

PALIATIVNÍ PÉČE O LIDI S HANDICAPEM

PALLIATIVE CARE FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

Marie Macková

***Abstract:** Palliative care has experienced great development in recent years. Professional societies are putting pressure on governments to palliative care has become one of the human rights. Needs of patient with physical, mental or intellectual disabilities or patients with several diseases are traditionally overlooked in palliative care and their needs at the end-of-life are underestimated. In this paper we focus on this particular group of patients and point out that the concept of palliative care can be used in all patients, regardless of their condition or age.*

***Keywords:** Palliative care, Disabilities, Vulnerability, Decisions making, End-of-life care.*

Úvod

Mnoho pacientů se setkává na konci svého života s nedostatečnou paliativní péčí. Někteří pacienti jsou nedostatečnou paliativní péčí ohroženi více než jiní. Na první pohled se může zdát, že koncept sociální zranitelnosti v paliativní péči je prost veškerých diskriminačních prvků. Můžeme argumentovat, že všichni, kteří jsou na pokraji svého života, jsou sociálně zranitelní. Handicapovaní lidé přesto mohou být sociálně více zranitelní než jiní.

Lékaři působící v paliativní péči, kteří vycházejí z tradičního onkologického paradigmatu (Hanks, 2010) mohou mít nedostatek informací nebo se mohou cítit přetížení, pokud mají poskytovat paliativní péči i handicapovaným lidem na konci jejich života. Bohužel neexistuje mnoho studií, jež by se zabývaly potřebami handicapovaných lidí na konci jejich života (Kristjanson, Coyle in Doyle, 2004). Lékaři zabývající se paliativní péčí se mohou cítit bezradní, pokud jsou konfrontováni s pacienty, jejichž trajektorie onemocnění je odlišná od trajektorie onkologického onemocnění a přesto tito pacienti vykazují shodné obtíže fyzické, psychické či duševní jako pacienti s onkologickým onemocněním. Pocity neschopnosti nebo bezmocnosti mohou zapříčinit terapeutický nihilismus, kdy nejsou nabízeny obvyklé možnosti péče jako u ostatních onkologických pacientů s odůvodněním, že handicapovaný pacient takovouto péčí nepotřebuje nebo tato péče není nutná.

Potřeby pacientů s fyzickým, psychickým či intelektuálním handicapem či pacienti s několika onemocněními jsou tradičně v paliativní péči přehlíženi a jejich potřeby na konci života jsou podceňovány. V tomto příspěvku se zaměřuji právě na tuto skupinu pacientů a poukazuji, že koncept paliativní péče lze využít u všech pacientů, bez ohledu na jejich onemocnění či věk.

1 Sociálně konstruovaná zranitelnost

Sociální konstruktivismus, teoretický přístup široce akceptovaný v sociálních i humanitních vědách (absentující však v tradičním medicínském diskurzu) tvrdí, že nerovnosti či rozdíly v takových poměrech jako je například pohlaví, rasa, sexuální orientace nebo postižení nejsou založeny na biologických determinantech. Tyto rozdíly spíše vyvstávají v sociálním kontextu a jejich význam se může měnit v průběhu času. Jinak řečeno, sociální realita není jedinci objektivně dána jako fakt, ale je neustále znovu konstruována v procesu sociální interakce a komunikace.

Přístup sociálního konstruktivismu k handicapu poukazuje na skutečnost, že handicapovaní lidé musí překonávat jak bariéry dané svým postižením, tak bariéry dané společností v níž žijí (Shakespeare, Watson, 2002). Stigmatizující postoj je začleněn již v přístupu k těmto lidem, kdy vztah jedince a jeho životního prostředí je popisován jako zážitek postižení. Sociální konstruktivismus upozorňuje, že porozumění postižení nemusí být zaměřeno pouze na fyzické či psychické omezení, ale musí být rovněž zaměřeno na hodnotu či naopak ztrátu hodnoty, kterou popisujeme jako ztrátu nebo zranitelnost. Od doby, kdy je člověk popisován jako osobnost, je do osobnosti lidí s postižením zahrnováno i toto postižení.

