



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Hospicová péče v očích veřejnosti

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Hana Havlíčková

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Robert Huneš, MBA

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Hospicová péče v očích veřejnosti* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 26. dubna 2023

.....

Hana Havlíčková

Poděkování

Mé velké poděkování patří PhDr. Mgr. Robertu Hunešovi, MBA, za veškerý čas, který věnoval vedení mé bakalářské práce. Velice si cením jeho rad a připomínek, které mi poskytl. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Olze Dvořáčkové, Ph.D., za pomoc se statistickým zpracováním mé bakalářské práce.

Taktéž moje poděkování směřuje ke všem respondentům za ochotu a hlavně čas, který strávili nad vyplněním mého dotazníku.

Hospicová péče v očích veřejnosti

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá tématem hospicové péče. Jejím cílem je komparovat povědomí o hospicové péči u lidí, kteří mají osobní zkušenost s hospicovou péčí, a u lidí, kteří se s hospicem zatím nesešli. Na základě jejich zkušenosti zjistit, jak tato skutečnost ovlivňuje jejich pohled na smrt.

K dosažení takto stanovených cílů byla využita kvantitativní výzkumná strategie. Metoda sběru dat se uskutečnila pomocí dotazování, a to technikou dotazníkového šetření. Výzkumný soubor se skládal z jedinců, jejichž blízcí využívali služby Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, a z jedinců z okolí Prachaticka, kteří s těmito službami nepřišli do styku. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 89 respondentů. Hypotézy byly testovány pomocí kontingenční tabulky a chí-kvadrát testu a *T*-testu.

Výzkumné šetření ukázalo, že zkušenost s hospicovou péčí hraje roli při potencionálním výběru formy hospicové péče pro respondenta osobně i při výběru pro osobu jemu blízkou. Dále ovlivňuje názor na vhodnost hospiců pro poslední dny umírajícího a promítá se do hodnocení důstojnosti smrti v hospici. Taktéž zkušenost s hospicovou péčí ovlivňuje přípravy na smrt – ti, kteří zkušenost nemají, se častěji nijak nepřipravují.

Naopak zkušenost s hospicovou péčí nikterak neovlivňovala hodnocení domácího prostředí jakožto vhodného místa pro umírání. Nemá vliv ani na to, zda respondenti přemýšlejí či mluví o vlastní smrtelnosti, ani na názor na nutnost navýšení podpory a rozšíření osvěty o této péči. Taktéž nehrála roli při určování míry obav a neklidu z vlastní smrti respondenta.

V otázce informovanosti respondentů o hospicové péči prokázali respondenti mající zkušenost s hospicem více vědomostí. I přesto je stále nutné podporovat osvětu o hospicové péči.

Klíčová slova

Hospicová péče; paliativní péče; smrt; umírání; pacient; umírající; truchlení; laická veřejnost

Hospice Care in the Eyes of the Public

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of hospice care. Its goal is to compare the perception of hospice care of those people who had some personal experience with it and those who have not dealt with it. Another goal is to find out how this experience affects their perspective of dying.

To achieve these goals the quantitative research strategy has been used. The method of data collecting has been realized via questionnaires. The researching cohort consisted of individuals whose relatives used the services of sv. Jan N. Neumann Hospice in Prachatice and also of the individuals who have not used such services. 89 respondents have participated on these questionnaires. The hypotheses were tested by the contingency table, chi-squared test and the *T*-test.

The results of the research have shown that the experience with hospice care affects the potential selection of hospice care for the respondent himself or for his relatives. It also affects the appropriateness of hospice care for the last days of a dying person, and it projects into the appraisal of deceasing in hospice. The experience with hospice care also affects the arrangements for death – those with no experience are more likely unprepared.

On the other hand, the experience with hospice care has not affect the appraisal of deceasing at home as a proper place for dying. It does not even have an impact on whether the respondents think or talk about their own mortality. The experience with hospice care also does not affect their opinion about the necessity of increasing the support and the public awareness about this type of care. It also does not affect the amount of fear or anxiety about respondent's death.

With the issue of awareness about hospice care those respondents who had previous experiences with hospice care proved more knowledge. Nevertheless, it is still necessary to encourage the public awareness about hospice care.

Key words

Hospice care; palliative care; death; dying; patient; dying person; grief; lay public

Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická část.....	9
1.1 Umírání a smrt.....	9
1.1.1 Umírání	9
1.1.2 Smrt.....	10
1.1.3 Ritualizace smrti	11
1.2 Hospicová péče	12
1.2.1 Pojem	12
1.2.2 Historie.....	13
1.2.3 Formy.....	14
1.2.4 Personál.....	17
1.2.5 Komunikace	18
1.2.6 Práce s rodinou po smrti – péče o pozůstalé.....	21
1.3 Paliativní péče	23
1.3.1 Pojem	23
1.3.2 Cílová skupina	24
1.3.3 Úrovně paliativní péče	24
1.3.4 Eutanázie, asistovaná sebevražda a dystanázie.....	26
2 Praktická část.....	28
2.1 Cíl výzkumu	28
2.2 Hypotézy	28
2.3 Operacionalizace pojmů.....	28
3 Metodika.....	29
3.1 Metody a technika sběru dat	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30

3.3	Etika výzkumu	31
4	Výsledky	32
4.1	Výsledky z dotazníkového šetření	32
4.2	Statistické vyhodnocení dat ve vztahu k hypotézám.....	68
5	Diskuse	79
5.1	Shrnutí výsledků.....	84
6	Závěr.....	86
7	Seznam použité literatury	87
8	Seznam příloh.....	95
9	Seznam obrázků.....	96
9.1	V přílohách.....	98
10	Seznam tabulek	99
10.1	V přílohách.....	99
12	Seznam zkratk	100
13	Přílohy.....	101
13.1	Příloha 1 – Dotazník.....	101
13.2	Příloha 2 – Seznam lůžkových hospiců v České republice.....	112
13.3	Příloha 3 – Doplnující informace o respondentech, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí	113
13.4	Příloha 4 – Vzkazy od respondentů	119
13.5	Příloha 5 – Nevyužitá data z dotazníkového šetření	120

Úvod

Jednou z charakteristik života je i jeho konečnost. Ať chceme nebo ne, každý jeden lidský život má své časové omezení, které ve chvíli svého naplnění znamená smrt. Některé životy jsou však delší než jiné. Některé končí přirozeným odchodem, jiné z důvodu závažného onemocnění. Hospicová péče pomáhá právě té skupině lidí, jejichž odcházení je spjato s vážnou nemocí. Péči, jež hospice svým pacientům a jejich rodinám poskytují, nabízí široké spektrum podpory, která umírajícímu usnadňuje odcházení z tohoto světa a jeho blízkým napomáhá k přijetí této smutné skutečnosti.

Z mého pohledu je umírání proces, který je neodmyslitelně spojen s naším životem. Za důstojný odchod považuji situaci, kdy má umírající jedinec možnost rozloučit se se svým životem v poklidu a v obklopení své rodiny. Ve chvíli, kdy umírání nastává důsledkem nevléčitelné nemoci, je potřebná lékařská péče. Tuto lékařskou péči může poskytovat vícero zdravotnických (popř. sociálních) zařízení. Nicméně si nemyslím, že všechna tato zařízení umějí nabídnout důstojný odchod nemocného. Hospice, ať už lůžkové či domácí, tuto schopnost mají.

Domnívám se, že stále mnoho lidí není dostatečně seznámeno se službami hospiců. I přesto, že se v průběhu let informovanost o hospicích ve společnosti rozšiřuje, stále dle mého názoru není dostatečná. I z tohoto důvodu jsem se rozhodla ve své bakalářské práci věnovat právě tomuto tématu. Dalším důvodem pro vybrání tohoto tématu byl osobní zájem poznat, jak lidé vnímají smrt a umírání a zda pohled na tato témata ovlivňuje zkušenost s hospicovou péčí.

1 Teoretická část

1.1 Umírání a smrt

Smrt, ačkoli součástí každého lidského života, je velmi opomíjenou, někdy skoro až popíranou skutečností (Mannix, 2019). Témata smrti, smrtelnosti či umírání se vytrácejí z konverzace ve společnosti a ponechávají se „až na potom“ – otázkou však zůstává, aby později již nebylo pozdě (Mannix, 2019).

1.1.1 Umírání

Na umírání se z lékařského hlediska nahlíží jako na terminální stav, který je zakončen smrtí (Haškovcová, 2004). Špinková (2017) zdůrazňuje, že je nutné brát umírání jako plnohodnotnou část lidského života. Svatošová (2005) toto potvrzuje skrze výrok, kdy říká, že proces umírání je velmi důležitou součástí života, kterou nelze ničím nahradit. Obě autorky se dále shodují, že se jedná o dobu, která dává umírajícímu prostor pro zamyšlení se nad otázkami konečnosti, nad smyslem života... Z pohledu blízkých osob lze chápat možnost osobní přítomnosti u umírajícího jako výsadu, protože z této zkušenosti lze později čerpat řadu moudrostí (Špinková, 2017). Autorka dále uvádí, že obzvláště aktuální se to zdá v dnešní době, kdy se ve většinové společnosti témata smrti a umírání velmi tabuizují a přinášejí velké obavy ze závěru života.

Proces umírání lze rozdělit do následujících tří období, přičemž časové trvání těchto období může být nesterjně dlouhé (Arnoldová, 2016). Těmi obdobími jsou: *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

Fáze *pre finem*

Fáze označuje období, kdy je pacientovi diagnostikováno vážné onemocnění, jež bude mít s největší pravděpodobností za následek smrt pacienta (Lepeska, 2017). Autor však dodává, že to neznamená, že smrt musí nastat okamžitě od zjištění diagnostiky. Haškovcová (2004) uvádí, že tato fáze může obsáhnout i několik let života nemocného. V této fázi by měla lékařská péče směřovat ke zmírňování subjektivních potíží nemocného, taktéž by měla být nemocnému nabízena dostatečná duševní podpora (Kutnohorská, 2007). Často opomíjenou skupinou, ke které by již v této fázi také měla směřovat psychologická podpora, je rodina a blízcí nemocného (Marková, 2010).

Fáze in finem

Druhou fází je samotné umírání jedince (Arnoldová, 2016). Z lékařského pohledu se jedná o tzv. terminální stav (Kutnohorská, 2007). Haškovcová (2004) zdůrazňuje, že v této fázi by měla být pozornost věnována podpoře pozůstalé rodině.

Fáze post finem

Pro toto období je charakteristické důstojné rozloučení se zemřelým, jež by mělo být doprovázeno poskytováním psychické podpory pozůstalým, která může dle individuálních potřeb nabývat i dlouhodobého charakteru (Marková, 2010). Taktéž je v této fázi poskytovaná lékařská péče, která směřuje k zemřelému a obnáší péči o mrtvé tělo (Kutnohorská, 2007).

1.1.2 Smrt

Obor zkoumající smrt a další fenomény s ní spojené je nazýván thanatologie (Haškovcová, 2007). Autorka uvádí, že se thanatologie vyznačuje svou interdisciplinarností vzhledem k tomu, že zasahuje do oborů, jako jsou medicína, filozofie, teologie, psychologie či sociologie. Sama tato autorka – Helena Haškovcová – je jednou z nejvýznamnějších českých představitelk tohoto oboru.

Neexistuje na světě jistější věc než ta, že každý jednou zemře – někdo dříve, jiný později (Student et al., 2006). Lékařskou perspektivou znamená smrt zánik organismu, čímž dochází k zániku samotného člověka (Haškovcová, 2007). Svatošová (2005) se dívá na smrt každého jedince jako na jedinečnou a neopakovatelnou událost. Kupka (2014) tento pohled doplňuje o další úhel, kdy smrt vnímá jako zkušenost, která čeká na každého.

Současný stav

Současná společnost velmi rychle ustoupila ze standardů dřívější doby, kdy bylo běžné a přirozené, že starý či nemocný člověk zemřel doma v obklopení milující rodiny (Kupka, 2014). S rozvojem léčebné medicíny dokáže dnes mnoho lidí překonat zdravotní problémy, které by dříve znamenaly jistou smrt (Mannix, 2019). Tento pokrok medicíny s sebou přináší řadu výhod – příkladem lze jmenovat prodlužující se průměrnou délku dožití (Kačerová, 2014). Tento, jistě velmi významný, pokrok zároveň vytrhává umírající jedince ze svého přirozeného prostředí, aby zemřeli

osamocení na neznámém a neosobním místě (Mannix, 2019). To se může jevit jako paradoxní ve chvíli, kdy se tento fakt dá do komparace s výsledky výzkumu, které ukazují, že 78 % Čechů si přeje své poslední dny strávit doma (STEM/MARK, 2013). Na základě těchto faktů je nutné uvést Kabelkovu (2020) tezi, že dnešní doba nedává pro mladé lidi dostatečný prostor, který by jim nabízel možnost vědomě reflektovat proces stárnutí členů rodiny a v konečné fázi i jejich umírání a smrt. Kübler-Ross (2015) upozorňuje, že jedinci ochuzení o tuto empirickou zkušenost mohou mít velký problém se v poklidu vyrovnat se svou vlastní smrtí. Student et al. (2006) dodávají, že pro spokojený život je právě ono vyrovnání se smrtí zásadní.

1.1.3 Ritualizace smrti

Se smrtí jsou spjaty takzvané přechodové rituály. Kupka (2014) uvádí, že rituály usnadňují přijímání smrti jakožto jednu z mála jistot v lidském životě. Jedním z přechodových rituálů vázajících se ke smrti je pohřební obřad, který usnadňuje překonání neuchopitelného a drásajícího smutku objevujícího se v duších blízkých lidí zemřelého (van Gennepe, 2018). Autor uvádí i další význam pohřebního rituálu, který napomáhá duchu zemřelé osoby k přechodu do jiného světa.

Haškovcová (2007) konstatuje, že pohřební rituály v průběhu dějin zažily velký rozvoj, který byl mimo jiné ovlivněn soudobým vnímáním smrti ve většinové společnosti, stejně jako pohledem na posmrtný život. V současné době se opouští od pohřbívání zemřelých v rakvi do země a na oblíbenosti nabývá kremace, tedy zpopelnění těla zemřelého.

1.2 Hospicová péče

1.2.1 Pojem

Hospicová péče poskytuje komplexní pomoc a podporu umírajícím, jejichž onemocnění se nachází v pokročilé či konečné fázi (Slámová et al., 2018). Rozsáhlejší definici nabízejí Huneš et al. (2021, s. 9–10): *Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je předpokládána prognóza délky života na základě rozumného lékařského posouzení kratší než šest měsíců.*

Huneš et al. (2021) popisují, že právě zmíněný horizont šesti měsíců (do pravděpodobného úmrtí) je jedním z hlavních kritérií, která odlišují péči v hospicích od péče v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných či v ošetrovatelských ústavech. Toto potvrzují i Marková et al. (2021), kteří říkají, že hospicová péče se uplatňuje u pacientů, jejichž prognóza je ohraničena týdny či měsíci – stav, kdy se nemocný nachází v poslední fázi nemoci.

Výše zmíněná komplexnost hospicové péče spočívá v tom, že se jednak snaží léčit bolest a další symptomy, jednak za stejně důležitou část péče považuje naslouchání duchovním, psychologickým a sociálním potřebám a problémům umírajících (Huneš et al., 2021).

Ačkoli to na první pohled nemusí být zjevné, hospic může být pro umírající místem radosti, nalezení usmíření, smyslu života či naděje, lze se zde velmi často setkat se smíchem, humorem, slzami štěstí a s dalšími radostmi (Palán, 2017). Cílem hospicové péče je pomoci umírajícímu připravit se na odchod ze života, jenž bude bezbolestný (tělesně i duševně), zároveň naplněný vděčností a v doprovodu těch nejbližších (Huneš, 2022). Základní princip hospice stojí na myšlence vyjadřující úctu k životu, stejně jako úctu ke každému člověku, který je touto optikou pojímán jako jedinečná osobnost (Svatošová, 2011). Každý hospic proto dává umírajícímu slib, že ho ochrání od nesnesitelných bolestí, zaručí respektování jeho důstojnosti a předejde pocitům osamocení v posledních dnech jeho života (Palán, 2017). Z toho vyplývá, že se hospicová péče soustředí na vytvoření co možná nejvyšší kvality života umírajícího a jeho rodiny, a to až do úplného konce jeho života (Palán, 2017). Hospic tedy nabízí pomyslnou pomocnou ruku pro zvládnutí těžké životní etapy (Svatošová, 2004).

Svatošová (2011) dodává, že tato pomocná ruka je nabízena rodině i po smrti nemocného, a pokud je to potřeba, tak i dlouhodobě.

1.2.2 Historie

Z anglického jazyka lze slovo hospic přeložit jako útočiště či útulek (Kupka, 2014). Ve středověku termín *hospitium* označovalo noclehárnu, pohostinství či přátelské přijetí (Palán, 2017). V té době se mnoho poutníků vydávalo do Palestiny a při své cestě se zastavovali právě v těchto domech, aby zde mohli načerpat sílu k pokračování v dlouhé a náročné cestě (Haškovcová, 2007; Kupka, 2014). Tito autoři popisují, že zařízení nabízela poutníkům nejenom místa pro odpočinek, ale také lékařskou pomoc. V průběhu let však tyto formy středověkého hospice postupně zanikaly (Haškovcová, 2007; Kupka, 2014).

V 18. století byla myšlenka oživena díky snaze Mary Aikdenheadové, která se v Dublinu a v Corku zasloužila o vznik nového typu nemocnice pro umírající, jež nazvala hospicem (Haškovcová, 2007; Kupka, 2014). Ovšem tato snaha byla po dlouhou dobu ojedinělá (Haškovcová, 2007).

Haškovcová (2007) uvádí, že k velkému rozvoji dnešní podoby hospicového hnutí začalo docházet ve druhé polovině minulého století. Zakladatelkou hospicového hnutí se stala anglická lékařka Cicely Saundersová.

Saundersová nejdříve pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovnice, později se ve věku 38 let stala lékařkou (Haškovcová, 2007; Kupka, 2014). Haškovcová (2007) uvádí, že si Saundersová byla dlouhou dobu vědoma potřeb umírajících lidí, a proto jim chtěla nabídnout specifickou formu péče, která by je mohla uchránit před utrpením. Důležitým zlomem bylo setkání Saundersové s jedním z pacientů nemocnice, ve které v té době pracovala (Kupka, 2014). Autor uvádí, že tím pacientem byl David Tasma, kterého Saundersová pravdivě informovala o závažnosti jeho nemoci, což na tu dobu byl neobvykle otevřený postup. Až do posledních chvil Tasmova života o něj Saundersová pečovala a napomáhala mu v nich hledat smysl (Haškovcová, 2007). Před tím, než zemřel, věnoval Tasma Saundersové jako poděkování 500 liber s přáním, aby tato suma byla použita na výstavbu další nemocnice stejného typu (Haškovcová, 2007). I díky tomuto daru byl v roce 1967 v Londýně otevřen St. Christopher's Hospice, první hospic moderního typu, jenž bývá označován jako „mateřský dům“ pro hospice

(Haškovcová, 2007; Kupka, 2014). Následně započalo budování dalších hospiců, a to jak v rámci Anglie, tak rovněž v dalších zemích (Munzarová, 2005).

Z pohledu České republiky Haškovcová (2007) konstatuje, že historie vzniku hospiců u nás je relativně krátká. Úplně prvním zařízením, které v České republice poskytovalo paliativní péči, bylo oddělení v rámci nemocnice v Babicích nad Svitavou (Sedlářová, 2015). Sedlářová (2015) uvádí, že bylo založeno v roce 1992, později se však proměnilo na léčebnu dlouhodobě nemocných. Za první propagátorku hospicové péče v České republice je považována MUDr. Marie Svatošová, která se podílela na založení prvního českého Hospice Anežky České v Červeném Kostelci (Huneš, 2022). Tento hospic vznikl ve spolupráci občanského sdružení Ecce homo, jež založila právě MUDr. Svatošová, a Diecézní charity Hradec Králové (Sedlářová, 2015). Slavnostně otevřen byl 8. prosince 1995 a na začátku roku 1996 přijal první pacienty (Haškovcová, 2007).

Na založení kosteleckého hospice navazovaly výstavby dalších kamenných hospiců (Huneš, 2022). Autor uvádí, že na území České republiky poskytuje hospicovou péči celkem 17 hospiců, což znamená, že v každém kraji je minimálně jeden – výjimku doposud tvořil pouze Kraj Vysočina. Ale i zde po dlouhých letech úsilí započala na konci roku 2022 stavba nových prostor pro paliativní medicínu (Havlíčkobrodské listy, 2022). Lůžkový hospic bude stát v Havlíčkově Brodě a jeho výstavba by měla být dokončena v první polovině roku 2024 (Havlíčkobrodské listy, 2022).

Díky vystavění hospice v Havlíčkově Brodě bude zajištěna dostupnost hospicové péče pro každého obyvatele České republiky, což znamená, že v rámci celé země nepřesáhne dojezdová vzdálenost do lůžkového hospice více než 50 kilometrů (Huneš, 2022). V příloze této bakalářské práce lze naléznout tabulku všech lůžkových hospiců v České republice.

1.2.3 Formy

Rozeznávají se tři formy hospicové péče: domácí hospicová péče, stacionární hospicová péče a lůžková hospicová péče (Svatošová, 2004). Autorka zmiňuje, že pro umírajícího mohou být vhodné střídavě všechny tři formy, přičemž záleží na aktuální fázi onemocnění.

Mobilní hospicová péče

Mobilní hospic umožňuje poskytování specializované paliativní péče v domácím prostředí umírajícího díky návštěvám lékaře, zdravotních sester, ošetřovatelek, popřípadě jiných odborníků (Standardy hospicové paliativní péče, 2016). Tato péče je pro nemocného a jeho rodinu dostupná 24 hodin denně a 7 dní v týdnu (Standardy hospicové paliativní péče, 2016).

Domácí prostředí se jeví pro většinu nemocných jako nejvhodnější místo, kde mohou v poklidu strávit své poslední dny života (Haškovcová, 2007; Kupka, 2014). Mobilní hospicovou péči lze využít ve chvíli, kdy již těžce nemocný nechce a nemusí být v nemocnici či v lůžkovém hospici (Kupka, 2014). Autor považuje za důležité, aby nemocný měl kolem sebe rodinu, která je schopna a ochotna o něj pečovat. Haškovcová (2007) dodává, že v dnešní době většina rodin projevuje snahu o to, aby se o umírajícího člena postarala. Dále autorka upozorňuje, že pečující rodiny často nemají dostatečné povědomí, jak potřebnou péči umírajícímu poskytnout, a proto je nutné těmto rodinám nabídnout náležitou formu podpory. Ta by měla zahrnovat psychologickou pomoc a zároveň nabídnout konkrétní praktické rady týkající se samotného ošetřování umírajícího (Haškovcová, 2007; Kupka, 2014). Autoři zmiňují, že část ošetřovatelských úkonů se může rodina naučit od zdravotnického personálu a později je vykonávat sama, na zbylé úkony je již potřeba kvalifikovaný zdravotnický personál. Důležité je dosáhnout toho, aby v domácím prostředí byla zajištěna stejně kvalitní úroveň poskytované péče, jako je tomu ve zdravotnických zařízeních (Haškovcová, 2007).

V posledních letech se v České republice značně rozvíjí domácí péče, která se snaží nabídnout komplexní služby zahrnující jak zdravotní, tak i sociální složku péče (Haškovcová, 2007; Kupka, 2014). V rukou lékaře je vytyčení rozsahu poskytované zdravotní péče a o péči sociální, nabízenou sociálními službami, se stará sociální pracovník (Haškovcová, 2007; Kupka, 2014). Důležitou složkou je i laická péče, která by se neměla opomíjet (Haškovcová, 2007).

Haškovcová (2007) uvádí, že pojem domácí péče v sobě zahrnuje domácí péči poskytovanou laiky (home help) a zároveň i domácí ošetřovatelskou péči, jež vykonávají profesionálové (home care). Autorka však konstatuje, že nejvhodnější formu domácí péče dokáže nabídnout právě hospic.

Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Hospicový stacionář poskytuje péči o umírající od rána do odpoledne, popřípadě do večera (Svatošová, 2011; Kupka 2014). Autoři uvádějí, že o dopravu se většinou musí postarat sama rodina, v některých případech ji může poskytnout hospic. Nutno podotknout, že hospicový stacionář je vhodný pouze pro nemocné žijící v blízkosti hospice, jenž tuto formu poskytuje.

Stacionář umožňuje umírajícímu řešit svůj zdravotní stav a zároveň poskytuje další například edukační či rekreační aktivity, kterým se umírající ve stacionáři může věnovat dle svých možností (Standardy hospicové paliativní péče, 2016).

Haškovcová (2007) konstatuje, že stacionární péče se snaží prodloužit dobu, po kterou může být o těžce nemocného postaráno v jeho domácím prostředí (tzn. že napomáhá oddálení hospitalizace). Svatošová (2010) podotýká, že se v České republice stacionární péče zatím příliš nerozšiřuje.

Lůžková hospicová péče

Lůžkový hospic je zařízení nabízející specializovanou paliativní péči jedincům, kteří trpí nevléčitelným onemocněním a jejichž nemoc se nachází nejčastěji v terminální fázi (Standardy hospicové paliativní péče, 2016). Taktéž je zde péče nabízena příbuzným umírajícího (Standardy hospicové paliativní péče, 2016).

Lůžkové hospicové zařízení je složeno z relativně malé lůžkové části – ta čítá mezi 17–30 lůžky (Huneš, 2022). Některé hospice také nabízejí vzdělávací centrum a poradnu (Haškovcová, 2007). Tato zařízení se snaží vytvářet co možná nejpříjemnější prostředí pro své pacienty tak, aby se v nich cítili více jako doma (Svatošová, 2011). Tomu se snaží přizpůsobit i vzhled a vybavení pokojů, kdy záleží na samotném pacientovi, jakými předměty si chce pokoj vybavit (Slámová et al., 2018). V pokojích často bývá nabízena přistýlka pro rodinné členy, kterou mohou využívat po celou dobu pobytu umírajícího (Slámová et al., 2018). Dalším vybavením, kterým obvykle hospice disponují, jsou polohovatelná lůžka, antidekubitní matrace, zvedáky, pomůcky k provádění hygieny a mnohé další (Svatošová, 2011). Taktéž hospice nabízejí společné prostory, kde mohou nemocní trávit svůj volný čas (Svatošová, 2011). Pro pobyt na čerstvém vzduchu jsou pacientům k dispozici zahrady a terasy (Haškovcová, 2007). Svatošová (2011) upozorňuje, že je nutností, aby celý objekt byl bezbariérový.

Personál hospice si uvědomuje, že fyzická přítomnost blízkých je pro umírajícího velkou psychickou oporou, proto jsou návštěvy prakticky neomezené – záleží pouze na osobních preferencích umírajícího (Světláková a Kabelka, 2022). Lůžkový hospic má svůj denní režim, jenž se výrazně odlišuje od toho, který je například v nemocnicích. Personál hospice se snaží co nejvíce přizpůsobit denní režim přímo samotným pacientům – ti například vstávají a usínají v čase, kdy sami chtějí, stravují se ve chvíli, kdy potřebují, a hygiena také probíhá v čase, který si pacienti sami zvolí (Haškovcová, 2007; Svatošová, 2011). Autorky dále uvádějí, že v průběhu pobytu v hospici se dbá na kvalitu života, a to například tím, že pacienti, které zdravotní důvody neupoutávají k celodennímu pobytu na lůžku, se ráno oblékají do civilního oblečení a mají možnost pohybu po celém areálu hospice, popřípadě i mimo něj, samozřejmě s vědomím personálu (Svatošová, 2011).

Ne vždy ale musí pacienti v lůžkovém hospici zemřít (Marková, 2010). Ve chvíli, kdy se jejich zdravotní stav zlepšil do takové míry, která jim umožní pobyt v domácím prostředí, mohou být z hospice propuštěni zpět domů (Student et al., 2006).

1.2.4 Personál

Práce s umírajícími s sebou přináší velkou zátěž a stres, se kterým se personál musí každý den vyrovnávat (Kupka, 2014). Svatošová (2004) uvádí, že práce v hospici není vhodná pro ty, kteří nemají zpracovanou svou vlastní smrtelnost. Tuto myšlenku potvrzuje Svatošová (2011) a dodává na důležitosti tomu, aby si každý zaměstnanec byl vědom, jak ztracenou energii znovu načerpat. Student et al. (2006) nastiňují, že i vzájemná podpora napříč celým personálem je velmi obohacující a napomáhá předcházet syndromu vyhoření¹.

Základní složkou pro dobře fungující hospic je tým (Kabelka, 2020). V ideálním případě je tento tým složen z odborně vzdělaného a motivovaného personálu (Vorlíček et al., 2004). Hospicový tým je tzv. multidisciplinární² (Marková, 2010). Skládá se ze zdravotních sester, lékařů, ošetřovatelek, psychologa, sociálního pracovníka a duchovního (Huneš et al., 2021), dalšími členy týmu mohou být koordinátor dobrovolníků, dobrovolníci či poradce pro pozůstalé a další (Špatenková, 2013).

¹ Syndrom vyhoření označuje stav, kdy je jedinec vyčerpán tělesně, duševně i citově, to bývá většinou způsobeno dlouhodobým vystavováním se situacím, které jsou pro jedince subjektivně náročné (Pugnerová et al., 2019).

² Multidisciplinární tým staví na spolupráci odborníků různých oborů (Jankovský et al., 2015).

Ačkoli má každý zaměstnanec vytyčenou svou náplň práce, nelze ji zjednodušovat „pouze“ na léčbu nemoci (Student et al., 2006). Autoři uvádějí, že personál musí zacházet i za hranice své specializace a poskytovat tak holistickou péči. Marková (2010) upozorňuje na to, aby za členy týmu byli označeni i blízcí pacienta a pacient sám. Autorka toto považuje za důležité z toho důvodu, že je nutné pro zachování důstojnosti pacienta, aby on sám byl tím, kdo se bude aktivně spolupodílet na vytváření vhodné léčby.

Důležitou a často nedoceňovanou roli v týmu mají dobrovolníci (REC, 2004). Haškovcová (2007) uvádí, že dobrovolnická pomoc může nabývat velice různorodých podob od prostého rozhovoru s umírajícím přes vykonávání všemožných aktivit s umírajícím až po pomoc v samotném provozu v hospici (ve smyslu pracovní či kancelářské pomoci). Autorka dodává, že dobrovolníkem může být kdokoli. Dobrovolnictví se řídí zákonem č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě). Tento zákon vymezuje pojem dobrovolnické služby, stanovuje podmínky pro její výkon a upravuje další důležité aspekty dobrovolnictví. Doporučení REC z roku 2004 zmiňuje velký přínos dobrovolnictví, když popisuje, že díky dobrovolníkům má rodina nemocného možnost bez větších pocitů viny věnovat nějaký čas sama sobě. Aby mohlo být dobrovolnictví opravdu přínosné pro hospice, je nutné dobrovolníky předem vyškolit a průběžně monitorovat a reflektovat jejich činnost (REC, 2004).

1.2.5 Komunikace

Od veškerého personálu, který přijde do kontaktu s umírajícím či jeho rodinou, se očekává, že bude schopen uplatňovat umění efektivní komunikace (Kabelka, 2020). Autor popisuje, že při té jde o dialog mezi umírajícím (a jeho rodinou) a hospicovým personálem.

Velkou roli v rozhovorech hraje komunikace neverbální, která mnohdy dokáže říci více než samotná slova (Schütze-Kreilkamp a Angenendt, 2010). Skrze dotyky, mimiku, tempo řeči, oční kontakt, pohyby a držení těla lze umírajícímu a jeho rodině nabídnout pochopení, empatii, respekt, povzbuzení a mnohé další podoby pomoci (Kabelka, 2020). Neverbální komunikace má také doprovodnou funkci, kdy dotváří či pozměňuje sdělení verbální (Navrátil, 2007). Verbální komunikace, tedy umění najít vhodná slova útěchy či povzbuzení a jejich vyslovení v pravou chvíli, může mít velký vliv na osobní

vnímání situace umírajícího (Kübler-Ross, 2015). Je velmi důležité, aby si personál uvědomoval sílu svých slov a správně ji využíval, a to hlavně ve velmi náročných situacích, kdy je například nutné pacientovi sdělit nepříznivou diagnózu (Kabelka, 2022).

