

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2015

Alžběta Faltová

Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Mezinárodní sociální a humanitární práce

Faltová Alžběta

Veřejné mínění obyvatel Olomouce o hospicové péči.

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zlata Čajanová, DiS.

2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně, a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 22. 3. 2015

.....

Alžběta Faltová

Poděkování

Tímto bych chtěla upřímně poděkovat paní Mgr. Zlatě Čajanové, vedoucí práce, za její ochotu, čas a cenné rady, které mi poskytla při vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala svým rodičům, přátelům a spolužákům, kteří mě podporovali nejen při psaní této práce, ale především v průběhu celého studia.

„Smrti se neboj. Dokud jsi tu ty, není tu smrt, až tu bude, nebudeš tu ty.“

Čínské přísloví

Obsah

1	Hospicové hnutí	9
1.1	Definice hospicové péče	10
1.2	Paliativní péče	11
2	Představení hospice.....	13
2.1	Domácí hospicová péče.....	14
2.2	Hospic na Svatém Kopečku	15
3	Potřeby umírajících a klientů hospice.....	17
4	Výzkum veřejného mínění.....	19
4.1	Funkce veřejného mínění	20
4.2	Hlavní etapy výzkumu veřejného mínění	21
4.3	Výzkumy o paliativní a hospicové péči	22
5	Výzkumná část.....	24
5.1	Empirický výzkum	24
5.1.1	Výzkumný cíl, dílčí cíle, hypotézy a jejich operacionalizace.....	24
5.2	Metodologie výzkumu a přístup k zpracování dat	27
5.3	Předvýzkum.....	28
5.4	Průběh výzkumu.....	28
5.5	Obecná charakteristika výzkumného vzorku	29
5.6	Výsledky z analýzy dat	30
5.6.1	Povědomí o hospicích a hospicové péči	30
5.6.2	Povědomí obyvatel Olomouce o konkrétní činnosti hospice.....	36
5.6.3	Potřeba obyvatel Olomouce být informováni o činnosti hospiců.....	40
5.6.4	Zainteresovanost obyvatel Olomouce do pomáhání hospici	46
6	Závěry výzkumu	50
7	Diskuze	51
	Shrnutí.....	53

SEZNAM ZDROJŮ a LITERATURY	54
Knihy	54
Odborné články	56
Elektronické zdroje	56
SEZNAM PŘÍLOH.....	57
Příloha 1: Průvodní dopis pro tazatele	58
Příloha 2: Standardizovaný rozhovor – záznamový arch	59

ÚVOD

Tato práce se zabývá veřejným míněním, tedy postoji, názory a povědomím veřejnosti, které jsou formovány a utvářeny různými faktory, mezi něž lze zahrnovat media. Právě ta hrají důležitou roli při poskytování informací, skrze které se formuje veřejné mínění. Povaha veřejného mínění pak může hrát roli v poskytování a využívání sociálních služeb; stejně jako jejich financování.

Cílem práce je pomocí kvantitativního výzkumu zjistit, jak jsou olomoučtí obyvatelé informováni o hospicové péči a činnosti hospiců, a také zda vědí, kde se nachází nejbližší hospic a jak mu (nebo jinému hospici), jako veřejnost, mohou pomoci.

Práce může být užitečná především samotnému hospici na Svatém Kopečku, kterému může sloužit jako zpětná vazba jejich snahy o propagaci a jako podnět, k případnému zlepšení podávání informací veřejnosti, ale i dalším hospicům, jimž může přinést zajímavé podněty ke zkoumání veřejného mínění obyvatel žijících v blízkosti daného hospice, případně na práci mohou reagovat určitými změnami v propagaci a transparentnosti zařízení.

Téma jsem si vybrala především proto, že hospic a vše, co s ním souvisí, mě velice zajímá. s hospicem jsem měla možnost setkat se v rámci třítydenní praxe ve slovenském hospici Matky Terezy. Práce v něm mě velmi bavila a naplňovala, především z důvodu, že jsem ji viděla jako smysluplnou. Zároveň jsem si ale vědoma, že ač je tato práce velmi důležitá, není dostatečně doceňována. Již před samotným zahájením práce jsem předpokládala, že ani veřejnost nemá o těchto zařízeních povědomí. a právě v tomto, by tato práce mohla hospicovému zařízení posloužit.

Jde přitom o práci spíše praktickou, nežli teoretickou, zabývá se totiž především samotným výzkumem a analýzou dat. Teoretická část výzkumu je rozpracována v mé absolventské práci, která si klade za cíl připravit teoretickou část výzkumu veřejného mínění o hospicové péči.

Teoretický díl této práce je rozdělen do čtyř částí. První část představuje hospicové hnutí, definici hospice a paliativní péči. Druhá část se zabývá popisem jednotlivých služeb hospice a jeho chodu, třetí část se zaměřuje na potřeby klientů hospice a poslední část se věnuje veřejnému mínění, jeho definici, funkci a již realizovaným výzkumům veřejného mínění v oblasti hospicové a paliativní péče.

v těchto částech se nachází fragmentární části textu z mé, již zmíněné, absolventské práce. Na teoretický díl práce navazuje část výzkumná, která je rozdělena na tři kapitoly. První popisuje metodologii kvantitativního výzkumu, hypotézy a jejich operacionalizaci, druhá zachycuje analýzu dat a třetí kapitola se věnuje shrnutí výsledků.

1 Hospicové hnutí

Hospicové hnutí se začíná rozvíjet v době, kdy lidé a moderní společnost mění postoj k umírání a mají před sebou vizi mladého člověka umírající na rakovinu (Vorlíček, Adam a kol., 1998, s. 449). a tak se po druhé světové válce zrodila myšlenka hospice ve Velké Británii v hlavě zdravotní sestry Cecilly Saundersové. Ta díky této myšlence vystudovala medicínu a poté opravdu zakládá první hospic St. Christopher hospic, dnes známý po celém světě (Svatošová, 2003, s. 133). Myšlenka hospice se nejprve rozvíjí v dalších místech Anglie, brzy se dostává do západních zemí a následně do celého civilizovaného světa (Marková, 2010, s. 14). v této době je po celém světě přes 2 000 hospiců. v každé zemi se nachází jiná forma hospice, záleží na podmínkách dané země, a to především na místních zákonech a způsobu financování zdravotní péče. Kvalita života nemocných a umírajících má ale přednost před ekonomikou, a proto i přes různé formy hospiců, zůstává základní myšlenka stále stejná (Svatošová, 2003, s. 133).

Od doby, kdy hospic vznikl, se hospicové hnutí i poskytovaná péče posunula. v době vzniku byl hospic chápán jako zařízení, které je „něco méně“ než nemocnice. v dnešní době je ale známé, že hospic poskytuje nemocniční péči plus ještě něco navíc, a proto je třeba hospic brát jako „něco více“ než nemocnice. Důležitý je také fakt, že v zemích, kde byl hospic vybudován, se postupem času zlepšil pohled na smrt a umírání (Vorlíček, Adam a kol., 1998, s. 449).

První český hospic byl založen roku 1995 v Červeném Kostelci a byl nazván jako Hospic Anežky České. Kapacita hospice byla 26 lůžek, což se ukázalo jako optimální počet, jelikož byl zachován jeho rodinný charakter a zároveň nebyl příliš nákladný (Vorlíček, Adam a kol., 1998, s. 450).

„V krátké době po zahájení provozu byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci doslova zavalen žádostmi o přijetí. Důvodem bylo nejspíše hezké prostředí, zcela volný režim dne, neomezené návštěvy, zásadně nedirektivní přístup a partnerský vztah mezi personálem a nemocným, pro někoho i možnost účasti na bohoslužbách.“ (Svatošová, 2003, s. 135).

Po založení prvního hospice se brzy začala zakládat další hospicová zařízení. v současnosti se v České republice nachází 14 lůžkových hospiců, několik paliativních

lůžkových oddělení a domácích (mobilních) hospiců. Poskytování paliativní péče se věnují také některé agentury domácí péče (Kalvach in Matoušek, 2013 c, s. 439).

1.1 Definice hospicové péče

Hospicová péče se zabývá celistvým člověkem, jejím cílem je naplnit všechny potřeby člověka, tedy jak fyzické, emocionální a sociální potřeby, tak i ty duchovní (Radbruch, Payne a kol. 2009, s. 16). Marková (2010, s. 27) uvádí, že hospic je zdravotně sociální zařízení, což znamená, že se v hospici poskytuje také sociální poradenství a pomoc hospitalizovaným pacientům, jejich rodinám, pozůstalým a všem, kteří potřebují poradenství související se smrtí jejich blízkých.

Svatošová (2003, s. 123) říká, že „*myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti*“. Dále uvádí, že úkolem hospice je pomáhat a sloužit. Třemi základními myšlenkami hospice, které zároveň hospic garantuje nemocnému, se myslí, že nemocný nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude zachována jeho lidská důstojnost, a to v každé situaci, a také nezůstane sám, a to především v posledních chvílích života. Tyto myšlenky se podle autorky dají uplatnit kdekoliv, protože jde především o to, aby dny byly naplněny životem, a ne život naplněn dny (Svatošová, 2003, s. 123).

Kalvach (in Matoušek, 2013 c, s. 438) uvádí, že v hospodářsky vyspělých zemích je posláním hospiců vnášení lidskosti do pomoci umírajícím a podpůrné doprovázení. Umírání je v hospici chápáno především jako záležitost existenciální a vztahová, vyžadující podporu. Vždyť jeden život končí a někomu umírá blízký. „*Důležité je dokončení, urovnání všech záležitostí, zhodnocení života, smíření, komunikování, u věřících lidí duchovní zaopatření a dále zvládnutí úzkosti, naplnění zbývajících času*“ (Kalvach in Matoušek, 2013 c, s. 438).

Za klienty hospicového zařízení se považují umírající lidé a lidé spějící k smrti důsledkem neléčitelného onemocnění (Kalvach in Matoušek, 2013 b, s. 374). Mnoho lidí si myslí, že hospic je domem smutku. Avšak brzy po návštěvě některého hospice zjistí, že hospic je ve skutečnosti naplněn atmosférou klidu, pohody a radosti. Hospic klade důraz na kvalitu života a radost a smích k životu neodmyslitelně patří (Svatošová, 1998, s. 12).

Svatošová (2003, s. 21 - 24) klade důraz na čtyři okruhy potřeb těžce nemocného, přičemž prioritou těchto potřeb se v průběhu nemoci mění. Mezi dané okruhy patří biologické potřeby, do kterých patří vše, co vyžaduje tělo (potrava, tišení bolesti). Dále potřeby psychologické, které zahrnují respektování lidské důstojnosti a pocit bezpečí, a do sociálních potřeb zahrnujeme udržování kontaktu s ostatními prostřednictvím návštěv. Nesmí se zapomínat také na spirituální potřeby. I nevěřící nemocný řeší totiž otázky po smyslu života a odpuštění.

1.2 Paliativní péče

Definice paliativní péče je hned několik, ale ve všech se klade důraz na zachování kvality života a řešení obtížných symptomů, jak uvádí Marková (2010, s. 19). Jedna z definic zní:

Paliativní péče je metoda, snažící se o zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, čelících problémům spojeným s životem ohrožující nemocí, prostřednictvím prevence a mírnění utrpení pomocí včasného určení diagnózy, léčby bolesti a řešení dalších fyzických, psychosociálních a duchovních problémů (Světová zdravotnická organizace, nedatováno, přeloženo dle vlastního překladu).

Paliativní léčba se dle této definice netýká pouze umírajících, ale i pacientů v průběhu onemocnění, u kterých se mají současně řešit i problémy s onemocněním spojené. Definice zahrnuje péči poskytovanou nejen pacientovi, ale současně také jeho rodině. Pokud by byla péče poskytována odděleně, nejednalo by se o kvalitní paliativní léčbu (Marková, 2010, s. 19).

Co je to paliativní péče, to nám může přiblížit i Kalvach (in Matoušek, 2013 a, s. 144), který říká, že *„paliativní péče vychází z úcty k životu, zásadním způsobem odmítá eutanazii, chápe umírání a smrt jako přirozenou součást života – neusiluje o urychlení ani oddálení smrti, o zkrácení ani prodloužení umírání, nepokouší se kauzálně léčit základní onemocnění, ale zajišťuje diagnostiku a účinné léčení komplikací a přidružených onemocnění, respektuje univerzální koncept lidských potřeb, důsledně propojuje medicínské aspekty s psychosociálními a spirituálními, usiluje o důstojnost, autonomii, animaci a kvalitu života, zmírnění utrpení, vytvoření podmínek pro završení života.“*

Paliativní péče je popsána jako celková či totální léčba, přičemž je zdůrazňován multidisciplinární přístup k pacientovi, a to v situaci, kdy je péče poskytována v hospici, nemocnici nebo v domácnosti nemocného. (Vorlíček, Adam a kol., 1998, s. 20) Hlavním cílem paliativní péče je tišení bolesti a dalších tělesných či duševních strádání, udržování důstojnost nemocného a podporování jeho rodiny a blízkých (Definice paliativní péče, nedatováno).

O tišení bolesti mluví také Byock (2005, s. 247), který říká, že *„podstatou paliativní a hospicové péče je vědomí, že bolest má subjektivní povahu, bolest je taková, jakou ji vnímá pacient. Připustíme-li, že úzkost každého člověka bude mít vždy tělesnou a emoční složku (často se sociálními a duchovními prvky), domnívám se, že pacientova bolest nepolevuje, dokud on to tak nevnímá.“*

Svatošová (2003, s. 30 - 36) k tomu dodává, že bolest je důmyslné opatření, které nám mnohokrát zachránilo život. Chronická bolest však toto poslání nesplňuje, zejména pokud je vytrvalá, v tom případě totiž nedovolí nemocnému myslet na nic jiného než na bolest samotnou. Důležité je také si uvědomit, že jestliže pacient žádá o ukončení života, ve skutečnosti žádá jen o pomoc. Za takovou žádostí se velmi často schovává právě nesnesitelná a nekončící bolest. Pro zvládnání bolesti již existuje mnoho mechanismů, tedy nejsou to pouze analgetika, ale také operativní zákroky, ozařování, chemoterapie či láskyplná péče, pochopení a smysl života. Tím vším se zabývá paliativní péče.

2 Představení hospice

V této kapitole bych chtěla blíže představit hospic, jak funguje a jaké služby poskytuje. Vorlíček (1998, s. 21) říká, že pacient potřebuje multidisciplinární přístup. Ten vyžaduje multidisciplinární tým, o němž Marková (2010, s. 35) říká, že „*tým paliativní péče musí být vždy multidisciplinární a za jeho členy by měli být cíleně považováni také členové pacientovy rodiny i sám pacient.*“ Pouze takový tým může zachovat důstojnost pacienta a mohou v něm být řešeny všechny problémy nemocného i jeho příbuzných. Do multidisciplinárního týmu musí být nutně zařazeni lékaři, zdravotní sestry a asistenti, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista, pastorační pracovníci a duchovní. Všichni členové týmu, stejně jako partnerská komunikace mezi všemi pracovníky, jsou nezbytnou částí pro fungování hospice (Marková, 2010, s. 35 – 36).

Hospicová péče se poskytuje ve třech obdobích. První období nazývaní se *prae finem* se zabývá doprovázením nemocného a jeho rodiny již od první chvíle, tedy od chvíle, kdy byla zjištěna závažná diagnóza. Tato fáze končí v okamžiku, kdy u pacienta nastává terminální stav. Péče přechází do druhého období – *in finem*, které doprovází nemocného s rodinou během samotného terminálního stadia, čímž se myslí umírání v užším slova smyslu. Po skončení tohoto stadia, tedy po úmrtí pacienta, následuje poslední období – *post finem*, kdy je předmětem zájmu péče nejen tělo zemřelého, ale také pozůstalá rodina. Péče se rodině poskytuje podle její potřeby, může být krátkodobá, ale také dlouhodobá, zpravidla je to jeden rok (Svatošová, 2003, s. 132).

Optimální počet lůžek v hospicích je pět na sto tisíc obyvatel. v roce 2008 bylo v České republice 10 467 542 obyvatel, čemuž odpovídá počet 523 lůžek, uvádí Bajer (2010, s. 62). „*Většina pokojů je jednolůžkových s přistýlkou pro příbuzné. Ideální je, když se v hospici s nemocným ubytuje někdo z jeho blízkých*“ (Hospic Anežky České, brožura, nedatováno). Návštěvní doba v hospici je 24 hodin denně, 365 dnů v roce. Návštěvy jsou chápány jako nezbytná část péče o nemocného, proto jsou vítány. Pokud to bude blízký nemocného žádat a pacientovi to nebude vadit, návštěva se může podílet na ošetřování nemocného. Od režimu dne v nemocnici se hospic výrazně liší, jediným společným rysem jsou ranní vizity. Denní režim v hospici si určuje sám pacient, jí, myje se, spí a všechny další činnosti pacient dělá podle své vlastní potřeby, a jak sám chce. Hospic by měl nemocnému připomínat spíše jeho domov než nemocnici, čemuž by mělo být přizpůsobeno i vybavení zařízení. Hospic je vybaven nejrůznějšími

pomůckami pro snadnější rehabilitaci či šetrnou koupel a zároveň je plně bezbariérový pro dostupnost do společenské místnosti, kaple a zahrady i nemocným na lůžku (Svatošová, 2003, s. 129 – 130).

2.1 Domácí hospicová péče

Většina lidí by nejráději umírala doma, v prostředí velmi známém, kde by nás obklopovaly věci, které známe, které máme rádi. Kde máme vzpomínky a můžeme si dát čaj nebo cokoli jiného bez omezení, kde můžeme jíst ze svého oblíbeného talířku, a především, kde máme blízké a rodinu, kterou známe my, která zná nás a rozumí nám. Mnoho lidí si neumí představit, že konec svého života stráví například v nemocnici, v prostředí neznámém, chladném, kde nemusí být vyslyšeny naše potřeby a prosby. Přesto, v domácnosti umírá velmi málo lidí. Má to mnoho důvodů. Velmi často k tomu dochází strachem rodiny, že péči o blízkého, kterému se blíží konec života, nezvládne, nebo obavou nemocného, že bude na obtíž (Mobilní hospic? Jak na to?, nedatováno).

Ještě před deseti lety neznámý pojem domácí péče vychází z anglického názvu „home care“, který vyjadřuje zdravotní péči v domácnosti nemocného. Jsou to komplexní služby poskytující nejen zdravotní, ale také sociální a laické formy péče, které se poskytují na základě ordinace lékaře a odpovídají stavu klienta a jeho diagnóze, včetně té sociální. v úzké souvislosti s touto péčí je také domácí hospicová (paliativní) péče, zejména svým zvláštním důrazem na kvalitu života nemocného. Domácí péče zahrnuje prevenci onemocnění, vyšetření, léčení, ošetřování i rehabilitaci. Hospicová domácí péče se však zaměřuje na snahu o zlepšení kvality života tam, kde kurativní léčba již nedosahuje pozitivních výsledků. Zaměřuje se tedy na nemocné v preterminálním a terminálním stadiu a poskytuje se multidisciplinárním týmem zdravotníků přímo v domácnosti nemocného (Vorlíček, Adam a kol., 1998, s. 437 – 441).