1.1 Zranitelnost

V běžném slovníku je zranitelnost popisována jako vnitřní pocit citlivosti ke zranění. Pokud se cítíme zranitelní, zažíváme obavy z poškození integrity svého těla nebo obavy z poškození své emoční či psychické složky osobnosti. Náhlá ztráta tělesné integrity, zážitek bolesti či zastřeného vědomí – to vše může vyvolat pocity bezmocnosti, nekompetence a strachu. Univerzální lidská zkušenost blížící se smrti je vždy doprovázena pocitem neznáma. Kottow (2003, s. 282) se domnívá, že zranitelnost je součástí této zkušenosti blížící se smrti: „zranitelnost znamená, že žijeme s vědomím smrtelnosti“. Domnívám se, že pokud je někdo nemocný nebo handicapovaný, není již pouze „zranitelný“, ale stává se „zraněným“ či náchylný k dalším zraněním.

Zranitelnost může být způsobena i vnějšími faktory. U toho, kdo se cítí zranitelný – v kontextu život limitujícího onemocnění – je třeba zjistit, co může provokovat zvýšenou citlivost. Kottow se domnívá, že je rozdíl mezi situacemi, kdy se všichni obecně cítíme zranitelnými v důsledku své smrtelnosti nebo situacemi, kdy jsme konkrétně zranitelnými v důsledku různých životních okolností.

Poměry, v nichž lidé žijí a předpoklady, jež vytváří společnost, tvoří zranitelnost daného člověka. Zranitelnost vyvstává nejen na základě našeho životního prostředí, ale i na základě přístupů společnosti k různým skupinám lidí. Pokud zranitelnost vyvstává na základě vztahů ve společnosti a společenského přístupu, hovoříme o sociální zranitelnosti. A tato sociální zranitelnost je velmi lehce ovlivnitelná informací, která v dané společnosti koluje.

1.2 Handicap

Mnoho předpokladů a významných hodnocení je založeno na rozdílných přístupech k rozdílným handicapům. Handicap – jako například slepota či hluchota

– odůvodňuje, proč je třeba k handicapovaným lidem přistupovat rozdílně. Z pohledu sociálního konstruktivismu však tento handicap nezakládá žádný důvod, aby k těmto lidem bylo přistupováno rozdílně. Sociální konstruktivismus spíše tvrdí, že tyto rozdílné přístupy si asociujeme s jednotlivými handicapy. Například se domníváme, že nevidomí lidé nejsou schopni žít nezávisle. Jenže pokud mají patřičnou podporu ve formě vodícího psa, bílé hole, speciálního počítače, je spousta bariér zabraňujících nezávislému životu odstraněna. Slepota přestává být bariérou i u lidí, jež trpí kombinovaným postižením – slepotou i hluchotou zároveň. Z pohledu sociálního konstruktivismu většina bariér vzniká jen díky tomu, že společnost určila, co je „normální“ a co ne. Handicapovaní lidé jsou obvykle popisováni jako lidé „abnormální“, jako lidé, kteří potřebují speciální podmínky. Opozicí k tomuto pohledu na handicapované lidi může být názor, že tito lidé jsou pouze důkazem široké různorodosti lidského bytí.

Všeobecně převládá ve společnosti názor, že handicapovaní lidé jsou lidé, jež s heroickým úsilím a navzdory osudu žijí svůj život; že tito lidé jsou hodni soucitu; že potřebují pomoc, protože jsou handicapovaní; že jejich postižení činí v každém ohledu jejich život horší. Na druhou stranu různé výzkumy dokazují, že životní spokojenost handicapovaných lidí se neliší od životní spokojenosti ostatních (Kothari, 2004). Navzdory tomu bývají handicapovaní lidé vyčleňováni se života společnosti a bývá na ně pohlíženo jako na osoby, jež se musí vyrovnávat se svými „odlišnými“ životními poměry. Handicapovaní lidé bývají odsunováni na okraj společnosti. Bývají často společností stigmatizováni. Život s tímto stigmatem zanechává hluboké stopy na jejich osobnosti, které souvisejí s jejich devalvací ve společnosti a upevňováním bariér v systému zdravotní péče (Taylor, 2000, Wolfensberger, 2011).