Sdělování nepříznivé prognózy

Marková (2010) uvádí, že sdělení pravdivé diagnózy či prognózy je zásadní, a to i v případě, že zpráva nemusí být pro pacienta lehce přijímána. Tyto informace by měl pacient dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „Zákon o zdravotních službách“) vždy osobně slyšet z úst lékaře či zdravotní sestry. Rozhovor je vhodné vést v bezpečném prostředí, tedy v soukromí, a v případě svolení pacienta přizvat rodinné příslušníky, popřípadě další lékařský personál (Marková, 2010). Vyřčení nepříznivé diagnózy ve většině případů znamená, že pacient je v šoku a již není schopný přijímat jakékoli další informace (REC, 2004). Ke správnému pochopení a zpracování všech informací potřebují pacient i jeho nejbližší dostatečné množství času (Kabelka a Sláma, 2011). Lze vycházet z takzvaného modelu pěti fází smutku, popř. umírání, který sestavila díky svým zkušenostem s umírajícími psychiatricka Elisabeth Kübler-Ross. Model zobrazuje způsoby, jakými se pacient a jeho blízcí vyrovnávají s informacemi o nevléčitelnosti onemocnění (Kabelka, 2020). Tyto fáze známé pod zkratkou DABDA vycházejí z anglických slov denial – popírání, anger – hněv, bargaining – smlouvání, depression – deprese, acceptance – smíření.

Popírání – jedná se o fázi, kdy se pacient odmítá smířit s nově nastalou situací (Lísková et al., 2023). Využitím tohoto obranného mechanismu reaguje jedinec na šokovou situaci, ve které se po sdělení diagnózy ocitá (Kübler-Ross, 2015). Autorka dodává, že se jedná pouze o dočasnou formu obrany.

Hněv – v tomto období pacient prožívá pocity naštvání, vzteku či závidění (Kabelka, 2022). Tyto prožívané pocity se mohou negativně promítat do komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem či mezi pacientem a jeho rodinou (Kübler-Ross, 2015). Z tohoto důvodu může být péče o pacienta velmi obtížná (Kabelka, 2022).

Smlouvání – pacient hledá naději, jak blízkí smrt oddálit, a to prostřednictvím využití alternativních způsobů léčby či pomocí zázračných léčiv (Kabelka, 2022). S přáním o pomoc se pacienti také obracejí k vyšší moci (Lísková et al., 2023).

Deprese – pacient si v této fázi již uvědomuje nevyhnutelně přicházející konec svého života, což se může projevat zvýšenou plačtivostí, zamlklostí, úzkostným chováním, uzavřeností a prožíváním beznadějných stavů (Kübler-Ross, 2015). Není doporučováno pokoušet se pacienta rozveselit, protože se jedná o důležitou fázi, kterou je nutné si prožít (Kabelka, 2022). Autor uvádí, že v určitých případech je nutné pacientovi ulevit za pomoci psychofarmak.

Smíření – pacient začíná akceptovat přicházející smrt (Kabelka, 2020). Kübler-Ross (2015) upozorňuje, že v této fázi více než samotný pacient podporu potřebuje jeho rodina. Jedná se o fázi, kdy důležitější než slova je tichá přítomnost blízké osoby (Lísková et al., 2023).

Výše zmíněné nemusí vždy proběhnout v nastíněné posloupnosti, některé fáze umírající nemusí prožít vůbec, a naopak jiné mohou být prožity vícekrát (Kabelka, 2020). Taktéž se prožívání těchto fází netýká pouze samotného nemocného, ale i jeho rodiny (Lísková et al., 2015). Autorka dodává, že může nastat situace, kdy se umírající již nachází ve stadiu smíření, ale jeho rodina zůstává ve stadiu popírání či smlouvání.

Zásady, kterými se lze řídit při sdělování špatné správy, popisují velmi shodně ve svých publikacích Marková et al. (2021), Sláma a Vorlíček (2011) a Bednařík a Andrášiová (2020). Všichni tito autoři se shodují na postupu, který lze shrnout do těchto bodů:

- zjistit, jaké informace již pacient ví a kolik jich vědět chce,
- informace předávat věcně a jasně,
- vždy si ověřovat, zda pacient rozumí předaným informacím,
- dát pacientovi dostatek času, aby sám projevil své emoce,
- být nemocnému na blízku a ujistit ho, že na nemoc není sám.

Tyto zásady lze doplnit o velmi důležitý výrok říkající, že *pacienta a jeho rodinu nikdy nesmíme opustit!* (Kabelka 2020, s. 65).

Nelze se však domnívat, že využití těchto komunikačních zásad automaticky zajistí plynulý a bezproblémový průběh komunikace. Je tedy nutné poskytovat individuální přístup každému pacientovi (Kabelka a Sláma, 2011). I přes veškeré nesnáze, které s sebou nepříznivá diagnóza přináší, by měla být pacientovi sdělena co nejdříve (Kabelka, 2020).

1.2.6 Práce s rodinou po smrti – péče o pozůstalé

Celistvost hospicové péče se vyznačuje mimo jiné i tím, že si uvědomuje potřebnost péče nejen o umírajícího, ale také o členy jeho rodiny (Student et al., 2006). Marková (2010) taktéž apeluje na to, aby byla péče směřována i rodině, jejíž člen právě umírá. Péče o členy rodiny by měla započít již v době, kdy je vyřknuta diagnóza, a pokračovat i po smrti nemocného (Kristjanson et al., 2005).

Ačkoli je smrt blízkého očekávaná, ve chvíli, kdy nastane, bolí (Svobodová, 2021). Je to rána, která ovlivňuje a mění životy pozůstalých ve všech směrech (Špatenková, 2013). Pozůstalí prožívají velké spektrum emocí – smutek, lítost, bezmoc, strach, hněv či vinu (Kupka, 2014). Špatenková (2013) k tomu dodává, že kromě těchto emocí, smrt blízkého značně ovlivňuje i vnímání identity jedince, jeho vlastní integritu, vztahy a pohled na bezpečnost a stabilitu světa.

Bezprostředně po úmrtí hraje velkou roli hospicový personál, který je s pozůstalou rodinou v přímém kontaktu. Pro zmírnění trápení mohou zdravotní sestry či lékaři spolu s rodinou vykonat modlitbu u lůžka zemřelého nebo nabídnout slova podpory a ocenění za péči, kterou rodina zemřelému věnovala (Kabelka, 2018). Společně strávené minuty v úplném tichu mohou být také důležitou formou podpory pozůstalých (Monreo, 2010).

Významná a nezbytná je podpora, kterou lze hledat v rodině či u přátel nebo využít jiné zdroje pomoci (Milne a Millard, 2005). Autoři považují za důležité, aby truchlící osoba věděla, jaké další formy pomoci jsou jí dostupné. Svobodová (2021) totiž uvádí, že by se po určitém čase měli začít pozůstalí znovu navracet do aktivního života, který jim přinášel před smrtí blízkého radost. V případě, že pozůstalí chtějí pomoci s procesem vyrovnávání se se ztrátou blízkého, mohou využít služby poradenství pro pozůstalé (Kupka, 2014). Poradenství pro pozůstalé poskytují vzdělaní odborníci na toto téma, kteří nabízejí pomoc každému, kdo právě prožívá odchod svého blízkého (Špatenková, 2013).

Svobodová (2021) považuje za důležitý aspekt čas – truchlící člověk potřebuje dostatečné množství času, aby si dokázal ztrátu blízkého prožít a zpracovat. Jen těžko lze určit, jak dlouho bude daný člověk truchlit – doba a způsob vyrovnání se se ztrátou blízkého se u každého liší (Milne a Millard, 2005). Špatenková (2013) uvádí, že nekomplikované truchlení trvá nejčastěji mezi půl rokem až rokem. Dle autorky

v sobě tento časový horizont nese první výročí smrti a pohřbu či první prožité Vánoce bez zemřelého a další významná výročí. Marková (2010) dodává, že nejdéle truchlí osoby, které měly k zemřelému nejbliže (například partner/ka či rodiče).

V delším časovém horizontu od smrti nemocného lze také využít nabídku některých hospiců, jež organizují pro pozůstalé setkání, která fungují jako podpůrný nástroj v procesu truchlení (Kabelka, 2020). V principu se jedná o osobní setkání v prostorách hospice, na kterém mají možnost pozůstalé rodiny na své nejbližší zavzpomínat formou mše (Kabelka, 2018). Na tuto mši navazuje posezení, při kterém mohou rodiny společně s hospicovým personálem sdílet vzpomínky na zemřelé (Kabelka, 2018). Hospice také mívají vzpomínkové knihy, do kterých zapisují jména všech zemřelých (Kalvach, 2013). Tyto knihy představují místo, kam se v nejistotách truchlící mohou vracet, což může být velmi důležité zejména pro ty pozůstalé, kteří namísto uložení blízkého do hrobu upřednostnili rozptýl do řeky atp. (Kalvach, 2013).

1.3 Paliativní péče

1.3.1 Pojem

Adjektivum paliativní pochází z latinského termínu *pallium*, který znamená roušku či plášť (Bužgová, 2015). Z etymologického hlediska lze poslání paliativní péče popsat tak, že se snaží zakrýt hojivou rouškou projevy nevléčitelné nemoci anebo poskytnout zdravotní plášť těm, kteří jsou ponecháni na mrazu z důvodu, že jim kurativní léčba nedokáže pomoci (REC, 2004).

Navzdory tomu, že je termín paliativní péče celosvětově skloňován již více než 40 let, nebyla do dnešní doby vytvořena jednotná definice, která by se dala využívat komplexně napříč celým odborným světem (Šourek, 2020). Právě z toho důvodu lze v odborné literatuře najít velké množství definic, které jsou si až na malé výjimky obsahově velmi podobné (Haškovcová, 2007). Obecně uznávané definice nabízejí například Světová zdravotnická organizace (dále jen „WHO“) či Evropská asociace paliativní péče (dále jen „EAPC“) (Šourek, 2020).

WHO (2002) při své definici paliativní péče vytvořila hned několik aktualizovaných verzí. Ta nejnovější je z roku 2002 a říká, že paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů (dospělých i dětí) a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným se životem ohrožujícím onemocněním. Paliativní péče předchází a zmírňuje utrpení skrze včasné určení, správné posouzení a řešení bolesti a dalších problémů psychických, psychosociálních a duchovních.

EAPC (2013) popisuje paliativní péči takto: paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění nereaguje na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti.

Z obou těchto definic vyplývá, že se paliativní péče neomezuje jen na určitý druh nemoci (REC, 2004). S přihlédnutím na pravděpodobnou prognózu a konkrétní potřeby nemocného lze paliativní péči uplatnit u lidí jakéhokoli věku (REC, 2004). Silně skloňovaný je také pojem kvality života nemocného. Paliativní péče nazírá na člověka jako na jedinečnou bytost, které je třeba poskytovat komplexní péči na úrovni bio-psycho-socio-spirituální (Radbruch a Payne, 2009). Díky tomuto celostnímu přístupu může v průběhu paliativní péče docházet ke zlepšování kvality života nemocného (Kupka, 2014). Přítomná nemoc určitým způsobem přináší změny či ztráty do života nemocného, ty však nemusí znamenat pokles kvality života (Vorlíček et al., 2004). Dále obě výše popsané definice označují za klienta paliativní péče nejen nemocného, ale i jeho rodinu. Kalvach et al. (2019) upozorňují, že i pacientovi nejbližší potřebují, aby o jejich psychické, spirituální a sociální potřeby bylo postaráno.

Také v legislativě České republiky je možno nalézt krátkou definici paliativní péče. Konkrétně zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách definuje paliativní péči, *jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyлéčitelnou nemocí*, jako specifický druh zdravotní péče.

1.3.2 Cílová skupina

Paliativní péče je poskytována především pacientům trpícím chronickým onemocněním, tedy onemocněním, které nelze vyléčit (Kupka, 2014). Základem je, aby kvalitní paliativní péče byla poskytnuta každému, kdo v blízké době zemře (Kalvach et al., 2019). Autoři dále uvádějí, že pacienty léčené paliativním způsobem lze zjednodušeně zařadit do tří skupin.

Kalvach et al. (2019) popisují, že paliativní péče je poskytována lidem s onkologickým onemocněním, lidem v konečné fázi nenádorového onemocnění (nejčastěji se jedná o selhání orgánu) a lidem v dlouhodobě nepříznivém a nezlepšitelném zdravotním stavu (příkladem mohou být pokročilá stadia demence či AIDS). Právě onkologická onemocnění jsou nejčastějšími nemocemi, které vyžadují paliativní péči (Sláma a Vorlíček, 2011).

1.3.3 Úrovně paliativní péče

Z pohledu komplexnosti je paliativní péče rozdělena na dvě úrovně – obecná a specializovaná paliativní péče (Bužgová, 2015). Kabelka (2018) klade důraz

na komunikaci, která by mezi oběma úrovněmi paliativní péče měla být v dostatečné míře přítomna.

Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče znamená provedení včasného a správného posouzení stavu pacienta (Marková, 2010). Na základě toho může dojít ke vhodnému zvolení takové léčby, která respektuje kvalitu života pacienta, uvádí autorka. Pod tím si lze představit například léčbu symptomů, léčbu bolesti, respektující a empatickou komunikaci s pacientem a jeho rodinou (Marková, 2010; Bužgová, 2015; Kabelka, 2018).

V kontextu své odbornosti by tuto péči měli být schopni poskytnout všichni zdravotníci (Sláma a Vorlíček, 2011; Bužgová, 2015; Kabelka, 2018). Kabelka (2018) doplňuje, že se v rámci poskytování obecné paliativní péče angažují také služby nezdravotnického charakteru, kterými mohou být sociální služby a poradenství, pastorační péče, psychologická péče či dobrovolníci. Obecná paliativní péče tvoří většinu z celkového objemu poskytované paliativní péče (Sláma a Vorlíček., 2011).

Specializovaná paliativní péče

K poskytování specializované paliativní péče je zapotřebí tým odborníků, jehož členové mají dokončené vzdělání v oblasti paliativní péče (Kabelka, 2018). Péče je nabízena pacientům a jejich rodinám v zařízeních, jejichž hlavní činností je poskytování paliativní péče (Marková, 2010; Sláma a Vorlíček, 2011). Specializovaná paliativní péče se týká těch pacientů, jejichž obtíže a potřeby nedokáže obecná paliativní péče řešit (Sláma a Vorlíček, 2011; Bužgová, 2015).

Munzarová (2005) nastiňuje jiný úhel pohledu na paliativní péči, když uvádí, že ji lze pojímat jako filozofii, jež má mnohé využití nejen v hospicích, ale i v prostředí domácím či nemocničním. Konkrétně mohou specializovanou paliativní péči poskytovat: lůžkové hospice, mobilní hospice, denní hospicové stacionáře, konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče či oddělení paliativní péče (Marková, 2010).

Lůžkové hospice, domácí hospice a denní hospicové stacionáře

Popis těchto forem lze najít na stranách 15, 16 a 17 této práce.

Konziliární tým paliativní péče

Konziliární tým je multidisciplinárním uskupením složeným minimálně z lékaře paliatra, zdravotní sestry a sociálního pracovníka (Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji, 2018). Tento tým přináší do lůžkových zařízení odborné znalosti, které mohou ovlivňovat kvalitu poskytované paliativní péče a zároveň umožňují pacientovi, aby zůstal léčen na kterémkoli oddělení (Kabelka, 2022). Pro to, aby byl konziliární tým úspěšný, musí mít úzkou spolupráci s primárním ošetřujícím týmem (Věstník MZČR, 2022). Jedním z nejdůležitějších prvků konziliárního týmu je **ambulance paliativní medicíny** (Sláma a Vorlíček, 2011). Šourek (2020) uvádí, že především v posledních třech letech v nemocnicích dochází ke vzniku konziliárních týmů paliativní péče.

Oddělení paliativní péče

Oddělení paliativní péče jako složka zdravotnických zařízení poskytují nemocnému celkovou paliativní péči (Sláma a Vorlíček, 2011). Autoři uvádějí, že se většinou jedná o nemocné, kteří pro svou léčbu potřebují nemocniční zařízení. Taktéž mohou poskytovat edukační služby a slouží jako základna pro konziliární paliativní tým (Sláma a Vorlíček, 2011). V takovéto formě nejsou v České republice zatím tato oddělení realizována, podotýkají autoři.

1.3.4 Eutanázie, asistovaná sebevražda a dystanázie

Při studiu témat, jako jsou smrt, paliativní a hospicová péče nelze nenarazit na problematiku eutanázie a asistované sebevraždy. Pojem eutanázie lze překládat jako dobrou smrt – to vychází z řeckých slov eu = dobrý a thanatos = smrt. Eutanázie je *úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem), na jeho vlastní žádost* (Munzarová, 2005, s. 49) Asistovaná sebevražda pak popisuje situaci, kdy pacientovi lékař pouze poskytne smrtící látku, aby pak sám pacient mohl vykonat sebevraždu (Loučka et al., 2015).

Přímo v České republice je eutanázie a asistovaná sebevražda považována za trestný čin (Stehlíková, 2012). Existují ovšem státy, které mají eutanázii nebo asistovanou sebevraždu anebo obě formy legalizované. V rámci Evropy je eutanázie legálním činem například v Nizozemsku, Lucembursku či v Belgii, nicméně jsou pro ni ve všech těchto

zemích vydána velmi přísná kritéria (Prokop a Kabelka, 2011). Další evropský stát Švýcarsko má ve svém zákoně legalizovanou asistovanou sebevraždu (Kupka, 2014).

Ve společnosti, jak odborné, tak laické, se neustále vedou rozsáhlé a emotivní diskuse nad tím, zda má být, či nebyt eutanázie a asistovaná sebevražda legalizována (Haškovcová, 2007). Často je toto téma nesprávně spojováno s paliativní péčí (Prokop a Kabelka, 2011). Pro to, aby diskuse mohla být vedena fakticky správně, je důležité, aby si společnost skutečně uvědomovala rozdíly právě mezi pojmy eutanázie, asistované sebevraždy a rovněž dystanázie.

Dystanázie neboli zadržovaná smrt označuje zamezení přirozenému umírání na základě lékařské intervence odborníků díky rozvinutým možnostem dnešní medicíny (Haškovcová, 2004). Haškovcová (2004) a Kupka (2014) se shodují, že tato problematická oblast medicíny podporuje diskuse týkající se legalizace výše zmíněné eutanázie, protože právě eutanázie se mylně zdá být řešením tohoto problému.

Nicméně cílem této bakalářské práce není podrobnější rozbor či rozřešení tohoto tématu.

2 Praktická část

2.1 Cíl výzkumu

Na základě výstupu z teoretické části byly stanoveny následující cíle, a sice komparovat povědomí o hospicové péči u lidí, kteří mají osobní zkušenost s hospicovou péčí, a u lidí, kteří se s hospici zatím neseťkali. Na základě jejich zkušenosti zjistit, jak tato skutečnost ovlivňuje jejich pohled na smrt.

2.2 Hypotézy

Na stanovený cíl výzkumu navazují hypotézy, které jsou:

H1: Člověk se zkušenostmi se službami hospiců přikládá hospicové péči větší důležitosti než člověk, který se s ní neseťkal.

H2: Zkušenost s hospicovou péčí ovlivňuje míru strachu ze své vlastní smrti.

H3: Zkušenost s hospicovou péčí ovlivňuje pohled na smrt.

2.3 Operacionalizace pojmů

Důležitost hospicové péče: Respondent pokládající péči za důležitou bude považovat téma hospiců za aktuální a významné, bude si uvědomovat potřebnost hospiců, bude podporovat jejich propagaci a rozvoj, bude hospic pojímat jako vhodné místo pro umírající.

Míra strachu: Míra strachu byla měřena čtyřmi otázkami, které zjišťovaly míru obav ze smrti, míru neklidu, pocitu paralyzování a pocitu úlevy při pomyšlení na vlastní smrt. Větší strach se projeví vyšším skóre v prvních třech otázkách a nižším skóre ve čtvrté otázce.

Pohled na smrt: Respondentův pohled na smrt byl studován pomocí devíti otázek, které se týkaly rozloučení se zemřelým, přemýšlení a hovoření o vlastní smrtelnosti a různých forem přípravy na smrt. Dále zjišťovaly míru souhlasu s výroky týkajícími se smrti a její součástí v životě, umíráním s čistým štítem, mluvením o smrti, její tabuizací a (ne)možností připravenosti na smrt. Rozdílnost pohledu na smrt mezi respondenty se projeví na základě variability zvolených odpovědí.

3 Metodika

3.1 *Metody a technika sběru dat*

V této bakalářské práci byla k zajištění výzkumného šetření využita kvantitativní výzkumná strategie. Metoda sběru dat byla uskutečněna dotazováním, a to technikou dotazníkového šetření.

Dotazník k této bakalářské práci byl mezi respondenty distribuován dvojitým způsobem – konkrétně v tištěné a v online verzi. Obě varianty dotazníku byly svou podobou a otázkami zcela totožné. Online verze dotazníku byla vytvořena na internetové stránce www.survio.com, kde byl po zaregistrování autorkou vytvořen vlastní dotazník, který bylo následně možné skrze online prostor rozeslat mezi respondenty. Dotazník je možné nalézt v příloze.

Úvodní stránka dotazníku obsahuje krátké představení osoby autorky a bakalářské práce samotné. Následují instrukce týkající se jeho vyplnění. Taktéž je zde zmíněna absolutní anonymita celého dotazníku a ujištění respondenta, že jeho odpovědi budou využity výhradně pro účely této bakalářské práce. Závěrem úvodní strany je poděkování, které směřuje ke každému, kdo se vyplnění dotazníku věnoval.

Stavbu dotazníku lze pomyslně rozdělit do vícero částí – základní údaje o respondentovi, jeho obecná znalost hospicové péče, otázky přímo směřující k hypotézám a poslední část je určena pouze respondentům, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí.

Dotazník obsahuje celkem 30 otázek. Celkem 24 otázek je uzavřeného typu, z toho na celkem 20 otázek bylo možné vybrat pouze jednu variantu odpovědi. Polouzavřené otázky, které nabízejí vícero možností k označení či možnost dopsání vlastní odpovědi respondenta, jsou obsaženy v dotazníku celkem čtyřikrát. Taktéž bylo použito pět škálových otázek. V těchto otázkách měl respondent na výběr z pěti, popřípadě ze šesti variant odpovědí. Poslední, tedy třicátá otázka, je jako jediná otevřeného typu, přičemž její vyplnění nebylo povinné.

Při přenášení odpovědí do grafické podoby byla pro větší přehlednost výsledků zohledněna otázka č. 23, která se věnuje zkušenosti či nezkušenosti respondentů s hospicovou péčí. Na základě této otázky bylo pro zpracování veškerých grafů zvoleno rozdělení odpovědí podle toho, zda respondenti mají či nemají zkušenost s hospicovou

péčí – v grafech zkráceně označeno „se zkušeností“ a „bez zkušeností“, případně „ano“ a „ne“.

Pro statistické zpracování dat a vytvoření grafů byl použit program Microsoft Excel 2016. Hypotézy byly testovány pomocí kontingenční tabulky, chí-kvadrát testu a *T*-testu. Hladina významnosti byla stanovena na 5 %.

Pro upřesnění autorka práce považuje za nutné dodat, že pro potřeby hodnocení hypotéz bylo skóre 5stupňových škál překódováno tak, aby naprostý souhlas měl nejvíce bodů (5 bodů) a naprostý nesouhlas nejméně bodů (1 bod). Vyšší průměrné skóre tak odpovídá většímu souhlasu respondentů. V kapitole 4.1. *Výsledky z dotazníkového šetření*, kde jsou odpovědi převedeny do grafické podoby, je toto zpracováno obráceně, tj. naprostý souhlas je na prvním místě, naprostý nesouhlas na místě pátém.

Dále je nutné upozornit, že se v tabulkách v kapitole 4.2. *Statistické vyhodnocení dat ve vztahu k hypotézám* objevuje chyba, kdy není mezi zapsaným číslem a znaménkem procenta mezera. Bohužel program Microsoft Excel 2016 tuto chybu upravit nedovoluje.

V konečném zpracování dotazníkového šetření vyšlo najevo, že některé otázky, které jsou v dotazníku obsaženy, nebyly v kontextu této práce využity. Tyto odpovědi jsou umístěny v příloze. Taktéž se v příloze nacházejí doplňující informace o respondentech, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí. K těmto informacím je připojen krátký komentář.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl stanoven takto:

- jedinci, jejichž blízcí využívali služby Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích,
- jedinci z okolí Prachaticka, kteří s těmito službami do styku nepřišli.

Pro přesné stanovení respondentů splňujících kritéria výzkumného souboru bylo konkretizováno, že jedinci z okolí Prachaticka jsou jedinci s bydlištěm v okrese Prachatice. U jedinců se zkušeností s hospicovou péčí bydliště nehrálo zásadní roli, protože se očekávalo, že jejich bydliště bude v rámci celého Jihočeského kraje,

popřípadě i ze sousedních krajů. A to z toho důvodu, že Jihočeský kraj pokrývá pouze jeden lůžkový hospic, tudíž jeho služby využívají klienti s bydlištěm napříč krajem.

Dotazníkové šetření probíhalo v období od 5. 11. 2022 do 31. 1. 2023. Vzhledem k charakteristice výzkumného souboru bylo třeba cíleně oslovit respondenty se zkušeností s hospicovou péčí. U většiny této části respondentů (tj. 29 respondentů) bylo dotazníkové šetření provedeno 5. 11. 2022, kdy se v prostorách Hospice sv. Jana N. Neumanna uskutečnilo vzpomínkové setkání rodin, jejichž člen byl klientem tohoto hospice. Menší část respondentů (tj. 11 respondentů) se zkušenostmi se službami hospiců také vykrystalizovala při dalším šetření.

Další fáze šetření probíhala s využitím kombinace tištěné a online formy dotazníkového šetření. K vyplnění online dotazníku bylo osloveno detašované pracoviště Střední zdravotnické školy v Prachaticích, kde studenti a studentky starší 18 let a s bydlištěm v okrese Prachatice vyplnili online dotazník (tj. 10 respondentů). Dále byli autorkou výzkumu přímo osloveni lidé (tj. 39 respondentů) z Prachatic, a to sice v lékárně, na náměstí, v kavárně a v obchodě, kteří vyplňovali tištěnou formu dotazníku.

Celkový počet respondentů byl 100, z čehož bylo nutné 11 dotazníků vyřadit pro špatné vyplnění. Po této selekci zbylo 89 správně vyplněných dotazníků, z toho se jednalo o 40 respondentů majících zkušenost s hospicovou péčí a 49 respondentů, kteří tuto zkušenost nemají.

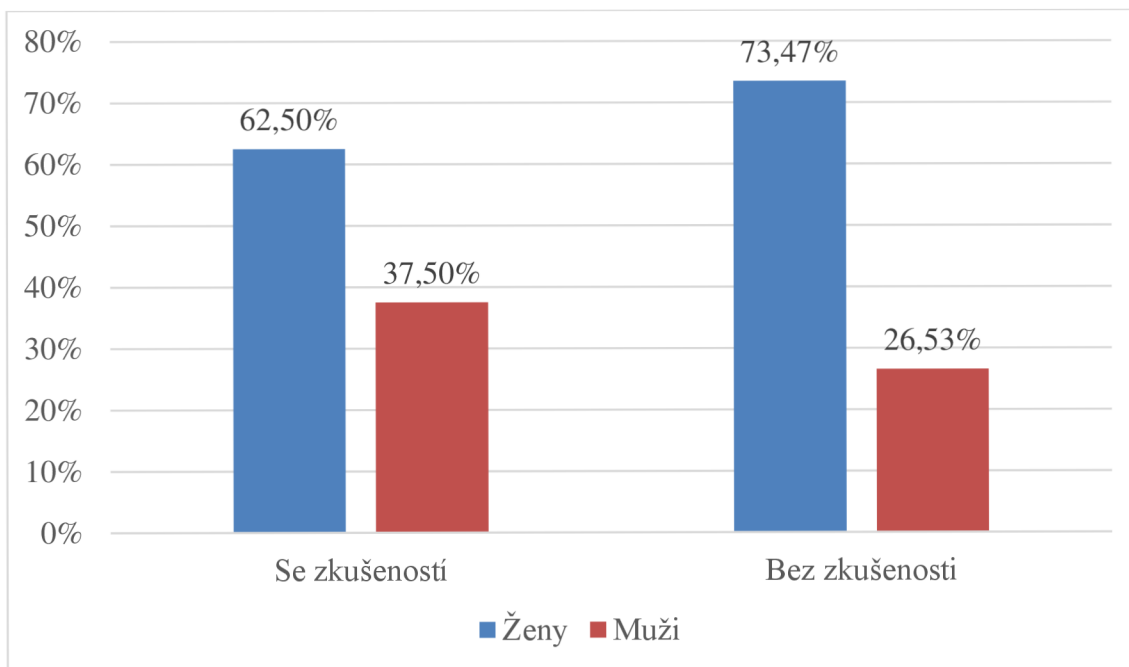
3.3 Etika výzkumu

V rámci celého výzkumného procesu byla respektována etická stránka výzkumu. Etická pravidla mají za cíl ochraňovat nejen účastníka výzkumu, ale i samotného výzkumníka (Miovský, 2006). Již před zahájením výzkumného šetření je nutné respondenty poučit o jejich právech a vyjasnit si, zda celý princip výzkumu je v souladu s uvažováním respondentů (Hendl et al., 2021).

V rámci dotazníku k této bakalářské práci je hned na úvodní straně zdůrazněna anonymita každého respondenta a taktéž informace, že veškerá data budou využita pouze pro tuto práci. Takto umístěné informace splňují kritérium, které zmiňuje Kutnohorská (2009), a sice, že tyto informace by měly být hned v úvodu. Všichni respondenti, kteří se šetření zúčastnili, to činili dobrovolně a vědomě.

4 Výsledky

4.1 Výsledky z dotazníkového šetření

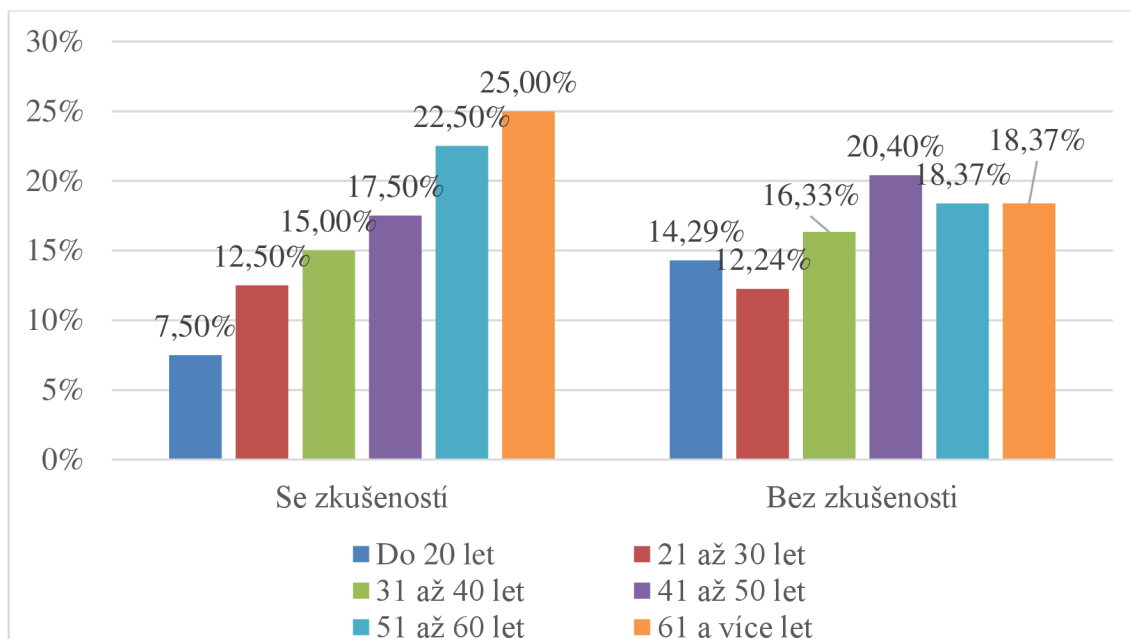


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 1 – Rozložení výzkumného souboru dle pohlaví

Z celkového počtu 89 (100 %) účastníků výzkumu bylo 25 (62,50 %) žen a 15 (37,50 %) mužů se zkušeností s hospicovou péčí.

Z jedinců, kteří zkušenost s hospicovou péčí nemají, bylo 36 (73,47 %) žen a 13 (26,53 %) mužů.