Domácí hospicová péče se dá popsat také jako dopomoc profesionálů pečující rodině, která má nemocného doma. Předpokládá se tedy určitá úroveň rodinného zázemí, která je pro domácí hospicovou péči nezbytná. Tato podmínka není vždy splněna, a proto nelze o domácí hospicové péči uvažovat. Nemocnému totiž často kvalitní rodinné zázemí chybí, ošetřování nemocného je pro rodinu příliš náročné (například finančně) nebo je rodina ošetřováním rodinného příslušníka již příliš unavena

a vyčerpána. Důvodů může být mnoho, proto velmi často není domácí hospicová péče pro nemocného dostačující (Slovník pojmů, nedatováno).

Špínková a Špínka (2004, s. 13) také pojednávají o základních principech domácí paliativní péče. a konstatují, že společnými příjemci péče s nemocným jsou také jeho příbuzní či přátelé a tým domácí hospicové péče je k dispozici 24 hodin denně, sedm dní v týdnu. Péče musí být komplexní a tým se musí starat o fyzický, psychický, sociální i spirituální stav nemocného. Proto je tým poskytující péči interdisciplinární a zahrnuje lékaře, zdravotní sestry, sociálního a administrativního pracovníka, koordinátora dobrovolníků, psychologa, ošetřovatele, fyzioterapeuta, pastoračního pracovníka a (je-li to nutné) i další odborníky. Neodmyslitelnou součástí práce je vysoce odborná léčba bolesti, vyžadující vyškolené a zkušené odborníky. Tým pracovníků je minimálně rok po odchodu nemocného k dispozici rodině, které nabízí doprovázení v období truchlení. Důležitá je také spolupráce s dalšími odborníky, jako jsou praktický lékař, agentura domácí péče či s poskytovateli sociálních služeb. Neodmyslitelnou součástí týmu jsou také dobrovolníci.

2.2 Hospic na Svatém Kopečku

Hospic na Svatém Kopečku byl zřízen Arcidiecézní charitou Olomouc. v roce 2002 byl slavnostně otevřen za účasti Mons. Jana Graubnera, arcibiskupa olomouckého. v roce 2009 došlo ke zřízení Hospice na Svatém Kopečku jako samostatné evidované osoby s vlastní právní subjektivitou, avšak i nadále zůstává zařízením Arcidiecézní charity Olomouc (Domácí řád, 2013, s. 3).

„Hospic na Svatém Kopečku je nestátní sociálně-zdravotnické zařízení, které poskytuje v souladu se zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách registrovanou odlehčovací službu a současně paliativní péči těm, u nichž kurativní medicína vyčerpala všechny prostředky vedoucí k jejich vyléčení“ (Výroční zpráva Hospice na Svatém Kopečku, 2013, s. 10). Hospic se nachází v klidné lokalitě Olomouce, v těsném sousedství baziliky na Svatém Kopečku. Nabízí 24 hodin denně odlehčovací službu. Budova hospice je rozdělena do tří podlaží, ve kterých se nachází 24 barevně vymalovaných pokojů. Kapacita hospice je 30 lůžek, které jsou rozděleny do 18 pokojů jednolůžkových a 6 dvojlůžkových, čímž je pro uživatele zajištěno soukromí. Na každém pokoji je vlastní sociální zařízení, televize a lednička (Výroční zpráva Hospice

na Svatém Kopečku, 2013, s. 10). Každý pokoj je vyzdoben podle přání uživatelů. Celý objekt je bezbariérový a uživatelům jsou k dispozici pomůcky jako je například zvedák při hygieně, chodítka různých velikostí a tvarů podle schopností a potřeb klienta, kardiacká křesla či různé polohovací pomůcky (Informace o službě, nedatováno).

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti (Výroční zpráva Hospice na Svatém Kopečku, 2013). Posláním hospice na Svatém Kopečku je umožnit nevléčitelně nemocným prožít konec života kvalitně a důstojně. Toto poslání je naplňováno také poskytováním paliativní péče s důrazem na tišení bolesti, což zároveň umožňuje nezbytný odpočinek pečující rodině nemocného (Informace o službě, nedatováno).

Cílovou skupinou této odlehčovací služby jsou osoby se sníženou soběstačností, způsobenou chronickým onemocněním. Jsou to osoby v preterminálním či terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění v jakémkoliv věku, pro které rodina nemůže na přechodnou dobu zajistit odpovídající péči. Cílem služby je poskytovat péči osobě se sníženou soběstačností za účelem umožnění nezbytného odpočinku pečujícím osobám. Poskytovat klientům nezbytnou péči se zaměřením na dosahování kvality života díky uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb, vytvářet klientům takové podmínky, které jim umožní zachovat sociální vazby i po dobu pobytu v hospici, čímž se klientům usnadňuje návrat do přirozeného prostředí. Stejně důležitým cílem je podpora klientů v udržování schopností, kterých klient dosáhl (Informace o službě, nedatováno).

Hospic na Svatém Kopečku dodržuje zásady, mezi něž lze počítat respektování důstojnosti klientů, která se dodržuje také zachováváním intimity při provádění hygieny nebo při oslovování klientů. Dalšími zásadami je otevřenost, odbornost personálu při poskytování služeb podle principů paliativní péče a týmovost, tedy poskytování služeb multidisciplinárním týmem spolupracujících profesionálů (Informace o službě, nedatováno).

3 Potřeby umírajících a klientů hospice

Pro zlepšení kvality života klientů je nutné znát jejich potřeby (Ondrušková, 2011, s. 41). Matoušek (2008, s. 147 – 148) uvádí, že potřeba je motivem k jednání. Pokud je toto jednání, tedy samotná potřeba neuspokojená, dochází k deprivaci a strádání. Potřeby se dělí na několik okruhů, zahrnují okruh zabývající se tělesnou pohodou, psychickou rovnováhou a bezpečím, okruh vztahující se na vztahy k blízkým lidem, k čemuž patří potřeba milovat a být milován, okruh související se společenským uplatněním a okruh spirituálních potřeb.

Lidským potřebám se věnoval také představitel humanistické psychologie A. H. Maslow (in Ondrušková, 2011, s. 41), který stanovil pyramidu potřeb. Potřeby seřadil do pyramidy podle důležitosti a rozdělil je do dvou skupin, na potřeby základní a růstové. Jako nejdůležitější označil potřeby biologické a fyziologické, dále pokračoval přes potřebu jistoty, bezpečí a sociální potřeby a první skupinu potřeb zakončil potřebou úcty a uznání. Do druhé skupiny zařadil kognitivní, estetické potřeby, seberealizace a sebetranscendence (Ondrušková, 2011 s. 41 – 42). Do kategorie tělesných potřeb patří potřeba spánku, dýchání či příjmu potravy. Potřebu bezpečí a jistoty lze naplnit nalezením zaměstnání, jistotou zdraví a samozřejmě fyzickým bezpečím a ochranou před násilím. Člověk potřebuje také uspokojit sociální potřeby, jako je potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti. K potřebám uznání a úcty je možné zařadit snahu o dosažení respektu, úspěchu, samostatnosti, pochvaly apod. Mezi potřeby kognitivní zařazujeme potřebu poznávat, vědět, rozumět a orientovat se, do potřeb estetických pak zahrnujeme touhu po kráse, umění, vkusu, estetice a úpravnosti. Pokud chceme charakterizovat osoby s naplněnou potřebou seberealizace, byly by to tvořivé osoby, které si váží života a jsou spontánní v myšlenkách i činnostech. Naprostou špičku pyramidy tvoří potřeba sebetranscendence, jinak nazývaná také duchovními potřebami. Ti, co dosahují těchto vrcholných zážitků, jsou zralí, seberealizovaní, zdraví a sebenaplnění. (Malíková, 2011, s. 168 – 170).

Svatošová (2003, s. 21) uvádí čtyři okruhy potřeb klientů, které tým pracovníků musí naplňovat. Okruhy potřeb nemocného jsou **biologické, psychologické, sociální a spirituální**. Stanovení těchto potřeb je užitečné především z praktického hlediska, neboť si tak můžeme lehce uvědomit, co všechno potřebuje nemocný a co pro něho může udělat lékař, kněz, psycholog, nebo dokonce co pro sebe může udělat klient sám. Svatošová (2003, s. 21) dále uvádí, že priorita potřeb se může v průběhu nemoci měnit.

Zatímco na začátku nemoci jsou pro nemocného prioritou především potřeby biologické, na konci terminálního období jsou prvořadě převážně spirituální potřeby.

Svatošová (2012, s. 21 – 23) charakterizuje tyto potřeby následovně. Do kategorie biologických potřeb je zahrnuto vše, co potřebuje nemocné tělo. Počínaje přijímáním potravy, kterou je někdy nutné podávat zvláště upraveným způsobem. Dále je nutné zabezpečit nemocnému odstranění produktů vlastního metabolismu a zabezpečit příjem kyslíku. Patří sem také další biologické potřeby, jako je tišení bolesti či zajištění nerušeného spánku. Psychologické potřeby zahrnují potřebu respektování lidské důstojnosti. Ta náleží naprosto všem, nezávisle na stavu tělesné schránky, jelikož člověk je jedinečnou bytostí s neopakovatelným posláním. Proto je nutné respektovat ho v každém období jeho života, tedy i v tom posledním. Na této zásadě je založeno hospicové hnutí po celém světě. Pro nemocného je důležitá také komunikace s ostatními, třeba i prostřednictvím mimiky, gest či očním kontaktem, dále také pocit bezpečí, do čehož patří i potřeba vědět pravdu o svém stavu. To všechno můžeme zahrnout do psychologických potřeb. Jako sociální potřeby lze označit potřeby návštěv a společnosti. Člověk je tvor společenský, není mu vlastní žít izolovaně od ostatních. Návštěvy jeho nejbližších jsou velmi důležitou součástí péče o tuto stránku nemocného. Čtvrtou oblastí jsou spirituální potřeby. Tato oblast byla až donedávna víceméně tabu. Možná právě proto si mnoho lidí, včetně zdravotníků, myslí, že tato oblast se týká pouze věřících. Opak je však pravdou. v případě, že má duchovní potřeby člověk věřící, obvykle ví, co má dělat, a umí se podle toho zařídit. Avšak duchovní potřeby má i člověk, který svůj život nežije s vírou. i takový člověk totiž potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a umět odpustit i sám sobě, a že jeho život měl až do úplného konce smysl. v případě, kdy tato potřeba není naplněna, nemocný se nachází ve stavu duchovní nouze, čímž může silně trpět, až si zoufat. o tom mluví také Šimra (dle Bajer, 2008, s. 16), jenž dodává, že do náboženských, jinak také duchovních, potřeb patří například potřeby modlitby, účast na bohoslužbě nebo přijetí svátosti. Svou spiritualitou žije i člověk, která není zakotvený v žádné náboženské tradici. Potřeba spirituální se vztahuje k tomu, co daného člověka přesahuje. Každý potřebuje hledat smysl, žasnout nad krásou a ptát se po tom, co je v životě opravdu důležité.

4 Výzkum veřejného mínění

Veřejné mínění je pojem, na který pohlíží mnoho autorů odlišným způsobem. Je to pojem, který lze také definovat mnoha způsoby, na což upozorňuje Grušín (1972, s. 9), který ve své knize uvádí, že „*se dnes sotva najde v sociologii jiný pojem, jehož obsah by byl tak nejasný a vedl k tolika diskusím a sporům*“. Autor (Grušín, 1972 s. 10) dále uvádí, že veřejné mínění se dá nazvat organickým souborem mnoha rozdílných prvků, jako jsou prvky sociální, ideologické, psychologické, logické a další. Kohout (1999, s. 12) k tomuto dodává, že problematiku může být nejen definovat pojem, ale také provést samotný výzkum veřejného mínění. Nestačí k tomu totiž jen dobrý úmysl, nápad a zájem o věc, ale potřebné je kvantum informací, které pomohou výzkumníkovi odhalit mnohá úskalí, což se odrazí v kvalitě výzkumu.

Vacek (1974, s. 7) považuje za veřejné mínění všechno, od chování projeveného lidmi až po samotné chování a společenskou aktivitu těchto lidí. Šubrt (in Kunštát, 2006, s. 13) říká, že veřejné mínění je termín, který se často již nepoužívá jako odborný termín, naopak se začlenil do běžného slovníku každého z nás. Tato změna se stala především díky masmédiím. Lidé obvykle vědí nebo alespoň tuší, co tento termín znamená. Problém však může nastat v okamžiku, kdy chceme tento termín vědecky definovat a vymežit v rámci oboru sociologie. Při definici se obvykle začíná rozdělením termínu na „veřejnost“ a „mínění“, avšak definování je tak komplikované, že nepostačí ani sémantická analýza obou těchto pojmů. Komplikovanější je, podle autora (Šubrt in Kunštát, 2006, s. 13), definovat pojem „mínění“. o tomto pojmu mluví sociolog Bláha (dle Šubrt, in Kunštát, 1946, s. 14 - 15), který jej označuje jako „povrchní“ názor. Nemůžeme tento pojem tedy chápat jako rozumové poznání, vědecký termín či přesvědčení. Lépe jej vystihuje charakteristika typu odhad, subjektivnost či dojem.

Adamec (in Gallup, 1948, s. 5) chápe pojem veřejné mínění jako novinářskou a politickou zbraň, již ztotožňuje s míněním tisku, a míněním politicky angažovaných jedinců, popřípadě se skupinou čtenářů zasílajících své názory redakcím tiskovin. K tomuto názoru se přidává Ftorek (2010, s. 54 – 55), který upozorňuje na důležitost možnosti vytváření veřejného mínění svobodných občanů, a to nejen ve volbách. Bez této možnosti by vláda v demokratické společnosti nemohla vládnout. Vláda jako politická elita si je vědoma své moci a kontroly, čehož značně využívá k ovlivňování společnosti a k získávání souhlasu pro vlastní vládnutí a řízení společnosti. Jako moderní prostředek k tomu slouží zejména masová média a vztahy s veřejností.

Jako součást masové a politické komunikace vidí veřejné mínění Jungová (in Hrubec, 2004, s. 253 – 254), která dále mluví o základních rysech veřejného mínění v současné společnosti. Mezi nejdůležitější zahrnuje pluralitu veřejného mínění, a to spíše u skupin, než u jednotlivců. To znamená, že lidé mají obvykle tendenci přiklonit se k většinovému názoru a to především v situacích či názorech, s nimiž nemají příliš zkušeností nebo mu nepřikládají důležitost. Dalším rysem může být proměnlivost v čase, což závisí na kolísavosti trendů a na tom, jak je konkrétní téma či problém tematizován. Dále Jungová (in Hrubec, 2004, s. 253 – 354), stejně jako jiní autoři, uvádí, že velkou roli ve veřejném mínění hrají média, a to jako zdroj informací. Média vystupují ve dvou rolích, nejprve jako zprostředkovatel objektivních informací a dále pak jako komerční subjekt, který sleduje své zájmy; nejen ekonomické, ale také politické. Formu prezentace podřizují média svým zájmům, mohou být tedy značně zkreslovat, a to jak neúmyslně, tak zcela záměrně. Informace jsou zjednodušovány a nutně obsahují zajímavý, zábavný nebo dramatický prvek, obvykle v podobě příběhu.

„Výzkum veřejného mínění bývá obvykle chápán jako zvláštní druh sociologického výzkumu, který nezkoumá sociální jevy, vztahy a procesy v celé jejich šíři a hloubce, nýbrž se omezuje na zachycení obsahů vědomí nějaké populace – tj. názorů a postojů“ (Hampl in Šubrt, 1998, s. 95).

4.1 Funkce veřejného mínění

Vacek (1974, s. 43) uvádí dvě funkce veřejného mínění. První funkce je řídicí či kontrolní, která vychází ze vztahu vybudovaného mezi veřejným míněním a institucí a z předpokladu, že veřejné mínění nějakým způsobem ovlivňuje řídicí činnost orgánů společnosti, vyvíjí souhlas i nesouhlas, prostřednictvím toho také tlak a předpokládá návrhy. Druhá funkce je morální či výchovná, která je též někdy regulační, a to ve vztahu k výchovnému procesu. Podstatou této funkce je veřejným míněním výchovně ovlivňovat činnosti lidí a přimět je k uvědomování. Taktéž Grušín (1972, s. 74) mluví o výchovné funkci, říká, že *„je to určitý soubor pravidel a zákonů přijatých společností (nebo určitou společenskou skupinou), velmi často nepsaných, které jako by visely ve vzduchu a určují chování individua. Veřejnost používá tohoto souboru jen k tomu, aby jej upevnila ve vědomí lidí“*. Ftorek (2009, s. 84) k tomu dodává, že v oblasti kontroly a usměrňování činnosti elit je právě veřejné mínění významným činitelem. Dá se také říci, že veřejné mínění slouží jako zpětná vazba, která zrcadlí chování elit.

Grušín (1972, s. 69 – 71) dále mluví o funkci konzultativní a direktivní. Podstatou konzultativní funkce je fakt, že veřejné mínění radí, jakým způsobem by se mohly řešit sociální problémy, od problémů politických až po ekonomické problémy. Veřejné mínění své rady poskytuje především mocenským institucím, proto se předpokládá, že tyto instituce rady potřebují, nebo alespoň o ně vyjadřují svůj zájem. Gallup (1948, s. 23) k tomu dodává, že *„výzkum veřejného mínění může nejenom uvést požadavky mocenských skupin na pravou míru, může rovněž – a to je důležitější – odhaliti vůli neorganizované většiny, která se nemůže projevit.“* Grušín (1974, s. 69 – 70) uznává, že na první pohled se může zdát, že veřejné mínění v pozici konzultanta dosahuje mnohem nižších výsledků než v pozici kontrolora, kde se vyskytuje aktivní tlak na mocenskou instituci, jelikož v pozici konzultanta se jedná pouze o radu, ke které se nevážou ani přísné, ani kategorické požadavky. Ve skutečnosti se však jedná o pravý opak. Rada, která je vyjádřena formou přání, je totiž zpravidla velmi úspěšná. o funkci direktivní je třeba říci totéž, avšak na rozdíl od konzultativní funkce, která poskytuje radu, direktivní funkce vynáší přímá rozhodnutí o problémech existence s imperativním charakterem. Tato funkce se taktéž zabývá většinou oblastí sociálního života, tj. oblastí politiky, ve které je tato funkce obzvláště důležitá, dále oblastí ekonomiky, kultury i právního řádu.

