajícího novorozence ?

- Ano
- Ne

11. V dřívějších dobách odnášeli novorozence při úmrtí z porodního sálu. V dnešní době je možné, aby rodiče s dítětem zůstali. Myslíte si, že je to tak v pořádku?

- Ano, matka i otec mají právo na rozloučení se svým dítětem
- Ne, pro matku i otce je to psychicky náročná situace a měli by být rozloučení s dítětem ušetřeni
- Záleží na rodičích, jak se rozhodnou

12. Myslíte si, že může smrt novorozence ovlivnit partnerský / manželský život rodičů novorozence?

- Ano
- Ne
- Záleží na vztahu a komunikaci mezi partnery

13. Myslíte, že hraje roli věk matky při ztrátě dítěte?

- Ano, mladší matky nesou smrt novorozence lépe než starší
- Ano, mladší matky nesou smrt novorozence hůře než starší
- Ne, věk při ztrátě novorozence nehraje žádnou roli

14. Myslíte si, že je možné, aby při umírání novorozence byli přítomni i ostatní členové rodiny?

- Ano, každý z rodiny by se měl s dítětem rozloučit
- Ne, není to vhodné
- Nevím, nepřemýšlel (a) jsem o tom

15. Jaké je vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

16. Kolik je Vám let?

- 18 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 – 70 let
- 71 let a více

17. Jaké máte vzdělání?

- Základní
- Střední bez maturity
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

18. Jste?

- Student
- Pracující
- Důchodce

19. Jaký je váš rodinný stav?

- Svobodný / svobodná
- Ženatý / vdaná
- Rozvedený / rozvedená
- Jiný stav.....

20. Jste věřící?

- Ano
- Ne
- Jiné.....