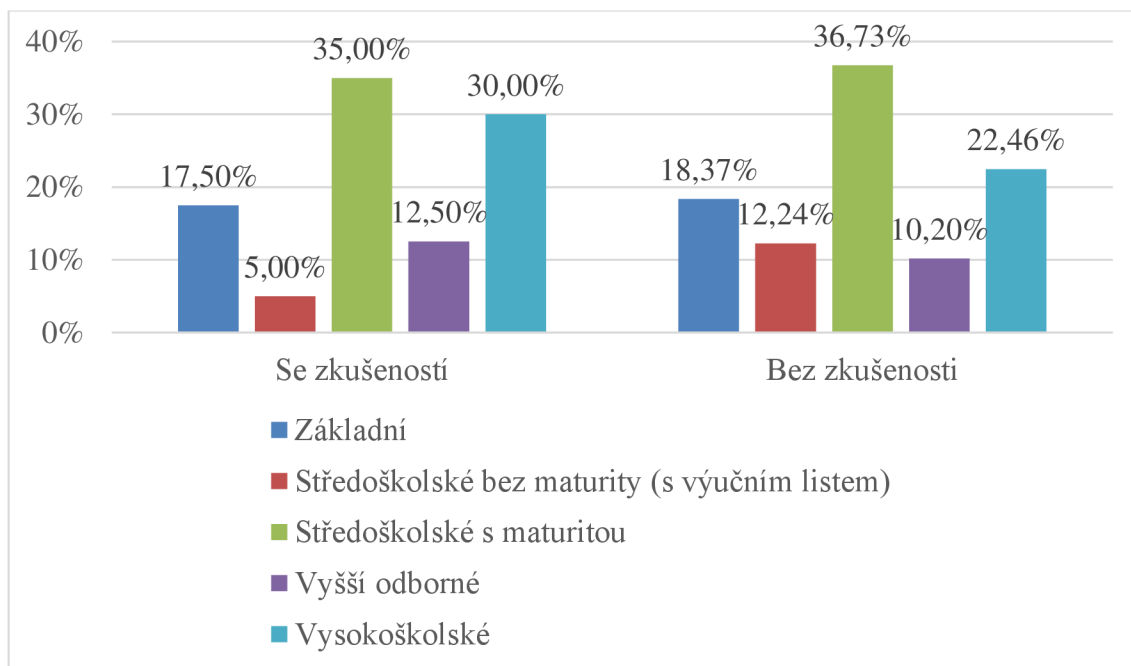


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 2 – Rozložení výzkumného souboru dle věku

V otázce rozložení respondentů dle věku byli u jedinců se zkušeností s hospicovou péčí 3 (7,50 %) respondenti do 20 let, 5 (12,50 %) respondentů ve věku 21 až 30 let, 6 (15,00 %) respondentů ve věku 31 až 40 let, 7 (17,50 %) respondentů ve věku 41 až 50 let, 9 (22,50 %) respondentů ve věku 51 až 60 let a 10 (25,00 %) respondentů starších 60 let.

U jedinců bez zkušenosti s hospicovou péčí bylo 7 (14,29 %) respondentů do 20 let, 6 (12,24 %) respondentů ve věku 21 až 30 let, 8 (16,33 %) respondentů ve věku 31 až 40 let, 10 (20,40 %) respondentů ve věku 41 až 50 let, 9 (18,37 %) respondentů ve věku 51 až 60 let a 9 (18,37 %) respondentů starších 60 let.

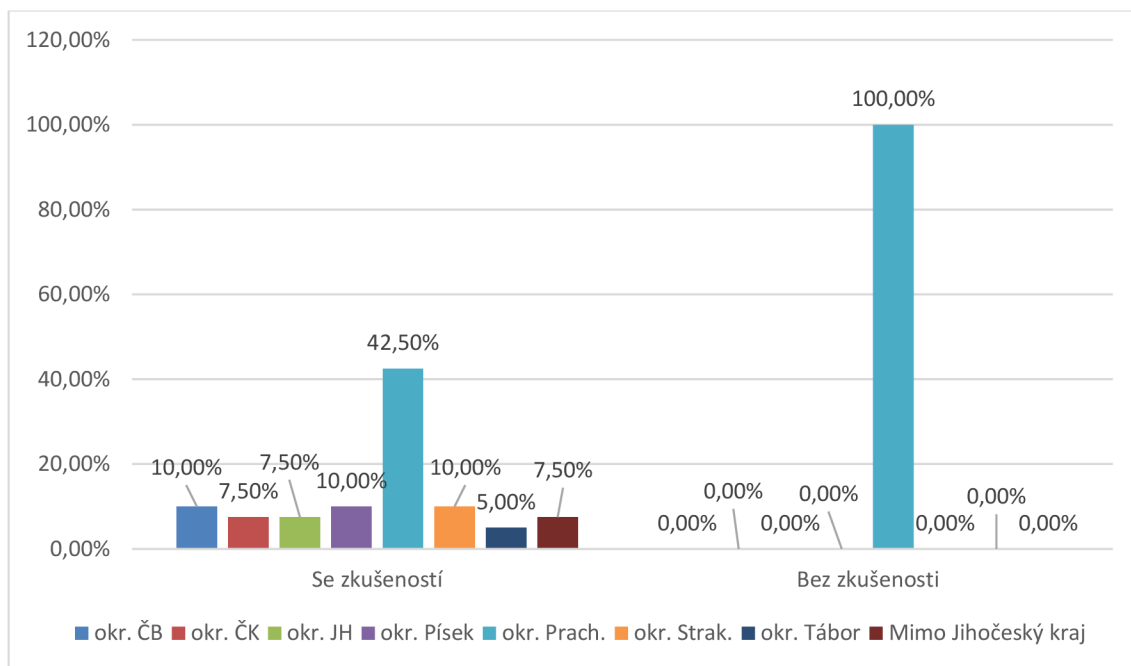


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 3 – Rozložení výzkumného souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Rozložení výzkumného souboru na základě nejvyššího dosaženého vzdělání u jedinců majících zkušenost s hospicovou péčí činilo 7 (17,50 %) respondentů s dokončeným základním vzděláním, 2 (5,00 %) respondenti s dokončeným středoškolským vzděláním bez maturity (s výučním listem), 14 (35,00 %) respondentů s dokončeným středoškolským vzděláním s maturitou, 5 (12,50 %) respondentů s dokončeným vyšším odborným vzděláním a 12 (30,00 %) respondentů s dokončeným vysokoškolským vzděláním.

Z jedinců nemajících hospicovou zkušenost mělo 9 (18,37 %) respondentů dokončené základní vzdělání, 6 (12,24 %) respondentů středoškolské vzdělání bez maturity (s výučním listem), 18 (36,73 %) respondentů středoškolské vzdělání s maturitou, 5 (10,20 %) respondentů vyšší odborné vzdělání a 11 (22,46 %) respondentů vysokoškolské vzdělání.

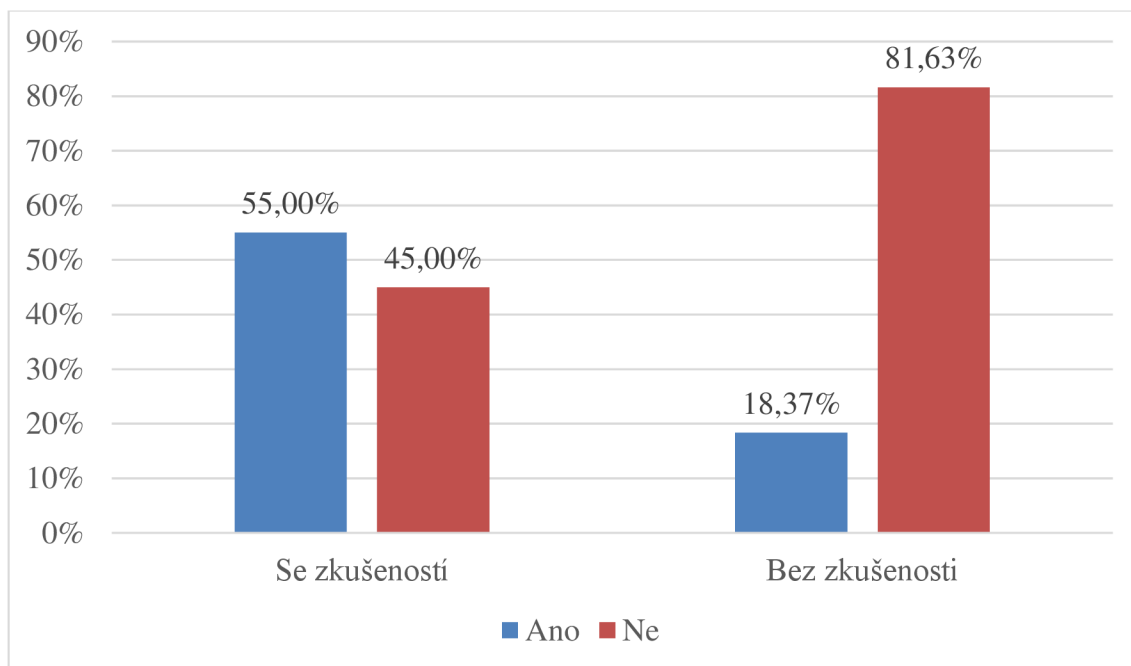


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 4 – Rozložení výzkumného souboru dle bydliště

Jedince se zkušeností s hospicovou péčí tvoří 4 (10,00 %) respondenti s bydlištěm v okrese České Budějovice, 3 (7,50 %) respondenti s bydlištěm v okrese Český Krumlov, 3 (7,50 %) respondenti s bydlištěm v okrese Jindřichův Hradec, 4 (10,00 %) respondenti s bydlištěm v okrese Písek, 17 (42,50 %) respondentů s bydlištěm v okrese Prachatice, 4 (10,00 %) respondenti s bydlištěm v okrese Strakonice, 2 (5,00 %) respondenti s bydlištěm v okrese Tábor a 3 (7,50 %) respondenti mající bydliště mimo Jihočeský kraj.

Z celkového počtu 49 (100 %) respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí měli všichni, tedy 49 (100 %) respondentů, bydliště v okrese Prachatice.

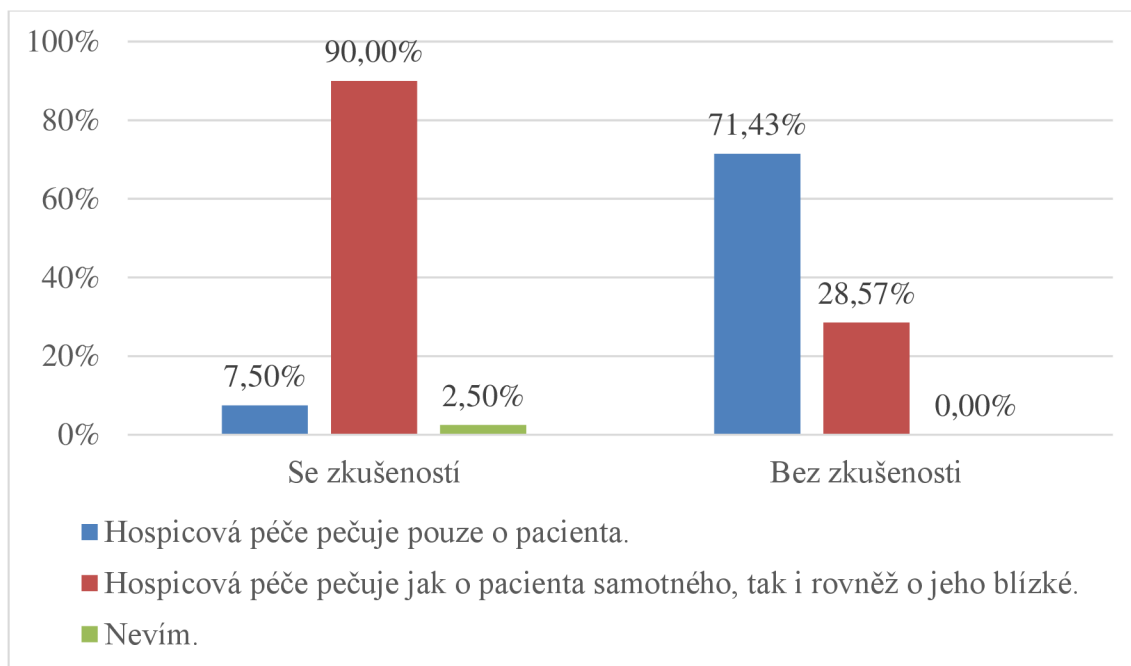


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 5 – Poměr věřících a nevěřících respondentů

Z lidí majících zkušenost s hospicovou péčí uvedlo 22 (55,00 %) respondentů, že jsou věřící a 18 (45,00 %) respondentů, že věřící nejsou.

Respondenti bez zkušenosti s hospicovou péčí uvedli v 9 (18,37 %) případech, že jsou věřící a ve 40 (81,63 %) případech, že věřící nejsou.

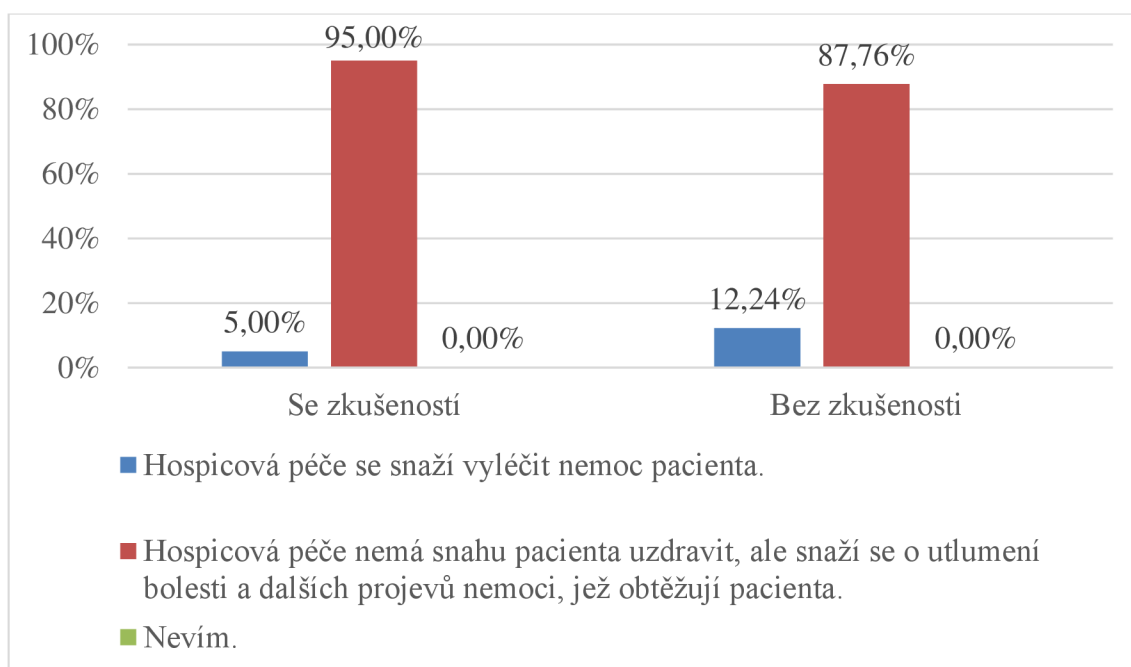


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 6 – Odpovědi respondentů na otázku, o koho pečuje hospicová péče

Ze skupiny respondentů se zkušeností s hospicovou péčí si 3 (7,50 %) respondenti myslí, že hospicová péče pečuje pouze o pacienta, 36 (90,00 %) respondentů pak označilo, že hospicová péče pečuje jak o pacienta samotného, tak i rovněž o jeho blízké, a pouze 1 (2,50 %) respondent uvedl, že neví.

Jedinci, kteří zkušenost s hospicovou péčí nemají, nejčastěji označili, že hospicová péče pečuje pouze o pacienta, a to konkrétně 35 (71,43 %) respondentů. Dále 14 (28,57 %) respondentů uvedlo, že hospicová péče pečuje jak o pacienta samotného, tak i rovněž o jeho blízké.

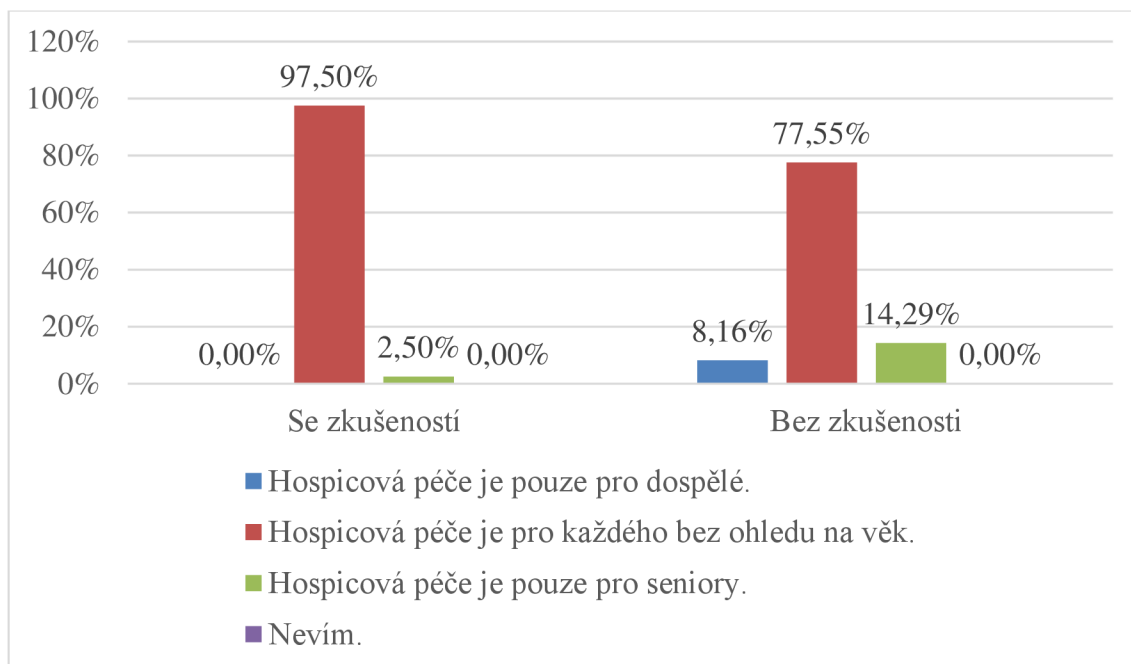


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 7 – Odpovědi respondentů na otázku týkající se poslání hospicové péče

Celkem 2 (5,00 %) respondenti mající zkušenost s hospicovou péčí označili, že se hospicová péče snaží vyléčit nemoc pacienta, 38 (95,00 %) respondentů pak označilo, že hospicová péče nemá snahu pacienta uzdravit, ale snaží se o utlumení bolesti a dalších projevů nemoci, jež obtěžují pacienta.

Ve skupině respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí označilo 6 (12,24 %) z nich, že se hospicová péče snaží vyléčit nemoc pacienta a 43 (87,76 %) z nich, že hospicová péče nemá snahu pacienta uzdravit, ale snaží se o utlumení bolesti a dalších projevů nemoci, jež obtěžují pacienta.

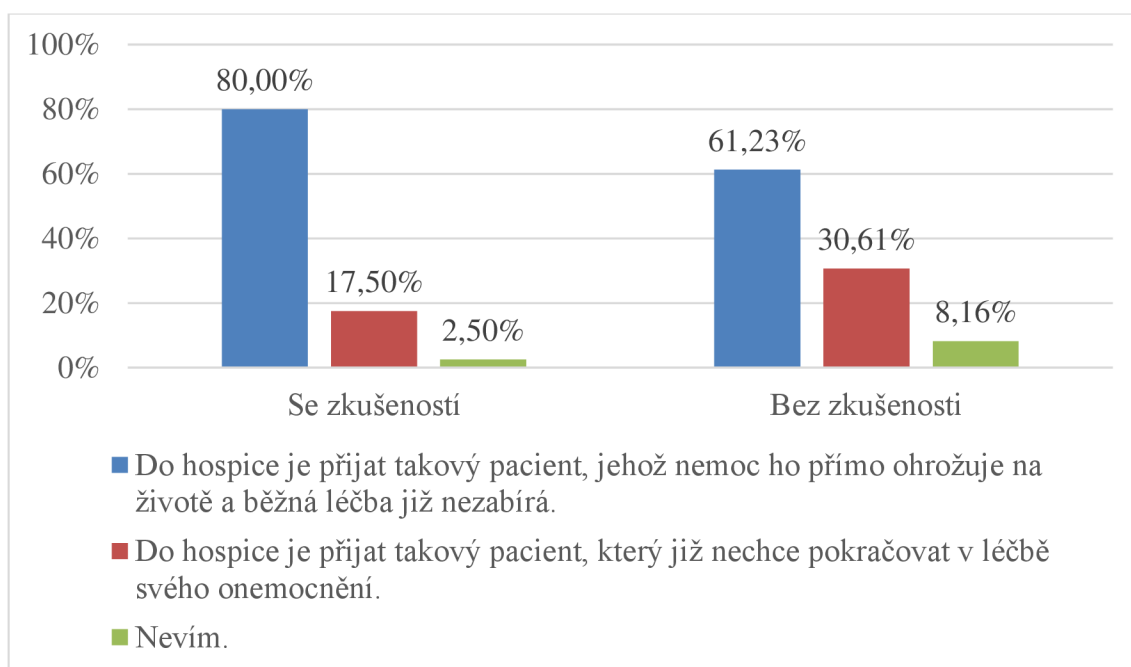


Zdroj: *Vlastní výzkum*

Obrázek 8 – Odpovědi respondentů na otázku, komu může být hospicová péče poskytnuta

U jedinců s hospicovou péčí si téměř většina, tedy 39 (97,50 %) respondentů, myslí, že hospicová péče je pro každého bez ohledu na věk a 1 (2,50 %) respondent zaškrtl, že je pouze pro seniory.

U jedinců nemajících zkušenost s hospicovou péčí se 4 (8,16 %) respondenti domnívají, že je hospicová péče pouze pro dospělé, 38 (77,55 %) respondentů, že je pro každého bez ohledu na věk a 7 (14,29 %) respondentů označilo, že je pouze pro seniory.

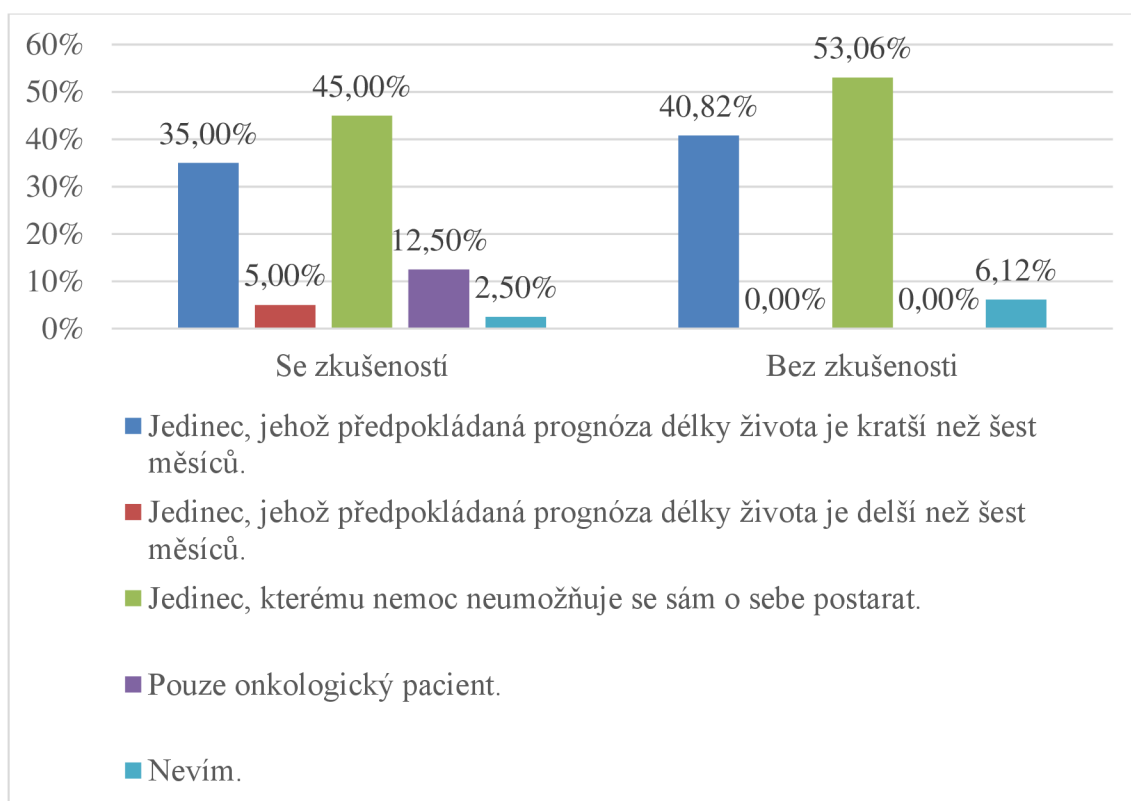


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 9 – Odpovědi respondentů na otázku, v jaké fázi onemocnění může být pacient přijat do hospice

Ve skupině respondentů majících zkušenost s hospicovou péčí odpovědělo 32 (80,00 %) z nich, že do hospice je přijat takový pacient, jehož nemoc ho přímo ohrožuje na životě a běžná léčba již nezabírá. Dále 7 (17,50 %) respondentů zvolilo, že do hospice je přijat takový pacient, který již nechce pokračovat v léčbě svého onemocnění a 1 (2,50 %) respondent uvedl, že neví.

Ze skupiny respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí odpovědělo 30 (61,23 %) respondentů, že do hospice je přijat takový pacient, jehož nemoc ho přímo ohrožuje na životě a běžná léčba již nezabírá, 15 (30,61 %) respondentů uvedlo, že do hospice je přijat takový pacient, který již nechce pokračovat v léčbě svého onemocnění a nakonec 4 (8,16 %) respondenti označili, že nevědí.

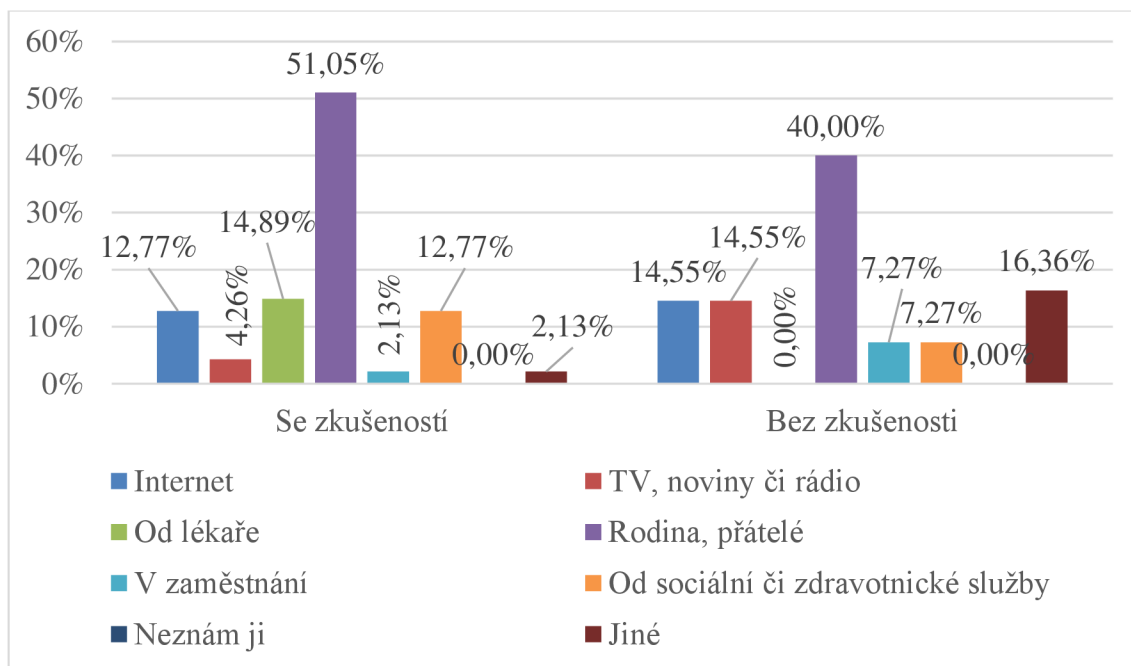


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 10 – Odpovědi respondentů na otázku týkající se podmínky pro přijetí do hospicové péče

Respondenti se zkušeností s hospicovou péčí uvedli ve 14 (35,00 %) případech, že pacientem hospice může být jedinec, jehož předpokládaná prognóza délky života je kratší než šest měsíců, dále 2 (5,00 %) respondenti uvedli, že pacientem hospice může být jedinec, jehož předpokládaná prognóza délky života je delší než šest měsíců. Dále 18 (45,00 %) respondentů označilo, že pacientem hospice může být jedinec, kterému nemoc neumožňuje se sám o sebe postarat, 5 (12,50 %) respondentů si myslí, že se jedná pouze o onkologického pacienta a 1 (2,50 %) respondent neví.

U jedinců bez zkušenosti s hospicovou péčí si 20 (40,82 %) respondentů myslí, že pacientem hospice může být jedinec, jehož předpokládaná prognóza délky života je kratší než šest měsíců. Dále 26 (53,06 %) respondentů uvedlo, že se jedná o jedince, kterému nemoc neumožňuje se sám o sebe postarat a 3 (6,12 %) respondenti označili, že nevědí.

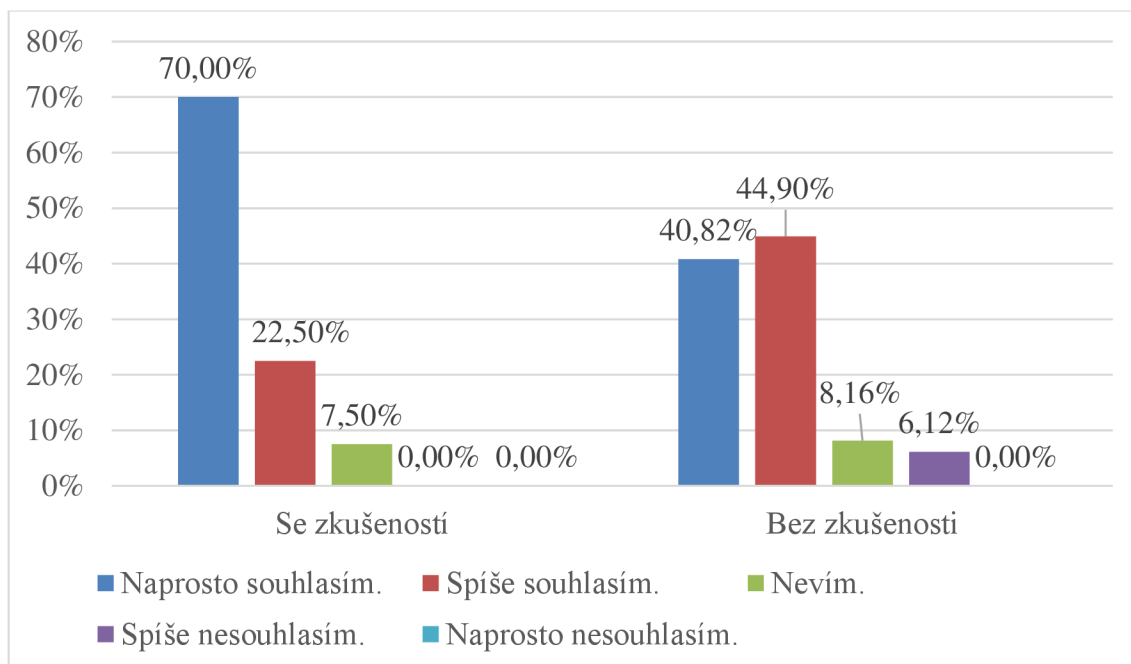


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 11 – Zdroje informací o hospicové péči

Na otázku, z jakého zdroje se respondenti se zkušeností s hospicovou péčí o ní dozvěděli, odpovědělo 6 (12,77 %) respondentů, že z internetu, 2 (4,26 %) respondenti z TV, novin či rádia, 7 (14,89 %) respondentů od lékaře, 24 (51,05 %) respondentů od rodiny či přátel, 1 (2,13 %) respondent ze zaměstnání, 6 (12,77 %) respondentů od sociální či zdravotnické služby a 1 (2,13 %) respondent z jiného zdroje, a to sice díky vysoké škole.

Ve skupině respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí se o ní dozvědělo 8 (14,55 %) respondentů z internetu, 8 (14,55 %) respondentů z TV, novin či rádia, 22 (40,00 %) respondentů od rodiny či přátel, 4 (7,27 %) respondenti ze zaměstnání, 4 (7,27 %) respondenti od sociální či zdravotnické služby a 9 (16,36 %) respondentů z jiného zdroje, a to sice osmkrát byla zmíněna škola a jednou docházka do hospice, kde respondent/ka zpíval/a klientům hospice.