4.2 Hlavní etapy výzkumu veřejného mínění

Stejně jako jiný sociologický výzkum i výzkum veřejného mínění probíhá ve třech fázích. První fáze je přípravná a začíná impulsem motivujícím provedení výzkumu. Obvykle se jedná o komerční zakázku. Tato fáze se rozděluje do tří etap. První je orientace v problému a studie teoretické literatury. Druhou etapou je operacionalizace a vytváření empirických indikátorů. Většinou jde o formulaci problémů a jejich převedení do podoby otázek, které tvoří hlavní výzkumný nástroj – dotazník. Součástí této fáze je ověřování dotazníku prostřednictvím pilotáže nebo předvýzkumu, kdy tazatelé testují dotazníky zkušebními rozhovory. Na základě předešlých etap dochází ke zpracování projektu výzkumu. Je-li projekt schválen, následuje příprava výzkumu, která spočívá v sestavení výběrového plánu. Druhou fází výzkumu je realizace samotného výzkumu veřejného mínění, která spočívá ve sběru dat v terénu a v úpravě sesbíraných empirických dat pro potřeby zpracování. Poslední fází je vyhodnocování výzkumu, která spočívá v třídění dat a jejich interpretaci. Jde tedy o zasazování dat do rámce teoretických a vstupních empirických poznatků. v závěru této

fáze může dojít k prezentaci výsledků a archivování nasbíraných výsledků (Hampl in Šubrt, 1998, s. 95 – 100).

4.3 Výzkumy o paliativní a hospicové péči

Pro každou organizaci a zařízení by mělo být důležité, aby bylo informováno o veřejném mínění občanů o daném zařízení a poskytování pomoci klientům. Také pro hospic je důležité vědět, jaké mínění má o hospicové a paliativní péči veřejnost. Na základě sociologického šetření mohou zařízení pracovat na svém zviditelnění či na informování veřejnosti o své práci a poskytované péči hospiců, což může tomuto zařízení pomoci při zapojování veřejnosti do služeb, například prostřednictvím dobrovolnictví či finanční podpory.

V minulosti již proběhly tři výzkumy veřejného mínění v oblasti hospicové péče a umírání. První z nich byl realizován již v roce 2004 jako projekt občanského sdružení Cesta domů ve spolupráci s Nadací Open Society Fund Praha za cílem podpory rozvoje paliativní péče v České republice. Další dva výzkumy veřejného mínění na sebe navazovaly. Jeden proběhl v září roku 2011 a druhý v srpnu 2013 a oba dva opět díky občanskému sdružení Cesta domů ve spolupráci s agenturou STEM/MARK. Ve výzkumu z roku 2011 šlo o zjištění veřejného mínění o umírání a péči o nevléčitelně nemocné, zatímco ve výzkum z roku 2013 si kladl za cíl zjistit postoje veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. v obou výzkumech byli mezi dotazovanými jak občané České republiky, tedy veřejnost, tak zdravotníci.

Z výzkumu z roku 2004 občanského sdružení Cesta domů (2004, s. 97) vyplývá hrubý rozpor mezi preferencemi veřejnosti a skutečným stavem péče o umírající a těžce nemocné. K 75 % úmrtí dochází ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení, avšak 80 % dotázaných si nepřeje v takových zařízeních umírat. Nejkritičtěji hodnotí současnou péči o umírající samotní zdravotníci, a to především ti, kteří jsou umírání nejbližší, tedy zejména onkologové, pracovníci LDN či hospiců. Informovanost veřejnosti, a to laické i odborné, o paliativní péči je opravdu nedostatečná a specializovaná paliativní péče hospicového typu je dostupná pouze 1 % všech terminálně nemocných a umírajících. Výzkum agentury STEM/MARK (2011, s. 1 - 2) ukázal, že 46 % lidí se nejvíce na umírání obává bolesti, 51 % ztráty důstojnosti spojené se ztrátou soběstačnosti, a 35 % lidí se navíc obává odloučení od svých blízkých. Dalším výrazným sdělením, které výzkum přináší, je skutečnost, že 78 % lidí chce umírat doma, 88 % lidí je ochotno se

o své blízké starat až do konce a rovněž 88 % zdravotníků považuje domácí prostředí za nejlepší místo pro umírající pacienty. Navazující výzkum téže agentury (STEM/MARK, 2013, s. 3 - 5) přináší informaci, že pojem paliativní péče je pro 4/5 populace neznámý, zato zdravotníci s tímto pojmem problém nemají. Podle zdravotníků většina práce s umírajícími pacienty spadá především na zdravotní sestry, i když by se v ideálním případě mělo jednat o spolupráci všech členů týmu stejně. Také by zdravotníci ocenili větší zapojení rodiny do péče o nemocné. Výzkum přinesl také zjištění, že zdravotníci i běžná populace se v podstatě shodnou na tom, že život v určité situaci již nemá smysl dále uměle prodlužovat. Mnozí zdravotníci také vědí o situacích, kdy pacient čeká na smrt jako na vysvobození. Lidé si přejí umírat doma, v kruhu svých blízkých, ale zároveň by v posledních chvílích nechtěli být nikomu z rodiny na obtíž nebo být na někom závislí. Pod pojmem důstojné a dobré umírání si populace představuje úmrtí ve spánku, bezbolestně, rychle a s respektem.

5 Výzkumná část

5.1 Empirický výzkum

Následující kapitoly se budou zabývat přípravou, realizací a vyhodnocením výzkumu veřejného mínění na základě kvantitativního sběru dat.

5.1.1 Výzkumný cíl, dílčí cíle, hypotézy a jejich operacionalizace

Cílem tohoto výzkumu – a práce jako celku – je zjistit veřejné mínění olomouckých občanů o hospicové péči, hospicových zařízeních a informovanosti občanů o této formě péče o těžce nemocné pacienty. Hlavní cíl jsem si rozdělila na tři dílčí cíle, které jsem rozpracovala celkem do 14 hypotéz, u kterých jsem následně vytvořila operacionalizace.

1. cíl: Zjistit jaké povědomí mají obyvatelé Olomouce o hospicích a hospicové péči

Úkolem první dílčího cíle je zjistit, zda obyvatelé Olomouce již slyšeli výrazy hospic nebo hospicová péče, co si pod těmito názvy představují, kdo patří do cílové skupiny hospiců a zda vědí, kde se nachází nejbližší hospic. Tento cíl je rozpracován do čtyř hypotéz a celkem sedmi otázek.

H1: Předpokládám, že většina respondentů již slyšela o hospici nebo hospicové péči.

Hypotéza se vyplní v případě, že více než polovina respondentů odpoví ANO v otázce č. 2 „Znáte nějaké typy zařízení pro těžce nemocné a umírající pacienty?“ a zároveň uvede jako jedno ze zařízení Hospic v otázce č. 3 „Pokud ano, jaké?“ anebo v otázce č. 4 „Slyšeli jste někdy o hospici nebo hospicové péči?“ odpoví, že výrazy hospic nebo hospicová péče již slyšeli.

H2: Předpokládám, že většina obyvatel Olomouce ví, co je to hospic.

Tato hypotéza se vyplní v případě, že více než polovina respondentů na otázku č. 5 „Co podle Vás hospic nebo hospicová péče je?“ vybere alespoň jednu z odpovědí: „Zařízení poskytující paliativní péči“, „Zařízení starající se o nevléčitelně nemocné a umírající klienty“ nebo „Zařízení, kde lidé mohou důstojně zemřít“.

H3: Předpokládám, že většina respondentů ví, komu hospic pomáhá.

Hypotéza se vyplní, pokud více než polovina respondentů v otázce č. 6 „Víte, pro koho jsou služby hospice určeny?“ vybere jednu či více z odpovědí: „Umírající klient“, „Klient v poslední fázi onkologického onemocnění“, „Klient v poslední fázi i jiného než onkologického onemocnění“ nebo „Rodina klientů“.

H4: Předpokládám, že většina respondentů ví, kde je nejbližší hospic.

Hypotéza se vyplní, pokud více než polovina respondentů odpoví Hospic na Sv. Kopečku na otázku č. 8 „Můžete mi říct, kde se nachází nejbližší hospic?“

2. cíl: Zjistit povědomí obyvatel Olomouce o konkrétní činnosti hospice a poskytované péči

Druhým dílčím cílem je zjistit, jak jsou obyvatelé Olomouce informováni o konkrétních službách a činnostech hospiců, jak hospic pracuje s blízkými nemocných. Tato část výzkumu je rozvržena do dvou hypotéz a tří otázek.

H5: Předpokládám, že většina respondentů nemá povědomí o tom, jakými způsoby hospic pomáhá příbuzným pacientů.

Hypotéza č. 5 se vyplní v situaci, kdy více než polovina respondentů v otázce č. 7 „Zkuste mi říct, jakou pomoc hospic nabízí blízkým nemocného a příbuzným“ odpoví, že neví nebo že hospic příbuzným žádnou pomoc nenabízí nebo uvede pouze jednu správnou odpověď z daných možností.

H6: Předpokládám, že většina respondentů nebude vědět co je to domácí hospicová péče.

Hypotéza se vyplní, pokud více než polovina respondentů na otázku č. 9 „Slyšel/a jste někdy název domácí hospicová péče?“ odpoví, že tento název ještě nikdy neslyšeli, nebo v otázce č. 10 „Pokud ano, co z uvedených si myslíte, že to je?“ zvolí jinou odpověď než „Zdravotnický personál vykonává zdravotnické a sociální úkony v domácnosti nemocného“ nebo současně s ní zvolí ještě další odpověď.

3. cíl: Zjistit, jakou potřebu mají obyvatelé Olomouce být informováni o hospicové péči

Třetí dílčí cíl se skládá ze tří otázek patřící do čtyř hypotéz. Zde je úkolem cíle je zjistit, zda respondenti pocítují nedostatek informovanosti o hospicové péči a jak se k nim informace dostávají.

H7: Předpokládám, že existuje vztah mezi věkem a povědomím o hospicové péči.

Tato hypotéza bude zkoumána v šesti otázkách a to č. 5–10. Otázky budou vyhodnocovány stejně jako v hypotézách uvedených výše. Hypotéza bude odpovídat skutečnosti v případě, že některá věková kategorie bude mít výrazně větší (tj. alespoň o 50 % více) povědomí nebo dvě vedle sebe jdoucí kategorie budou mít větší povědomí než zbylé dvě věkové skupiny.

H8: Předpokládám, že existuje vztah mezi pohlavím a povědomím o hospicové péči.

Hypotéza bude zkoumána v šesti otázkách a to č. 5–10. Otázky budou opět vyhodnocovány stejně jako v hypotézách uvedených výše. Hypotéza se vyplní v případě, že jedna ze skupin bude mít výrazně větší (opět alespoň o 50 % více) povědomí než druhá zkoumaná skupina.

H9: Předpokládám, že většina respondentů pocítuje nedostatek informovanosti o hospicové péči.

Hypotéza se vyplní, pokud více než polovina respondentů zvolí odpověď SPÍŠE NE nebo NE v otázce č. 12 „Máte pocit, že vy jste dostatečně informován/a o činnosti hospiců?“.

H10: Předpokládám, že k většině respondentů se informace o činnosti hospiců nedostávají, případně dostávají velmi omezeně.

Tato hypotéza se vyplní, pokud více než polovina respondentů v otázce č. 13 „Dostávají se k vám nějaké informace o činnosti hospiců, aniž byste je sám/sama vyhledával/a? Pokud ano, odkud se k vám dostávají?“ odpoví NE nebo odpoví ANO, ale uvede maximálně jednu z dalších možností.

4. cíl: Zjistit, jak jsou obyvatelé Olomouce zainteresováni do pomáhání hospici

Úkolem posledního dílčího cíle budeme zkoumat, jak jsou respondenti angažováni do pomáhání v hospici, zda vědí, jakými způsoby lze hospici pomoci a zda by měli

o pomáhání zájem. Tento cíl je rozpracován do dvou hypotéz a bude zkoumán otázkami č. 14 - 16.

H11: Předpokládám, že většina respondentů by měla zájem hospici nějakým způsobem pomoci.

Hypotéza se vyplní v případě, že více než polovina respondentů zvolí odpověď ANO v otázce č. 14 „Měl/a byste zájem hospici nějakým způsobem pomoci?“.

H12: Předpokládám, že většina respondentů neví, jak může pomoci chodu hospice nebo pobytu pacientů.

Tato hypotéza se potvrdí v případě, že více než polovina respondentů v otázce č. 15 „Napadá vás jakými způsoby lze hospici pomoci? Pokud ano, jak?“ zvolí odpověď NE, anebo odpoví pouze jednou z možností.

H13: Předpokládám, že většina lidí nyní nebo v minulosti nepřispívala, ani jinak nepomáhala hospici.

Hypotéza se potvrdí, pokud více než polovina respondentů zvolí v otázce č. 16 „Pomáhal/a jste nebo jste hospici sám/sama někdy nějak přispěla?“ zvolí odpověď NE.

5.2 Metodologie výzkumu a přístup k zpracování dat

Realizaci samotného výzkumu jsem uskutečnila pomocí dotazníků, které jsou zahrnovány do kvantitativního sběru dat, neboť jak říká Disman (2008, s. 286), kvantitativní výzkum je schopný zkoumat takové množství dat, které se týká velkého počtu populace. Také Gallup (1948, s. 37) sbírá data z určitého počtu celé populace, které složením odpovídá většinovému obyvatelstvu. Skrze část takového vzorku lze odhadnout mínění celého obyvatelstva.

Charakteristickým znakem kvantitativního výzkumu je dedukce. Nejprve je stanoven problém, který bude zkoumán. Tento problém může být definován v sociální realitě, ale i v teorii. Problém pak převádíme do hypotéz, které jsou následně ověřovány získanými daty. Proto je nutné sbírat pouze taková data, která se bezprostředně týkají stanovených hypotéz. Výstupem kvantitativního výzkumu je pak soubor přijatých nebo zamítnutých hypotéz (Disman, 2011, s. 287).

Technikou sběru dat, kterou jsem pro výzkum zvolila, je standardizovaný rozhovor, o němž Dubský (in Šubrt, 1998, s. 119) říká, že je to forma dotazování prostřednictvím osobního kontaktu tazatele a respondenta, což je základní metoda sběru sociologických dat. Adamec (in Šubrt, 1998, s. 119) k tomu dodává, že tazatel předčítá otázky respondentovi, a sám zaznamenává odpovědi do dotazníku.

Průšová (in Šubrt, 1998, s. 134–142) říká, že následná analýza sesbíraných dat se skládá ze 4 kroků, kterými jsou editace, kódování, tabelace a pokročilé analýzy. v těchto krocích jde o to, aby byla data shrnuta, porovnána a aby bylo možné v nich najít vztahy a souvislosti, které jsou důležité. Data jsou převedeny do databáze a poté jsou z nich vytvořeny tabulky a grafy s výsledky. v závěru analýzy dat jsou testovány hypotézy a zkoumán vztah mezi proměnnými.

Pro kódování a tabelaci dat využiji programu Survio, který je dostupný na webových stránkách.

5.3 Předvýzkum

Disman (2011, s. 120–121) říká, že předvýzkum je jednou z fází předcházejících výzkumu, přičemž zdůrazňuje, že je to velmi důležitá část. Účelem předvýzkumu je otestovat výzkumný nástroj, který je vypracovaný pro vlastní výzkum. Proto by v žádném realizovaném výzkumném šetření předvýzkum neměl chybět. Předvýzkum své nástroje testuje na menším vzorku cílové populace.

Na základě předvýzkumu jsem odstranila některé méně důležité otázky, kvůli kterým byl rozhovor s respondenty příliš dlouhý. Také jsem přidala některé nové možnosti, které uvedli respondenti, a několik otázek jsem převedla z tzv. uzavřených otázek do otevřených otázek.

V rámci předvýzkumu jsem vyplnila dotazník s celkem 10 respondenty, z toho bylo 5 mužů a 5 žen v různých věkových kategoriích. Následně, po změně na základě předvýzkumu, se dotazník skládá z 16 výzkumných otázek a dvou sociodemografických otázek zabývajících se pohlavím a věkem respondenta.

5.4 Průběh výzkumu

Samotný výzkum se týká obyvatel Olomouce, proto se výzkum realizoval v městských částech Olomouce, především v parcích, v ulicích a před nákupními centry. Realizace šetření formou sběru dat trvala asi dva týdny a probíhala do první třetiny

března. Celkem bylo osloveno 249 respondentů, z nichž 27 ještě nikdy neslyšela o hospici nebo hospicové péči, proto se většiny otázek týkají jen odpovědi 222 respondentů. Ve sběru dat se mi podařilo dodržet všechny stanovené kvóty stanovené pro pohlaví a věk.

Výzkum probíhal v rámci tazatelské sítě, do které bylo zainteresováno několik studentů CARITAS – Vyšší odborné školy sociální Olomouc. Studenti byli převážně z prvního, ale také druhého ročníku a z obou oborů, které škola nabízí. Úkolem každého tazatele bylo nejprve zjistit, zda má respondent trvalé bydliště v Olomouci. Pokud byla odpověď kladná, tazatel vyplnil s respondentem celý záznamový arch – dotazník. Sběr dat byl ztížen o několika faktory, především chladným počasím a neochotou lidí vyplnit s tazatelem záznamový arch.

5.5 Obecná charakteristika výzkumného vzorku

Jak je již výše zmíněno, technikou konstrukce vzorku je kvótní výběr. To znamená, že do výzkumu byli vybíráni respondenti spadající do dvou kategorií. První kategorií je pohlaví, tedy muž a žena, a druhou kategorií, do které byli respondenti zařazováni, je kategorie věku. Pro realizaci výzkumu veřejného mínění jsem si zvolila 4 věkové kategorie, které jsem vybrala podle sčítání lidu z roku 2011 (Český statistický úřad, 2011). Věkové kategorie jsou:

- 15–29 let
- 30–49 let
- 50–64 let
- 65 let a výše.

Počet respondentů zařazených do určitých kategorií jsem vypočítala z údajů procentuálního zastoupení obou skupin pohlaví, které jsem rozdělila podle věku. Procentuální počet skupin, které jsem si pro výzkum zvolila, je následující:

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
15–29 let	10529	51,7	9826	48,3	20355	23,3
30–49 let	15122	50,3	14954	49,7	30076	34,5
50–64 let	10899	53,3	9548	56,7	20447	23,4
65 let a výše	10069	61,6	6269	38,4	16338	18,7

Z této tabulky jsem vypočítala procentuální složení populace zahrnuté ve výzkumném vzorku. Celkem to bylo 249 respondentů, avšak po odečtení respondentů, kteří hospic ani hospicovou péči neznají, zůstal výzkumný vzorek na počtu 222 respondentů. Výsledný výzkumný vzorek je tady následující:

	Ženy	%	Muži	%	Celkem	%
15–29 let	30	57,7	22	42,3	52	23,4
30–49 let	39	52,0	36	48,0	75	33,8
50–64 let	27	50,9	26	49,1	53	23,9
65 let a výše	29	69,0	13	31,0	42	18,9

Jak je z tabulky vidět, ne vždy se mi podařilo dodržet všechny kvóty, někdy bohužel s většími odchylkami, což je způsobené odečtením těch respondentů, kteří název hospic nikdy neslyšeli.