Některé bariéry jsou jasné a zjevné, jako například volba dopravy či přístup do kanceláří, na kliniky a do diagnostických center. Jiné bariéry nejsou tak zřetelné. Například dostatek poskytovatelů zdravotní péče, jež by byli schopni reagovat na potřeby jednotlivých lidí s handicapem. Někdy to vychází z předpokladu, že handicapovaní lidé nejsou „úplnými lidmi“ v pravém slova smyslu. Foti a kolektiv (2005) ve své studii se 150 vážně mentálně handicapovanými lidmi žijícími ve společné komunitě prokázali, že tito lidé byli schopni se podílet na plánování své budoucí péče. Ve srovnání s širokou veřejností, tito lidé méně často volili ukončení podpory základních životních funkcí, vyjma případů ireverzibilního poškození mozku a komatu.

Znevýhodnění se velmi často kumulují. Fyzický, psychický či intelektuální handicap s sebou často nese i další znevýhodnění v oblasti ekonomické, zákonné či související s přístupem k informacím. Handicapovaní lidé jako celek trpí ve srovnání se zbytkem populace vyšší mírou chudoby, mají nižší vzdělání, nižší příjmy a vyšší výdaje za zdravotní péči (Duclos, Langlois, 2003). Jakýkoli zásah do jejich křehké finanční stability v podobě pomoci v domácnosti, speciální výživy, zdravotní péče a dalších výdajů může skončit dalším zvýšením zranitelnosti a dalším zvýšením chudoby. Lidé s intelektuálním či kognitivním handicapem mohou mít méně informací o systému pomoci na konci života, nemusí vědět, na koho se obrátit v případě nutnosti o pomoc, nebo jak dát své potřeby a obavy najevo. Tato kumulace jednotlivých

znevýhodnění má za následek neadekvátní nabídku paliativní péče handicapovaným lidem.

2 Paliativní péče o handicapované

V rámci běžného modelu paliativní péče, je ohniskem zájmu, stejně jako v medicíně samotné, pacient. Paliativní nebo podpůrná péče je tak poskytována jednotlivci v různých stupních intenzity, na základě jeho individuálních potřeb. Koncept zranitelnosti přidává k tomuto schématu ještě další dimenzi. Zohledňuje tak vážné rozdíly v nabídce paliativní péče lidem na okraji společnosti, lidem handicapovaným. Opomíjení a zvýšená zranitelnost jsou výsledkem předsudků, nesprávných postojů a nesprávných předpokladů a vedou ke snížené nabídce zdravotní péče.

Opomíjení je proces postavený na rozdílnosti. Je to proces postavený na dichotomiím vnímání světa „my“ a „oni“. Je to proces založený na rozdílech ve věku, ekonomickém statusu, handicapu, genderu, rase, úrovni ekonomiky dané země apod. Tento proces je základem rozdílného přístupu k jednotlivým lidem. Jak vzrůstá opomíjení, vzrůstá i tendence upustit od kurativní péče dříve a nabídky paliativní péče. Pokud například nebude zahájena léčba antibiotiky, dojde k rozsevu infekce do celého těla a na místě bude sedace pacienta. Opomíjení může být i výsledkem politické nestability a chudoby dané země. Například v Jižní Africe došlo k pandemii HIV/AIDS. Počet léků pro HIV pozitivní je omezený a tak je pacientům nabízena pouze paliativní péče. Aplikováním konceptu zranitelnosti na model paliativní péče lze odhalit různé mezery a příležitosti ke zlepšení nabízené paliativní péče pro lidi s handicapem.

2.1 Rozhodování o konci života

Rozhodování o ukončení léčby závisí na mnoha faktorech – na typu onemocnění, lokalizaci onemocnění, průběhu léčby, osobnosti pacienta. V této souvislosti jsou vedeny mnohé etické debaty. Řada těchto debat se týká termínů neresuscituj („do-not-resuscitate“), dříve vyjádřených přání (advance directives) a pověření druhé osoby (health care proxy). Názory jednotlivých lékařů a dalších zdravotnických pracovníků jsou v této oblasti velmi nejednotné. Vedou diskuze, kdy pacienta informovat o skutečnosti, že se blíží konec jeho života a nakolik lze respektovat přání pacienta související s péčí na konci života.