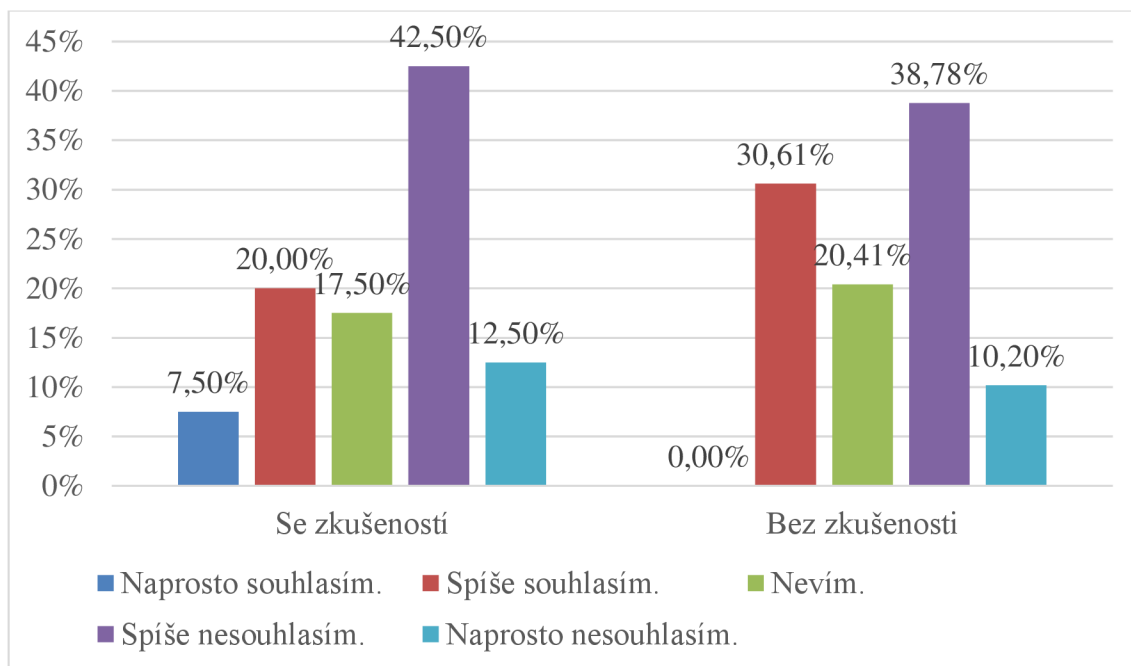


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 12a – Míra souhlasu s vhodností hospice pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním

Ve skupině respondentů se zkušeností s hospicovou péčí 28 (70,00 %) z nich naprosto souhlasí s výrokem, že hospice je vhodným prostředím pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním, dále 9 (22,50 %) z nich s tímto výrokem spíše souhlasí a 3 (7,50 %) respondenti nevědí.

U respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí s tímto výrokem naprosto souhlasí 20 (40,82 %) z nich, spíše souhlasí 22 (44,90 %) respondentů, 4 (8,16 %) respondenti nevědí a 3 (6,12 %) respondenti spíše nesouhlasí.

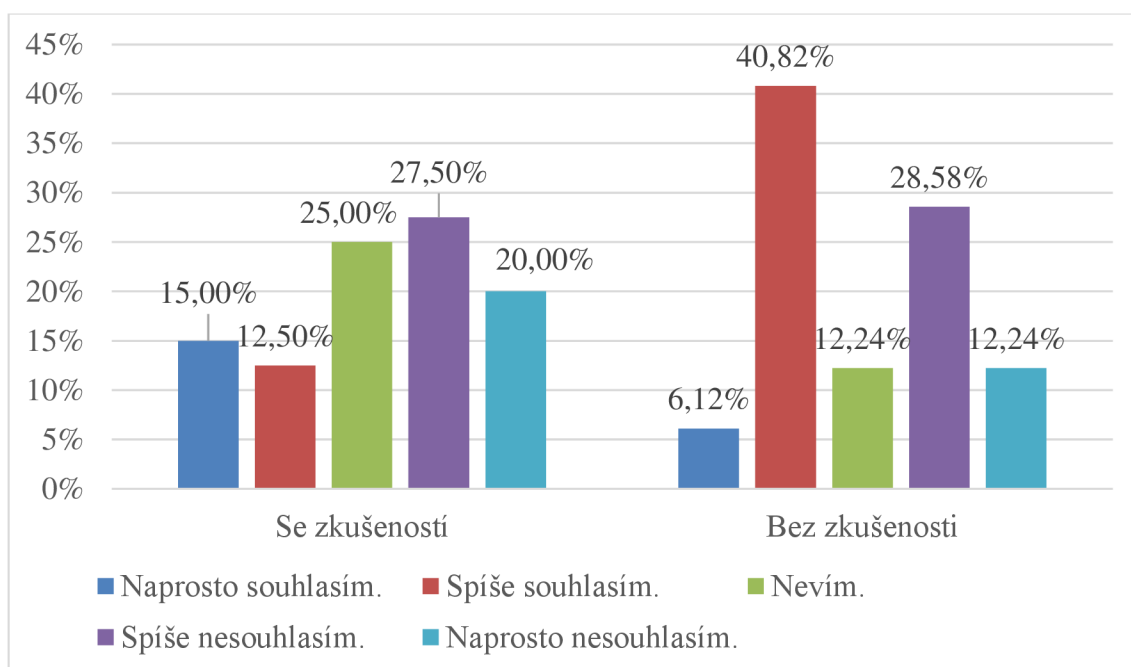


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 12b – Míra souhlasu s vhodností nemocnice pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním

Ve skupině respondentů se zkušeností s hospicovou péčí 3 (7,50 %) z nich naprosto souhlasí s výrokem, že nemocnice je vhodným prostředím pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním, dále 8 (20,00 %) z nich s tímto výrokem spíše souhlasí, 7 (17,50 %) respondentů neví, 17 (42,50 %) respondentů spíše nesouhlasí a 5 (12,50 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

U respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí s tímto výrokem spíše souhlasí 15 (30,61 %) respondentů, 10 (20,41 %) respondentů neví, 19 (38,78 %) respondentů spíše nesouhlasí a 5 (10,20 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

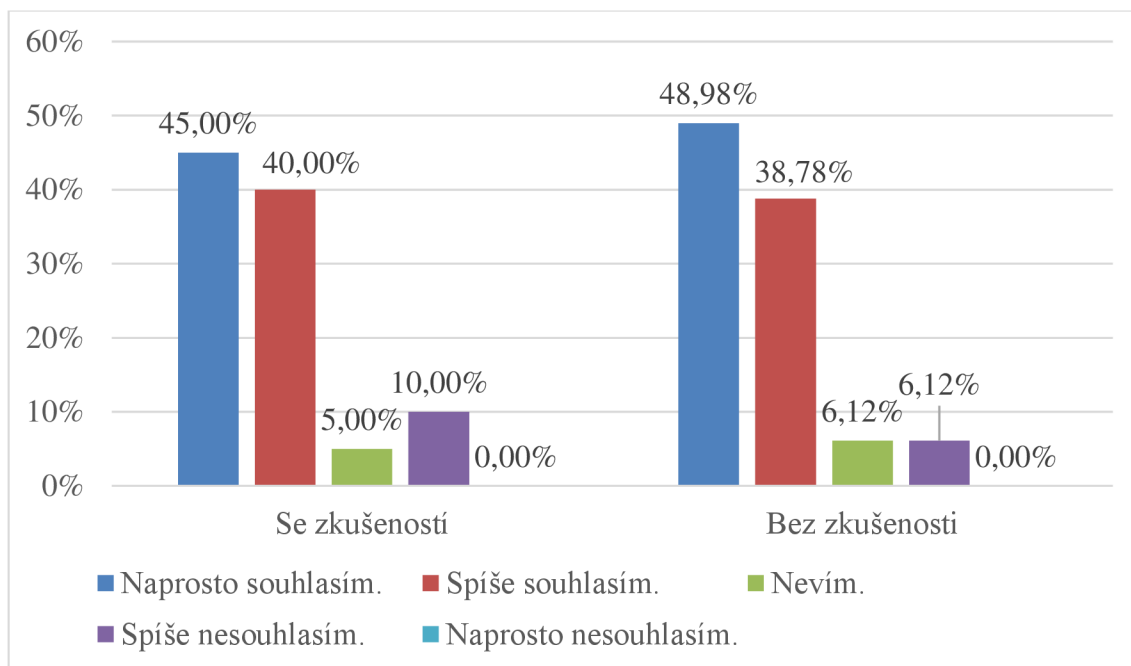


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 12c – Míra souhlasu s vhodností léčebny dlouhodobě nemocných pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním

Ve skupině respondentů se zkušeností s hospicovou péčí 6 (15,00 %) z nich naprosto souhlasí s výrokem, že léčebna dlouhodobě nemocných je vhodným prostředím pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním, dále 5 (12,50 %) z nich s tímto výrokem spíše souhlasí, 10 (25,00 %) respondentů neví, 11 (27,50 %) respondentů spíše nesouhlasí a 8 (20,00 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

U respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí s tímto výrokem naprosto souhlasí 3 (6,12 %) respondenti, spíše souhlasí 20 (40,82 %) respondentů, 6 (12,24 %) respondentů neví, 14 (28,58 %) respondentů spíše nesouhlasí a 6 (12,24 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

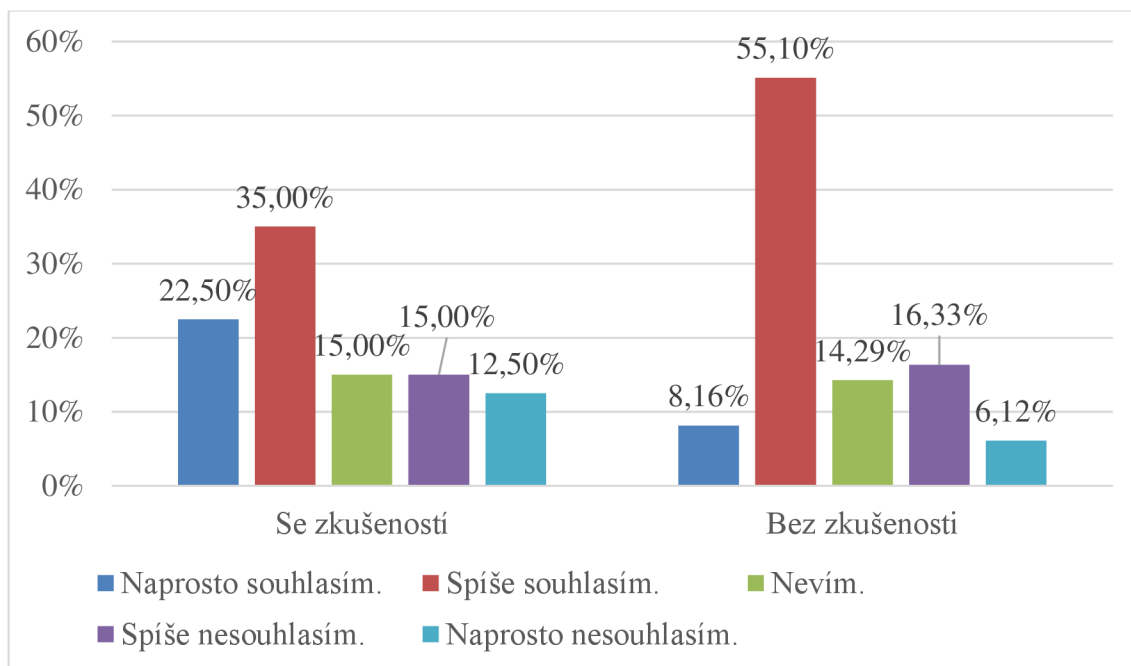


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 12d – Míra souhlasu s vhodností domácího prostředí pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním

Ve skupině respondentů se zkušeností s hospicovou péčí 18 (45,00 %) z nich naprosto souhlasí s výrokem, že domácí prostředí je vhodným prostředím pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním, dále 16 (40,00 %) z nich s tímto výrokem spíše souhlasí, 2 (5,00 %) respondenti nevědí a 4 (10,00 %) respondenti spíše nesouhlasí.

U respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí s tímto výrokem naprosto souhlasí 24 (48,98 %) respondentů, spíše souhlasí 19 (38,78 %) respondentů, 3 (6,12 %) respondenti nevědí a 3 (6,12 %) respondenti spíše nesouhlasí.

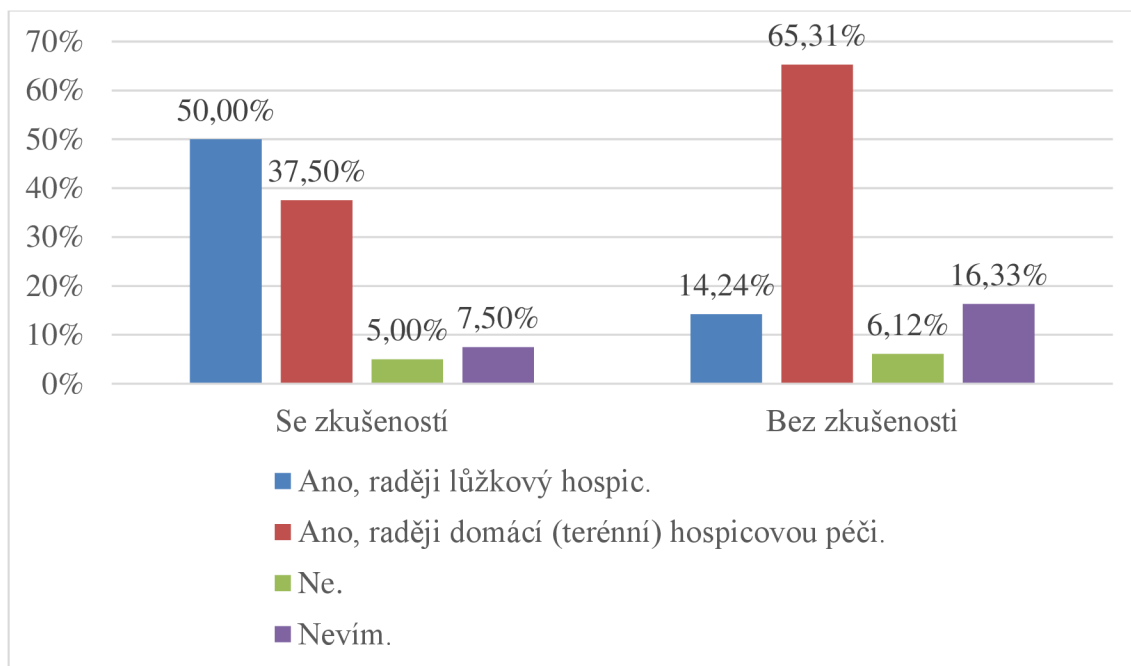


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 12e – Míra souhlasu s vhodností domova pro seniory pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním

Ve skupině respondentů se zkušeností s hospicovou péčí 9 (22,50 %) z nich naprosto souhlasí s výrokem, že domov pro seniory je vhodným prostředím pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním, dále 14 (35,00 %) z nich s tímto výrokem spíše souhlasí, 6 (15,00 %) respondentů neví, 6 (15,00 %) respondentů spíše nesouhlasí a 5 (12,50 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

U respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí s tímto výrokem naprosto souhlasí 4 (8,16 %) respondenti, spíše souhlasí 27 (55,10 %) respondentů, 7 (14,29 %) respondentů neví, 8 (16,33 %) respondentů spíše nesouhlasí a 3 (6,12 %) respondenti naprosto nesouhlasí.

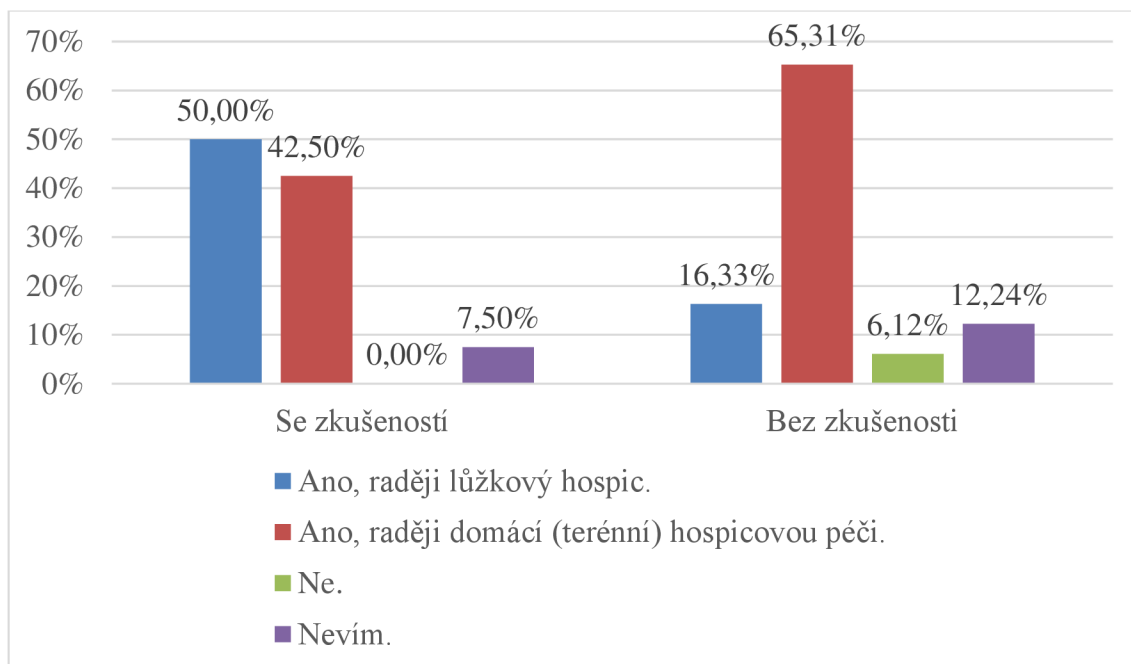


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 13 – Využití hospicové péče v případě vlastní potřeby respondentů

Celkem 20 (50,00 %) respondentů se zkušeností s hospicovou péčí by v případě, že by sami trpěli nevléčitelnou nemocí, využilo lůžkový hospic, dále 15 (37,50 %) respondentů by využilo domácí (terénní) hospicovou péči, 2 (5,00 %) respondenti by nevyužili vůbec hospicovou péči a 3 (7,50 %) respondenti nevědí.

U jedinců, kteří zkušenost s hospicovou péčí nemají, by 6 (14,24 %) respondentů pro své blízké v případě jejich potřeby zvolilo lůžkový hospic, 32 (65,31 %) respondentů domácí (terénní) hospicovou péči, 3 (6,12 %) respondenti by nevyužili hospicovou péči vůbec a 8 (16,33 %) respondentů neví.

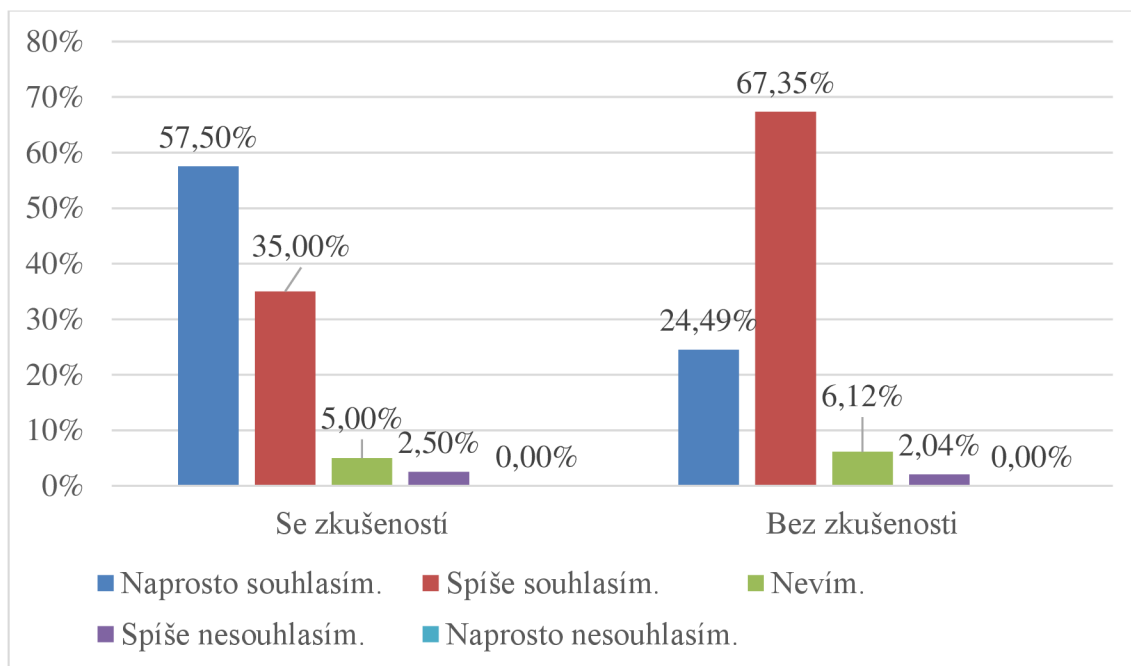


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 14 – Využití hospicové péče v případě potřeby u blízké osoby respondenta

Celkem 20 (50,00 %) respondentů se zkušeností s hospicovou péčí by v případě, že by někdo z jejich blízkých trpěl nevléčitelnou nemocí, pro ně využilo lůžkový hospic, dále 17 (42,50 %) respondentů by zvolilo domácí (terénní) hospicovou péči a 3 (7,50 %) respondenti nevědí.

U jedinců, kteří zkušenost s hospicovou péčí nemají, by 8 (16,33 %) respondentů pro své blízké v případě jejich potřeby zvolilo lůžkový hospic, 32 (65,31 %) respondentů domácí (terénní) hospicovou péči, 3 (6,12 %) respondenti by nevyužili hospicovou péči vůbec a 6 (12,24 %) respondentů neví.

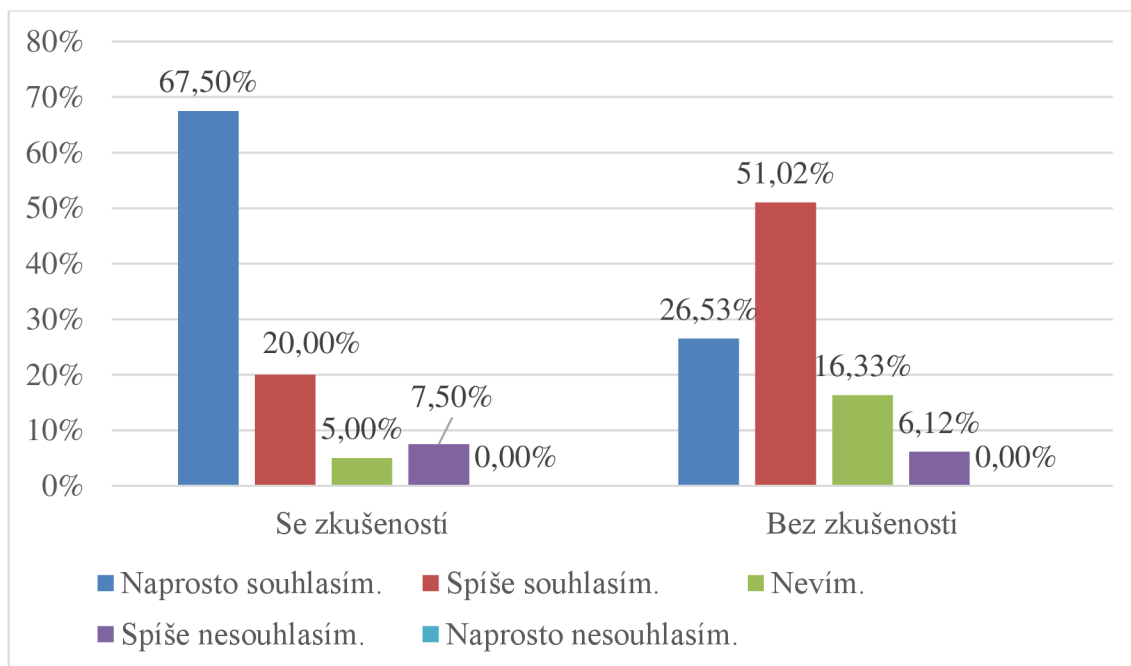


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 15a – Míra souhlasu s vhodností hospice v posledních dnech umírajícího

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 23 (57,50 %) z nich naprosto souhlasí s tím, že hospic může být tím pravým místem pro poslední dny nevléčitelně nemocného. Dále 14 (35,00 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí, 2 (5,00 %) respondenti nevědí a 1 (2,50 %) respondent spíše nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpovědělo 12 (24,49 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 33 (67,35 %) respondentů spíše souhlasí, 3 (6,12 %) respondenti nevědí a 1 (2,04 %) respondent spíše nesouhlasí.

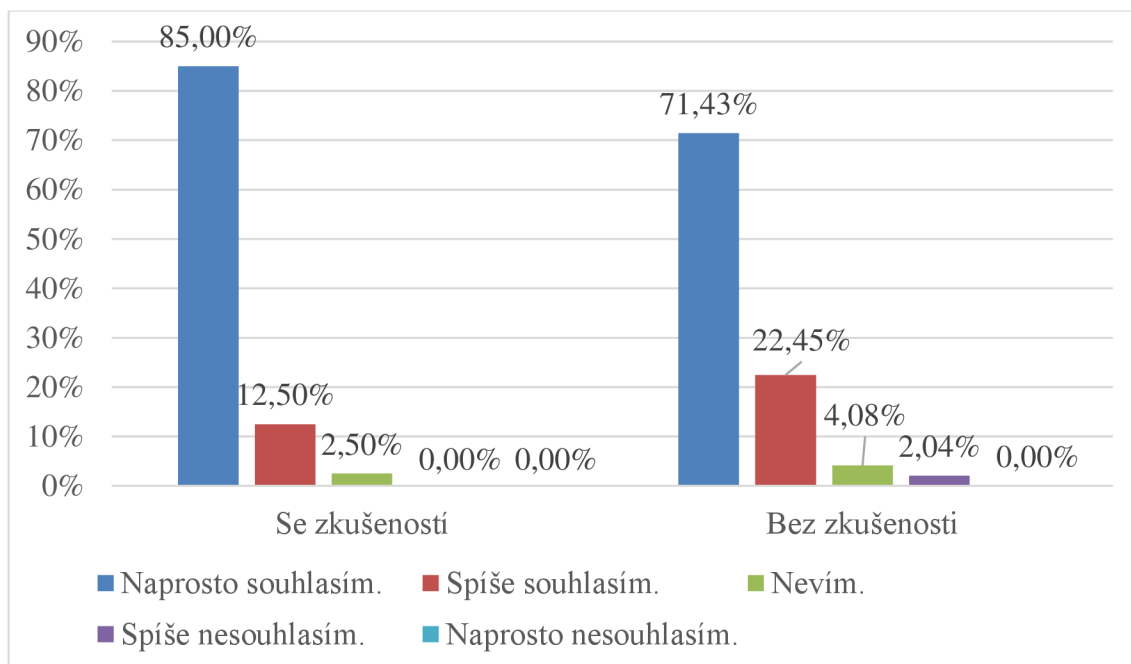


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 15b – Míra souhlasu se zajištěním důstojné smrti v hospici

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 27 (67,50 %) z nich naprosto souhlasí s tím, že péče v hospici zaručuje důstojnou smrt. Dále 8 (20,00 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí, 2 (5,00 %) respondenti nevědí a 3 (7,50 %) respondenti spíše nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpovědělo 13 (26,53 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 25 (51,02 %) respondentů spíše souhlasí, 8 (16,33 %) respondentů neví a 3 (6,12 %) respondenti spíše nesouhlasí.

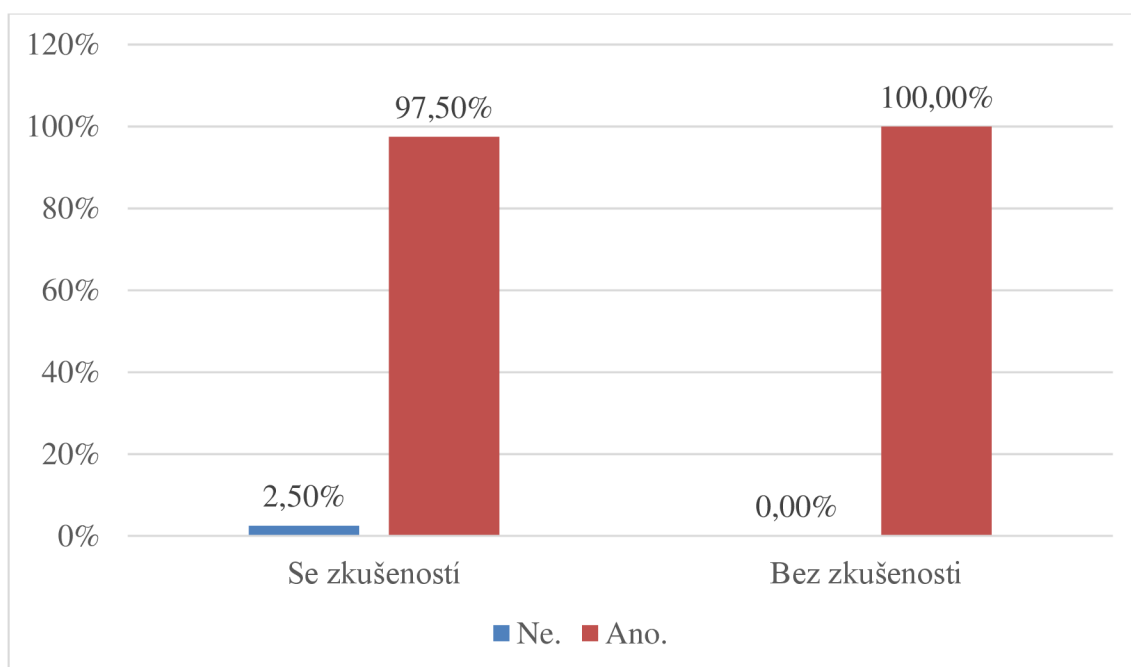


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 15c – Míra souhlasu s významem rozloučení se zemřelým

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 34 (85,00 %) z nich naprosto souhlasí s tím, že důležité je rozloučení se zemřelým. Dále 5 (12,50 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí a 1 (2,50 %) respondent neví.

U respondentů bez této zkušenosti odpovědělo 35 (71,43 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 11 (22,45 %) respondentů spíše souhlasí, 2 (4,08 %) respondenti nevědí a 1 (2,04 %) respondent spíše nesouhlasí.

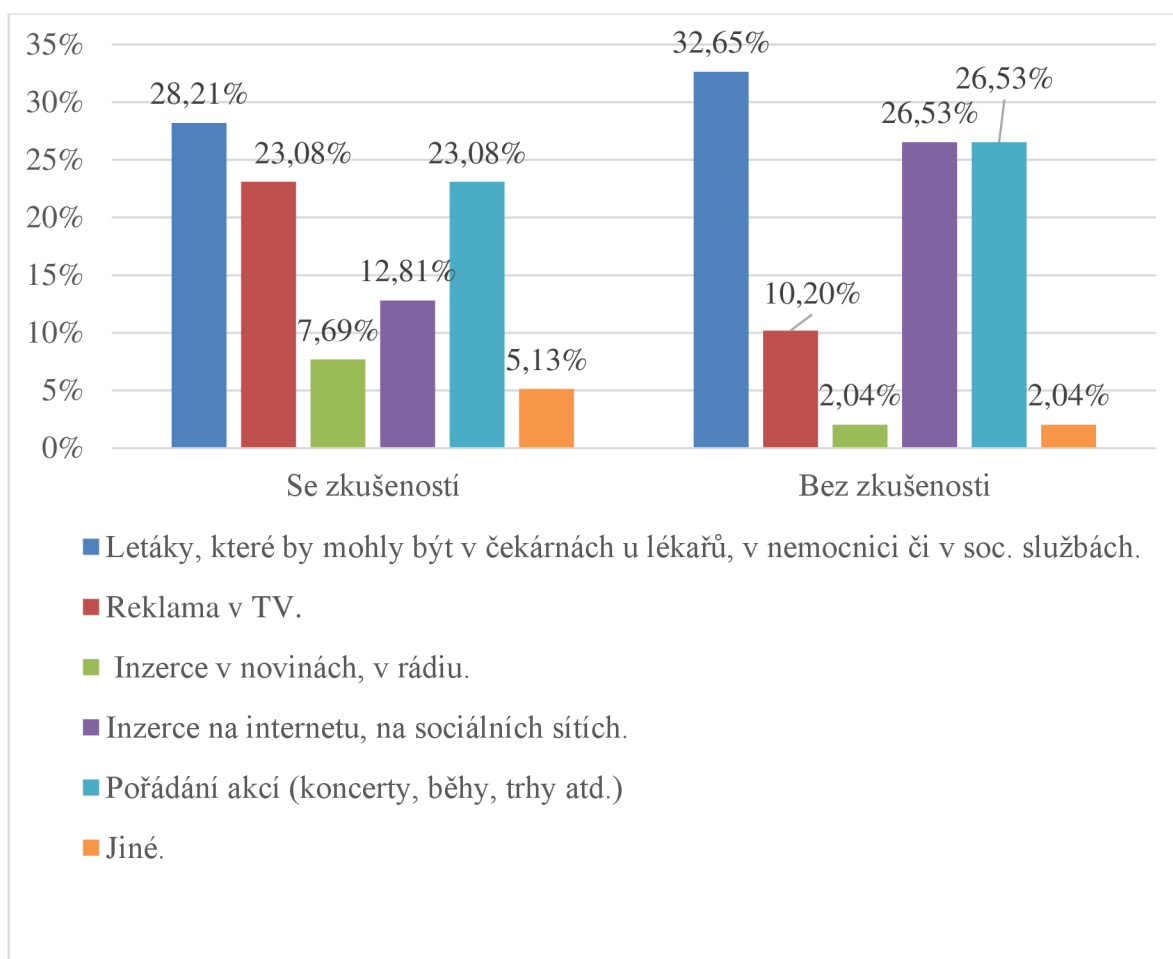


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 16 – Odpovědi respondentů týkající se vyšší podpory hospicové péče

O tématu vyšší podpory osvěty ohledně hospicové péče si pouze 1 (2,50 %) respondent se zkušeností s hospicovou péčí myslí, že navýšení podpory není nutné. Zbytek respondentů, tedy 39 (97,50 %), majících zkušenost s hospicovou péčí s vyšší podporou souhlasí.