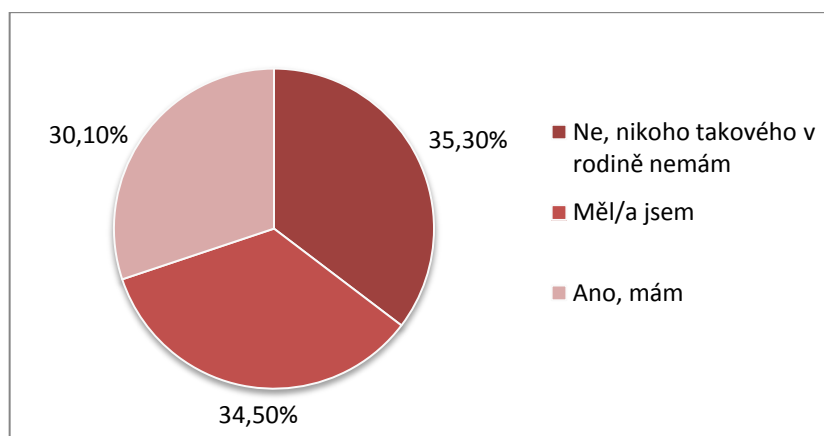
5.6 Výsledky z analýzy dat

V následující kapitole se budu věnovat výsledkům z realizovaného šetření. Kapitola je rozdělena do čtyř podkapitol, rozdělených podle dílčích cílů, ve kterých se věnuji testování hypotéz. Vždy jsou uvedeny tabulky a grafy zachycující výsledky šetření.

5.6.1 Povědomí o hospicích a hospicové péči

První hypotézu (Předpokládám, že většina respondentů již slyšela o hospici nebo hospicové péči) testovaly otázky č. 1–4, přičemž otázka č. 1 je pouze úvodní. Výsledky jsou rozpracovány v grafech a tabulkách č. 1–4.

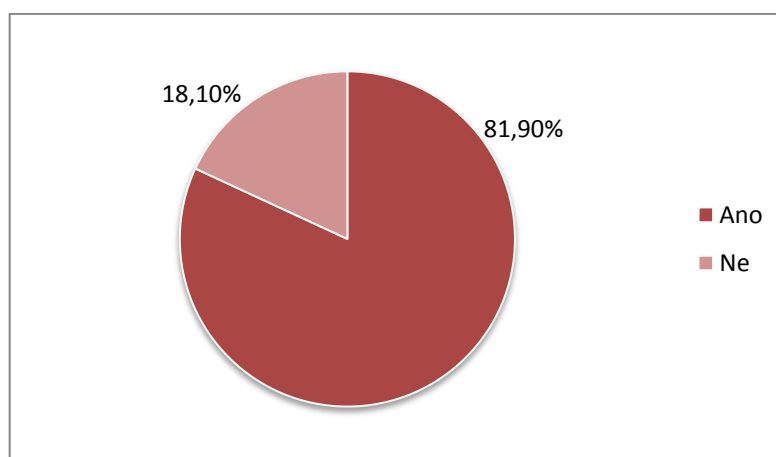
Graf a tabulka č. 1 „Máte nebo měl/a jste v rodině někoho těžce nemocného?“



Ne, nikoho takového v rodině nemám	88	34,5 %
Měl/a jsem	75	30,1 %
Ano mám	86	35,3 %

Z grafu a tabulky lze vyčíst, že z celkového počtu 249 respondentů 34,5 %, tedy 88 respondentů, nemá ani nemělo v rodině nikoho těžce nemocného či umírajícího. 65,4 % respondentů má či v minulosti mělo v rodině někoho těžce nemocného nebo umírajícího.

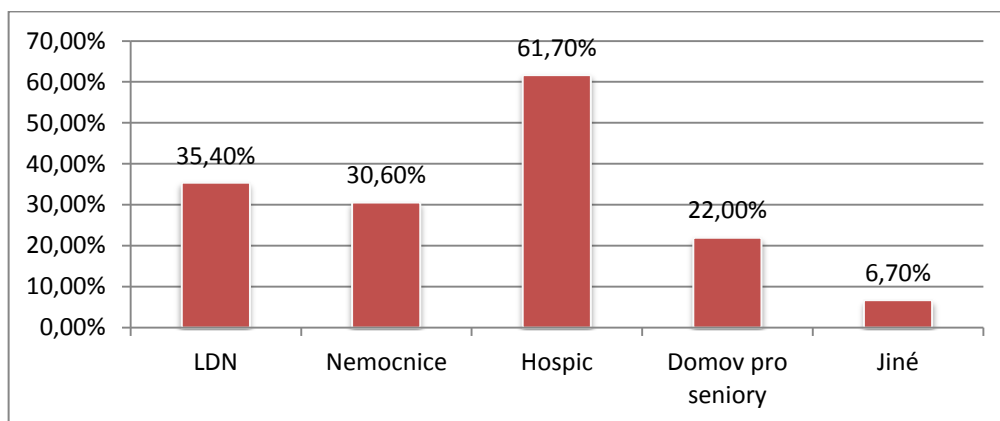
Graf a tabulka č. 2 „Znáte nějaké typy zařízení pro těžce nemocné a umírající pacienty?“



Ano	204	81,9 %
Ne	45	18,1 %

Z grafu a tabulky č. 2 lze vyčíst, že 81,9 %, tedy 204 respondentů, napadají typy zařízení pro těžce nemocné a umírající. Které typy zařízení to jsou, můžeme vidět v tabulce a grafu č. 3. z celkového počtu všech respondentů 45 odpovídajících nenapadá žádný typ zařízení.

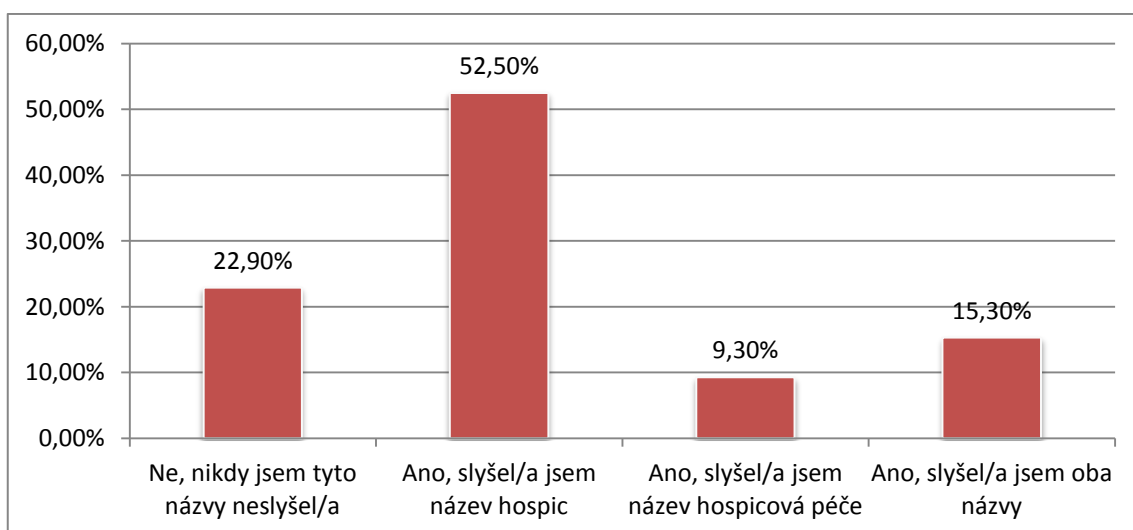
Graf a tabulka č. 3 „Pokud ano, jaké?“



LDN	74	35,4 %
Nemocnice	64	30,6 %
Hospic	129	61,7 %
Domov pro seniory	46	22,0 %
Jiné	14	6,7 %

Z grafu a tabulky č. 3 vyčteme, že z počtu 204 respondentů, které napadá nějaký typ zařízení, zvolilo 74 (35,4 %) respondentů „LDN“, 64 (30,6 %) respondentů „Nemocnice“, 46 (22,0 %) respondentů „Domov pro seniory“, 14 (6,7 %) respondentů zvolilo jinou odpověď (například Paseka, ústavy sociální práce, sanatorium, psychiatrie nebo krematorium). Nejčastější odpovědí byl „Hospic“. Tuto odpověď zvolilo 129 (61,7 %) respondentů. Respondenti mohli označit jednu a více odpovědí.

Graf a tabulka č. 4 „Slyšel/a jste někdy o hospici nebo hospicové péči?“



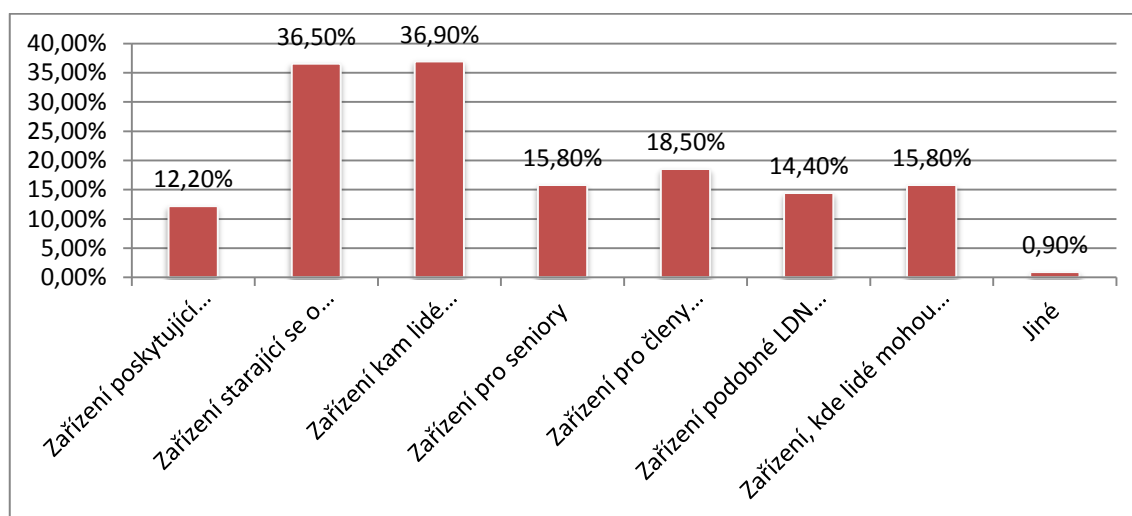
Ne, nikdy jsem tyto názvy neslyšel/a	27	22,9 %
Ano, slyšel/a jsem název hospic	62	52,5 %
Ano, slyšel/a jsem název hospicová péče	11	9,3 %
Ano, slyšela jsem oba názvy	18	15,3 %

V grafu a tabulce č. 4 jsou odpovědi respondentů, kteří v otázce č. 2 „Znáte nějaké typy zařízení pro těžce nemocné a umírající pacienty?“ zvolili odpověď „Ne“, a respondentů, kteří v otázce č. 3 „Pokud ano, jaké?“ zvolili jiné možnosti než hospic. Těchto respondentů je celkem 131 a z nich 104 (79,4 %) respondentů již slyšelo název hospic nebo hospicová péče. 27 (20,6 %) respondentů tento název neslyšelo. Tito respondenti již neodpovídali na další otázky, proto na další otázky odpovídalo pouze 222 respondentů.

Z grafů a tabulek lze vyčíst, že název hospic nebo hospicová péče je obyvatelům Olomouce známý nebo ho přinejmenším již slyšeli. Poukazují na to údaje z tabulky č. 3 a č. 4, kde lze vyčíst, že 222 respondenti zvolili hospic jako odpověď sami od sebe nebo označili, že o hospici či hospicové péči již slyšeli. Proto lze s jistotou říci, že první hypotéza se vyplnila.

Druhá hypotéza (Předpokládám, že většina obyvatel Olomouce ví, co je to hospic) byla zkoumána otázkou č. 5 „Co podle Vás hospic nebo hospicová péče je?“. Výsledky je možné vidět v grafu a tabulce č. 5 a 6.

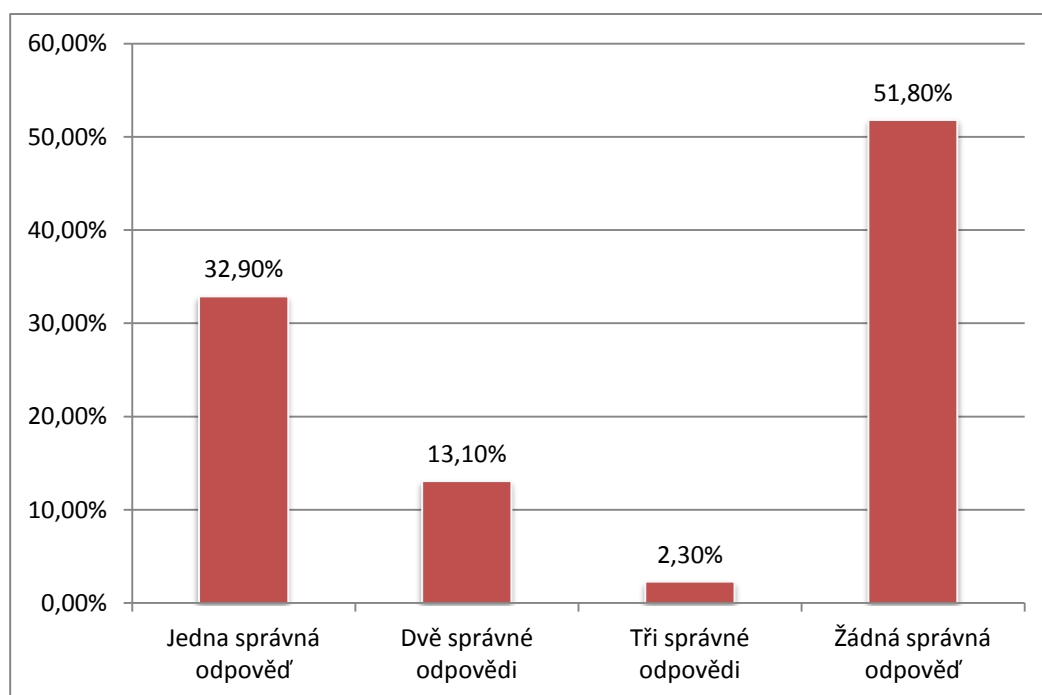
Graf a tabulka č. 5 „Co podle Vás hospic nebo hospicová péče je?“



Zařízení poskytující paliativní péči	27	12,2 %
Zařízení starající se o nevléčitelně nemocné a umírající klienty	81	36,5 %
Zařízení, kam lidé odcházejí zemřít	82	36,9 %
Zařízení pro seniory	35	15,8 %
Zařízení pro členy rodiny, o které se blízcí už nemohou starat	41	18,5 %
Zařízení podobné LDN nebo domovu pro seniory	32	14,4 %
Zařízení, kde lidé mohou důstojně zemřít	35	15,8 %
Jiné	2	0,9 %

V grafu a tabulce č. 5 můžeme vidět, že nejčastější odpovědí bylo „Zařízení, kam lidé odcházejí zemřít“ (36,9 %) a hned poté „Zařízení starající se o nevléčitelně nemocné a umírající klienty“ (36,5 %). Ostatní respondenti zvolili další odpovědi, z čehož dva respondenti neodpověděli ani jednou z vybraných, ti zvolili odpověď „Nevím“ a „Zařízení na 24 hodin“.

Graf a tabulka č. 6 „Počet respondentů, kteří zvolili správné odpovědi“

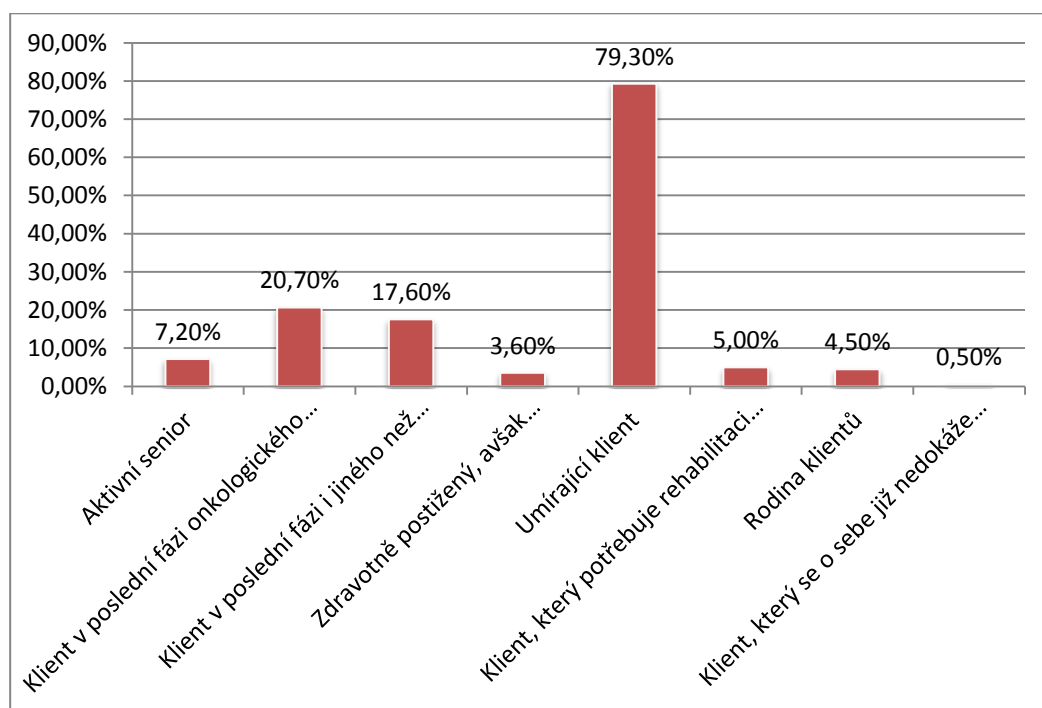


Žádná správná odpověď	115	51,8 %
Jedna správná odpověď	73	32,9 %
Dvě správné odpovědi	29	13,1 %
Tři správné odpovědi	5	2,3 %

V grafu č. 6 vidíme, že v otázce č. 5 „Co podle Vás hospic nebo hospicové zařízení je?“ zvolilo jednu správnou odpověď 73 respondentů, 29 respondentů zvolilo dvě správné odpovědi, 3 správné odpovědi zvolilo pouhých 5 respondentů a více než polovina, tedy 115 respondentů, nezvolilo ani jednu ze správných odpovědí. Na základě tohoto grafu se hypotéza tedy ukázala jako nepravdivá.