Rozhodování o ukončení léčby je primárně vedeno mezi lékařem a jeho pacientem, v rámci paliativní péče je do tohoto procesu obvykle začleňována i rodina. Pacient si může určit preference ohledně péče na konci života a očekává, že tyto jeho preference budou respektovány. Praxe podporující individuální autonomii v procesu rozhodování o péči na konci života je pevně zakotvena v základních principech paliativní péče. Na příkladech lidí s handicapem si však můžeme ukázat, jak je tento přístup nedokonalý.

Pacienti s handicapem jsou více než ostatní ohroženi vyloučením z tohoto procesu rozhodování. Proces rozhodování je totiž založen na dostatku informací. Může se stát, že například neslyšící pacienti nedostanou potřebné informace, pokud si nezajistí tlumočníka do znakové řeči. Tento problém může vyvstat zejména v odlehlých nebo

venkovských oblastech. Pacienti s jinými komunikačními bariérami mohou mít vůbec problém komunikovat se zdravotníky, pokud si nezajistí sami potřebné pomůcky pro překlenutí komunikačních bariér. Řada pacientů rovněž nedostane příležitost vyjádřit svá přání či jejich přání nejsou respektována.

Lidé s mentálním či kognitivním handicapem jsou často označováni za inkompetentní v procesu rozhodování o ukončení léčby. Jejich informovanost je malá či vůbec žádná a není jim poskytnut žádný čas na rozhodování (Tuffrey –Wijne, 2003).

Předsudky a mylné představy o životě s postižením mají za následek chybná rozhodnutí. Řada lékařů například předpokládá, že handicapovaní lidé si automaticky nepřejí resuscitaci nebo že život na ventilátoru pouze zvýší jejich utrpení a tudíž takovou léčbu handicapovaným lidem ani nenabízí. Onkologové nemají zkušenosti s léčbou handicapovaných lidí. Trajektorie onkologického onemocnění je rozdílná od trajektorie neonkologického onemocnění. Tyto rozdíly nejsou akceptovány. Handicapovaní lidé potřebují jinou paliativní péči než onkologičtí pacienti.

Dříve vyjádřená přání mají mnoho svých zastánců, kteří argumentují dále popsánymi přednostmi i mnoho kritiků, kteří zmiňují úskalí problematiky. Mezi největší přednosti patří bezesporu respekt k autonomii jedince, vyjádřená přání se stávají zdrojem informací pro zdravotnický personál a mohou nastartovat komunikaci pacienta se zdravotníky. Největšími úskalími se zdá být zneužití těchto přání nátlakem na pacienta. Další skupina kritiků si myslí, že těmito opatřeními se mají snížit náklady na léčbu lidí s jistým handicapem. Nedůvěru v tento systém mají pacienti některých etnických kultur.

2.2 Vztah mezi pečujícím a příjemcem péče

V tradičním medicínském přístupu je často kritizován nerovnoprávný vztah mezi pacientem a poskytovatelem péče. Paliativní péče díky svému interdisciplinárnímu týmovému přístupu, který v sobě zahrnuje i rodinné příslušníky a neformální poskytovatele péče, tento tradičně nerovnoprávný vztah narušuje.

Vztah mezi pečujícím a příjemcem péče je postaven na dobré vůli, která přináší záruku úspěšného a rovnoprávného vztahu. Paliativní péče se intenzivně zabývá vztahem mezi pečujícím a příjemcem péče. Informovanost obou stran zvyšuje kvalitu poskytované péče. Přesto tyto aspekty mohou vytvářet a udržovat zvýšenou zranitelnost u lidí s handicapem.

Pro mnohé zdravotně postižené osoby je zdravotní péče trvalou součástí jejich života. Lékaři, rehabilitační pracovníci a další odborníci se komplexně starají o jejich tělo i mysl. Vztahy s poskytovateli péče jsou podrobovány pečlivému zkoumání. Poskytovatelé péče mnohdy přímo zasahují do života lidí s handicapem. U řady zdravotně postižených lidí musí kooperovat několik poskytovatelů péče najednou. Tito poskytovatelé péče by měli být seznámeni s preferencemi daného člověka ohledně péče na konci života. Hrozí, že tyto poskytovatelé nebudou schopni rozpoznat jejich vlastní spoluúčast na zvýšené zranitelnosti lidí s handicapem. V domnění, že paliativní péče klade důraz na autonomii pacienta, nemusí rozpoznat, že osoba s handicapem má dlouhodobou negativní zkušenost s poskytovateli péče a nevyjádří tedy svou pravou

vůli ohledně konce svého života. Lidé, kteří poskytují paliativní péči, věří, že se chovají k pacientům odlišně, ale na konci života nemusí být dostatek času k tomu, aby tento fakt osoba se zdravotním postižením rozpoznala.