Všichni respondenti bez zkušenosti s hospicovou péčí, tedy 49 (100,00 %) respondentů, podporuje navýšení osvěty o hospicové péči.



Zdroj: Vlastní výzkum

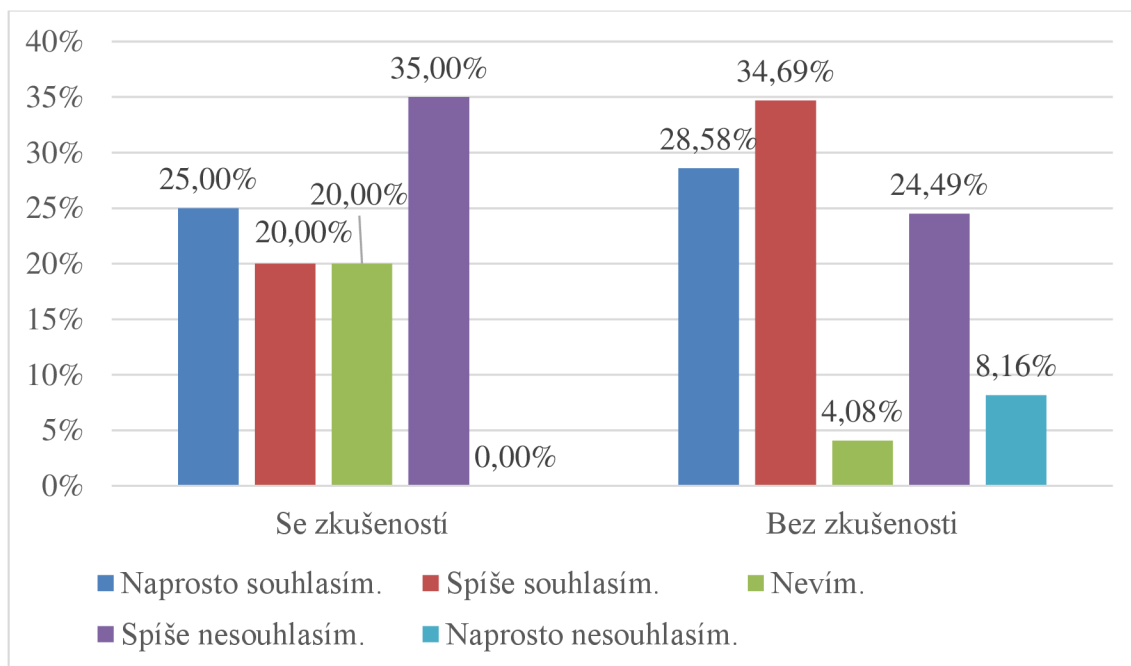
Obrázek 17 – Formy propagace hospicové péče

Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří v předešlé otázce označili, že souhlasí s vyšší podporou osvěty o hospicové péči, což znamená celkem 88 (98,88 %) respondentů.

Ve skupině respondentů majících zkušenost s hospicovou péčí se 11 (28,21 %) z nich domnívá, že propagace by měla být formou letáků, které by mohly být v čekárnách u lékařů, v nemocnici či v sociálních službách. Dále 9 (23,08 %) respondentů podporuje reklamu v TV, 3 (7,69 %) respondenti jsou pro inzerci v novinách či v rádiu, 5 (12,81 %) respondentů by zvolilo inzerci na internetu a na sociálních sítích, 9 (23,08 %) respondentů podporuje pořádání akcí typu koncert, běh, trhy a 2 (5,13 %) respondenti označili jiné, a sice upřesnili o: *propagaci ve zdravotnických zařízeních a u doktorů, aby měli lidé možnost si vybrat*, druhý respondent se specifikoval takto: *více psát o zdravotnických službách i sociálních službách vůbec – o důstojnosti, úctě k lidskému životu, podmínkách seniorů – články v časopisech, filmy, knihy, rozhovory*

s pečujícím personálem. Zpopularizovat tato dosud okrajová témata – např. podcasty v rozhlasu, příklady dobré praxe.

Ve skupině respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí se 16 (32,65 %) z nich domnívá, že propagace by měla být formou letáků, které by mohly být v čekárnách u lékařů, v nemocnici či v sociálních službách. Dále 5 (10,20 %) respondentů podporuje reklamu v TV, 1 (2,04 %) respondent je pro inzerci v novinách či v rádiu, 13 (26,53 %) respondentů by zvolilo inzerci na internetu a na sociálních sítích, 13 (26,53 %) respondentů podporuje pořádání akcí typu koncert, běh, trhy a 1 (2,04 %) respondent označil jiné, a sice *reportáže a dokumenty v TV*.

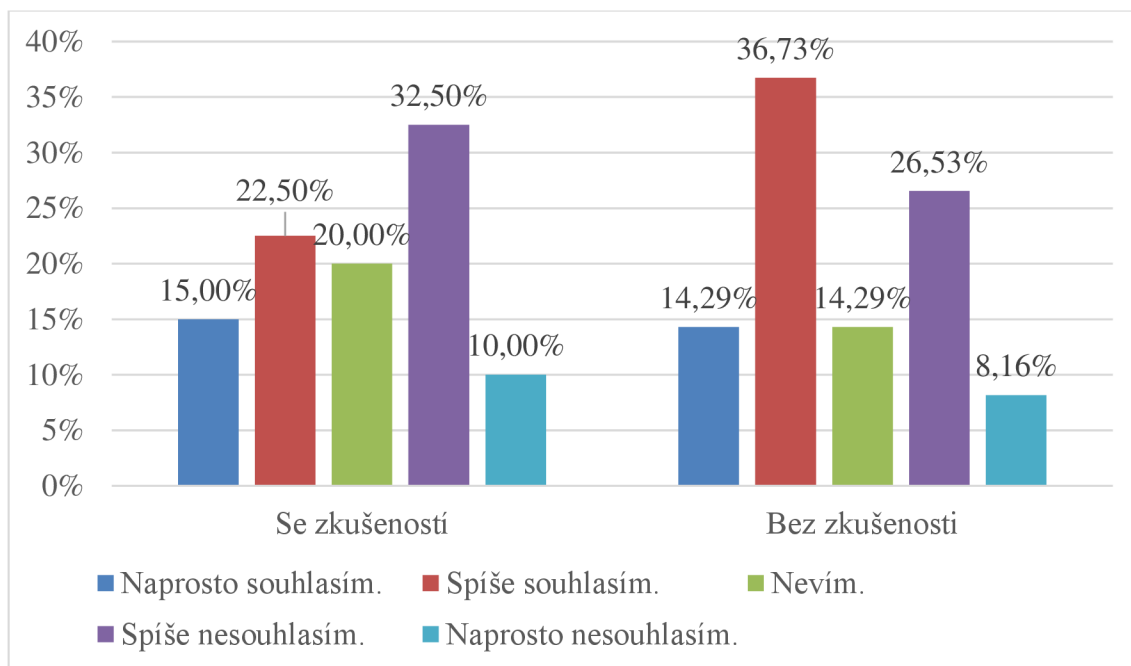


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 18a – Míra souhlasu s obavami ze své vlastní smrti

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 10 (25,00 %) naprosto souhlasí s tím, že pociťuje obavy při myšlenkách na svou vlastní smrt. Dále 8 (20,00 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí, 8 (20,00 %) respondentů neví a 14 (35,00 %) respondentů spíše nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpovědělo 14 (28,58 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 17 (34,69 %) respondentů spíše souhlasí, 2 (4,08 %) respondenti nevědí, 12 (24,49 %) respondentů spíše nesouhlasí a 4 (8,16 %) respondenti naprosto nesouhlasí.

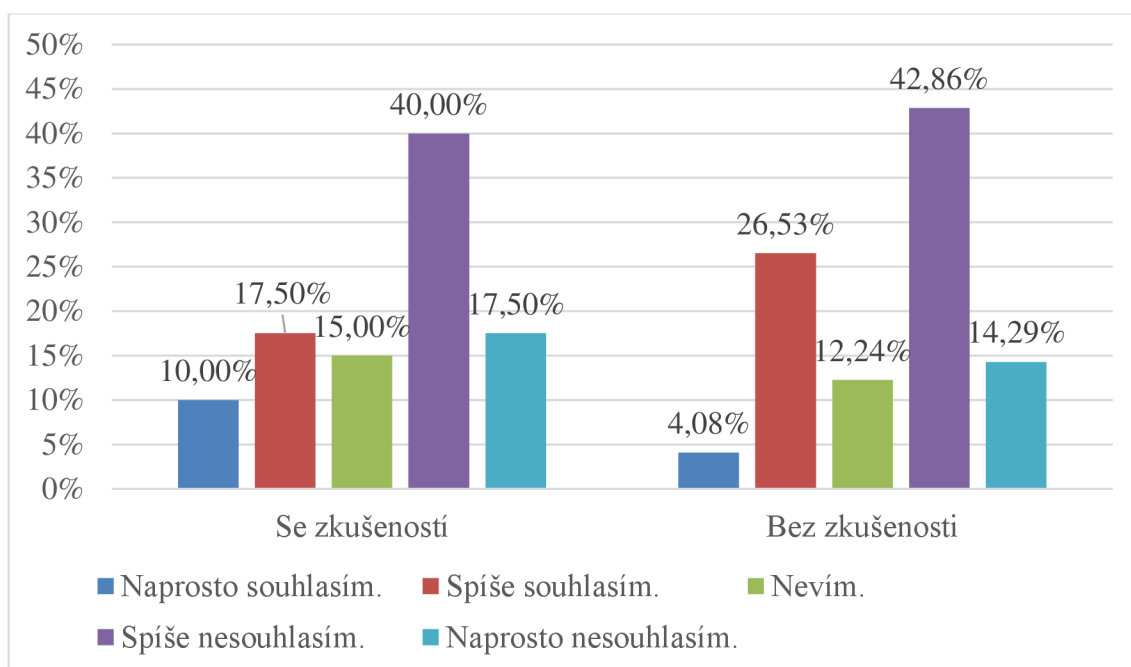


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 18b – Míra souhlasu se zneklidněním ze své vlastní smrtelnosti

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 6 (15,00 %) naprosto souhlasí s tím, že je zneklidňuje uvědomění si své vlastní smrtelnosti. Dále 9 (22,50 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí, 8 (20,00 %) respondentů neví, 13 (32,50 %) respondentů spíše nesouhlasí a 4 (10,00 %) respondenti naprosto nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpovědělo 7 (14,29 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 18 (36,73 %) respondentů spíše souhlasí, 7 (14,29 %) respondentů neví, 13 (26,53 %) respondentů spíše nesouhlasí a 4 (8,16 %) respondenti naprosto nesouhlasí.

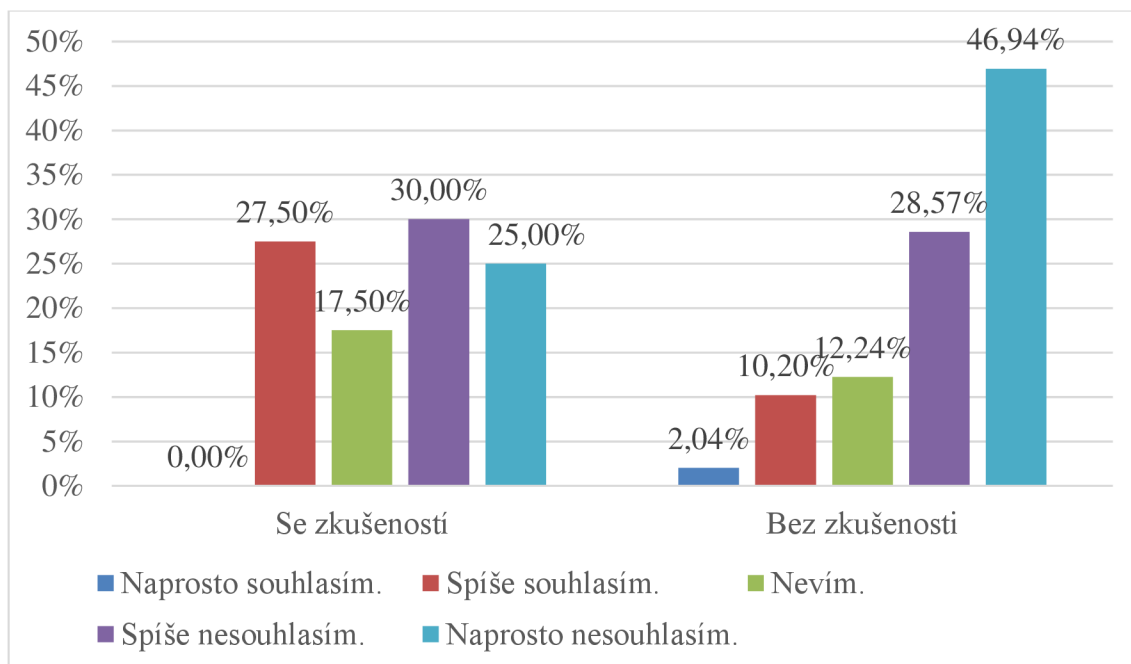


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 18c – Míra souhlasu s paralyzujícími pocity ze smrti

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 4 (10,00 %) naprosto souhlasí s tím, že když pomyslí na svou vlastní smrt, cítí se paralyzováni touto myšlenkou. Dále 7 (17,50 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí, 6 (15,00 %) respondentů neví, 16 (40,00 %) respondentů spíše nesouhlasí a 7 (17,50 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpověděli 2 (4,08 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 13 (26,53 %) respondentů spíše souhlasí, 6 (12,24 %) respondentů neví, 21 (42,86 %) respondentů spíše nesouhlasí a 7 (14,29 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

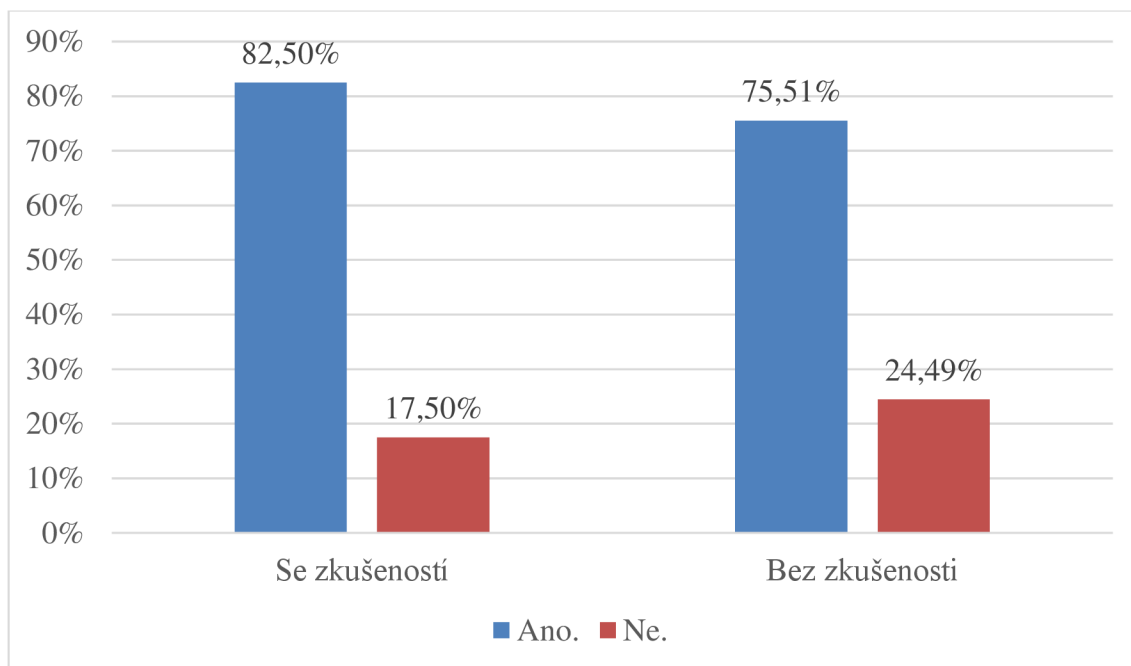


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 18d – Míra souhlasu s pocití úlevy ze smrti

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 11 (27,50 %) z nich spíše souhlasí s tím, že pocítují úlevu při myšlenkách na svou vlastní smrt. Dále 7 (17,50 %) respondentů neví, 12 (30,00 %) respondentů spíše nesouhlasí a 10 (25,00 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpověděl 1 (2,04 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 5 (10,20 %) respondentů spíše souhlasí, 6 (12,24 %) respondentů neví, 14 (28,57 %) respondentů spíše nesouhlasí a 23 (46,94 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

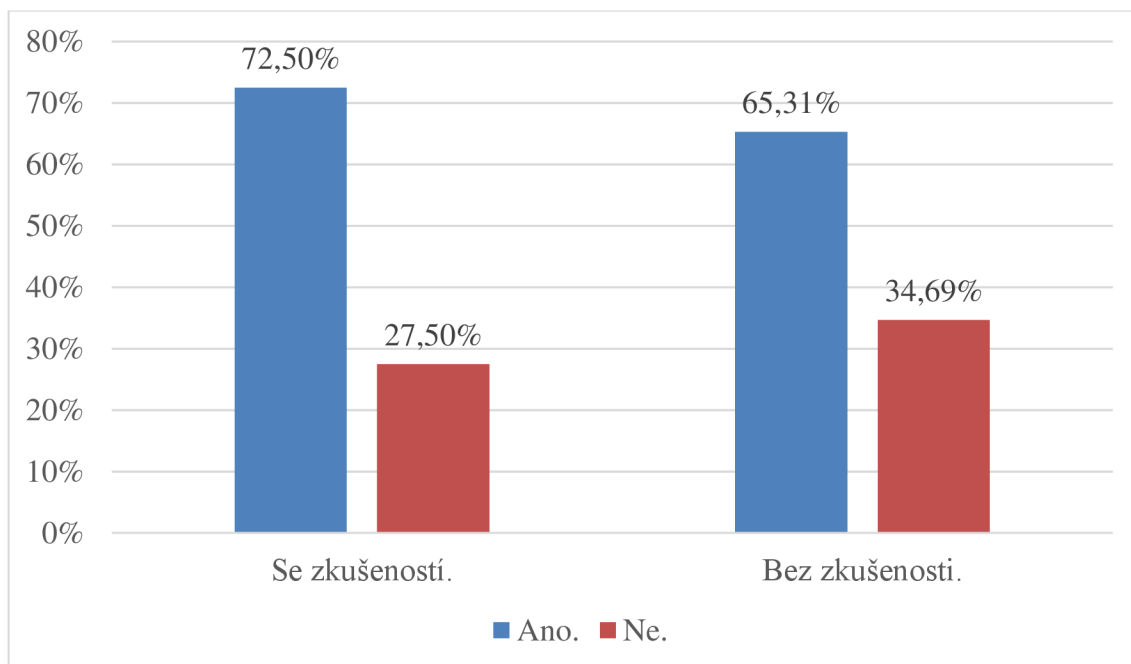


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 19 – Odpovědi respondentů, zda sami přemýšlejí o vlastní smrtelnosti

O své vlastní smrtelnosti přemýšlí 33 (82,50 %) respondentů majících zkušenost s hospicovou péčí a 7 (17,50 %) respondentů s hospicovou zkušeností o své vlastní smrtelnosti nepřemýšlí.

Z respondentů bez této zkušenosti jich 37 (75,51 %) o své vlastní smrtelnosti přemýšlí a 12 (24,49 %) respondentů nikoliv.

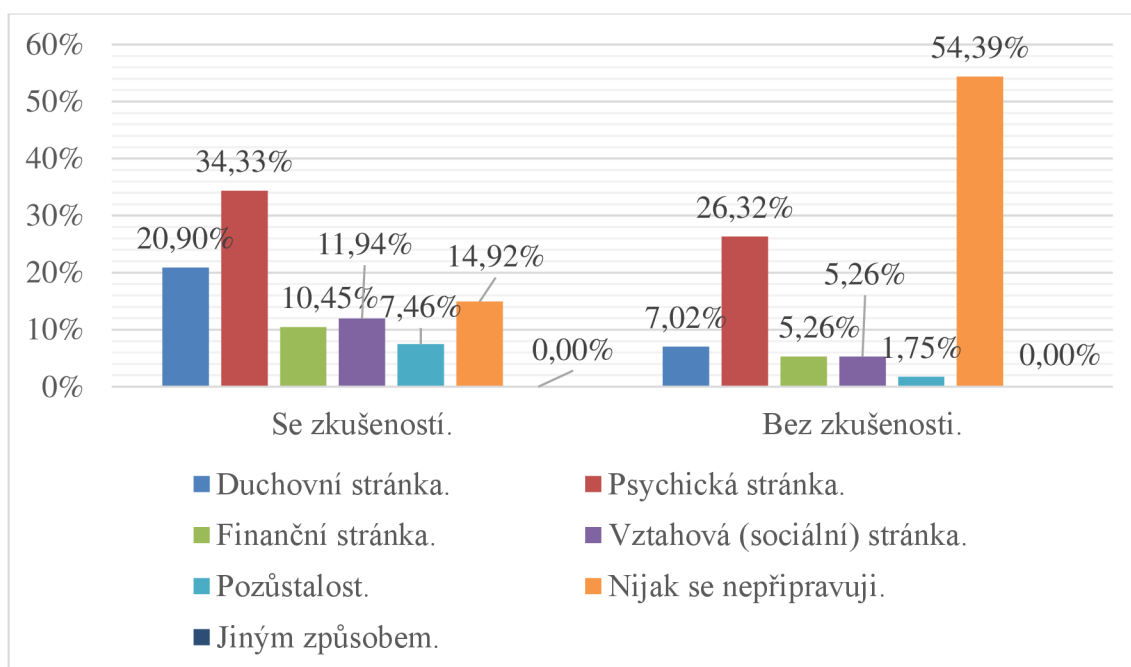


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 20 – Odpovědi respondentů, zda hovoří o vlastní smrtelnosti

O své vlastní smrtelnosti s někým hovořilo 29 (72,50 %) respondentů majících zkušenost s hospicovou péčí a 11 (27,50 %) respondentů s hospicovou zkušeností o své vlastní smrtelnosti s nikým nehovořilo.

Z respondentů bez této zkušenosti jich 32 (65,31 %) o své vlastní smrtelnosti s někým hovořilo a 17 (34,69 %) respondentů nikoliv.

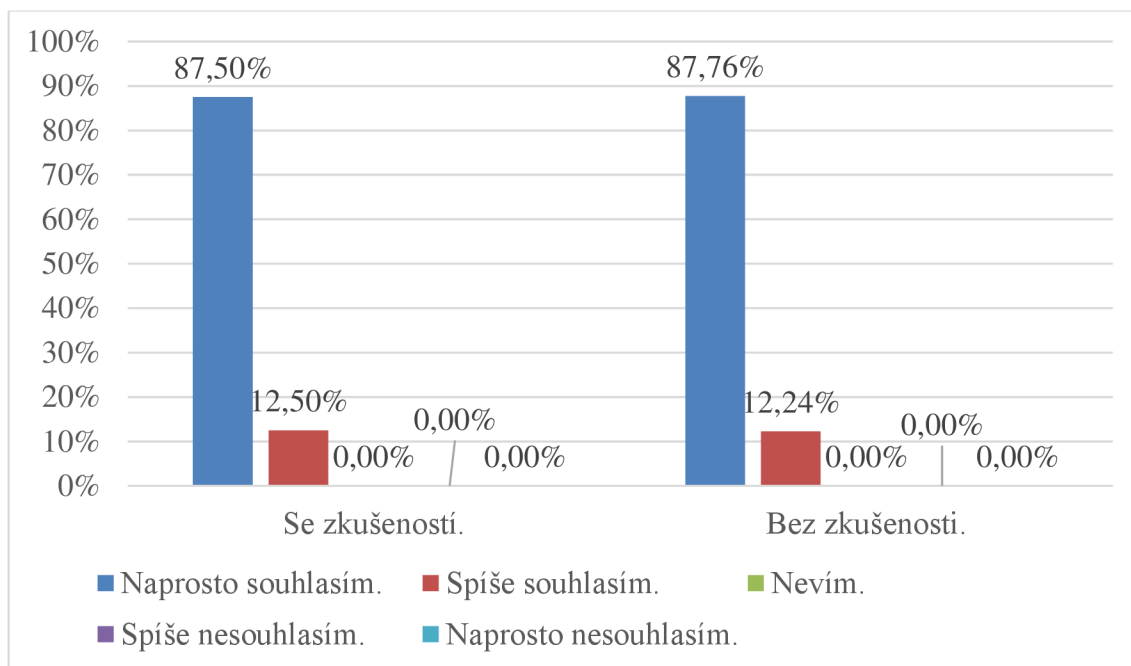


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 21 – Způsoby přípravy na vlastní smrt respondentů

V této otázce měli respondenti možnost zaškrtnutí vícero odpovědí najednou. Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicovou péčí se na vlastní smrt 14 (20,90 %) z nich připravuje po duchovní stránce, 23 (34,33 %) respondentů po psychické stránce, 7 (10,45 %) respondentů po stránce finanční, 8 (11,94 %) respondentů po stránce vztahové (sociální), 5 (7,46 %) respondentů zajišťuje pozůstalost a 10 (14,92 %) respondentů se nepřipravuje nijak.

Ze skupiny respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí se na vlastní smrt 4 (7,02 %) z nich připravují po duchovní stránce, 15 (26,32 %) respondentů po psychické stránce, 3 (5,26 %) respondenti po stránce finanční, 3 (5,26 %) respondenti po stránce vztahové (sociální), 1 (1,75 %) respondent zajišťuje pozůstalost a 31 (54,39 %) respondentů se nepřipravuje nijak.

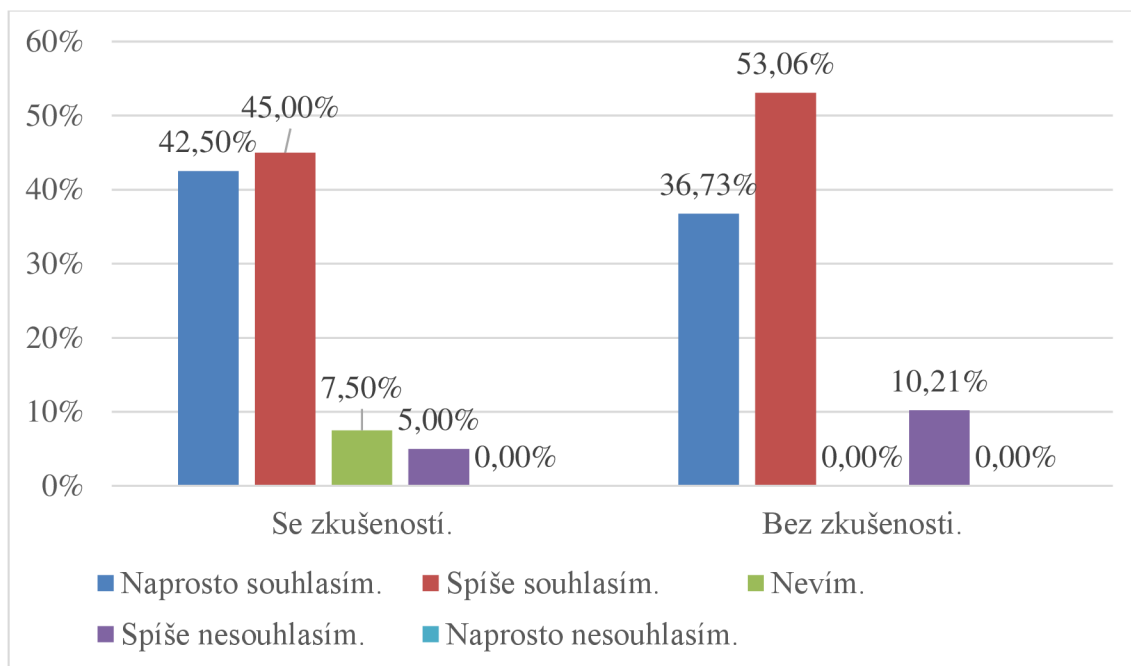


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 22a – Míra souhlasu s výrokem, že je smrt součástí života

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 35 (87,50 %) naprosto souhlasí s tím, že smrt je součástí lidského života a 5 (12,50 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpovědělo 43 (87,76 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí a 6 (12,24 %) respondentů spíše souhlasí.

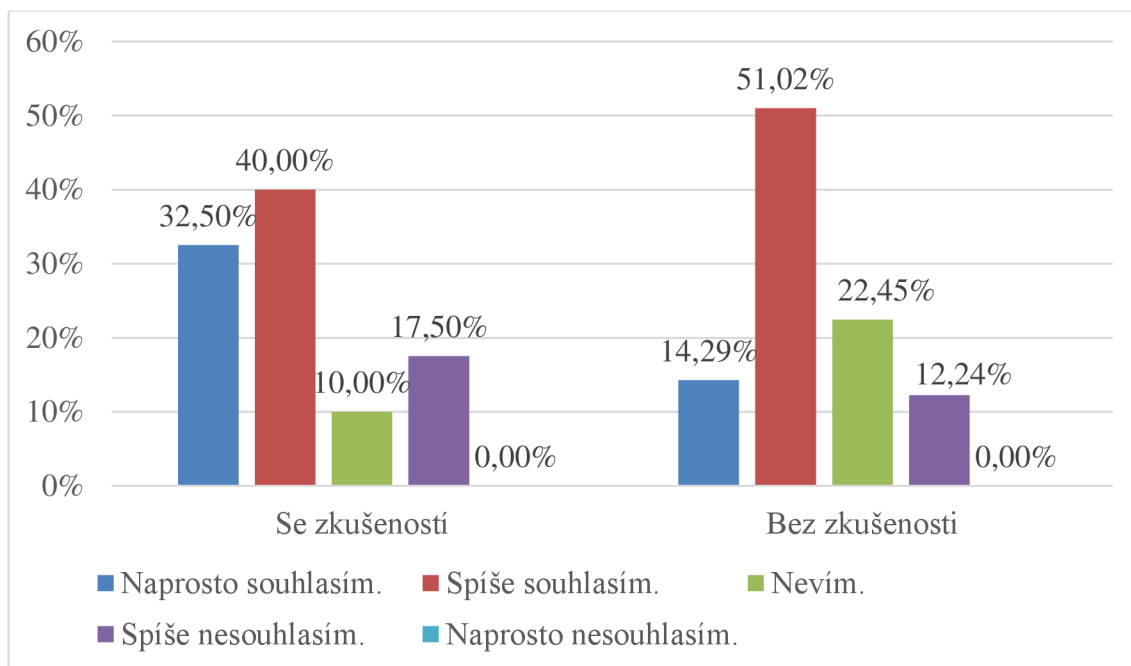


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 22b – Míra souhlasu s tím, zda je nutné mít před smrtí vše vyřešené

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 17 (42,50 %) z nich naprosto souhlasí s tím, že je důležité umírat s čistým štítem – mít vše vyřešené. Dále 18 (45,00 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí, 3 (7,50 %) respondenti nevědí a 2 (5,00 %) respondenti spíše nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpovědělo 18 (36,73 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 26 (53,06 %) respondentů spíše souhlasí a 5 (10,21 %) respondentů spíše nesouhlasí.