Hypotéza č. 3 (Předpokládám, že většina respondentů ví, komu hospic pomáhá) je testována otázkou č. 6 „Víte, pro koho jsou služby hospice určeny?“.

Graf a tabulka č. 7 „Víte, pro koho jsou služby hospice určeny?“



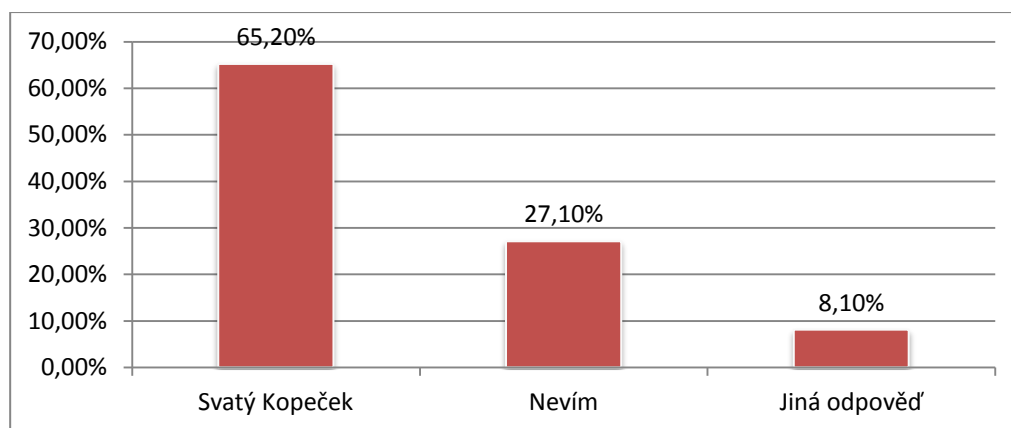
Aktivní senior	16	7,2 %
Klient v poslední fázi onkologického onemocnění	46	20,7 %
Klient v poslední fázi i jiného než onkologického	39	17,6 %
Zdravotně postižený, avšak soběstačný klient	8	3,6 %
Umírající klient	176	79,3 %
Klient, který potřebuje rehabilitaci po operaci	11	5,0 %
Rodina klientů	10	4,5 %
Klient, který se o sebe již nedokáže postarat	1	0,5 %

Z údajů uvedených v grafu a tabulce č. 7 lze vyčíst, že nejčastěji respondenti odpovídali „Umírající klient“. Tuto odpověď zvolilo 176 respondentů. Další častou

odpovědí, byla odpověď „Klient v poslední fázi onkologického onemocnění“, kterou zvolilo 46 respondentů, a „Klient v poslední fázi i jiného než onkologického“, kterou zvolilo 39 respondentů. Hypotézu (Předpokládám, že většina respondentů ví, komu hospic pomáhá) lze označit za pravdivou.

Hypotézu č. 4 (Předpokládám, že většina respondentů ví, kde je nejbližší hospic) testovala otázka č. 8 „Můžete mi říct, kde se nachází nejbližší hospic?“.

Graf a tabulka č. 8 „Můžete mi říct, kde se nachází nejbližší hospic?“



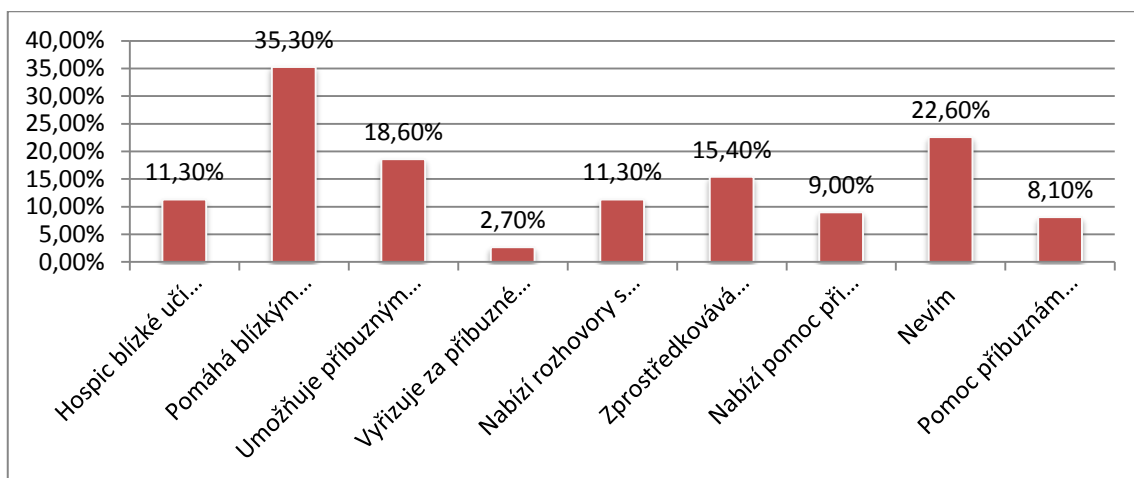
Svatý Kopeček	144	65,2 %
Nevím	60	27,1 %
Jiná odpověď	18	8,1 %

Z grafu a tabulky č. je evidentní, že většina respondentů, celkem 144 (65,2 %) ví, kde se nachází nejbližší hospic. Druhou nejčastější odpovědí bylo „Nevím“. Tuto odpověď zvolilo 60 (27,1 %) respondentů a 18 (8,1 %) respondentů zvolilo jinou odpověď, například „Nemocnice“, „Chvalkovice“, „Mohelnice“ nebo „Olomouc“, přičemž svou odpověď blíže nespecifikovali. Hypotézu č. 4 lze tedy z těchto údajů označit za pravdivou.

5.6.2 Povědomí obyvatel Olomouce o konkrétní činnosti hospice

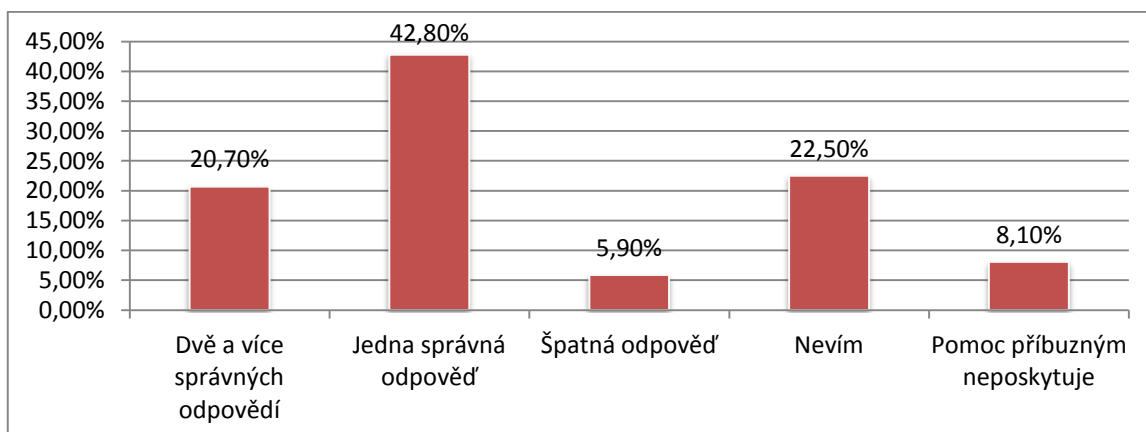
Hypotéza č. 5 (Předpokládám, že většina respondentů nemá povědomí o tom, jakým způsobem hospic pomáhá příbuzným pacientů) byla ověřována otázkou č. 7 „Zkuste mi říct, jakou pomoc hospic nabízí blízkým nemocného a příbuzným“.

Graf a tabulka č. 9 „Zkuste mi říct, jakou pomoc hospic nabízí blízkým nemocného a příbuzným.“



Hospic blízké učí odborné zdravotnické úkony, aby se uměli o nemocného postarat	25	11,3 %
Pomáhá blízkým psychicky se vyrovnat se situací a odchodem nemocného	78	35,3 %
Umožňuje příbuzným přespávat v hospici	41	18,6 %
Vyřizuje za příbuzné platbu pobytu s pojišťovnou	6	2,7 %
Nabízí rozhovory s duchovním o oblastech víry a umírání	25	11,3 %
Zprostředkovává blízkým smíření s nemocným	34	15,4 %
Nabízí pomoc při zajištění pohřbu a dalších záležitostech po odchodu blízkého	20	9,0 %
Nevím	50	22,6 %
Pomoc příbuzným neposkytuje	18	8,1 %

Graf a tabulka č. 10 „Počet respondentů, kteří zvolili správnou odpověď“

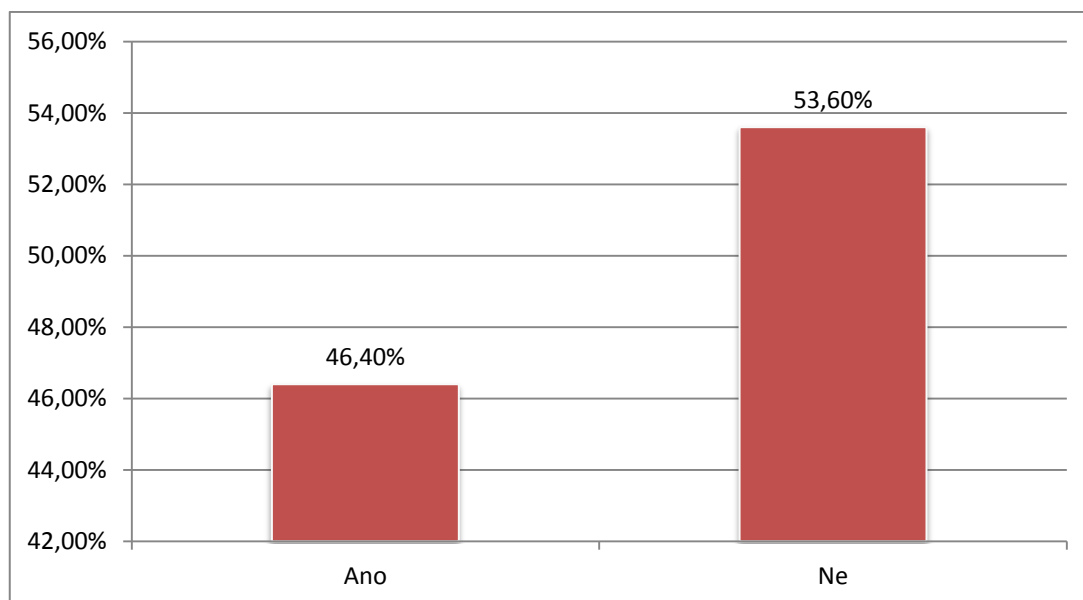


Dvě a více správných odpovědí	46	20,7 %
Jedna správná odpověď	95	42,8 %
Špatná odpověď	13	5,9 %
Nevím	50	22,5 %
Pomoc příbuzným hospic neposkytuje	18	8,1 %

Z grafu č. 10 lze vyčíst, že nejvíce respondentů (95) zvolilo pouze jednu odpověď. Druhou nejpočetnější odpovědí bylo „Nevím“; tuto možnost zvolilo 50 respondentů, 46 respondentů zvolilo dvě a více správných odpovědí, 18 respondentů odpovědělo, že hospic příbuzným pomoc neposkytuje, a zbylých 13 respondentů uvedlo špatnou odpověď. v grafu vidíme, že ač se sečtou špatné odpovědi, odpovědi „Nevím“ a odpovědi s pouze jednou správnou odpovědí, přesto více respondentů zvolilo dvě a více správných odpovědí. Hypotéza je tedy pravdivá.

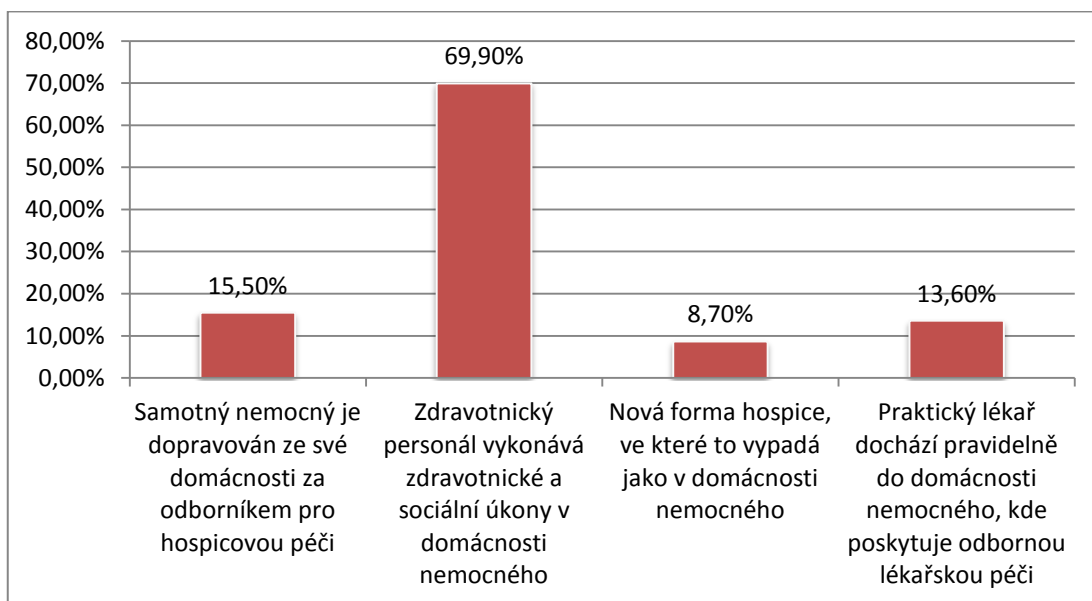
Hypotéza č. 6 (Předpokládám, že většina respondentů nebude vědět, co je to domácí hospicová péče) byla zkoumána otázkou č. 9 „Slyšel/a jste někdy název domácí hospicová péče?“ a otázkou č. 10 „Co si myslíte, že to je?“.

Graf a tabulka č. 11 „Slyšel/a jste někdy název domácí hospicová péče?“



Ano	103	46,4 %
Ne	119	53,6 %

Graf a tabulka č. 12 „Co si myslíte, že to je?“



Samotný nemocný je dopravován ze své domácnosti za odborníkem pro hospicovou péči	16	15,5 %
Zdravotnický personál vykonává zdravotnické a sociální úkony v domácnosti nemocného	73	69,9 %
Nová forma hospice, ve které to vypadá jako v domácnosti nemocného	9	8,7 %
Praktický lékař dochází pravidelně do domácnosti nemocného, kde poskytuje odbornou lékařskou péči	15	13,6 %

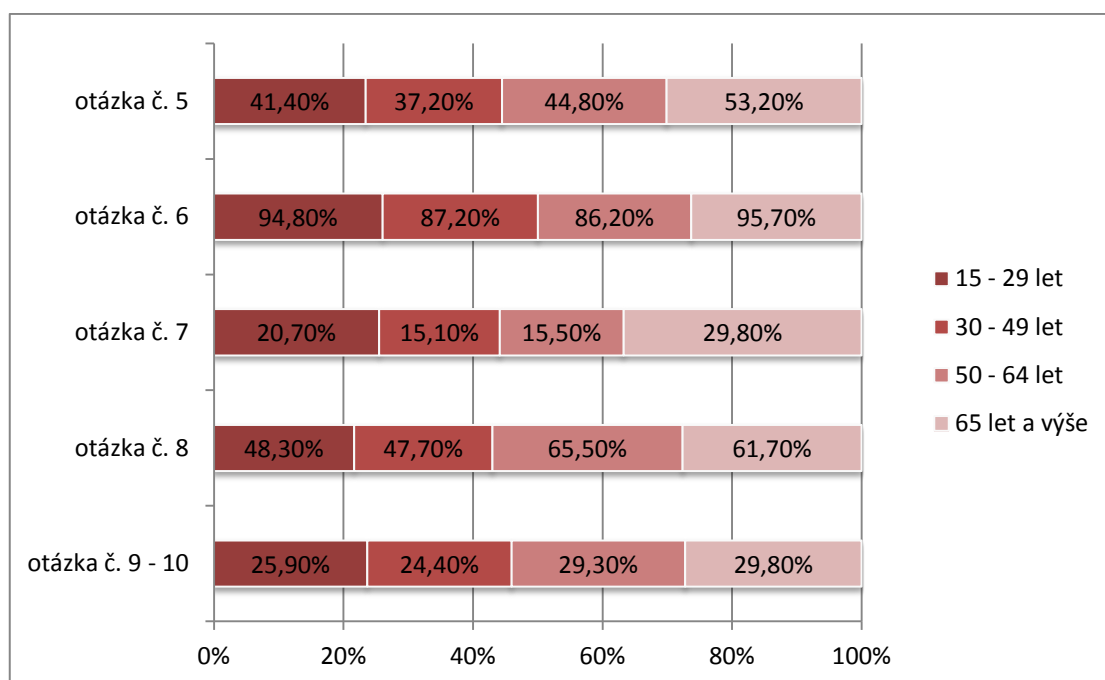
V grafu a tabulce č. 11 lze spatřit, že více než polovina respondentů, celkem 119 respondentů, nikdy název domácí hospicové péče neslyšela. Respondenti, kteří odpověděli, že tento název již slyšeli, odpovídali na otázku č. 10 „Co si myslíte, že to je?“. Jejich odpovědi můžeme vidět v grafu a tabulce č. 12. z počtu 103 respondentů odpovědělo 73 správně, tedy „Zdravotnický personál vykonává zdravotnické a sociální úkony v domácnosti nemocného“. Další nejčastější odpovědí bylo „Samotný nemocný je dopravován ze své domácnosti za odborníkem pro hospicovou péči“, tuto možnost zvolilo 16 respondentů. Odpověď „Praktický lékař dochází pravidelně do domácnosti nemocného, kde poskytuje odbornou lékařskou péči“ zvolilo 15 respondentů. Nejméně respondentů zvolilo – celkem 9 – zvolilo odpověď „Nová forma hospice, ve které to

vypadá jako v domácnosti nemocného“. Již z tabulky a grafu č. 11 lze vyčíst, že hypotéza č. 6 (Předpokládám, že většina respondentů nebude vědět, co je to domácí hospicová péče) se vyplnila, je tedy pravdivá.