Může docházet k tomu, že poskytovatelé péče se u osob se zdravotním postižením setkají s neznámou trajektorií umírání a bude to z jejich strany vyžadovat kreativitu a představitivost, aby bylo dosaženo optimálního stupně paliativní péče. Každý problém tak poskytovatelům péče nabízí možnost přehodnotit a přebudovat jejich filozofii a praxi v paliativní péči.

2.3 Opatření urychlující smrt

Zastánci asistované sebevraždy často argumentují tím, že lidé již nechtějí dále žít s různými omezeními. Výzkumy však ukazují, že lidé s handicapem chtějí žít a žijí rádi (Dees, 2011). U onkologických pacientů se pomýšlí na možnost depresivního ladění a je jim nabízena adekvátní léčba. Rovněž se hledají možnosti, jak zvýšit kvalitu jejich života, jež je časově omezen. U handicapovaných lidí se depresivní ladění často podceňuje a lékaři se domnívají, že handicapovaní lidé jsou již zkrátka unaveni životem s handicapem a nepřejí si žádnou další kurativní ani paliativní péči. Rovněž je často opomíjena kvalita jejich života.

Představme si dva pacienty, dva mladé muže, oba neléčitelně nemocné. Jeden je již několik let quadruplegik na ventilátoru, druhý trpí pokročilým stadiem onkologického onemocnění. Oba vysloví přání zemřít za pomoci asistované sebevraždy. U jednoho lékaři zahájili léčbu antidepressivy, u druhého zahájili proces schvalování asistované sebevraždy. Který z nich byl léčen antidepressivy? Již zřejmě tušíte. Ano, léčba antidepressivy byla zahájena u pacienta s onkologickým onemocněním. Pacientu na ventilátoru byla umožněna asistovaná sebevražda.

Toto není hypotetický příklad. Tím pacientem byl David Rivlin, který v osmdesátých letech žil v pečovatelském domě v Michiganu, USA. Tento muž si přál žít ve svém vlastním domě. Bohužel stát Michigan dotoval nezávislý život v komunitě pouze 10 dolary na den, oproti 230 dolarům na den při životě v pečovatelském domě. David tak žil osamělý život v pečovatelském domě a nakonec se rozhodl pro asistovanou sebevraždu. V jeho posledním rozhovoru, který poskytl novinářům těsně před smrtí však naznačil, že si nepřeje zemřít, společnost mu však nedává na výběr, neboť nikdo nerespektoval jeho přání žít ve svém vlastním domě (Longmore, 1991).

3 Situace v České republice

V České republice dochází k rozvoji paliativní péče v první polovině 90. let. Bohužel stále není paliativní péče všeobecně dostupná. V roce 2009 zemřelo v lůžkových a domácích hospicích 3 000 osob, což činí asi 3 % všech úmrtí v České republice (Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015, 2011).

Pacienti obecně nedostávají potřebné a pravdivé informace o jejich diagnóze a prognóze, pečující přátelé a příbuzní nejsou podporováni v tom, aby je doprovázeli, a chybí jim profesionální podpora (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011). Přístup

k paliativní péči mají především onkologičtí pacienti, ostatní skupiny pacientů, zejména pak senioři trpící chronickými nemocemi mají přístup k paliativní péči velmi omezený. (Kalvach, Kabelka, 2011). Lze tedy předpokládat, že u osob s handicapem bude situace obdobná.

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015 (dále jen Strategie) byla vypracována v souladu s mezinárodními dokumenty zabývajícími se paliativní a hospicovou péčí a obsahujícími výčet doporučení, které mají jednotlivé státy za účelem podpory a rozvoje paliativní péče na svých územích naplňovat.