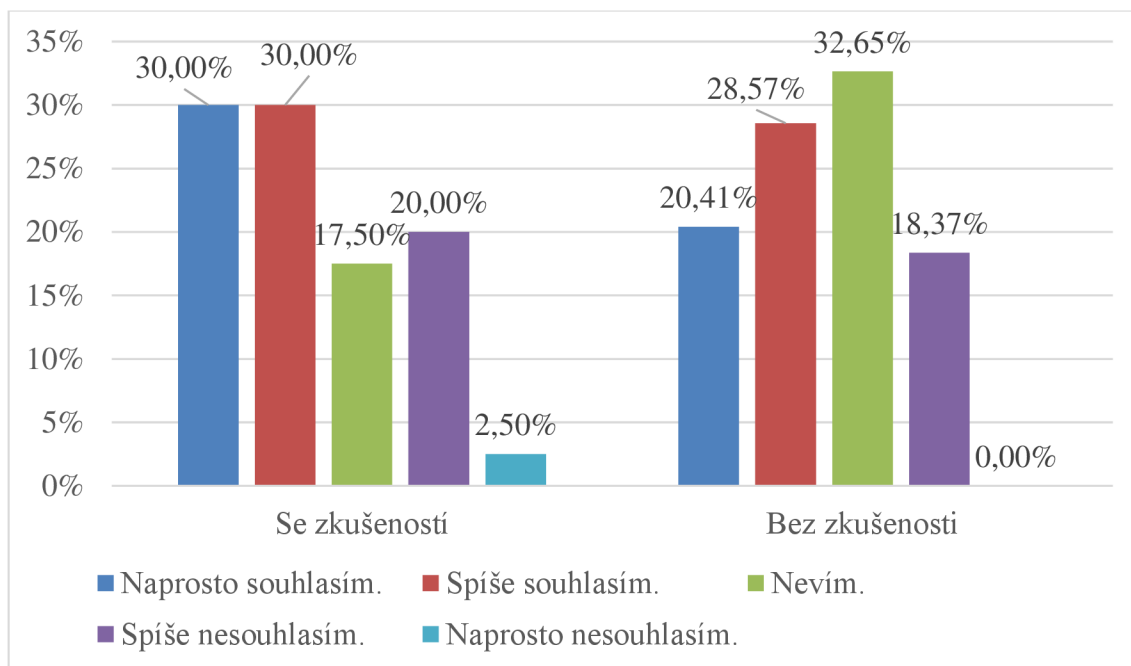


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 22c – Míra souhlasu s tím, zda je téma smrti tabuizované

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 13 (32,50 %) z nich naprosto souhlasí s tím, že je téma smrti v naší kultuře tabuizováno. Dále 16 (40,00 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí, 4 (10,00 %) respondenti nevědí a 7 (17,50 %) respondentů spíše nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpovědělo 7 (14,29 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 25 (51,02 %) respondentů spíše souhlasí, 11 (22,45 %) respondentů neví a 6 (12,24 %) respondentů spíše nesouhlasí.

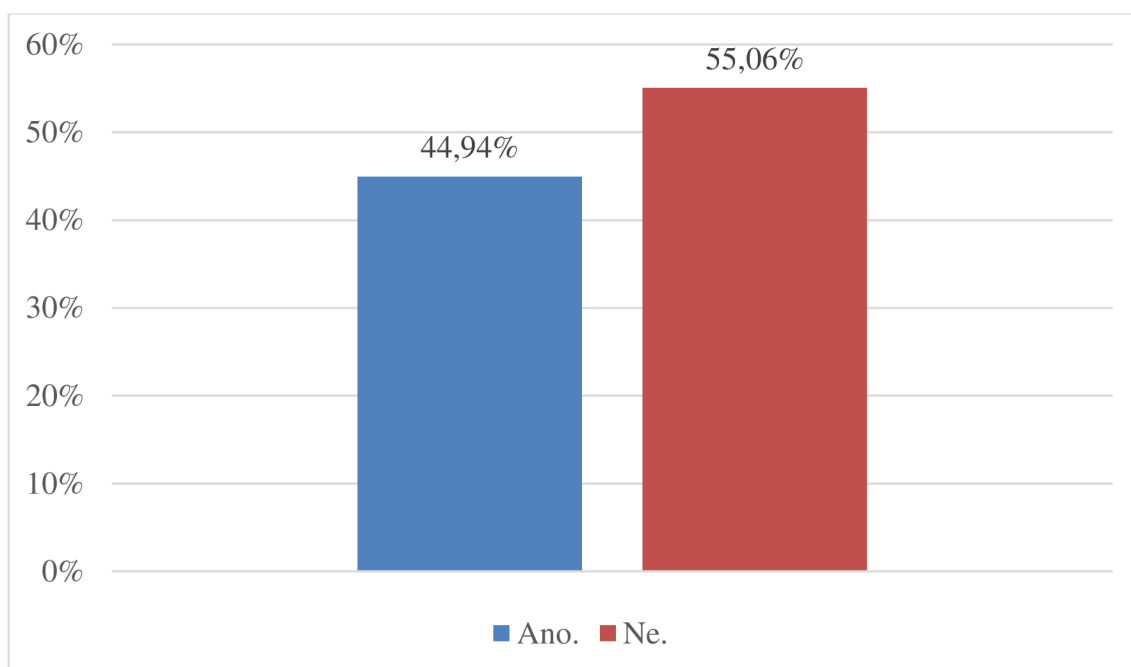


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 22d – Míra souhlasu s tím, zda více mluvit o smrti

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 12 (30,00 %) z nich naprosto souhlasí s tím, že by se ve společnosti mělo více mluvit o smrti. Dále 12 (30,00 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí, 7 (17,50 %) respondentů neví, 8 (20,00 %) respondentů spíše nesouhlasí a 1 (2,50 %) respondent naprosto nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpovědělo 10 (20,41 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 14 (28,57 %) respondentů spíše souhlasí, 16 (32,65 %) respondentů neví a 9 (18,37 %) respondentů spíše nesouhlasí.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 23 – Poměr respondentů se zkušeností s hospicovou péčí

Z celkového počtu 89 (100,00 %) respondentů uvedlo 40 (44,94 %), že někdo z jejich blízkých využívá či využíval hospicovou péči. Zbýlých 49 (55,06 %) respondentů tuto zkušenost nemá, a proto otázky č. 26 až 29 nezodpovídali.

4.2 Statistické vyhodnocení dat ve vztahu k hypotézám

H1: Člověk se zkušenostmi se službami hospiců přikládá hospicové péči větší důležitost než člověk, který se s ní nesetkal.

Tato hypotéza byla testována na otázkách č. 13, 14 a 17 pomocí kontingenční tabulky a chí-kvadrát testu.

H0: Zkušenost s hospicem neovlivňuje názor respondenta na využití hospicové péče pro sebe samotného.

HA: Zkušenost s hospicem ovlivňuje názor respondenta na využití hospicové péče pro sebe samotného.

Kontingenční tabulka 1 a chí-kvadrát test – Potencionální využití hospicové péče pro osobu respondenta

Využil/a byste hospicovou péči pro sebe?	Zkušenost s hospicem		Celkem	Zkušenost s hospicem	
	Ano	Ne		Ano	Ne
Lůžkový hospic	20	6	26	50%	12%
Domácí (terénní) hospicová péče	15	32	47	38%	65%
Ne	2	3	5	5%	6%
Nevím	3	8	11	8%	16%
Celkem	40	49	89	100%	100%

Chí-kvadrát test	p = 0,1%
------------------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí, by sami pro sebe z 50 % volili lůžkový hospic a ze 38 % domácí (terénní) hospicovou péči. U respondentů bez této zkušenosti by si pouze 12 % z nich zvolilo lůžkový hospic a 65 % těchto respondentů by samo pro sebe volilo domácí (terénní) hospicovou péči.

Dosažená hladina významnosti činí 0,1 %, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 5 %. Na základě toho byla nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.

H0: Zkušenost s hospicovou péčí neovlivňuje názor respondenta na využití hospicové péče pro blízkou osobu respondenta.

HA: Zkušenost s hospicovou péčí ovlivňuje názor respondenta na využití hospicové péče pro blízkou osobu respondenta.

Kontingenční tabulka 2 a chí-kvadrát test – Potencionální využití hospicové péče pro blízkého

Využil/a byste hospicovou péči pro blízkého?	Zkušenost s hospicem		Celkem	Zkušenost s hospicem	
	ano	ne		ano	ne
Lůžkový hospic	20	8	28	50%	16%
Domácí (terénní) hospicová péče	17	32	49	43%	65%
Ne	0	3	3	0%	6%
Nevím	3	6	9	8%	12%
Celkem	40	49	89	100%	100%

Chí-kvadrát test	p = 0,5%
------------------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí, by pro svého blízkého z 50 % volili lůžkový hospic a ze 43 % domácí (terénní) hospicovou péči. U respondentů bez této zkušenosti by si pouze 16 % zvolilo lůžkový hospic, 65 % těchto respondentů by samo pro sebe volilo domácí (terénní) hospicovou péči.

Dosažená hladina významnosti činí 0,5 %, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 5 %. Na základě toho byla nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.

Kontingenční tabulka 3 a chí-kvadrát test – Podpora osvěty o hospicové péči

Podpora větší osvěty o hospicové péči	Zkušenost s hospicem		Celkem	Zkušenost s hospicem	
	Ano	Ne		Ano	Ne
Ano	39	49	88	98%	100%
Ne	1	0	1	3%	0%
Celkem	40	49	89	100%	100%

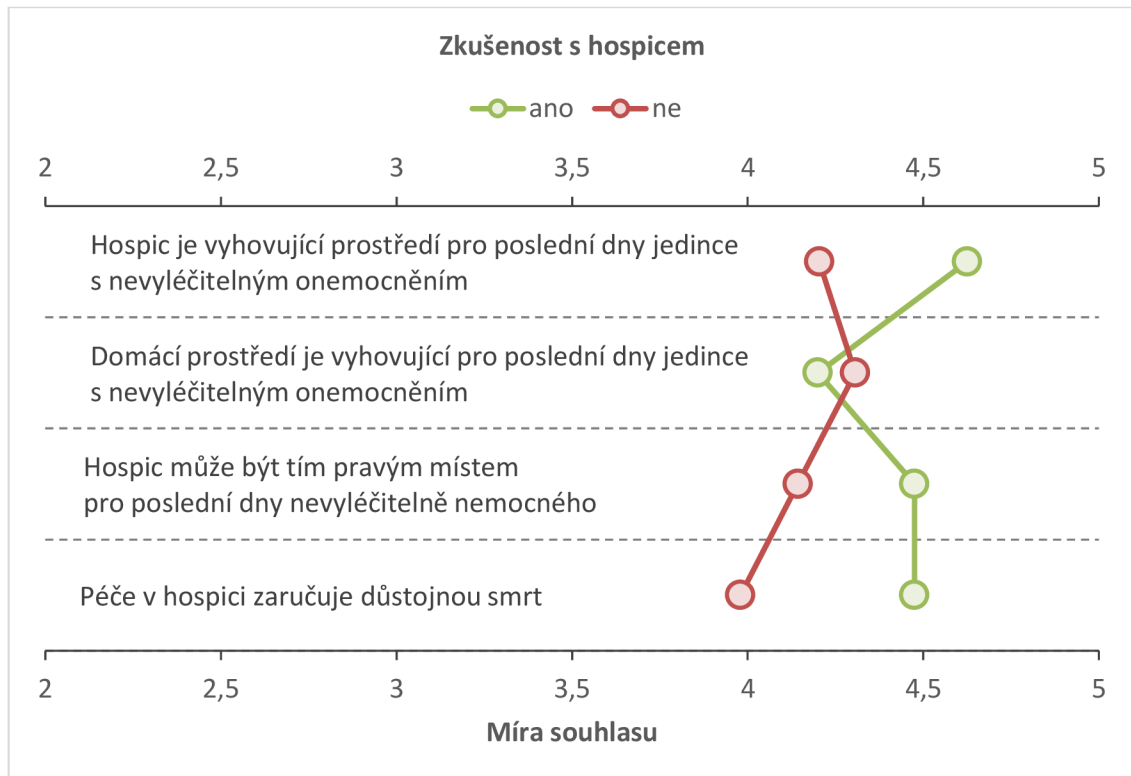
Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti byli také tázáni, zda si myslí, že by se měla podporovat větší osvěta o hospicové péči. V tomto případě panuje mezi respondenty velký souhlas s její podporou – u respondentů majících zkušenost s hospicovou péčí vyjadřuje podporu 98 % z nich a u respondentů, kteří tuto zkušenost nemají, je 100% shoda na její podpoře. Vzhledem k zanedbatelnému rozdílu mezi skupinami nebylo možné ani účelné tuto otázku statisticky testovat. Obě skupiny se souhlasně vyslovily pro větší osvětu hospicové péče.

Pro srovnání souhlasu s výroky v otázkách č. 12a, 12c, 15a, 15b byl ke statistickému zhodnocení využit *T*-test, který srovnává průměrné hodnoty.

H0: Zkušenost s hospicem neovlivňuje průměrné skóre.

HA: Zkušenost s hospicem ovlivňuje průměrné skóre.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 24 – Míra souhlasu s výroky 1

Respondenti, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí, hodnotí hospic jako více vyhovující prostředí pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním než respondenti, kteří tuto zkušenost nemají ($p = 0,8 \%$). U vhodnosti domácího prostředí pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním panuje mezi respondenty se zkušeností a bez zkušenosti s hospicovou péčí shoda ($p = 58,1 \%$). V posledních dvou otázkách lze najít rozdíl v tom, že respondenti se zkušeností s hospicovou péčí si častěji myslí, že hospic může být tím pravým místem pro poslední dny nevléčitelně nemocného ($p = 2,3 \%$) a taktéž více souhlasí s tím, že péče v hospici zaručuje důstojnou smrt ($p = 0,9 \%$).

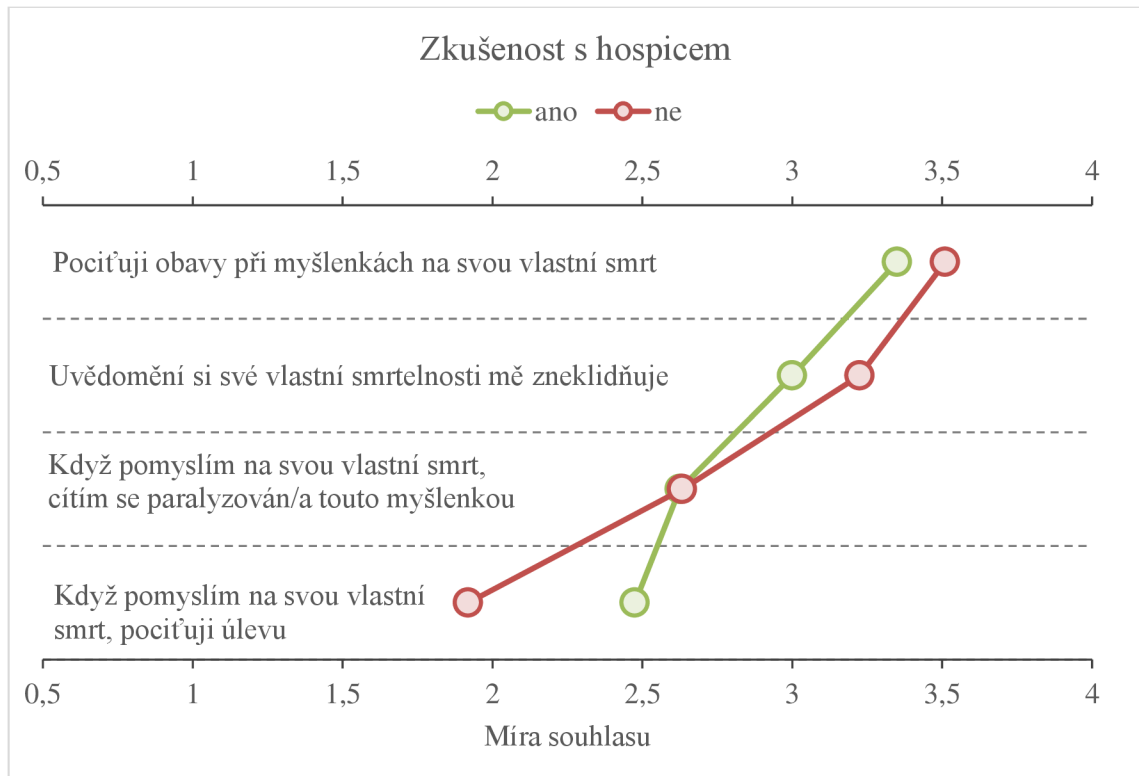
Dosažená hladina významnosti byla u tří ze čtyř výroků nižší než zvolená hladina významnosti 5 %. Na základě toho byla nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy, kromě otázky na vhodnost domácího prostředí – zde platí nulová hypotéza.

H2: Zkušenost s hospicovou péčí ovlivňuje míru strachu ze své vlastní smrti.

Tato hypotéza byla testována *T*-testem na otázkách 23a, 23b, 23c a 23d.

H0: Zkušenost s hospicem neovlivňuje průměrné skóre.

HA: Zkušenost s hospicem ovlivňuje průměrné skóre.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 25 – Míra souhlasu s výroky 2

Na základě výsledků lze říci, že v otázkách, zda respondenti pocítují obavy při myšlenkách na svou vlastní smrt ($p = 55,8 \%$), zda respondenty zneklidňuje uvědomění si své vlastní smrtelnosti ($p = 40,1 \%$) a zda se cítí paralyzováni při pomyšlení na svou vlastní smrt ($97,6 \%$), nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi jedinci majícími zkušenost s hospicovou péčí a jedinci bez této zkušenosti. Pouze v otázce, zda respondenti pocítují úlevu při pomyšlení na svou vlastní smrt ($2,3 \%$), hraje zkušenost s hospicovou péčí roli. Konkrétně respondenti se zkušeností s hospicovou péčí pocítují větší úlevu než respondenti bez zkušenosti.

Dosažená hladina významnosti postupně činí 55,8 %, 40,1 %, 97,6 % a 2,3 %, tj. ve třech ze čtyř výroků vyšší než zvolená hladina významnosti 5 %. Pouze v otázce pocíťování úlevy byl nalezen statisticky významný rozdíl a nulová hypotéza byla zamítnuta. V ostatních případech rozdíl nalezen nebyl a nulové hypotézy zamítnuty nebyly.

H3: Zkušenost s hospicovou péčí ovlivňuje pohled na smrt.

Tato hypotéza byla testována na otázkách č. 20, 21 a 22 pomocí kontingenční tabulky a chí-kvadrát testu.

H0. Zkušenost s hospicovou péčí neovlivňuje, zda respondent přemýšlí o vlastní smrtelnosti.

HA: Zkušenost s hospicovou péčí ovlivňuje, zda respondent přemýšlí o vlastní smrtelnosti.

Kontingenční tabulka 4 a chí-kvadrát test – Myšlenky na vlastní smrtelnost

Přemýšlíte o vlastní smrtelnosti?	Zkušenost s hospicem		Celkem	Zkušenost s hospicem	
	Ano	Ne		Ano	Ne
Ano	33	37	70	83%	76%
Ne	7	12	19	18%	24%
Celkem	40	49	89	100%	100%

Chí-kvadrát test	p = 42,3%
------------------	-----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 83 % respondentů majících zkušenost s hospicovou péčí přemýšlí o vlastní smrtelnosti. Respondenti, kteří s hospicem do kontaktu nepřišli, o své vlastní smrtelnosti přemýšlejí méně často.

Dosažená hladina významnosti činí 42,3 %, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 5 %. Na základě toho nebyla nulová hypotéza zamítnuta, rozdíl mezi respondenty není statisticky významný.

H0. Zkušenost s hospicovou péčí neovlivňuje, zda respondent s někým mluví o vlastní smrtelnosti.

HA: Zkušenost s hospicovou péčí ovlivňuje, zda respondent s někým mluví o vlastní smrtelnosti.

Kontingenční tabulka 5 a chí-kvadrát test – Hovory o vlastní smrtelnosti

Mluvíte s někým o vlastní smrtelnosti?	Zkušenost s hospicem		Celkem	Zkušenost s hospicem	
	Ano	Ne		Ano	Ne
Ano	29	32	61	73%	65%
Ne	11	17	28	28%	35%
Celkem	40	49	89	100%	100%

Chí-kvadrát test	p = 46,7%
------------------	-----------

Zdroj: Vlastní výzkum

V případě, kdy byli respondenti dotazováni na to, zda s někým hovoří o vlastní smrtelnosti, vyšlo, že 73 % respondentů se zkušeností s hospicovou péčí někdy na toto téma vedli rozhovor. Jedinců bez této zkušenosti, kteří o tomto tématu s někým hovořili, bylo celkem 65 %.

Dosažená hladina významnosti činí 46,7 %, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 5 %. Na základě toho nebyla nulová hypotéza zamítnuta – respondenti se na základě své zkušenosti s hospicem neliší.

H0. Zkušenost s hospicovou péčí neovlivňuje respondentovu přípravu na smrt.

HA: Zkušenost s hospicovou péčí ovlivňuje respondentovu přípravu na smrt.

Kontingenční tabulka 6 a chí-kvadrát test – Příprava na smrt

Příprava na smrt	Zkušenost s hospicem		Zkušenost s hospicem		Chí-kvadrát test p
	Ano	Ne	Ano	Ne	
Duchovní stránka	14	4	35%	8%	0,2%
Psychická stránka	23	15	58%	31%	1,1%
Finanční stránka	7	3	18%	6%	9,1%
Vztahová (sociální) stránka	8	3	20%	6%	4,8%
Pozůstalost	5	1	13%	2%	5,0%
Nijak se nepřipravuji	10	31	25%	63%	<0,1%

Zdroj: Vlastní výzkum

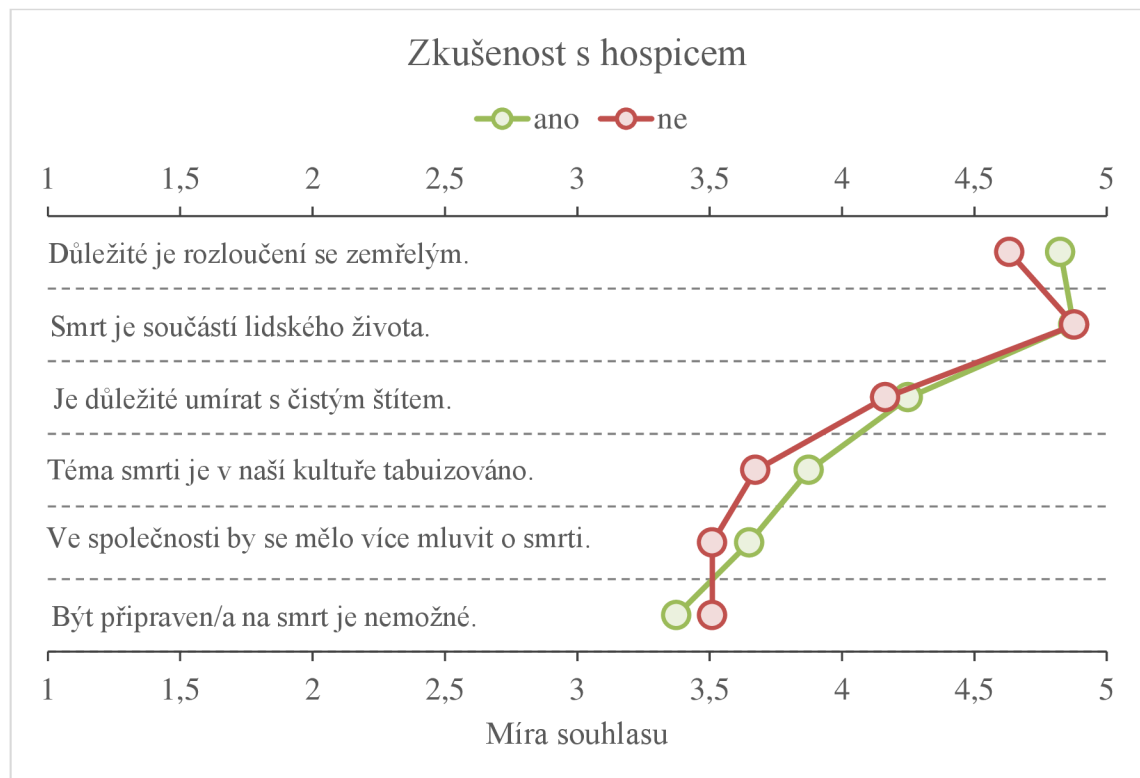
Respondenti se zkušeností s hospicovou péčí se častěji připravují na smrt z pohledu duchovní ($p = 0,2 \%$), psychické ($p = 1,1 \%$) a vztahové (sociální) stránky ($p = 4,8 \%$) než respondenti bez této zkušenosti. Konkrétně 35 % respondentů se zkušeností s hospicem se připravuje na smrt po duchovní stránce, 58 % po psychické stránce a 20 % po vztahové (sociální) stránce. V otázce přípravy na smrt po stránce finanční nečiní zkušenost či nezkušenost s hospicem rozdíl ($p = 9,1 \%$). Zaobírání se pozůstalostí jako součást přípravy na smrt uvádějí častěji respondenti se zkušeností s hospicem (13 %; $p = 5,0 \%$). Ve skupině respondentů, kteří se s hospicovou péčí nesetkali, se nejčastěji objevuje odpověď, že se na smrt nikterak nepřipravují. Takto odpovědělo 63 % respondentů, mnohem více než u respondentů s hospicovou zkušeností ($p < 0,1 \%$).

Dosažená hladina významnosti je v pěti ze šesti případů nižší než zvolená hladina významnosti 5 %. V těchto případech byla nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. V případě přípravy na smrt po finanční stránce nulová hypotéza zamítnuta nebyla.

Dále byl proveden *T*-test, při kterém se analyzovala data z otázek č. 15d, 23a, 23b, 23c, 23d a 23e.

H0: Zkušenost s hospicem neovlivňuje průměrné skóre.

HA: Zkušenost s hospicem ovlivňuje průměrné skóre.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 26 – Míra souhlasu s výroky 3

V žádné z těchto odpovědí nebyl neprokázán rozdíl, který by vznikl na základě zkušenosti a nezkušenosti s hospicovou péčí.

Dosažená hladina významnosti postupně činí 10,9 %, 97,1 %, 62,9 %, 34,0 %, 55,9 % a 34,6 %. Všechny tyto hodnoty jsou vyšší než zvolená hladina významnosti 5 %. Na základě těchto výsledků nemůžeme zamítnout nulové hypotézy. Průměrné skóre hodnotící míru souhlasu se u dvou srovnávaných skupin respondentů neliší.

5 Diskuse

Ačkoli se v České republice hospicová péče rozvíjí již od 90. let minulého století, stále o této problematice převládá ve společnosti nedostatečná informovanost. Na základě neúplných informací o významu hospicové péče vzniká proto mnoho mýtů, které zkreslují a přetvářejí obraz hospiců. Zároveň po celé republice přibývá množství zařízení, jež hospicovou péčí poskytují, a z toho důvodu se navyšuje i počet lidí, kteří s hospicovou péčí přicházejí do styku. Na základě tohoto faktu byl pro tuto bakalářskou práci stanoven cíl komparovat povědomí o hospicové péči u lidí, kteří mají osobní zkušenost s hospicovou péčí, a u lidí, kteří se s hospici zatím nesešli. A poté na základě jejich zkušenosti zjistit, jak tato skutečnost ovlivňuje jejich pohled na smrt.

Z celkového počtu 89 respondentů uvedlo 40 (44,94 %) z nich zkušenost s hospicovou péčí a 49 (55,06 %) respondentů tuto zkušenost nevedlo. Přičemž převládá počet žen respondentek nad muži respondenty. V otázce víry považují za zajímavý fakt, že ve skupině respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí výrazně převládají respondenti bez víry, těch je celkem 40 (81,63 %). Oproti tomu poměr věřících a nevěřících respondentů se zkušeností s hospicovou péčí je vyrovnanější – 22 (55,00 %) respondentů věřících a 18 (45,00 %) respondentů uvedlo, že víru nemá. Uvědomuji si, že by tento výsledek mohl umocňovat zakořeněnou a mylnou představu o hospicích, a sice, že do hospiců jsou přijímáni pouze věřící. Duchovní pomoc je jednou ze složek hospicové péče, to ale neznamená, že by víra byla podmiňující k přijetí do hospice (Mýty o umírání a paliativní péči, 2015). Osobně si tento výsledek vysvětluji třemi různými způsoby. Za prvé, zkušenost se smrtí může jedince k víře přivést. Za druhé, díky duchovní péči, kterou hospic nabízí, je využíván právě věřícími. A za třetí se může jednat o pouhé zkreslení plynoucí z poměrně malého vzorku respondentů.

V další části dotazníku jsem se zaměřila na povědomí respondentů o hospicové péči. Obě skupiny respondentů (se zkušeností i bez ní) si ve velké míře byly vědomy, že hospicová péče nemá snahu pacienta uzdravit, ale snaží se o utlumení bolesti a dalších projevů nemoci, jež obtěžují pacienta, taktéž většina správně určila, že je hospicová péče poskytována bez ohledu na věk. U této otázky celkem 7 (14,29 %) respondentů bez zkušeností s hospicovou péčí uvedlo, že hospicová péče je pouze pro seniory. Tato nesprávná odpověď se také objevovala ve výzkumu McIlfatricka et al. (2021), kde takto odpovědělo dokonce 68 % respondentů.

Dále si respondenti se zkušeností s hospicem byli správně vědomi, že hospicová péče pečuje jak o pacienta, tak o jeho rodinu. Oproti tomu respondenti bez této zkušenosti se častěji mylně domnívali, že je péče nabízena pouze pacientovi. Přitom již v roce 2003, kdy uskutečnila Jennifer Wallace (2003) ve Skotsku výzkum ohledně paliativní péče, považovalo více než 85 % respondentů za důležité, aby paliativní péče nabízela pomoc a podporu také rodině pacienta. Ačkoli je péče o rodinu pacienta přirozenou součástí paliativní i hospicové péče již od počátků jejich vývoje, výše zmíněný mýtus ve společnosti stále přetrvává (Mýty o umírání a paliativní péči, 2015).

V další otázce byl nalezen rozdíl mezi odpověďmi, kdy respondenti se zkušeností s hospicovou péčí častěji správně uváděli (80,00 % respondentů), že je do hospice přijat takový pacient, jehož nemoc ho přímo ohrožuje na životě. V porovnání s tím tuto odpověď uvedlo 30 (61,23 %) respondentů bez této zkušenosti, zároveň také další jedna třetina těchto respondentů označila, že je do hospice přijat takový pacient, který již nechce pokračovat v léčbě. Dále u respondentů převažovalo v obou skupinách nesprávné mínění o tom, že do hospice je přijat jedinec, kterému nemoc neumožňuje se sám o sebe postarat – toto uvedlo 18 (45,00 %) respondentů se zkušeností a 26 (53,06 %) respondentů bez zkušeností s hospicovou péčí. Správnou odpověď, tedy že rozhodující je předpokládaná prognóza 6 měsíců života, uvedlo 14 (35,00 %) respondentů se zkušeností a 20 (40,82 %) respondentů bez zkušeností.

Obě skupiny respondentů shodně nejčastěji označily, že se o hospicové péči dozvěděly od rodiny či přátel. Výzkum provedený ve Švédsku ukázal, že jedinci, kteří paliativní péči znali, o ní získali nejčastěji informace z médií či od blízkých přátel a rodiny (Westerlund et al., 2018).

Na základě těchto výsledků lze říci, že respondenti mající zkušenost s hospicovou péčí častěji volili správné odpovědi (ve čtyřech otázkách z pěti) než respondenti bez této zkušenosti. Ačkoli to neznamená, že všichni respondenti se zkušeností s hospicem odpovídali vždy správně. Respondenti bez této zkušenosti odpověděli správně na tři otázky z pěti. Kabelka (2018) uvádí, že v České republice stále ještě nebyl plně pochopen význam paliativní péče a často proto bývá nesprávně označována jako péče hospicová. Tomeš et al. (2015) na základě provedeného rozhovoru se zaměstnanci hospiců popisují, že pro rozšíření informovanosti společnosti je nutná další edukace

veřejnosti, zlepšení spolupráce mezi hospici a dalšími zařízeními a dále by také mohlo napomoci šíření osobní zkušenosti lidmi, kteří služby hospice využili.

První hypotéza zkoumala, zda člověk se zkušenostmi se službami hospiců přikládá hospicové péči větší důležitost než člověk, který se s ní nesetkal. K testování bylo využito celkem 7 otázek.