5.6.3 Potřeba obyvatel Olomouce být informováni o činnosti hospiců

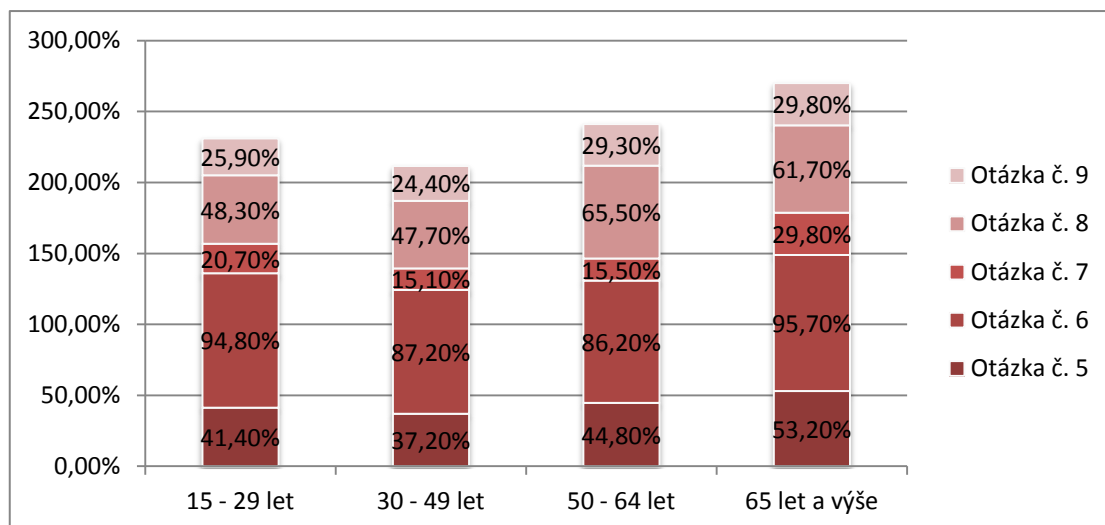
Hypotéza č. 8 (Předpokládám, že existuje vztah mezi věkem a povědomím o hospicové péči), byla zkoumána otázkami č. 5–10. Jednotlivé odpovědi byly vyhodnocovány stejně jako v předchozích hypotézách.

Graf a tabulka č. 13 „Odpovědi otázek č. 5–10 v jednotlivých věkových kategoriích“



	15–29 let	30–49 let	50–64 let	65 let a výše
Otázka č. 5	41,4 %	37,2 %	44,8 %	53,2 %
Otázka č. 6	94,8 %	87,2 %	86,2 %	95,7 %
Otázka č. 7	20,7 %	15,1 %	15,5 %	29,8 %
Otázka č. 8	48,3 %	47,7 %	65,5 %	61,7 %
Otázka č. 9-10	25,9 %	24,4 %	29,3 %	29,8 %

Graf a tabulka č. 14 „Odpovědi z otázek č. 5–10 v procentuálním zobrazení a věkových kategoriích“

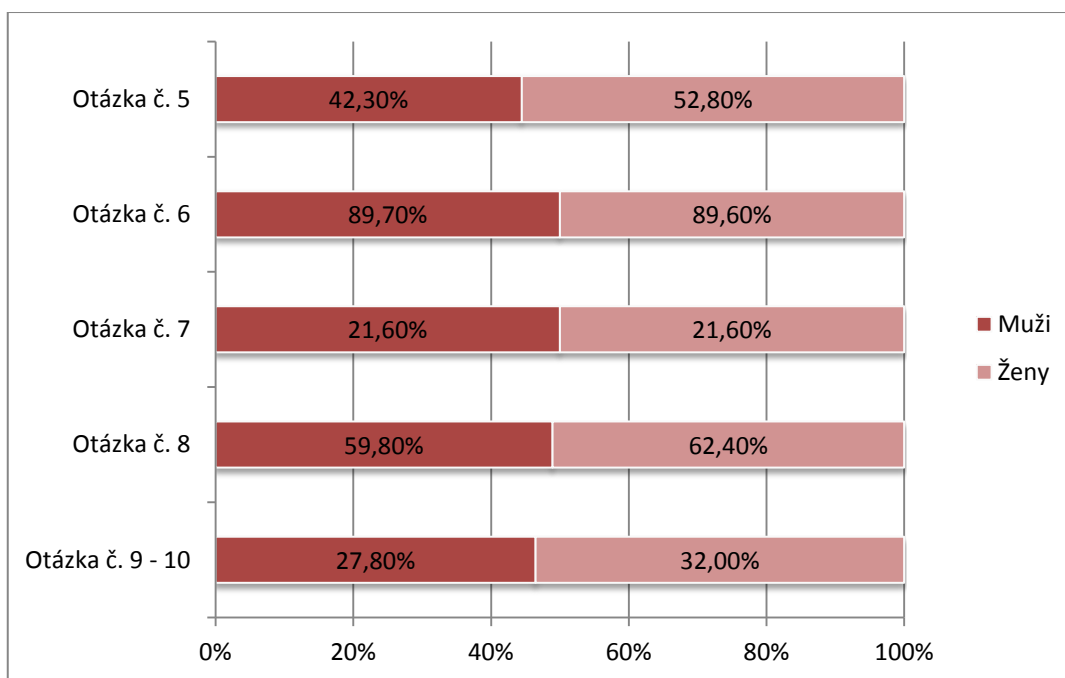


	15–29 let	30–49 let	50–64 let	65 let a výše
Celkový součet procent	231,1 %	211,6 %	241,3 %	270,2 %

V grafu a tabulce č. 13 můžeme vidět celkový počet procent správných odpovědí v každé kategorii a otázce. Následující graf a tabulce č. 14 ukazují, která věková kategorie má podle počtu procent nejvíce správných odpovědí, tj. má největší povědomí o hospicové péči. s celkovým počtem 270,2 % má největší povědomí věková hranice respondentů starších 65 let. Tato skupina respondentů měla největší znalosti ve všech otázkách kromě jedné. Druhou věkovou kategorií s největším počtem procent, tedy s největším povědomím o hospicové péči, byla skupina respondentů ve věkové kategorii od 50 do 64 let, s celkovým počtem 241,3 %. Další dvě věkové skupiny respondentů jsou na tom, co se týče povědomí o hospicové péči, o něco hůře. z těchto dvou grafů a tabulek můžeme odhadnout, že vztah mezi věkem a povědomím o hospicové péči existuje, hypotézu tedy lze označit za pravdivou.

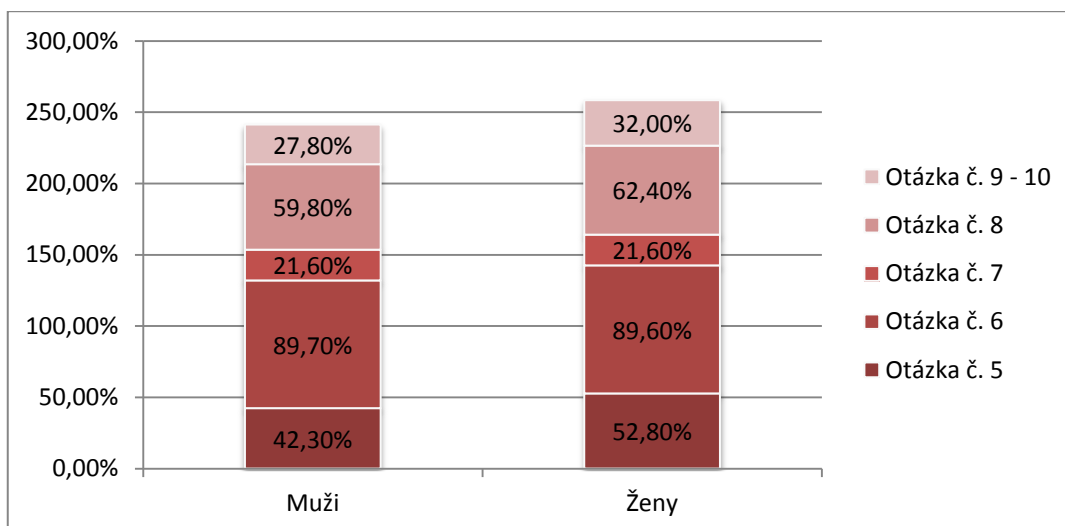
Hypotéza č. 9 (Předpokládám, že existuje vztah mezi pohlavím a povědomím o hospicové péči), byla taktéž zkoumána otázkami č. 5 –10. Jednotlivé odpovědi byly vyhodnocovány stejně jako v předchozích hypotézách.

Graf a tabulka č. 15 „Odpovědi otázek č. 5–10 v kategorii pohlaví“



	Muži	Ženy
Otázka č. 5	42,30 %	52,80 %
Otázka č. 6	89,70 %	89,60 %
Otázka č. 7	21,60 %	21,60 %
Otázka č. 8	59,80 %	62,40 %
Otázka č. 9–10	27,80 %	32,00 %

Graf a tabulka č. 16 „Odpovědi z otázek č. 5–10 v procentuálním zobrazení a kategoriích pohlaví“

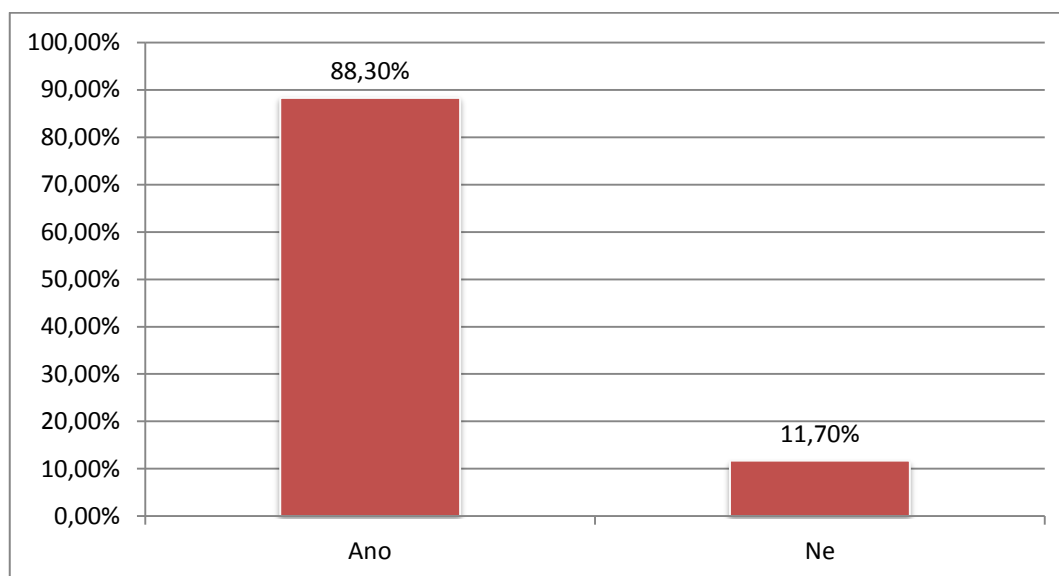


	Muži	Ženy
Celkový součet procent	241,2 %	258,4 %

V grafu a tabulce č. 15 můžeme vidět celkový počet procent správných odpovědí v obou kategoriích a otázkách. Následující graf a tabulka č. 16 ukazuje, která kategorie (zda muži, či ženy) má podle počtu procent nejvíce správných odpovědí, tj. má největší povědomí o hospicové péči. s celkovým počtem 258,4 % mají větší povědomí o hospicové péči ženy. Tato skupina respondentů měla větší znalosti ve většině otázek kromě jedné, ve které měla menší povědomí, a v jedné otázce měla skupina stejné povědomí jako skupina druhá. z uvedených dvou grafů však můžeme vyčíst, že ženy mají větší povědomí o hospicové péči než muži jen o 17,2 %, což je velmi nízké číslo. Za těchto podmínek je nutné hypotézu označit jako nepravdivou.

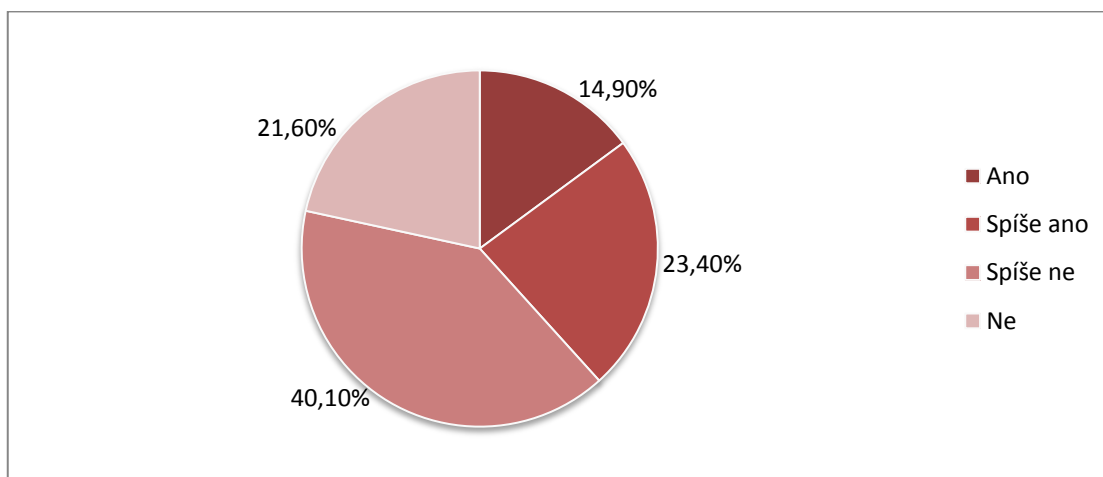
Hypotéza č. 10 (Předpokládám, že většina respondentů pocítuje nedostatek informovanosti o hospicové péči) byla testována otázkou č. 12 „Máte pocit, že vy jste dostatečně informován/a o činnosti hospiců?“ a otázkou „Myslíte si, že je důležité, aby byli lidé informováni o činnosti hospiců?“, což je otázka pouze doplňující.

Graf a tabulka č. 17 „Myslíte si, že je důležité, aby byli lidé informováni o činnosti hospiců?“



Ano	196	88,3 %
Ne	26	11,7 %

Graf a tabulka č. 18 „Máte pocit, že vy jste dostatečně informován/a o činnosti hospiců?“

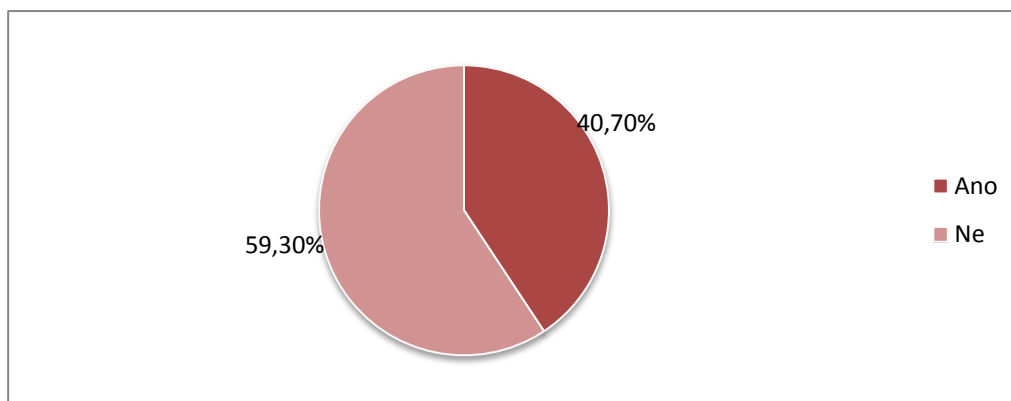


Ano	33	14,9 %
Spíše ano	52	23,4 %
Spíše ne	89	40,1 %
Ne	48	21,6 %

V grafu a tabulce č. 18 vidíme, že nejčastější možností, kterou respondenti volili, byla odpověď „Spíše ne“. Tuto odpověď zvolilo 89 respondentů (40,1 %). Druhou nejčastěji volenou odpovědí byla odpověď „Spíše ano“, tato odpověď se vyskytla 53x (23,4 %). 48 (21,6 %) respondentů pak zvolilo odpověď „Ne“ a nejméně volená odpověď byla „Ano“, takto odpovědělo 33 respondentů (14,9 %).

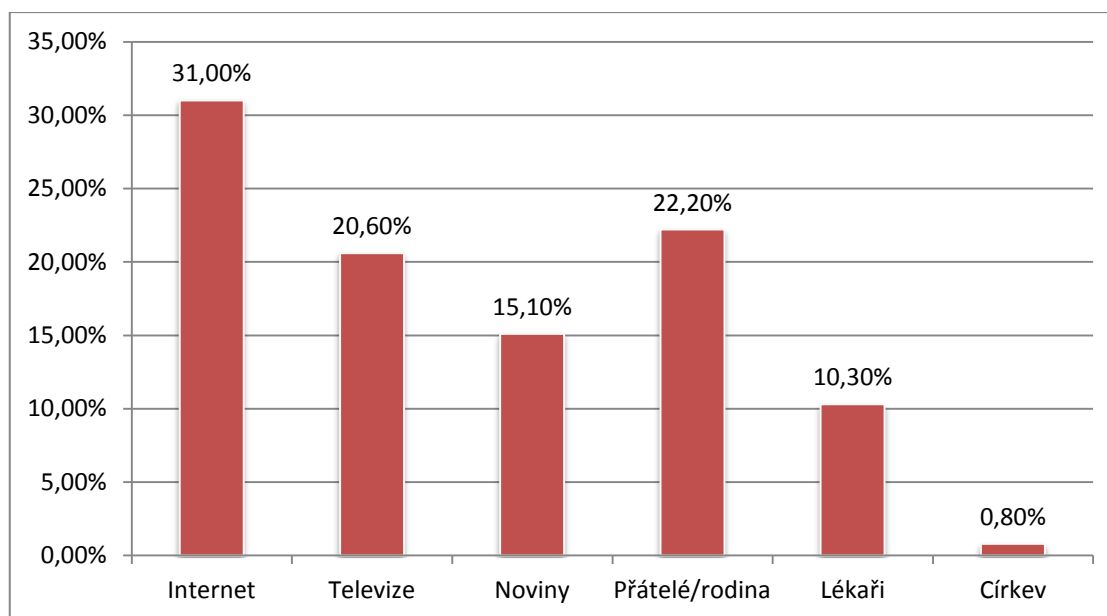
Hypotéza č. 11 (Předpokládám, že k většině respondentů se informace o činnosti hospiců nedostávají, nebo dostávají velmi omezeně) byla testována otázkou č. 13 „Dostávají se k vám nějaké informace o činnosti hospiců, aniž byste je sám/sama vyhledával/a? Pokud ano, odkud se k vám dostávají?“.