Cílem strategie je zajistit všem lidem bez rozdílu důstojný odchod ze života prostřednictvím zabezpečení nejlepší možné kvality péče o pacienty s pokročilým progresivním onemocněním a jejich rodiny. Za tímto účelem je nezbytné změnit současný stav, který nevyhovuje požadavkům ani doporučením vyplývajícím z mezinárodních dokumentů. Strategie si vytyčuje cestou legislativních a jiných systémových opatření dosáhnout požadovaných změn (Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015, 2011).

Závěr

Aplikace dimenze zranitelnosti na model paliativní péče umožňuje odhalit nedostatky tohoto konceptu a zlepšení kvality paliativní péče i u handicapovaných lidí. Tento model ukazuje, že je třeba paliativní týmy rozšířit o další odborníky, jež mají zkušenosti s poskytováním péče handicapovaným lidem. Rovněž je třeba změnit pohled společnosti na lidi s handicapem a vnímat je jako „úplné lidi“, jež jsou kompetentní rozhodovat o svém životě i smrti. Pouze za těchto podmínek bude nabídka paliativní péče rozšířena i na opomíjené skupiny lidí.

Reference

DUCLOS, E., LANGLOIS, R. *Participation and activity limitation. Disability Supports in Canada. Survey.* Ontario: Statistics Canada, Ministry of Industry. Catalogue no. 89-580-XIE. March 2003.

DEES, M. K et al. “Unbearable suffering“: a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. In *Journal of medical ethics*. 2011, vol. 37, no. 12, pp. 727 -734. ISSN 1473-4257.

HANKS, G. et al. *Oxford textbook of palliative medicine*. 4th edition. Oxford: Oxford University Press, 2010. 1696 p. ISBN 978-0-19-969314-6.

FOTI, M. E. et al. End of life treatment preference of person with serious mental illness. In *Psychiatry Service*. 2005, vol. 56, no. 5, pp. 585-591. ISSN 1075-2730.

KALVACH, Z., KABELKA, L. Paliativní péče v geriatrii. In SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2.vyd. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262849-0.

KOTHARI, S. Clinical (mis)judgements of duality of life after disability. In *Journal of clinical ethics*. 2004, vol. 15, no. 4, pp. 300-307. ISSN 1046-7890.

KOTTOW, M. H. The vulnerable and the susceptible. In *Bioethics*. 2003, vol. 17, no. 5,6, pp. 460-471. ISSN 0269-9702.

KRISTJANSON, L., COELE, N. Qualitative research. In DOYLE, D. et al. *Oxford textbook of paliative medicine*. 3rd edition. Oxford: Oxford University Press, 2004. 1270 p. ISBN 978-0-19-856698-4.

LONGMORE, P.K. The strange death of David Rivlin. In *Western Journal Medicine*. 1991, vol. 154, no. 1, pp. 355-364. ISSN 0093-0415.

SHAKESPEARE, T., WATSON, N. The social model of disability. An outdated ideology? In *Research in Social Science and Disability*. 2002, vol. 2, no. 1, pp. 9-28. ISSN 1479-3547.

SLÁMA, O., KABELKA, L, VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2.vyd. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262849-0.

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015. 2011 [cit. 2013-05-25]. Dostupné na WWW: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/cinnost-rady/zasedani-rady/Strategie-paliativni-pece_schvaleno-RLP.doc>.

TAYLOR, S. J. „You are not a retard, you are just unwise.“ Disability, social identity, and family network. In *Journal of Contemporary Ethnography*. 2000, vol. 29, no. 1, pp. 58-92. ISSN 0891-2416.

TUFFREY-WIJNE,I. The paliative care needs of people with intellectual disabilities: a literature review. In *Paliative Medicine*. 2003, vol. 17, no. 1, pp. 55-62. ISSN 0269-2163.

WOLFENSBERGER, W. Social role valorization and, or Versus „Empowerment“. In *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2011, vol. 49, no. 6, pp. 469-476. ISSN 1934-9556.

Kontaktní adresa

Marie Macková, PhDr., PhD., RSW

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Průmyslová 395, 532 01 Pardubice, Česká republika

E-mail: marie.mackova2@upce.cz

Tel. číslo: 466 037 734