Jednoznačná shoda panovala v otázce vyšší podpory hospicové péče, na které se shodli respondenti se zkušeností i bez zkušenosti s hospicovou péčí. Vzhledem k tak vysoké shodě nebylo potřebné ani účelné tuto hypotézu statisticky zkoumat. Obě skupiny respondentů uváděli jako nejčastější možnost podpory osvěty tvorbu letáků, které by mohly být v čekárnách u lékařů, v nemocnicích či v sociálních službách, častou odpovědí také bylo pořádání akcí (koncerty, běhy, trhy a další). Z výzkumu Grey (2022) vyplývá, že společnost v České republice je nakloněna vyšší podpoře hospicové péče než slovenská společnost.

Dále byla zjištěna statistická souvislost se zkušeností s hospicovou péčí v otázkách, kdy respondenti určovali míru souhlasu s předem připravenými výroky. V těchto případech respondenti se zkušeností s hospicovou péčí častěji souhlasili s tím, že v hospici je zaručena důstojná smrt a taktéž s tím, že hospic je vyhovující a pravé místo pro umírajícího jedince. Naopak statistická souvislost se zkušeností s hospicovou péčí nebyla zjištěna u výroku říkajícího, že domácí prostředí je vyhovujícím místem pro poslední dny nevléčitelně nemocného. V tomto případě zkušenost nehrála roli a domácí prostředí považuje za vhodné místo k umírání přes 85 % respondentů z celkového počtu.

Doplňkově byli respondenti dotazováni na vhodnost dalších zařízení pro poslední dny umírajícího. Shodně převažoval nesouhlas s tím, že by nemocnice mohla být pravým místem pro umírání (u obou skupin kolem 50 % nesouhlasu). Do porovnání výzkumem STEM/MARK (2013) uvádí, že 31 % respondentů by si také nepřálo zemřít v nemocnici. Z výzkumu provedeném ve Švédsku vyplývá, že pouze 4,4 % respondentů by považovalo nemocnici za vhodné místo k umírání (Westerlund et al., 2018). Dalším zařízením byla léčebna dlouhodobě nemocných, která se pro jedince se zkušeností s hospicovou péčí více jevila jako nevhodné místo pro umírání, oproti tomu u jedinců bez této zkušenosti nepanoval jednoznačný názor. Výsledky výzkumu STEM/MARK (2013) ukazují, že pouhé 2 % respondentů by rádo zemřelo v léčebnách

dlouhodobě nemocných. Domov pro seniory byl oběma skupinami označen jako vhodné místo pro umírající (přes 50 % souhlasu u obou skupin). Tento výsledek se velmi liší od výsledku výzkumu STEM/MARK (2013), který říká, že pouze 9 % respondentů by zvolilo dům seniorů či dům s pečovatelskou službou za vhodné místo pro smrt.

K tomu tématu lze také uvést výzkum Bužgové a Zapletalové (2021), jehož výsledky říkají, že ženy respondentky souhlasily častěji než muži respondenti s tím, že by byly raději, aby se o ně na konci svého života postarali v nemocnici než v hospici. S tímto tvrzením taktéž souhlasili senioři, kteří měli větší strach ze smrti. Autorky tohoto výzkumu se domnívají, že důvodem těchto tvrzení může být nedostatečná informovanost seniorů o hospicové péči.

V otázkách, zda by respondenti potenciálně využili hospicovou péči v případě své potřeby či v případě potřeby někoho blízkého, byla v obou případech prokázána statistická souvislost se zkušeností s hospicovou péčí. Celkem 20 (50 %) respondentů se zkušeností s hospicem by pro sebe i pro svého blízkého volilo lůžkový hospic, oproti tomu 32 (65 %) respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí by pro sebe i pro svého blízkého volilo domácí (terénní) hospic.

Tyto výsledky mohou být ovlivněny vícero faktory. Za prvé tím, že si stále není naše společnost dostatečně vědoma komplexních služeb hospiců. Na základě výzkumu STEM/MARK (2013) došli výzkumníci k závěru, že hospice velká část veřejnosti vnímá srovnatelně s nemocnicí či s jinými sociálními zařízeními. Proto v tomto případě může být velmi důležitá osobní zkušenost s hospicem, a proto respondenti se zkušeností s hospicem v mém dotazníku častěji označovali lůžkový hospic jako důstojné místo pro umírání. S tímto souvisí druhá myšlenka – že ve chvíli, kdy respondenti nevědí, jaké služby hospic nabízí, raději volí domácí (terénní) hospicovou péči, protože ta zaručuje umírání v domácím prostředí, tedy mimo instituci. Zároveň je také důležité uvést třetí fakt, a to sice ten, že na základě výzkumu STEM/MARK (2013) si 78 % respondentů přeje zemřít v domácím prostředí.

Druhá hypotéza zkoumá, jak zkušenost s hospicovou péčí ovlivňuje míru strachu ze své vlastní smrti. K testování byly využity 4 otázky.

Statistická souvislost se zkušeností s hospicovou péčí byla zjištěna pouze v otázce, zda respondenti pociťují úlevu při pomýšlení na svou vlastní smrt. Celkem 11 (27,50 %)

respondentů se zkušeností s hospicem spíše souhlasí s tím, že úlevu pociťují, naopak spíše či vůbec nesouhlasí polovina těchto respondentů (55,00 %). Oproti tomu pouze 6 (12,24 %) respondentů naprosto či spíše souhlasí s tím, že by pociťovali úlevu při pomyšlení na svou vlastní smrt a většina (75,00 %) respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí spíše či naprosto nesouhlasí.

U ostatních výroků, které se týkají obav, neklidu a paralyzujících myšlenek při pomyšlení na svou vlastní smrt a smrtelnost, nebyla zjištěna statistická souvislost se zkušeností s hospicovou péčí.

Třetí hypotéza zkoumá, jak zkušenost s hospicovou péčí u respondentů ovlivňuje pohled na smrt. K testování bylo využito celkem 8 otázek.

V otázkách, zda respondenti přemýšlejí či s někým mluví o vlastní smrtelnosti, nebyla zjištěna statistická souvislost s hospicovou péčí. Více než tři čtvrtiny respondentů se zkušeností i bez zkušenosti s hospicovou péčí uvedlo, že o vlastní smrtelnosti přemýšlí. Co se týče vedení hovorů o vlastní smrtelnosti, tak celkem 29 (72,50 %) respondentů se zkušeností s hospicovou péčí a 32 (65,31 %) respondentů bez této zkušenosti někdy s někým o tomto hovořilo. Tato data se shodují s výsledky výzkumů STEM/MARK z roku 2011 a 2013, kdy v obou případech více než polovina respondentů uvedla, že nepokládá hovory o smrti a umírání za náročné.

Dále bylo zjišťováno, zda a jakým způsobem se respondenti připravují na smrt. Zkušenost s hospicovou péčí ovlivňuje způsob přípravy na smrt, a to sice tak, že respondenti se zkušeností s hospicovou péčí se častěji připravují na smrt po stránce duchovní, psychické, vztahové (sociální) a pozůstalostní. Taktéž byla nalezena statistická souvislost se zkušeností s hospicovou péčí u respondentů, kteří uvedli, že se nijak nepřipravují – celkem 10 (25,00 %) respondentů se zkušeností s hospicovou péčí uvedlo, že se nijak nepřipravuje, oproti tomu 31 (63,00 %) respondentů bez této zkušenosti se nikterak nepřipravuje. Z výsledků STEM/MARK (2015) vyplývá, že 31 % respondentů nikdy nepřemýšlelo o svých přáních či představách týkajících se péče o ně samotné na sklonku života a 20 % o tomto přemýšlelo jednou nebo dvakrát. Z těchto výsledků je zřejmá souvislost, že ve chvíli, kdy lidé o těchto tématech nepřemýšlejí vůbec či jen zřídka, nemohou se na smrt nikterak připravovat či jen omezeně. Zajímavé je, že pouze v přípravě po stránce finanční tato souvislost potvrzena nebyla, z čehož

vyplývá, že finanční zajištění řeší lidé bez rozdílu zkušenosti či nezkušenosti s hospicovou péčí.

Statistická souvislost se zkušeností s hospicovou péčí byla také zjišťována v otázkách, kdy respondenti určovali míru souhlasu s předem připravenými výroky. Jednalo se o výroky říkající, že je důležité rozloučení se zemřelým, že smrt je součástí lidského života, že je důležité umírat s čistým štítem, že je téma smrti ve společnosti tabuizované a mělo by se o smrti mluvit více a že je nemožné být připraven na smrt. U žádného z těchto výroků zkušenost či nezkušenost s hospicovou péčí neovlivňovala míru souhlasu.

Ráda bych se pozastavila u výroků říkajících, že téma smrti je ve společnosti tabuizováno a že by se ve společnosti o smrti mělo více mluvit. Z mého výzkumu vyplývá, že velká část jedinců se zkušeností s hospicovou péčí s těmito výroky naprosto souhlasí či spíše souhlasí – celkem 29 (72,50 %) respondentů u tématu tabuizace a 24 (60,00 %) respondentů u tématu navýšení konverzace o smrti. U skupiny jedinců bez této zkušenosti projevilo souhlas celkem 32 (65,31 %) respondentů u tématu tabuizace a 24 (48,98 %) respondentů u tématu navýšení konverzace. Tato čísla ukazují, že se obě skupiny shodují na tabuizaci tématu smrti a nedostatečné četnosti vedených rozhovorů na téma smrti ve společnosti. Tato tvrzení podporuje i studie, kterou uskutečnily Bužgová a Zapletalová (2021), ze které vychází, že celkem 82 % respondentů si přeje, aby se ve společnosti více mluvilo o tématech smrti a umírání. Výsledky výzkumu STEM/MARK (2013) ukazují, že celkem 74 % respondentů podporuje, aby se těmito tématům věnoval ve společnosti větší prostor. Další výsledky zkoumání STEM/MARK (2015) ukazují, že 68 % respondentů se domnívá, že tato témata nejsou ve společnosti dostatečně otevírána.

5.1 Shrnutí výsledků

Konečné výsledky šetření napovídají, že společnost stále nemá dostatečné povědomí o službách hospicové péče. Ačkoli respondenti se zkušeností s hospicovou péčí prokázali vyšší míru znalostí, nelze tento výsledek hodnotit za dostačující. Proto je o tomto tématu důležité efektivní formou šířit informace do široké veřejnosti. I tento výzkum může být inspirací pro volbu správného komunikačního prostředku, který by oslovil široké spektrum lidí.

Dále lze z výsledků vyčíst, že zkušenost s hospicovou péčí se projevila do vyšší míry hodnocení hospice jako vhodného místa pro umírání. Respondenti se zkušeností s hospicem častěji hodnotili hospic za vhodné místo k umírání a také by si ho častěji vybrali v případě potřeby pro sebe i pro někoho jim blízkého. Na tyto výsledky by bylo vhodné navázat dalším šetřením, které by objasnilo, zda jsou zjištěné výsledky z mého šetření ovlivněny pouze osobní zkušeností respondentů, či jejich vyšším povědomím o hospicové zkušenosti, nebo kombinací obou těchto faktorů, či jiným nezmíněným důvodem.

Výsledky taktéž ukazují, že velké množství respondentů hodnotí domácí prostředí za vhodné místo k umírání. Toto koreluje s výsledky šetření, které poukazují na to, že 78 % respondentů dle studie STEM/MARK (2015) či až 85 % respondentů dle Kolářové (2015) si přeje zemřít doma. Na základě těchto dat je zřejmé, že je nutné neustále pracovat na pokrytí celé České republiky domácími (terénními) hospici, které by byly v dojezdové vzdálenosti pro každého.

Jednoznačný je také názor respondentů na témata tabuizace smrti a mluvení o smrti ve společnosti. Zde bylo zjištěno, že většina respondentů (bez ohledu na zkušenost či nezkušenost s hospicovou péčí) se domnívá, že je nutné více tato témata veřejně otevírat. Taktéž se respondenti většinou shodli na vyšší míře podpory pro hospicovou péči.

Na druhou stranu jsou pozitivním ukazatelem výsledky, které ukazují, že většina respondentů (se zkušeností a bez zkušenosti s hospicem) o své smrti někdy přemýšlela či dokonce s někým na toto téma vedla rozhovor. Již výše v této kapitole jsou zmíněny další výzkumy na toto téma, které potvrzují výsledky tohoto šetření.

6 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo komparovat povědomí o hospicové péči u lidí, kteří mají osobní zkušenost s hospicovou péčí, a u lidí, kteří se s hospici zatím neseťkali. Zjistit, jak tato skutečnost ovlivňuje jejich pohled na smrt. Tyto cíle byly naplněny.

Z výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že respondenti se zkušeností s hospicovou péčí disponují vyšší znalostí o hospicové péči než respondenti bez této zkušenosti. I přesto se v odpovědích respondentů se zkušeností s hospicovou péčí objevovaly nedostatky plynoucí z nevědomosti.

Také bylo zjištěno, že zkušenost s hospicovou péčí se nikterak nepromítá v tom, zda se respondenti cítí paralyzováni při myšlenkách na svou vlastní smrt. Taktéž neovlivňuje, zda respondenti pociťují obavy a neklid při pomyšlení na svou vlastní smrtelnost a smrt. Naopak zkušenost s hospicovou péčí hraje roli při pociťování úlevy v souvislosti se svou vlastní smrtí. V tomto případě respondenti mající zkušenost s hospicovou péčí pociťují větší úlevu než respondenti bez zkušenosti.

Další zjištění se týká přemýšlení a mluvení o vlastní smrtelnosti. Zde nebyla prokázána souvislost se zkušeností s hospicovou péčí – obě skupiny respondentů odpovídaly shodně. Naopak v otázkách přípravy na smrt hrála zkušenost s hospicovou péčí roli. Respondenti s touto zkušeností se častěji na smrt připravují než respondenti bez této zkušenosti.

Tato bakalářská práce nabízí pro praxi důležitá data týkající se znalostí veřejnosti v oblasti hospicové péče a jejích služeb, kterou lze hodnotit jako stále nedostačující. Autorka této práce považuje za žádoucí, aby se informovanost o tomto tématu ve společnosti zvyšovala. Taktéž tato práce nabízí výsledky ukazující, do jaké míry je důležitá zkušenost s hospicovou péčí při přemýšlení o tématech jako hospic, smrt a umírání. Tato bakalářská práce může posloužit jako studijní materiál pro laickou společnost či pro studenty studující zdravotnické nelékařské obory. Taktéž je na výsledky této práce možné navázat další výzkum, například v magisterském pokračování.

Pokud alespoň jeden jediný člověk získá díky této bakalářské práci nové a správné informace o hospicové či o paliativní péči, budu ji považovat za úspěšnou.

7 Seznam použité literatury

1. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
2. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
3. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.
4. BUŽGOVÁ, R., ZAPLETALOVÁ, M., 2021. Assessment of Older Adults' Attitudes to Death, Palliative Treatment, and Hospice Care in the Czech Republic. *Aging Medicine and Healthcare*. 12(2), 53–61. doi:10.33879/AMH.122.2020.10035.
5. EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, 2013. *Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine At European Medical Schools: Report of the EAPC Steering Group on Medical Education and Training in Palliative Care* [online]. 24 p. [cit. 2023-02-09]. ISBN 978-88-902961-9-2. Dostupné z: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34516/1/Recommendations%20of%20the%20EAPC%20for%20the%20Development%20of%20Undergraduate%20Curricula%20in%20Palliative%20Medicine%20At%20European%20Medical%20Schools.pdf>
6. GREY, E., 2022. The Position and Tasks of a Social Worker in Hospice Care in the Slovak Republic and the Czech Republic. *Czech and Slovak Social Work*. 22(4), 126–141. ISSN 1213-6204.
7. Havlíčkobrodské listy: pro občany našeho města, 2022. *Kraj Vysočina zahájil výstavu lůžkového hospice* [online]. Havlíčkův Brod. roč. 16(11), 12. [cit. 2023-03-08]. MK ČR E 17032. Dostupné z: https://www.muhb.cz/docs/texty/2/2332/hb111_web.pdf
8. HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. Umírání a smrt. In: VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní medicína*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

9. HAŠKOVCOVÁ, H., c2007. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
10. HENDL, J. a kol, 2021. *Základy matematiky, logiky a statistiky pro sociologii a ostatní společenské vědy v příkladech*. Druhé, rozšířené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 556 s. ISBN 978-80-246-4869-9.
11. HUNEŠ, R., 2022. Hospice v ČR. *Paliativní medicína*. 3(3), 13–15. ISSN 2695-1495.
12. HUNEŠ, R. a kol., 2021. *Věci předposlední a poslední: (Kompas pro závěr života)*. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna. 67 s. ISBN 978-80-907960-0-3.
13. JANKOVSKÝ, J. et al., 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. 3. číslo. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 55 s. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.
14. KABELKA, L., 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. 341 s. Edice Postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5049-4.
15. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: Komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-1688-1.
16. KABELKA, L., c2022. Základy komunikace v paliativní péči. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 58–59. ISBN 978-80-7492-627-3.
17. KABELKA, L., SLÁMA, O., c2011. Zásady komunikace v paliativní medicíně. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Druhé, nezměněné vydání. Praha: Galén, s. 33–36. ISBN 978-80-7262-849-0.
18. KAČEROVÁ, E., 2014. *Žijeme déle a zdravěji?* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2023-03-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a7#:~:text=Obyvatel%C3%A9%20EU%20narozen%C3%AD%20v%20roce,pro%C5%BEily%2062%2C5%2C%20tj.>
19. KALVACH, Z., 2013. Hospic. In: MATOUŠEK, O., a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 438–439. ISBN 978-80-262-0366-7.
20. KALVACH, Z., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé, upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů. 155 s. ISBN 978-80-88126-54-6.

21. KOLÁŘOVÁ, Z., 2015. *Češi by chtěli umírat doma, ale většina z nich opouští svět v instituci*. In: Zdravotnický deník: Zdravé je vědět [online]. Praha: Media Network [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/cesi-by-chteli-umirat-doma-ale-vetsina-z-nich-opousti-svet-v-instituci/>
22. KRISTJANSON, L., et al., 2005. Práce s příbuznými. In: O'CONNOR, M., ARANDA S. *Paliativní péče: Pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, s. 221–229. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.
23. KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované. Praha: Portál. 316 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
24. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
25. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2.
26. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
27. LEPEŠKA, J., 2017. Biopsychosociální aspekty nemocných s diagnózou jaterní cirhózy. In: Kučírek, J. et al. *Aplikovaná psychologie: Vybraná témata: teleworking, leadership, sociálně psychologický výcvik*. Praha: Grada. 234 s. Psyché. ISBN 978-80-271-0187-0.
28. LÍSKOVÁ, P. et al., 2023. *Příručka pro pečující: Spiritualita v paliativní péči* [online]. České Budějovice: Teologická fakulta Jihočeské univerzity. [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: https://nebojse.eu/wp-content/uploads/2023/01/Spiritualita_v_pal_peci-1.pdf
29. LOUČKA, M. et al., 2015. *Eutanazie: Víme, o čem mluvíme?* Druhé, přepracované vydání. Praha: Cesta domů. 51 s. ISBN 978-80-88126-08-9.
30. MANNIX, K., 2019. *Máme konec na paměti?: Umírání, smrt a moudrost v době popírání*. Praha: Cesta domů. 350 s. ISBN 978-80-88126-58-4.
31. MARKOVÁ, A. a kol., 2021. *Hospic do kapsy: Příručka pro domácí paliativní týmy*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. 178 s. ISBN 978-80-88126-77-5.
32. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. Sestra. ISBN 978-80.247-3171-1.

33. MCILFATRICK, S. et al, 2021. *Examining public knowledge, attitudes and perceptions towards palliative care: a mixed method sequential study*. BMC Palliat Care 20(1), 44. doi:10.1186/s12904-021-00730-5.
34. MILNE, D., MILLARD, R., 2005. Truchlení. In: O'CONNOR, M., ARANDA S. *Paliativní péče: Pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, s. 231–242. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.
35. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
36. MONREO, B., 2010. Social work in palliative medicine. In: HANKS, G. et al., *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Fourth Edition. United States: Oxford University Press, p. 188. ISBN 978-0-19-969314-6.
37. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
38. *Mýty o umírání a paliativní péči*, 2015. Umírání.cz: informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé [online]. Praha [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/myty-o-umirani-a-paliativni-peci>
39. NAVRÁTIL, P, 2007. Sociálněpsychologické a komunikační model. In: MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*. Druhé vydání. Praha: Portál. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
40. PALÁN, A. (ed.), 2017. *Vinnetou se chce bratřit a další tajemství prachatického hospice*. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna. 71 s. ISBN 978-80-904587-8-9
41. PRACOVNÍ SKUPINA KE KONCEPCI PALIATIVNÍ PÉČE V JIHOČESKÉM KRAJI, 2018. *Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji: na období do roku 2023* [online]. 46 s. [cit 2023-04-01]. Dostupné z: https://www.kraj-jihocesky.cz/sites/default/files//ku_usneseni/Zastupitelstvo/2018-09-06/Navrhy/261-ZK-18_Koncepce_paliativni_pece_v_Jihoceskem_kraji_na_obdobi_do_roku_2023.pdf
42. PROKOP, J. M., KABELKA, L., c2011. Etika paliativní péče. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Druhé, nezměněné vydání. Praha: Galén. s. 320–322. ISBN 978-80-7262-849-0.

43. PUGNEROVÁ, M. a kol., 2019. *Psychologie: Pro studenty pedagogických oborů* [online]. Praha: Grada. 276 s. Pedagogika. [cit 2023-02-07]. ISBN 978-80-271-2789-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/psychologie-1163395/>
44. RADBRUCH, L., PAYNE, S., 2009. *White Paper in standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1: Recommendations from the European Association for Palliative Care* [online]. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278–289. [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf>
45. *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care*, 2004 [online]. Stockholm: Council of Europe [cit. 2023-01-09]. Dostupné z: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
46. SEDLÁROVÁ, K., 2015. Hospicová péče v ČR. In: TOMESŠ, I. et al. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 39. ISBN 978-80-246-2941-4.
47. SCHÜTZE-KREILKAMP, U., ANGENENDT G., 2010. Komunikace během krize a psychotraumat v onkologii. In: ANGENENDT, G. *Psychoonkologie v praxi: Psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, s. 135. ISBN 978-80-7367-781-7.
48. SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., c2011. Základní principy paliativní péče. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Druhé, nezměněné vydání. Praha: Galén, s. 25–32. ISBN 978-80-7262-849-0.
49. SLÁMOVÁ, R. et al., 2018. *Praktický průvodce koncem života: Rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. 158 s. ISBN 978-80-266-1279-7.
50. *Standardy hospicové paliativní péče*, 2016 [online]. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. 17 s. [cit 2023-01-15]. Dostupné z: <https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2021/06/STANDARDY-2016.pdf>
51. STEHLÍKOVÁ, H., 2012. Otevřená diskuze, cesta k vyjasnění pojmů. In: PTÁČEK, R. a kol., 2012. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, s. 16. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

52. STEM/MARK, 2011. *Smrt a péče o umírající: Pohled laické i zdravotnické veřejnosti* [online]. Praha [cit. 2023-04-08], s. 22. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>
53. STEM/MARK, 2013. *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II: Závěrečná zpráva* [online]. Praha [cit. 2023-04-01], s. 81. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>
54. STEM/MARK, 2015. *Dříve vyslovená přání: závěrečná zpráva* [online]. Praha [cit. 2023-04-08], 80 s. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>
55. STUDENT, J. et al., 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: Nakladatelství H & H Vyšehradská. 162 s. ISBN 80-731-9059-1.
56. SVATOŠOVÁ, M., 2004. Hospicové hnutí ve světě a u nás. In: VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 511–513. ISBN 80-247-0279-7.
57. SVATOŠOVÁ, M., 2005. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In: MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, s. 197. ISBN 80-7367-002-X.
58. SVATOŠOVÁ, M., 2010. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In: MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vydání druhé. Praha: Portál, s. 202. ISBN 978-80-7367-818-0.
59. SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Sedmé, doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 152 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
60. SVĚTLÁKOVÁ, L., KABELKA, L., c2022. Lůžkový hospic. In: SLÁMA, O. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, s. 324. ISBN 978-80-7492-627-3.
61. SVOBODOVÁ, V., 2021. *Ať před zraky mám život: Svědectví z hospice*. Uhřetice: Doron. 160 s. ISBN 978-80-7297-230-2.
62. ŠOUREK, D., 2020. Úvod do paliativní péče v rezidenčních službách. In: PECHOVÁ, K. a kol. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na*

- uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, s. 23–34. ISBN 978-80-88361-01-5.
63. ŠPATENKOVÁ, N., 2013. *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. Druhé, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 224 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3736-2.
64. ŠPINKOVÁ, M., 2017. Předmluva. In: ONDRAČKA, L. et al. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. Druhé vydání. Praha: Cesta domů, s. 7–8. ISBN 978-80-88126-22-5.
65. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
66. VAN GENNEP, A., 2018. *Přechodové rituály: Systematické studium rituálů*. Vydání druhé. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-262-1374-1.
67. VĚSTNÍK MZCR, 2022 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/04/Vestnik-MZ_4-2022.pdf
68. VORLÍČEK, J. a kol., 2004. *Paliativní medicína*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
69. WALLACE, J., 2003. *Public awareness of palliative care: Report of the findings of the first national survey in Scotland into public knowledge and understanding of palliative care* [online]. Edinburgh: Scottish Partnership for Palliative Care [cit. 2023-04-08]. ISBN 0-9542396-4-4. Dostupné z: <https://www.palliativecarescotland.org.uk/content/publications/PublicAwareness-o-PalliativeCare.pdf>
70. WESTERLUND, C. et al, 2018. *Public awareness of palliative care in Sweden* [online]. *Scandinavian Journal of Public Health*. 46(4): 478–487. doi:10.1177/1403494817751329.
71. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002 [online]. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2nd ed. Geneva. 180 p. [cit. 2023-01-28]. ISBN 92 4 154557 7. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1>
72. Zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě), 2002. In: *Sborník zákonů České republiky*, částka 82, s. 4835–4839.

73. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sborník zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730–4801. ISSN: 1211-1244.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Seznam lůžkových hospiců v České republice

Příloha 3 – Doplnující informace o respondentech, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí

Příloha 4 – Vzkazy od respondentů

Příloha 5 – Nevyužitá data z dotazníkového šetření

9 Seznam obrázků

Obrázek 1 – Rozložení výzkumného souboru dle pohlaví

Obrázek 2 – Rozložení výzkumného souboru dle věku

Obrázek 3 – Rozložení výzkumného souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Obrázek 4 – Rozložení výzkumného souboru dle bydliště

Obrázek 5 – Poměr věřících a nevěřících respondentů

Obrázek 6 – Odpovědi respondentů na otázku, o koho pečuje hospicová péče

Obrázek 7 – Odpovědi respondentů na otázku týkající se poslání hospicové péče

Obrázek 8 – Odpovědi respondentů na otázku, komu může být hospicová péče poskytnuta

Obrázek 9 – Odpovědi respondentů na otázku, v jaké fázi onemocnění může být pacient přijat do hospice

Obrázek 10 – Odpovědi respondentů na otázku týkající se podmínky pro přijetí do hospicové péče

Obrázek 11 – Zdroje informací o hospicové péči

Obrázek 12a – Míra souhlasu s vhodností hospice pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním

Obrázek 12b – Míra souhlasu s vhodností nemocnice pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním

Obrázek 12c – Míra souhlasu s vhodností léčebny dlouhodobě nemocných pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním

Obrázek 12d – Míra souhlasu s vhodností domácího prostředí pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním

Obrázek 12e – Míra souhlasu s vhodností domova pro seniory pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním

Obrázek 13 – Využití hospicové péče v případě vlastní potřeby respondentů

Obrázek 14 – Využití hospicové péče v případě potřeby u blízké osoby respondenta

Obrázek 15a – Míra souhlasu s vhodností hospice v posledních dnech umírajícího

Obrázek 15b – Míra souhlasu se zajištěním důstojné smrti v hospici

Obrázek 15c – Míra souhlasu s významem rozloučení se zemřelým

Obrázek 16 – Odpovědi respondentů týkající se vyšší podpory hospicové péče

Obrázek 17 – Formy propagace hospicové péče

Obrázek 18a – Míra souhlasu s obavami ze své vlastní smrti

Obrázek 18b – Míra souhlasu se zneklidněním ze své vlastní smrtelnosti

Obrázek 18c – Míra souhlasu s paralyzujícími pocity ze smrti

Obrázek 18d – Míra souhlasu s pocity úlevy ze smrti

Obrázek 19 – Odpovědi respondentů, zda sami přemýšlejí o vlastní smrtelnosti

Obrázek 20 – Odpovědi respondentů, zda hovoří o vlastní smrtelnosti

Obrázek 21 – Způsoby přípravy na vlastní smrt respondentů

Obrázek 22a – Míra souhlasu s výrokem, že je smrt součástí života

Obrázek 22b – Míra souhlasu s tím, zda je nutné mít před smrtí vše vyřešené

Obrázek 22c – Míra souhlasu s tím, zda je téma smrti tabuizované

Obrázek 22d – Míra souhlasu s tím, zda více mluvit o smrti

Obrázek 23 – Poměr respondentů se zkušeností s hospicovou péčí

Obrázek 24 – Míra souhlasu s výroky 1

Obrázek 25 – Míra souhlasu s výroky 2

Obrázek 26 – Míra souhlasu s výroky 3

9.1 V přílohách

Obrázek 27 – Vztah respondenta k pacientovi hospice

Obrázek 28 – Využité formy hospicové péče

Obrázek 29a – Míra spokojenosti s lékařskou péčí v hospici

Obrázek 29b – Míra spokojenosti s duchovní péčí v hospici

Obrázek 29c – Míra spokojenosti s poradenstvím v hospici

Obrázek 29d – Míra spokojenosti s přístupem personálu v hospici

Obrázek 29e – Míra spokojenosti s prostředím hospice

Obrázek 29f – Míra spokojenosti s péčí o příbuzné v hospici

Obrázek 29g – Míra spokojenosti s péčí o příbuzné po smrti pacienta

Obrázek 30 – Vliv zkušenosti s hospicovou péčí na strach ze smrti

Obrázek 31 – Míra souhlasu s významem Boha při vyrovnávání se se smrtí

Obrázek 32 – Míra souhlasu s myšlenkou hledání významu v nemoci

Obrázek 33 – Odpovědi respondentů týkající se financování hospicové péče

Obrázek 34 – Míra souhlasu s myšlenkou nemožnosti přípravy na smrt

Obrázek 35 – Odpovědi respondentů na otázku, které potřeby by chtěli mít na konci svého života naplněny

10 Seznam tabulek

Kontingenční tabulka 1 a chí-kvadrát test – Potencionální využití hospicové péče osobou respondenta

Kontingenční tabulka 2 a chí-kvadrát test – Potencionální využití hospicové péče pro blízkého

Kontingenční tabulka 3 a chí-kvadrát test – Podpora osvěty o hospicové péči

Kontingenční tabulka 4 a chí-kvadrát test – Myšlenky na vlastní smrtelnost

Kontingenční tabulka 5 a chí-kvadrát test – Hovory o vlastní smrtelnosti

Kontingenční tabulka 6 a chí-kvadrát test – Příprava na smrt

10.1 V přílohách

Tabulka 7 – Seznam lůžkových hospiců v České republice – stav k roku 2023

12 Seznam zkratek

EAPC – Evropská asociace paliativní péče (European Association for Palliative Care)

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

13 Přílohy

13.1 Příloha 1 – Dotazník

DOTAZNÍK – HOSPICOVÁ PÉČE V OČÍCH VEŘEJNOSTI

Vážená paní, Vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku.

Mé jméno je Hana Havlíčková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Konkrétně studuji obor Sociální práce.

V současné době pracuji pod vedením PhDr. Mgr. Roberta Huneše, MBA, na své bakalářské práci s názvem *Hospicová péče v očích veřejnosti*. Vyplnění tohoto dotazníku mi napomůže k poznání problematiky, kterou se celá bakalářská práce zabývá.

Dotazník je zcela anonymní, proto Vás prosím o co největší upřímnost při jeho vyplňování. Veškeré informace, které mi poskytnete, budou použity pouze pro účely této práce.

Dotazník se skládá ze 30 otázek. **Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu variantu z možných odpovědí.** U některých otázek je možnost (kromě nabídnutých variant odpovědí) i jejich doplnění.

Bez tohoto dotazníku by práce nikdy nemohla být úspěšně dokončena. **Proto Vám velice děkuji za čas, který vyplnění dotazníku věnujete.** Velice si vážím Vaší spolupráce a ochoty.

Hana Havlíčková

- 1. Jste:**
 - a. Žena.
 - b. Muž.

- 2. Kolik vám je let?**
 - a. Do 20 let.
 - b. 21 až 30 let.
 - c. 31 až 40 let.
 - d. 41 až 50 let.
 - e. 51 až 60 let.
 - f. 61 a více let.