Graf a tabulka č. 19 „Dostávají se k Vám nějaké informace o činnosti hospiců, aniž byste je sám/sama vyhledávala?“



Ano	90	40,7 %
Ne	131	59,3 %

Graf a tabulka č. 20 „Pokud ano, odkud se k Vám dostávají?“



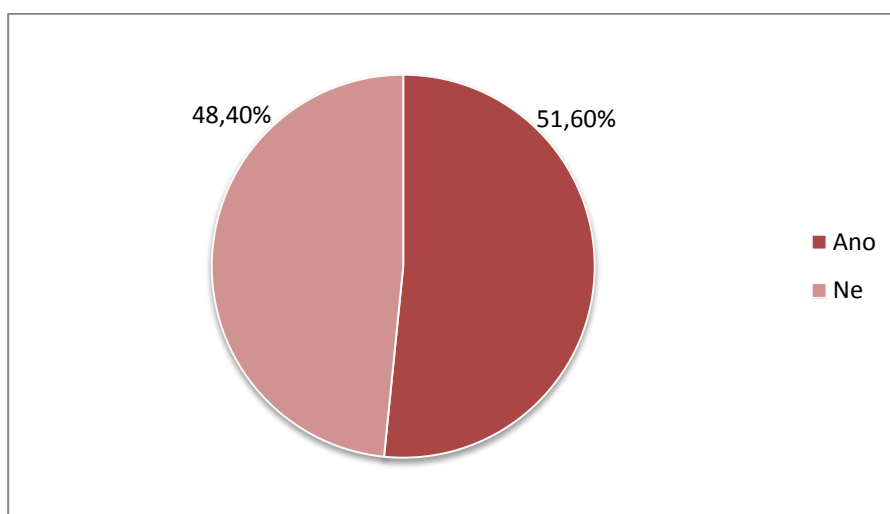
Internet	39	31,0 %
Televize	26	20,6 %
Noviny	19	15,1 %
Přátelé/rodina	28	22,2 %
Lékaři	13	10,3 %
Církev	1	0,8 %

V grafu a tabulce č. 19 je znázorněno, že nejčastější odpovědí bylo „Ne“, přičemž tuto odpověď zvolilo 131 respondentů (59,3 %). Odpověď „Ano“ zvolilo 90 respondentů (40,7 %). Těchto 90 respondentů odpovídalo také na další otázku, jejíž odpovědi jsou zobrazeny v grafu a tabulce č. 20. Nejčastější odpovědí u této otázky byla odpověď „Internet“, tuto možnost zvolilo 39 respondentů (31,0 %), druhou nejčastější odpovědí je „Přátelé/rodina“, kterou zvolilo 28 respondentů (22,2 %) a třetí nejčastější odpovědí pak byla možnost „Televize“, s 26 respondenty (20,6 %). Již z grafu č. 19 je patrné, že k více než polovině respondentů se nedostávají žádné informace o činnosti hospiců, aniž by se o ně respondenti nějak zajímali. z tohoto údaje lze usoudit, že hypotéza č. 11 je pravdivá.

5.6.4 Zainteresovanost obyvatel Olomouce do pomáhání hospici

Hypotéza č. 12 (Předpokládám, že většina respondentů by měla zájem hospici nějakým způsobem pomoci) byla zkoumána otázkou č. „Měl/a byste zájem hospici nějakým způsobem pomoci?“.

Graf a tabulka č. 21 „Měl/a byste zájem hospici nějakým způsobem pomoci?“

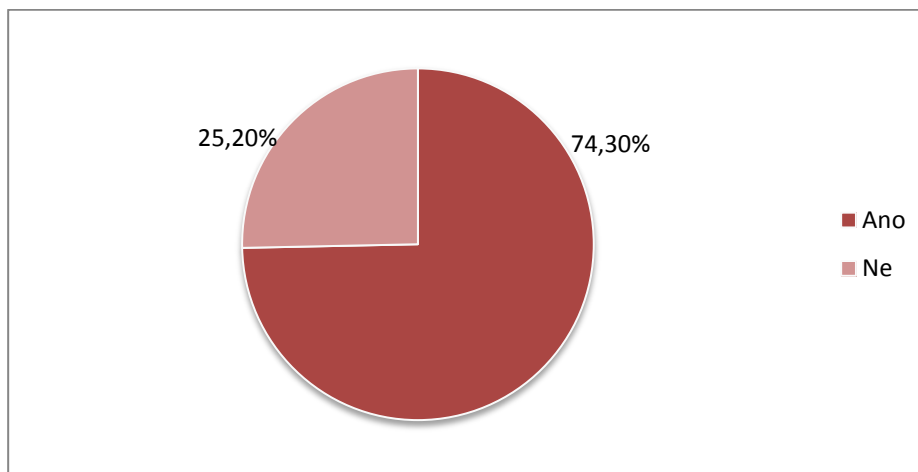


Ano	114	51,6 %
Ne	107	48,4 %

Z grafu a tabulky č. 21 lze vyčíst, že četnost odpovědí respondentů se od sebe příliš neliší. Více než polovina respondentů, celkem 114 (51,6 %), však odpověděla „Ano“, což znamená, že hypotéza se ukázala jako pravdivá. Druhou možnost „Ne“ zvolilo 107 respondentů (48,4 %).

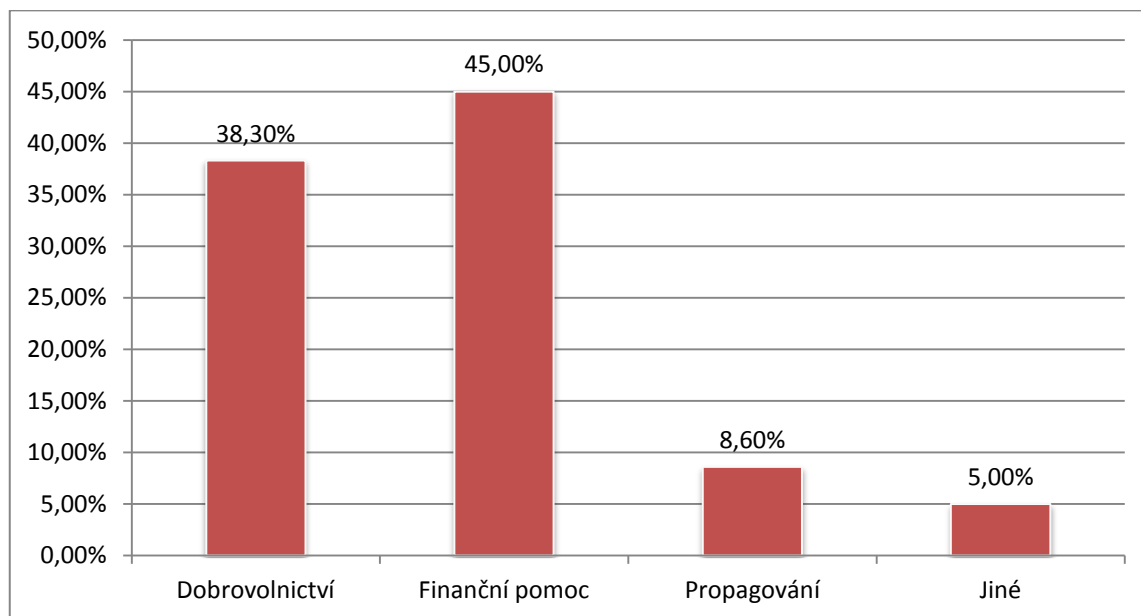
Hypotéza č. 13 (Předpokládám, že většina respondentů neví, jak může pomoci chodu hospice nebo pobytu pacientů) byla testována otázkou č. 15 „Napadá vás jakými způsoby lze hospici pomoci? Pokud ano, jak?“.

Graf a tabulka č. 22 „Napadá vás, jakými způsoby lze hospici pomoci?“



Ano	165	74,3 %
Ne	56	25,2 %

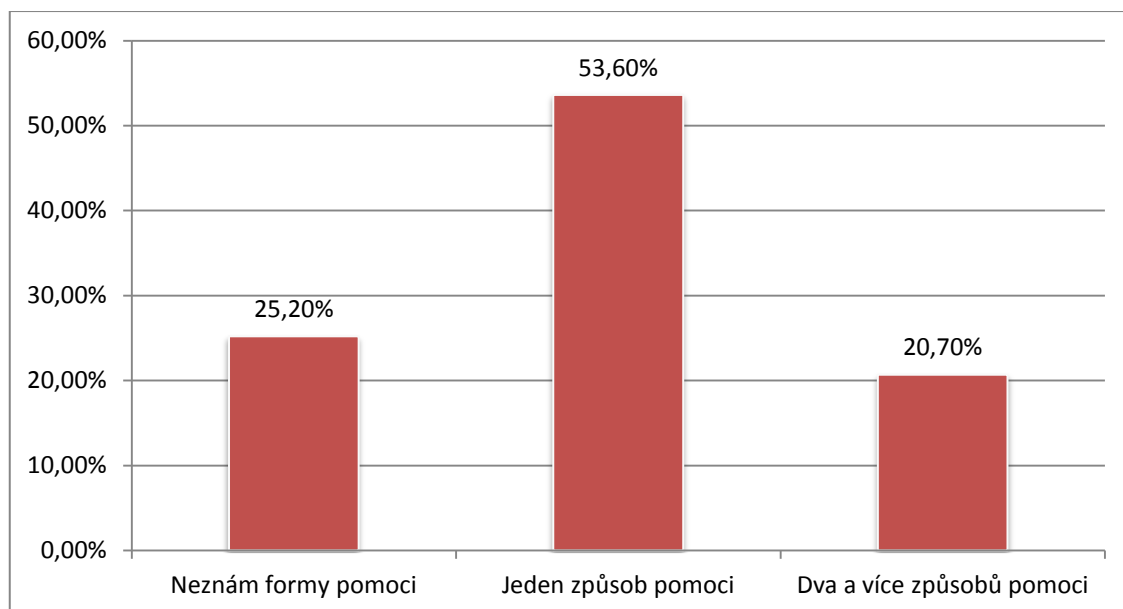
Graf a tabulka č. 23 „Pokud ano, jaké to jsou?“



Dobrovolnictví	85	38,3 %
Finanční pomoc	100	45,0 %
Propagování	19	8,6 %
Jiné	11	5,0 %

Z grafu a tabulky č. 22 vyčteme, že většina respondentů, celkem 165 (74,3 %) zvolila odpověď „Ano“. Druhou možnost „Ne“ zvolilo 56 respondentů (25,2 %). v grafu a tabulce č. 23 můžeme vidět odpovědi respondentů, kteří zvolili v grafu č. 22 odpověď „Ano“. Nejčastější odpovědí je „Finanční pomoc“, přičemž tuto odpověď zvolilo 100 respondentů (45,0 %), druhou nejčastější odpovědí bylo „Dobrovolnictví“, což zvolilo 85 respondentů (38,3 %). „Propagování“ odpovědělo 19 respondentů (8,6 %) a 11 respondentů (5 %) odpovědělo jinou možností. Nejčastější respondenti zvolili „Materiální pomoc“ (9 respondentů), a jeden respondent zvolil odpověď „Aktivizace“ a jeden „Dělat klauna“.

Graf a tabulka č. 24 „Počet odpovědí respondentů v otázce č. 15“

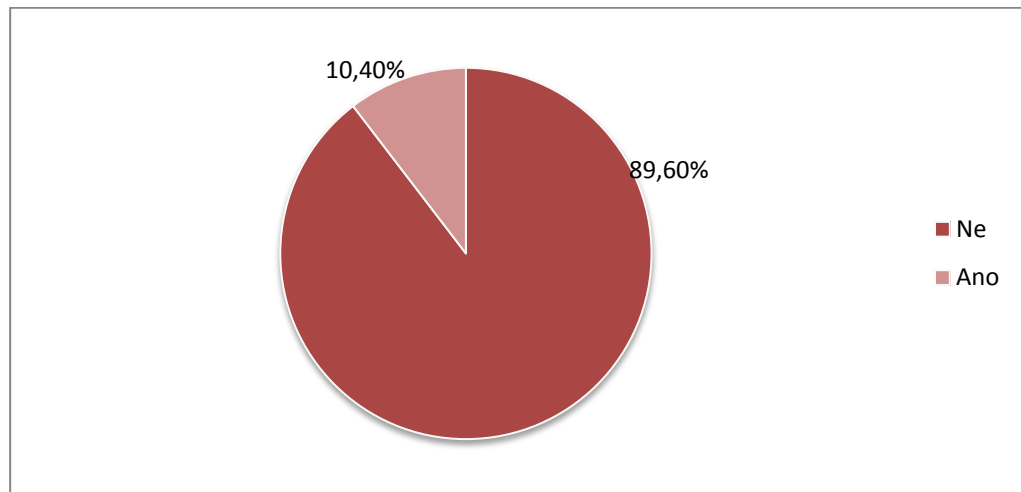


Neznám formy pomoci	56	25,2 %
Jeden způsob pomoci	119	53,6 %
Dva a více způsobů pomoci	46	20,7 %

Z grafu a tabulky č. 24 lze vyčíst, že kromě 56 respondentů, kteří zvolili odpověď „Ne“, odpovědělo 119 respondentů (53,6 %) pouze jednou z možností. z toho lze usoudit, že respondenti nejsou natolik informováni, aby věděli, jakými dalšími způsoby lze hospici pomoci, a proto lze hypotézu označit za pravdivou. Dva a více způsobů pomoci uvedlo 46 respondentů (20,7 %).

Poslední hypotéza č. 14 (Předpokládám, že většina lidí nyní nebo v minulosti nepřispívala, ani jinak nepomáhala hospici) byla testována otázkou č. 16 „Pomáhal/a jste nebo jste hospici sám/sama někdy nějak přispěla?“.

Graf a tabulka č. 25 „Pomáhal/a jste nebo jste hospici sám/sama někdy nějak přispěla?“



Ne	199	89,6 %
Ano	23	10,4 %

Z grafu a tabulky č. 25 lze vyčíst, že více než polovina respondentů, celkem 199 (89,6 %), nikdy v hospici nepomáhala, ani mu nijak nepřispěla. Pouze 23 respondentů (10,4 %) bylo nějakým způsobem zainteresováno do pomoci hospici nebo přímo v hospici, a proto zle i tuto hypotézu označit za pravdivou.

6 Závěry výzkumu

V této části práce se pokusím shrnout nejdůležitější výsledky výzkumu veřejného mínění, který jsem realizovala v Olomouci. Výzkumy týkající se paliativní nebo hospicové péče byly doposud realizovány jen v celé České republice, nikoli pouze v jedné části nebo městě, proto výsledky výzkumu z Olomouce mohou přinést zajímavá zjištění. Na základě prvních otázek zkoumajících, jaké typy zařízení pro těžce nemocné a umírající pacienty klienti znají, se ukázalo, že nejnámějším typem zařízení je hospic. Tento typ zařízení zná 89,2 % všech dotázaných respondentů. z nich však pouze 48,3 % respondentů dokáže správně říci, co přesně hospic či hospicové zařízení je. Více než 79,3 % respondentů dokáže správně říci, pro koho jsou služby hospice určeny, avšak pouze 4,5 % respondentů ví, že hospic pomáhá také rodině nemocného. Většina respondentů (65,2 %) ale ví, že nejbližší hospic se nachází na Svatém Kopečku. Na otázku jak pomáhá hospic příbuzným, byla nejčastější (35,3 % respondentů) odpověď, že hospic pomáhá blízkým psychicky se vyrovnat se situací. Zároveň vyšlo najevo, že 42,8 % respondentů dokáže říct pouze jeden způsob pomoci a 36,5 % respondentů neví, jak hospic blízkým pomáhá, nebo si myslí, že nepomáhá nijak. Více než polovina respondentů (53,6 %) nikdy neslyšela název domácí hospicové péče. z těch, kteří ji slyšeli, 69,9 % respondentů ví, co to domácí hospicová péče je.

Výzkum ukázal, že dvě starší věkové kategorie mají větší povědomí o hospicové péči, než dvě mladší věkové kategorie. Zároveň se ukázalo, že ženy mají větší povědomí o hospicové péče, avšak rozdíl ve srovnání s muži je nepatrný. Většina respondentů (88,3 %) si myslí, že je důležité, aby lidé byli informováni o hospicové péči. Avšak 61,7 % respondentů se necítí být dostatečně informováno. 59,3 % respondentů také uvedlo, že se k nim nedostávají žádné informace o činnosti tohoto zařízení. K těm, co se informace dostávají, se dostávají z internetu (31,0 % respondentů), od přátel či rodiny (22,2 % respondentů) nebo z televize (20,6 % respondentů). Počet respondentů, kteří by měli zájem pomoci (51,6 %) a těch, kteří zájem pomoci nemají (48,4 %) je téměř vyrovnaný. Více než polovinu respondentů (74,3 %) napadá způsob, jak by hospici mohli pomoci. z toho nejčastější odpovědí byla finanční pomoc (45,0 % respondentů) a dobrovolnictví (38,3 % respondentů). Posledním údajem, který výzkum ukázal, je skutečnost, že 89,6 % respondentů nikdy hospici nebo v hospici nepomáhalo, pouhých 10,4 % respondentů již nějakým způsobem pomohlo.

7 Diskuze

Tento výzkum veřejného mínění zaměřený na zjišťování informovanosti obyvatel Olomouce o hospicové péči, o činnosti hospiců, dále pak zaměřený na zdroje, odkud jsou respondenti informováni, a zainteresovanost respondentů do pomoci hospicům, byl realizován na veřejném prostranství městských částí Olomouce na vzorku 222 respondentů, kteří byli vybíráni podle dvou kvót, kterými jsou pohlaví a věk. Výzkumy realizované v oblasti hospicové nebo paliativní péče byly doposud realizovány na obyvatelích České republiky jako celku, nikoli v určitých oblastech či městech, proto se domnívám, že výsledky tohoto výzkumu jsou jedinečné. Vyústění výzkumu jsou více či méně překvapivá. Mě osobně velmi překvapilo, že mezi povědomím o hospicové péči u žen a mužů není téměř žádný rozdíl.

Uvědomuji si také mnohé limity tohoto výzkumu. Za jeden z hlavních limitů výzkumu považuji fakt, že se mi nepodařilo dodržet přesné procento kvót. Procenta se sice příliš neodlišují, avšak nejsou ani totožná. v případě, že by se mi podařilo kvóty dodržet, výsledky by byly pravděpodobně spolehlivější. Přesto myslím, že jsou posbíraná data přinejmenším zajímavá, možná dokonce přínosná. Také si uvědomuji, že některé otázky mohly být lépe zformulované, pro některé respondenty se například otázka č. 5 kryla s otázkou č. 6, přestože se každá z otázek týká něčeho jiného.

Jedním ze zajímavých podnětů jsou podle mne odpovědi na poslední otázku dotazníku, týkající se pomoci respondentů v hospici. z výsledků je patrné, že více než polovina respondentů by měla zájem hospici pomoci, avšak pouze 10,4 % respondentů uvedlo, že v minulosti hospici již pomohlo. Jednou z příčin by mohl být i to, že se cítí být neinformováni o hospicové službě, což odpovídá určitému vyhýbání se neznámému, nebo to může být tím, že sice většinu respondentů napadá, jak by se dalo hospici pomoci, avšak 53,6 % respondentů odpovědělo pouze jednou možností, nejsou tedy evidentně informováni o tom, jakými dalšími možnostmi by mohli hospici pomoci.

Dalším zajímavým podnětem je fakt, že v otázce č. 5 „Co podle Vás hospic nebo hospicová péče je?“ bylo nejčastější odpovědí „Zařízení, kam lidé odcházejí zemřít“ a druhou nejčastější odpovědí bylo „Zařízení starající se o nevléčitelně nemocné a umírající klienty“, což je sice správně, ale tyto odpovědi ukazují, že respondenti vidí za názvem hospic pouze umírání a smrt. Velmi málo respondentů uvedlo, že v hospici

se poskytuje paliativní péče nebo že se hospic stará o to, aby tam lidé mohli zemřít důstojně a aby byla kvalitní i jejich poslední část života.

Nepochybně zajímavým zjištěním je, že v otázce č. 7 „Zkuste mi říct, jakou pomoc hospic nabízí blízkým nemocného a příbuzným“ odpovědělo 42,8 % respondentů pouze jednou možností: nejčastěji odpovědí „Pomáhá blízkým psychicky se vyrovnat se situací a odchodem nemocného“. Dalších 36,5 % respondentů odpovědělo, že vůbec neví, jakou pomoc hospic nabízí, nebo že nenabízí pomoc žádnou. z toho vyplývá, že většina respondentů nemá povědomí o tom, jak širokou škálu pomoci hospic blízkým a rodinným příslušníkům nabízí.

Neméně zajímavým faktem je, že 88,3 % respondentů považuje za důležité, aby byla veřejnost informována o činnosti hospiců. Pouze 38,3 % respondentů se však cítí být dostatečně informováno. Lidé informace vyhledávají často až ve chvílích, kdy by se jich hospicová péče mohla týkat. Avšak pokud 88,3 % respondentů považuje za důležité, aby byli lidé o činnosti hospiců informováni, měli by se k nim informace o hospicové péči dostávat, aniž by informace sami vyhledávali. Takto se informace ovšem dostávají pouze k 40,7 % respondentů. z těchto respondentů jich uvedlo nejvíce odpověď „Internet“. Zajímavé je, že ač 161 respondentů (65,4 %) mělo nebo má v rodině někoho těžce nemocného, pouze 13 respondentů (10,3 %) uvedlo, že se k nim informace dostávají od lékařů. Domnívám se však, že právě lékaři by o této formě pomoci měli informovat nejdříve.

Shrnutí

Tato práce se v teoretické části zabývala definicí hospicové a paliativní práce, deskripcí konkrétních služeb hospice a potřeb klientů hospiců. Dále se věnovala vystižení definice veřejného mínění, jeho funkcím a etapám. v poslední kapitole teoretické části se pak práce zabývá popisem předešlých výzkumů o hospicové a paliativní péči a jejich výsledky.

Následující empirická část se zabývá popisem metodologie kvantitativního výzkumu včetně hypotéz, operacionalizací a analýzy dat za účelem testování hypotéz na základě grafů a tabulek vytvořených z výsledků výzkumu. v závěru této části se práce věnuje jak shrnutí výsledků a zajímavými postřehy, tak i limity výzkumného šetření.

Cíl práce, tedy realizace empirického šetření za účelem pověření informovanost olomouckých občanů o hospicové péči, hospicových zařízeních a informovanosti občanů o této formě péče o těžce nemocné pacienty, byl naplněn, neboť se podařilo zjistit, že většina obyvatel Olomouce již slyšela o hospicích zařízeních. Většina obyvatel dokáže říct, komu se hospicová péče věnuje a kde se nachází nejbližší hospic. Nicméně obyvatelé Olomouce nedokážou říci, jakými způsoby hospic pomáhá rodinným příslušníkům nemocného, co je to domácí hospicová péče a cítí se být nedostatečně informováni o činnosti hospiců.

Tato práce může být využita nejen samotným hospicem na Svatém Kopečku, kterému může pomoci v orientaci o povědomí obyvatel Olomouce o hospici nebo v hledání vhodného způsobu informování veřejnosti o činnosti hospice. Práci může využít také další hospic, který tak může být obohacen o povědomí obyvatel Olomouce a přenést tyto výsledky do povědomí obyvatel žijících v blízkosti daného hospice. Dále může sloužit jako inspirace k vytvoření dalších výzkumů, ať už přenesením do jiného města (s tématem povědomí obyvatel o hospicové péči), nebo navázáním na tento výzkum ve smyslu jeho rozšíření o další výzkumné poznatky v oblasti dobrovolnictví v hospici, využití služeb hospice a podobně.

SEZNAM ZDROJŮ a LITERATURY

Knihy

BYOCK, Ira. (1997). *Dobré umírání*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-797-9

DISMAN, Miroslav. (2008). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Vyd. 3. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0139-7.

DISMAN, Miroslav. (2011). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Vyd. 4. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.

FTOREK, Jozef. (2010). *Public relations a politika: kdo a jak řídí naše osudy s naším souhlasem*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3367-0.

FTOREK, Jozef. (2009). *Public relations jako ovlivňování mínění*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2678-6.

GALLUP, George. (1948). *Průvodce po výzkumu veřejného mínění*. Praha: Obris. ISBN neuvedeno.

GRUŠÍN, Boris Andrejevič. (1972). *Veřejné mínění a jeho výzkum*. Vyd. 1. Praha. ISBN neuvedeno.

HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ. (Nedatováno). *Hospic Anežky České se představuje*. Ecce homo. ISBN neuvedeno

HRUBEC, Marek. (2004). *Demokracie, veřejnost a občanská společnost*. Vyd. 1. Praha: Filosofia. ISBN 80-7007-211-3.

KOHOUT, Jaroslav. (1999). *Veřejné mínění, image a metody public relations*. Vyd. 1. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-006-6

KUNŠTÁT, Daniel, (ed). (2006). *České veřejné mínění: výzkum a tvorba souvislosti*. Praha. ISBN 80-7330-081-8.

MARKOVÁ, Monika. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, Oldřich. (2013 a). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

- MATOUŠEK, Oldřich. (2013 b). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. (2013 c). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. (2008). *Slovník sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- ONDRUŠKOVÁ, Jiřina. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: KAROLINUM. ISBN 978-80-246-1997.
- RADBUCH Lukas, PAYNE Sheila a kol. (2010). *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. [online]. Dostupné 4. 3. 2015 z: <http://www.umirani.cz/res/data/013/001488.pdf>
- SVATOŠOVÁ, Marie. (1998). *Hospic slovem a obrazem*. Vyd. 1. Ecce homo. ISBN 80-902049-1-0.
- SVATOŠOVÁ, Marie. (2003). *Hospice a umění doprovázet*. Vyd. 5. Ecce homo. ISBN 80-902049-4-5.
- SVATOŠOVÁ, Marie. (2012). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- ŠPINKA, Štěpán, ŠPINKOVÁ Martina. (2004). *Standardy domácí paliativní péče. Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. [online]. Dostupné 2. 3. 2015 z: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001129.pdf>
- ŠUBRT, Jiří. (1998). *Kapitoly ze sociologie veřejného mínění: teorie a výzkum ovlivňování okolí*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-522-1.
- VACEK Lubomír, HANZL Vladimír. (1974). *Veřejné mínění a jeho propagace*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN nevedeno.
- VORLÍČEK Jiří, ADAM Zdeněk, a kol. (1998). *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-437-1

Odborné články

BAJER, Pavel. (2008). Zážitek neštěstí, ztráty blízkého vzbuzuje duchovní potřeby u každého člověka. *Sociální práce/Sociálna práca*. Ročník 8, č. 4. s. 15 – 17.

BAJER, Pavel. (2010). v počtu hospicových lůžek se zvýšila kapacita na dvě třetiny doporučeného množství. *Sociální práce/Sociálna práca*. Ročník 10, č. 2. s. 62.

Elektronické zdroje

CESTA DOMŮ. *Definice paliativní péče*. [online]. Dostupné 26. 2. 2015 z: <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>

CESTA DOMŮ. *Mobilní hospic? Jak na to?* [online]. Dostupné 27. 2. 2015 z: <http://www.umirani.cz/mobilni-hospic-jak-na-to.html>

CESTA DOMŮ. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. [online]. Dostupné 4. 3. 2015 z: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001130.pdf>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Sčítání lidu, domů a bytů 2011*. [online]. Dostupné 24. 2. 2015 z: <http://vdb.czso.cz>

HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU. [online]. Dostupné 24. 2. 2015 z: <http://www.hospickopecek.charita.cz/res/data/001/000324.pdf>,
<http://www.hospickopecek.charita.cz/res/data/001/000325.pdf>

HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU. *Výroční zpráva*. [online]. Dostupné 4. 3. 2015 z: <http://www.hospickopecek.charita.cz/res/data/002/000337.pdf>

HOSPICE.CZ. *Slovník pojmů*. [online]. Dostupné 28. 2. 2015 z: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>

STTEM/MARK. *Závěrečná zpráva*. [online]. Dostupné 4. 3. 2015 z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/053/006113.pdf>,
http://data.umirani.cz/sites/default/files/pdf/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-ii-2013.pdf?width=960&height=800&inline=true#pdf_reader

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Definition of Palliative Care. [online]. Dostupné 26. 2. 2015 z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Průvodní dopis pro tazatele

Příloha 2: Standardizovaný rozhovor – záznamový arch

Příloha 1: Průvodní dopis pro tazatele

Milý tazateli, milá tazatelko,

jsem studentka 3. ročníku oboru Mezinárodní sociální a humanitární práce na škole CARITAS – VOŠs Olomouc a Cyrilometodějské fakultě Univerzity Palackého. Pro svou absolventskou a bakalářskou práci jsem si zvolila výzkum veřejného mínění obyvatel Olomouce o hospicové péči. Proto se k vám dostává tento dopis, v němž se dozvíte pokyny pro vaši úlohu tazatele.

Technikou zjišťování dat je standardizovaný rozhovor. To pro vás jako tazatele, znamená, že budete respondentům **předčítat otázky a zaznamenávat odpovědi, respondent tedy dotazník nevidí**. Během vyplňování se řiďte **pokyny pod otázkami**, kde se dozvíte, zda máte přečíst odpovědi, nebo bude respondent odpovídat sám.

Respondenty budou osoby **STARŠÍ 15 let, s TRVALÝM BYDLIŠTĚM v OLOMOUCI**. Vaším prvním úkolem tedy bude zjistit, zda je respondent z Olomouce. Pokud odpoví ano, můžete s ním zahájit rozhovor, který potrvá asi 5–10 minut, záleží, jak rychle bude respondent odpovídat. Pro výzkum potřebuji určitý počet žen a mužů v rozdílných věkových kategoriích a s rozdílným místem pobytu. Je tedy důležité, aby byla data vysbírána nejen v centru Olomouce, ale také v **dalších městských částech**. Pokud máte 10 dotazníků, vaším úkolem bude sehnat:

- **1–2 ženy a 1 muže** ve věku 15–29 let
- **2 ženy a 1–2 muže** ve věku 30–49 let
- **1 ženu a 1 muže** ve věku 50–64 let
- **1 ženu a 1 muže** ve věku nad 65 let

Mezi vašimi respondenty tedy bude polovina žen a mužů, anebo 6 žen a 4 muži. Pokud budete mít na vyplnění více dotazníků, počet se automaticky násobí. Jestliže se vám nepodaří najít přesný počet mužů a žen, nic se neděje, pracujte podle vašich možností a sil.

Velmi vám děkuji za pomoc, moc mi to pomůže. v případě potřeby se kdykoliv ozvěte, můžete na e-mail betuf@seznam.cz nebo na telefonní číslo 604 387 277.

Alžběta Faltová

Příloha 2: Standardizovaný rozhovor – záznamový arch

<p>1. Máte nebo měl/a jste v rodině někoho těžce nemocného?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano mám <input type="checkbox"/> Měl/a jsem <input type="checkbox"/> Ne, nikoho takového v rodině nemám</p> <p>TAZATEL: Odpovědi nepředčítejte, pouze zaškrtněte tu/ty odpovědi, které nejvíce odpovídají odpovědi respondenta (možno více odpovědí)</p>	<p>2. Znáte nějaké typy zařízení pro těžce nemocné a umírající pacienty?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne</p> <p>TAZATEL: 1. Pokud respondent odpoví ANO, přejděte na otázku č. 3 2. Pokud respondent odpoví NE, přejděte na otázku č. 4</p>
<p>3. Pokud ano, jaké?</p> <p><input type="checkbox"/> LDN <input type="checkbox"/> Nemocnice <input type="checkbox"/> Hospic <input type="checkbox"/> Domov pro seniory <input type="checkbox"/> jiné: _____</p> <p>TAZATEL: Odpovědi nepředčítejte, pouze zaškrtněte tu/ty odpovědi, které nejvíce odpovídají odpovědi respondenta (možno více odpovědí) Pokud respondent odpoví HOSPIC, přejděte na otázku č. 5. Pokud jej neuvede, pokračujte na otázku č. 4!</p>	<p>4. Slyšel/a jste někdy o hospici nebo hospicové péči?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne, nikdy jsem tyto názvy neslyšel/a <input type="checkbox"/> Ano, zaslechl/a jsem název hospic <input type="checkbox"/> Ano, zaslechla jsem název hospicová péče <input type="checkbox"/> Ano, slyšela jsem oba názvy</p> <p>TAZATEL: 1. Pokud respondent odpoví kladně, přejděte na otázku č. 5. 2. Pokud respondent odpoví NE, poděkujte za rozhovor a najděte jiného respondenta.</p>
<p>5. Co podle Vás hospic nebo hospicová péče je?</p> <p><input type="checkbox"/> Zařízení poskytující paliativní péči (tišení bolesti) <input type="checkbox"/> Zařízení starající se o nevyléčitelně nemocné a umírající klienty <input type="checkbox"/> Zařízení kam lidé odcházejí zemřít <input type="checkbox"/> Zařízení pro seniory <input type="checkbox"/> Zařízení pro členy rodiny, o které se blízcí už nemohou starat <input type="checkbox"/> Zařízení podobné LDN nebo domovu pro seniory <input type="checkbox"/> Zařízení kde lidé mohou důstojně zemřít <input type="checkbox"/> jiné: _____</p> <p>TAZATEL: Odpovědi nepředčítejte, pouze zaškrtněte tu/ty odpovědi, které nejvíce odpovídají odpovědi respondenta (možno více odpovědí)</p>	<p>6. Víte, pro koho jsou služby hospice určeny?</p> <p><input type="checkbox"/> Aktivní senior <input type="checkbox"/> Klient v poslední fázi onkologického onemocnění <input type="checkbox"/> Klient v poslední fázi i jiného než onkologického onemocnění <input type="checkbox"/> Zdravotně postižený, avšak soběstačný klient <input type="checkbox"/> Umírající klient <input type="checkbox"/> Klient, který potřebuje rehabilitaci po operaci <input type="checkbox"/> Rodina klientů</p> <p>TAZATEL: Odpovědi nepředčítejte, pouze zaškrtněte tu/ty odpovědi, které nejvíce odpovídají odpovědi respondenta (možno více odpovědí)</p>

7. Zkuste mi říct, jakou pomoc hospic nabízí blízkým nemocného a příbuzným.

- Hospic blízké učí odborné zdravotnické úkony, aby se uměli postarat o nemocného
- Pomáhá blízkým psychicky se vyrovnat se situací a odchodem nemocného
- Umožňuje příbuzným přespávat v hospici
- Vyřizuje za příbuzné platbu pobytu s pojišťovnou
- Nabízí rozhovory s duchovním o oblastech víry a umírání
- Zprostředkovává blízkým smíření s nemocným
- Nabízí pomoc při zajištění pohřbu a dalších záležitostech po odchodu blízkého

TAZATEL: Odpovědi **nepředčítejte**, označte tu/ty odpovědi, které se nejvíce shodují s odpovědí respondenta

8. Můžete mi říct, kde se nachází nejbližší hospic? _____

TAZATEL: Zaznamenejte odpověď respondenta tak, jak ji uvedl.

9. Slyšel/a jste někdy název domácí hospicové péče?

- Ano
- Ne

TAZATEL: Pokud respondent odpoví kladně, přejděte na otázku č. 10. Pokud odpoví negativně, přejděte na otázku č. 11.

11. Myslíte si, že je důležité, aby byli lidé informováni o činnosti hospiců?

- Ano
- Ne

TAZATEL: Odpovědi přečtěte a označte tu, kterou respondent uvede.

12. Máte pocit, že vy jste dostatečně informován/a o činnosti hospiců?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

TAZATEL: Odpovědi přečtěte a označte tu, kterou respondent uvede.

10. Co si myslíte, že to je?

- Samotný nemocný je dopravován ze své domácnosti za odborníkem pro hospicovou péči
- Zdravotnický personál vykonává zdravotnické a sociální úkony v domácnosti nemocného
- Nová forma hospice, ve které to vypadá jako v domácnosti nemocného
- Praktický lékař dochází pravidelně do domácnosti nemocného, kde poskytuje odbornou lékařskou péči

TAZATEL: Odpovědi **nepředčítejte** a označte tu/ty odpovědi, kterým se nejvíce podobá odpověď respondenta

13. Dostávají se k vám nějaké informace o činnosti hospiců? Pokud ano, odkud se k vám dostávají?

- Ano
- Ne

- Internet
- Televize
- Noviny
- Přátelé/rodina
- Lékaři

TAZATEL: Možnosti nepředčítejte, označte tu/ ty, které respondent uvede.

<p>14. Měl/a byste zájem hospici nějakým způsobem pomoci?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne</p>		<p>15. Napadá vás jakými způsoby lze hospici pomoci? Pokud ano, jaké to jsou?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne</p> <p><input type="checkbox"/> Dobrovolnictví <input type="checkbox"/> Finanční <input type="checkbox"/> Propagování <input type="checkbox"/> Jiné: _____</p> <p>TAZATEL: Možnosti nepředčítejte, označte tu/ ty, které respondent uvede.</p>	
<p>16. Pomáhal/a jste nebo jste hospici sám/sama někdy nějak přispěl/a?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne</p>			
<p>Pohlaví:</p> <p><input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena</p> <p>TAZATEL: Odpovědi nepředčítejte, pouze zakřížkujte tu, která odpovídá skutečnosti</p>	<p>Věk:</p> <p><input type="checkbox"/> 15 – 29 <input type="checkbox"/> 30 – 49 <input type="checkbox"/> 50 – 64 <input type="checkbox"/> 65 a výše</p> <p>TAZATEL: Zakřížkujte možnost, která nejvíce sedí odpovědi respondenta</p>	<p>DĚKUJEME ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU A PŘEJEME HEZKÝ ZBYTEK DNE!</p>	