- 3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
 - a. Základní.
 - b. Středoškolské bez maturity (s výučním listem).
 - c. Středoškolské s maturitou.
 - d. Vyšší odborné.
 - e. Vysokoškolské.

- 4. V jakém okrese je vaše bydliště?**
 - a. Okres České Budějovice.
 - b. Okres Český Krumlov.
 - c. Okres Jindřichův Hradec.
 - d. Okres Písek.
 - e. Okres Prachatice.
 - f. Okres Strakonice.
 - g. Okres Tábor.
 - h. Mimo Jihočeský kraj.

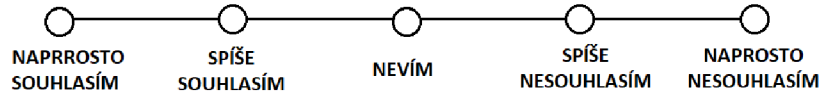
- 5. Jste věřící?**
 - a. Ano.
 - b. Ne.

- 6. Vyberte jedno tvrzení, které je dle vašeho názoru správné.**
 - a. Hospicová péče pečuje pouze o pacienta.
 - b. Hospicová péče pečuje jak o pacienta samotného, tak i rovněž o jeho blízké.
 - c. Nevím.

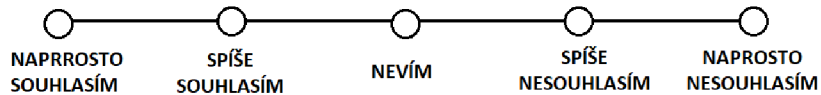
7. **Vyberte jedno tvrzení, které je dle vašeho názoru správné.**
- Hospicová péče se snaží vyléčit nemoc pacienta.
 - Hospicová péče nemá snahu pacienta uzdravit, ale snaží se o utlumení bolesti a dalších projevů nemoci, jež obtěžují pacienta.
 - Nevím.
8. **Vyberte jedno tvrzení, které je dle vašeho názoru správné.**
- Hospicová péče je pouze pro dospělé.
 - Hospicová péče je pro každého bez ohledu na věk.
 - Hospicová péče je pouze pro seniory.
 - Nevím.
9. **Vyberte jedno tvrzení, které je dle vašeho názoru správné.**
- Do hospice je přijat takový pacient, jehož nemoc ho přímo ohrožuje na životě a běžná léčba již nezabírá.
 - Do hospice je přijat takový pacient, který již nechce pokračovat v léčbě svého onemocnění.
 - Nevím.
10. **Vyberte jedno tvrzení, které je dle vašeho názoru správné.**
Pacientem hospice může být:
- Jedinec, jehož předpokládaná prognóza délky života je kratší než šest měsíců.
 - Jedinec, jehož předpokládaná prognóza délky života je delší než šest měsíců.
 - Jedinec, kterému nemoc neumožňuje se sám o sebe postarat.
 - Pouze onkologický pacient.
 - Nevím.
11. **Odkud jste se o hospicové péči dozvěděli? (lze označit více odpovědi)**
- Internet.
 - TV, noviny či rádio.
 - Od lékaře.
 - Rodina, přátelé.
 - V zaměstnání.
 - Od sociální či zdravotnické služby.
 - Neznám ji.
 - Jiné (*prosím specifikujte*):
.....

12. U každé služby vyznačte, do jaké míry považujete toto prostředí za vyhovující pro poslední dny jedince s nevléčitelným onemocněním.

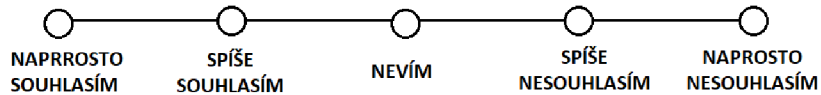
a. Hospic.



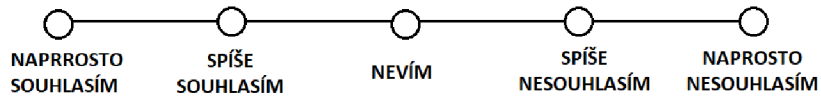
b. Nemocnice.



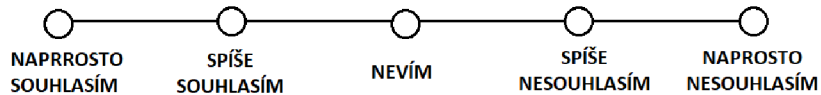
c. Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN).



d. Domácí prostředí.



e. Domov pro seniory.



13. Pokud byste sám/sama trpěl/a nevléčitelnou nemocí, využil/a byste hospicovou péči?

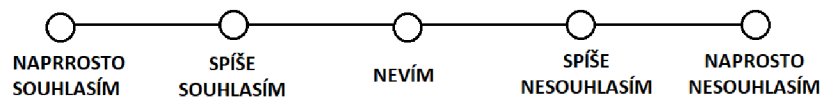
- a. Ano, raději lůžkový hospic.
- b. Ano, raději domácí (terénní) hospicovou péči.
- c. Ne.
- d. Nevím.

14. Pokud by někdo z vašich blízkých trpěl nevléčitelnou nemocí, využil/a byste pro něj/ni hospicovou péči?

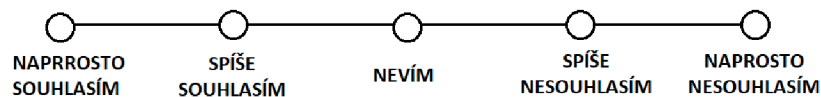
- a. Ano, raději lůžkový hospic.
- b. Ano, raději domácí (terénní) hospicovou péči.
- c. Ne.
- d. Nevím.

15. Vyznačte, do jaké míry souhlasíte či nesouhlasíte s následujícími výroky.

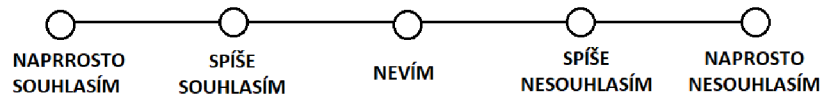
a. Hospic může být tím pravým místem pro poslední dny nevléčitelně nemocného.



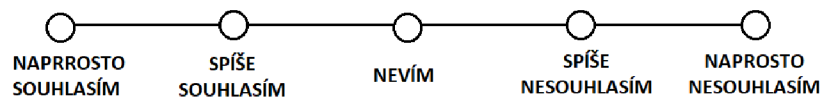
b. Péče v hospici zaručuje důstojnou smrt.



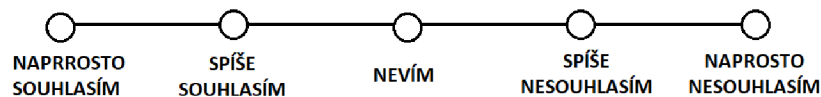
c. Víra v Boha pomáhá jedinci s vyrovnáním se se smrtí.



d. Důležité je rozloučení se zemřelým.



e. Je dobré hledat v nemoci nějaký význam.



16. Hospice nejsou plně hrazeny z veřejných zdrojů, peníze na svůj chod si musejí z většiny shánět samy.

Nyní se příjmy hospice skládají z:

- 50 % úhrady od zdravotních pojišťoven,
- 20 % Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV),
- 10 % samoplatba pacienta,
- 10 % příspěvek na péči,
- 3 % kraj,
- zbylá procenta dárci, granty, sbírky aj.

Jaký je na to váš názor?

- a. Hospice by měly přejít přímo pod stát a být financovány jím.
- b. Na financování by se měl více podílet kraj, ve kterém se hospic nachází.
- c. Veškeré služby by si měl platit každý pacient sám.
- d. Zdravotní pojišťovny by měly poskytovat vyšší úhrady.
- e. Je to správně tak, jak to funguje nyní (*popis v zadání otázky*).

17. Mnoho lidí v dnešní době stále nemá základní povědomí o službách hospiců. Myslíte si, že by bylo vhodné více podporovat osvětu ohledně hospiců?

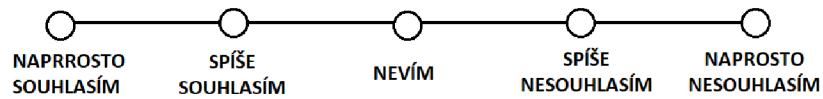
- a. Ne (*otázku č. 18 nevyplňujte a přejděte k otázce č. 19*).
- b. Ano.

18. Jaká forma propagace by byla podle vás nejlepší?

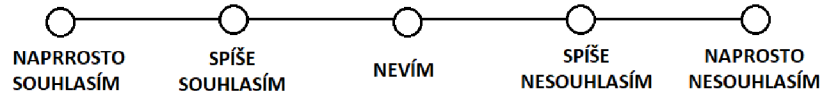
- a. Tvorba letáků, které by mohly být v čekárnách u lékařů, v nemocnici či v sociálních službách.
- b. Reklama v TV.
- c. Inzerce v novinách, v rádiu.
- d. Inzerce na internetu, na sociálních sítích.
- e. Pořádání akcí (koncerty, běhy, trhy atd.)
- f. Jiné (*prosím doplňte*):

19. Vyznačte, do jaké míry souhlasíte či nesouhlasíte s následujícími výroky.

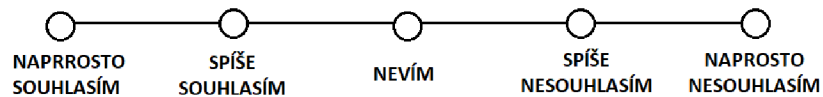
a. Pociťuji obavy při myšlenkách na svou vlastní smrt.



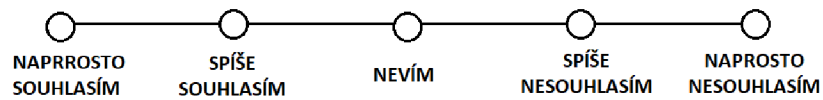
b. Uvědomění si své vlastní smrtelnosti mě zneklidňuje.



c. Když pomyslím na svou vlastní smrt, cítím se paralyzován/a touto myšlenkou.



d. Když pomyslím na svou vlastní smrt, pociťuji úlevu.



20. Přemýšlíte sám/sama někdy o vlastní smrtelnosti?

- a. Ano.
- b. Ne.

21. Hovořil/a jste s někým o tématu vlastní smrtelnosti?

- a. Ano.
- b. Ne.

22. Po jaké stránce se připravujete na svou vlastní smrt?

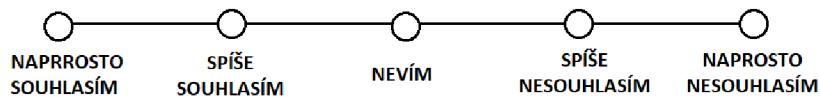
(lze označit více odpovědi)

- a. Duchovní stránka (např. obracení se k Bohu, víra v osud).
- b. Psychická stránka (např. vyrovnávání se se smrtelností).
- c. Finanční stránka (např. šetření na pohřeb, věno pro své děti).
- d. Vztahová (sociální) stránka (např. narovnávání pošramocených vztahů).
- e. Pozůstalost (např. psaní závěti).
- f. Nijak se nepřipravuji.
- g. Jiným způsobem (*prosím doplňte*):

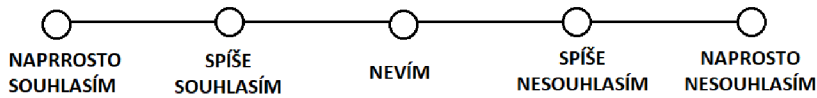
.....

23. Vyznačte, do jaké míry souhlasíte či nesouhlasíte s následujícími výroky.

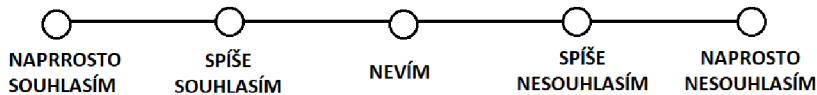
- a. Smrt je součástí lidského života.



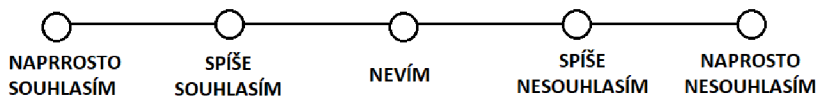
- b. Je důležité umírat s čistým štítem – mít vše vyřešené.



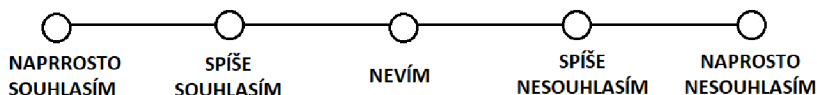
- c. Téma smrti je v naší kultuře tabuizováno.



- d. Ve společnosti by se mělo více mluvit o smrti.



- e. Být připraven/a na smrt je nemožné.



24. Na konci života má každý určité potřeby. Vyberte z nabízených možností tři, které jsou pro vás nejdůležitější.

Přál/a bych si:

- a. Umírat v kruhu svých nejbližších.
- b. Netrpět nesnesitelnou bolestí.
- c. Zachovat si lidskou důstojnost.
- d. Nebýt osamocen/a.
- e. Být smířený/á se smrtí.
- f. Předjít dystanázii (tzn. zadržaná smrt neboli zamezení přirozenému umírání díky technické dokonalosti současné medicíny).
- g. Před smrtí znát celou pravdu ohledně mého zdravotního stavu.

25. Využívá či využíval někdo z vašich blízkých hospicovou péči?

- a. Ano.
- b. Ne (*zbylé otázky již, prosím, nevyplňujte*).

26. Jaký vztah máte či jste měl/a k pacientovi hospice?

Vy jste (byl/a) jeho/její:

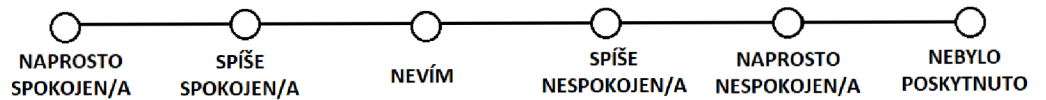
- a. Manžel/ka.
- b. Otec/matka.
- c. Syn/dcera.
- d. Bratr/sestra.
- e. Jiný vztah.

27. Jakou formu hospicové péče pacient využívá či využíval?

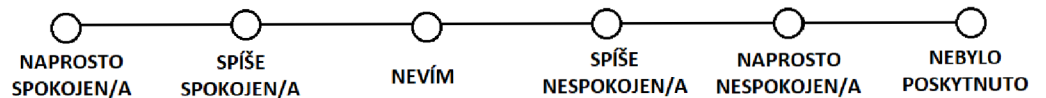
- a. Lůžkový hospic.
- b. Domácí (terénní) hospic.

28. Jak byste ohodnotil/a péči, kterou v hospici pacient dostává či dostával?

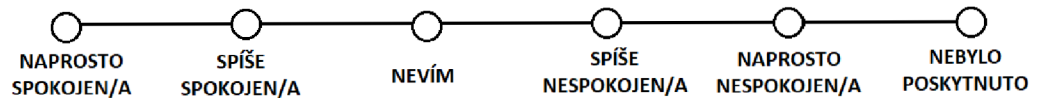
a. Lékařská péče.



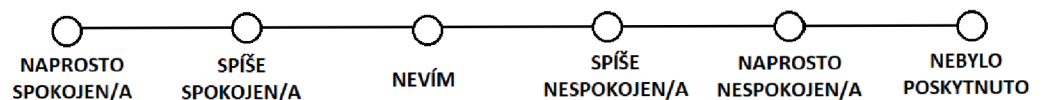
b. Duchovní péče.



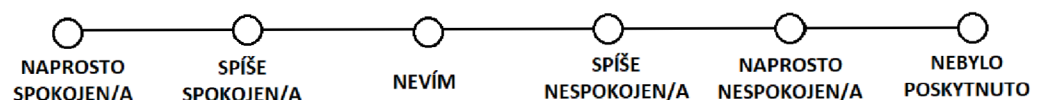
c. Poradenství.



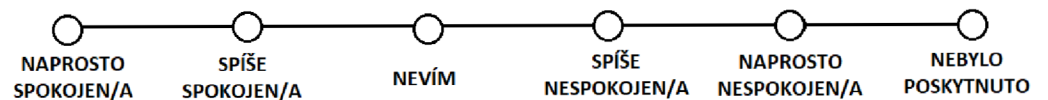
d. Přístup personálu.



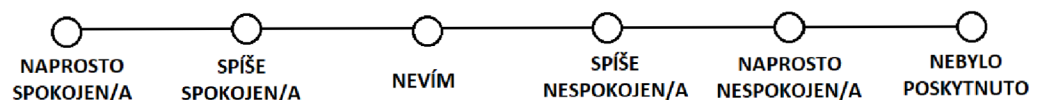
e. Prostředí hospice (např. vybavení pokojů či venkovní areál).



f. Péče o příbuzné při léčbě pacienta.



g. Péče o příbuzné po smrti pacienta.



- 29. Jak se promítá vaše zkušenost s hospicovou péčí do strachu ze smrti?**
- a. Pociťuji menší míru strachu ze své vlastní smrti.
 - b. Pociťuji vyšší míru strachu ze své vlastní smrti.
 - c. Moje zkušenost s hospicovou péčí nijak neovlivnila pohled na vlastní smrt.

30. Chcete ještě něco důležitého sdělit?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13.2 Příloha 2 – Seznam lůžkových hospiců v České republice

Tabulka 7 – Seznam lůžkových hospiců v České republice – stav k roku 2023

Název	Město, ve kterém poskytuje službu	Kraj, kde se nachází	Vznik
Hospic Malovická	Praha	Hlavní město Praha	2010
Hospic Štrasburk	Praha	Hlavní město Praha	1998
Hospic Dobrého Pastýře	Čerčany	Středočeský kraj	2008
Hospic sv. Jana N. Neumanna	Prachatice	Jihočeský kraj	2005
Hospic sv. Lazara	Plzeň	Plzeňský kraj	1998
Hospic archanděla Rafaela	Nejdek	Karlovarský kraj	2018
Hospic v Mostě	Most	Ústecký kraj	2005
Hospic sv. Štěpána	Litoměřice	Ústecký kraj	2001
Hospic sv. Zdislavy	Liberec	Liberecký kraj	2016
Hospic Anežky České	Červený Kostelec	Královéhradecký kraj	1995
Hospic Chrudim	Chrudim	Pardubický kraj	2009
Hospic sv. Alžběty	Brno	Jihomoravský kraj	2004
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Rajhrad	Jihomoravský kraj	1999
Hospic Citadela	Valašské Meziříčí	Zlínský kraj	2003
Hospic na Sv. Kopečku	Olomouc	Olomoucký kraj	2002
Hospic Frýdek-Místek	Frýdek-Místek	Moravskoslezský kraj	2010
Hospic sv. Lukáše	Ostrava	Moravskoslezský kraj	2007

Zdroj: Vlastní výzkum

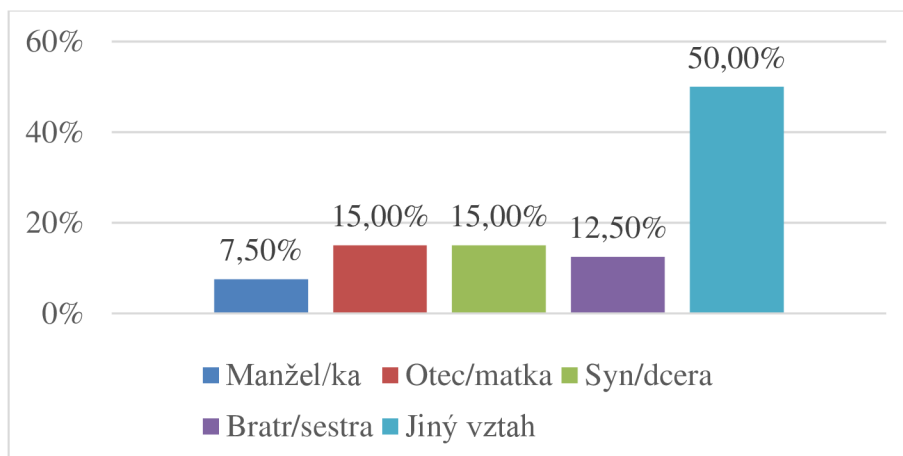
13.3 Příloha 3 – Doplnující informace o respondentech, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí

Celkem 40 respondentů v dotazníku označilo, že mají zkušenost s hospicovou péčí. Tito respondenti byli dodatečně doptáváni na konkrétnější otázky ohledně této zkušenosti.

Nejdříve byli požádáni o upřesnění vztahu k pacientovi hospice a na formu hospicové péče, která byla využita. Následně byli dotazováni na míru spokojenosti se službami, jež hospic při hospitalizaci jejich blízké osoby poskytoval. Z odpovědí vyplývá, že většina respondentů byla naprosto či spíše spokojena s lékařskou a duchovní péčí, s poradenstvím, s přístupem personálu, s prostředím hospice a s péčí o příbuzné. Pouze s péčí o příbuzné po smrti pacienta dva respondenti uvedli, že s touto péčí spíše spokojeni nebyli.

V zásadě lze říci, že péče, kterou hospic poskytuje, je komplexní a z pohledu jejich uživatelů na vysoké úrovni. Tato tvrzení dokládají i vzkazy, které někteří respondenti v dotazníku zanechali – viz příloha 4.

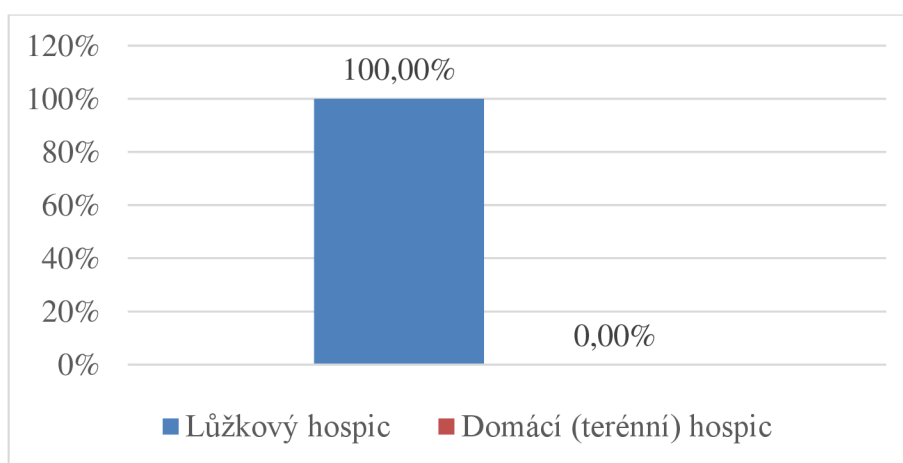
Na dalších stránkách jsou veškeré odpovědi respondentů zaznamenány do grafické podoby pro přehledné čtení.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 27 – Vztah respondenta k pacientovi hospice

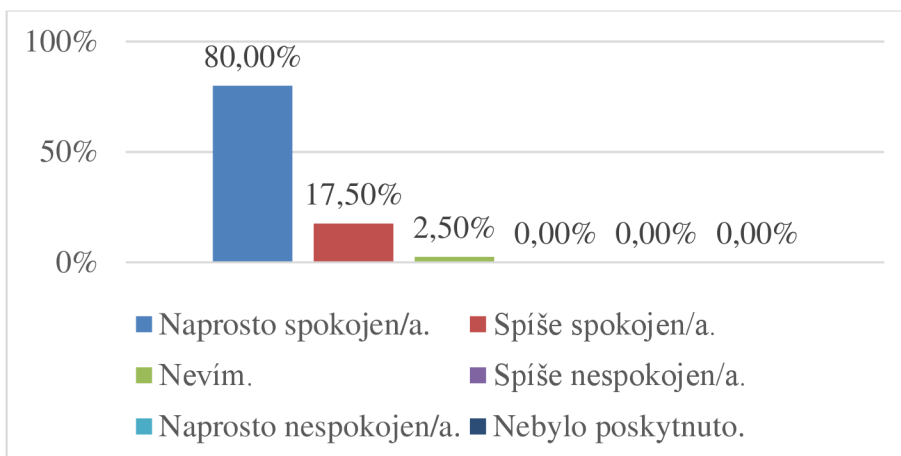
V otázce na vztah respondenta k pacientovi hospice odpověděli 3 (7,50 %) respondenti, že jsou či byli jeho manžel/ka, 6 (15,00 %) respondentů zvolilo odpověď otec/matka, dalších 6 (15,00 %) jsou či byli syn/dcera pacienta, poté 5 (12,50 %) respondentů jsou či byli bratr/sestra a celých 20 (50,00 %) mají či měli s pacientem jinou formu vztahu.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 28 – Využití formy hospicové péče

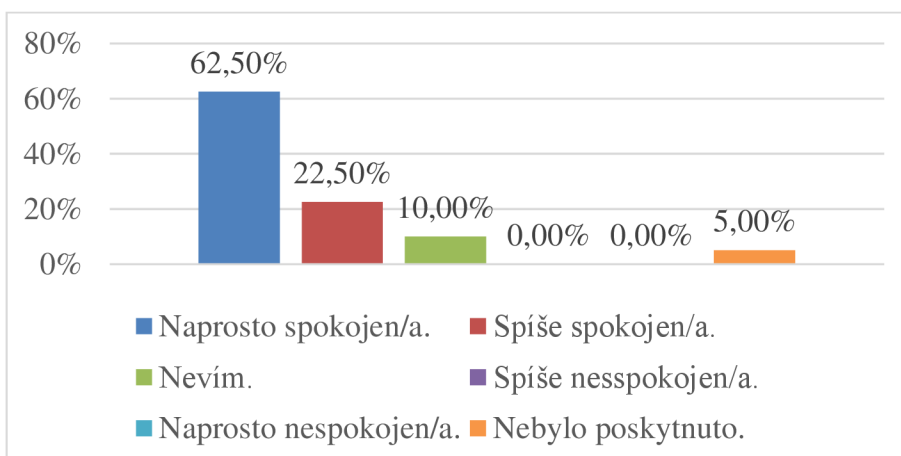
V otázce týkající se forem hospicové péče uvedli všichni respondenti, tedy 40 (100 %) z nich, že pacient využívá či využíval lůžkový hospic.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 29a – Míra spokojenosti s lékařskou péčí v hospici

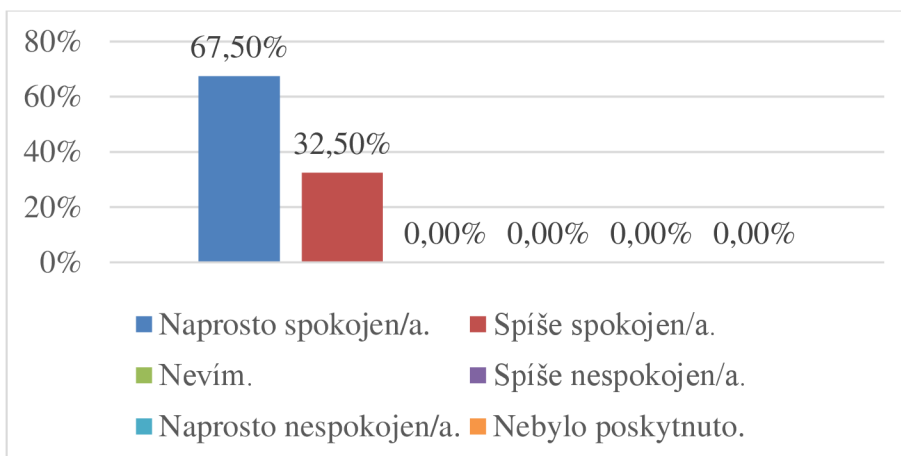
V otázce spokojenosti s poskytovanou lékařskou péčí v hospici uvedlo 32 (80,00 %) respondentů, že byli naprosto spokojeni, 7 (17,50 %) respondentů spíše spokojeno a 1 (2,50 %) respondent neví.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 29b – Míra spokojenosti s duchovní péčí v hospici

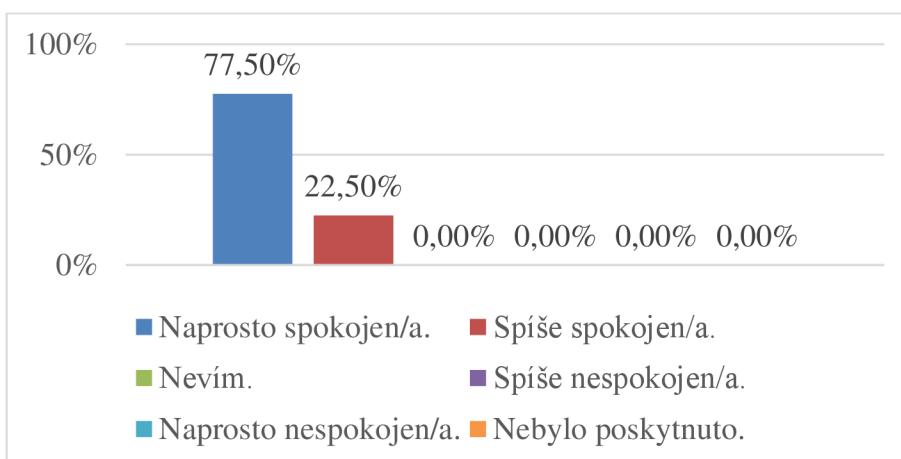
V otázce spokojenosti s poskytovanou duchovní péčí v hospici uvedlo 25 (62,50 %) respondentů, že byli naprosto spokojeni, 9 (22,50 %) respondentů spíše spokojeno, 4 (10,00 %) respondenti nevědí a 2 (5,00 %) respondenti uvedli, že tato péče nebyla poskytnuta.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 29c – Míra spokojenosti s poradenstvím v hospici

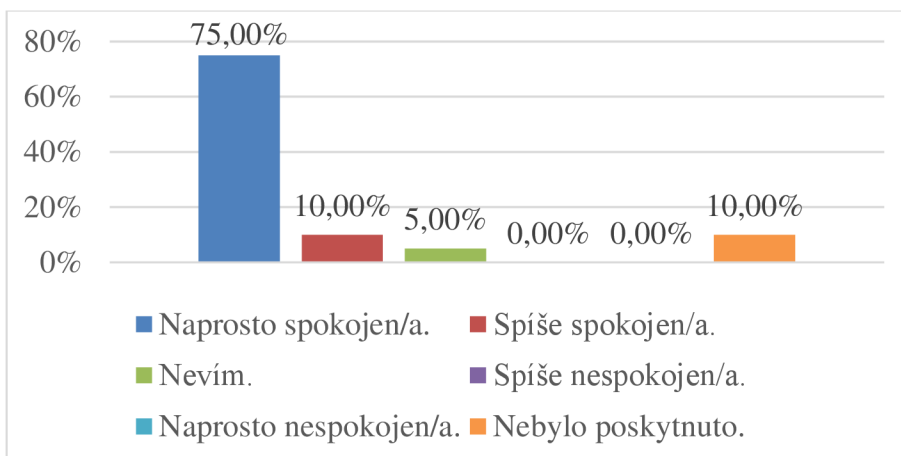
V otázce spokojenosti s nabízeným poradenstvím v hospici uvedlo 27 (67,50 %) respondentů, že byli naprosto spokojeni a 13 (32,50 %) respondentů spíše spokojeno.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 29d – Míra spokojenosti s přístupem personálu v hospici

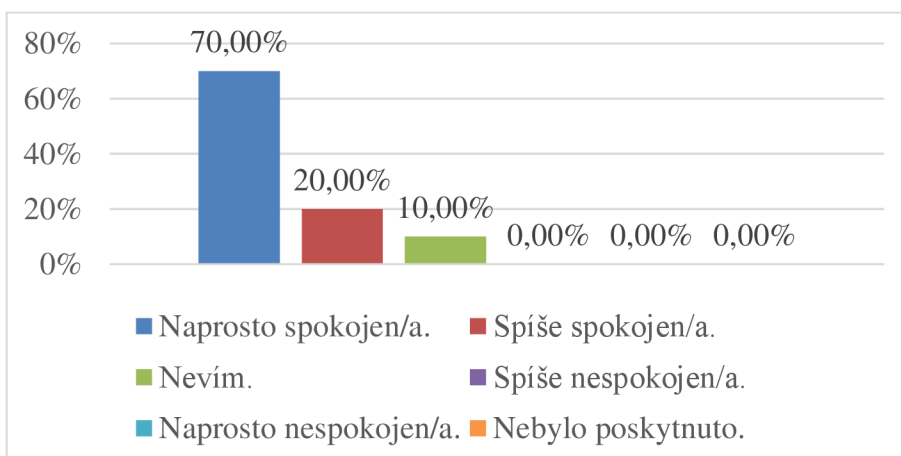
V otázce spokojenosti s přístupem personálu v hospici uvedlo 31 (77,50 %) respondentů, že byli naprosto spokojeni a 9 (22,50 %) respondentů spíše spokojeno.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 29e – Míra spokojenosti s prostředím hospice

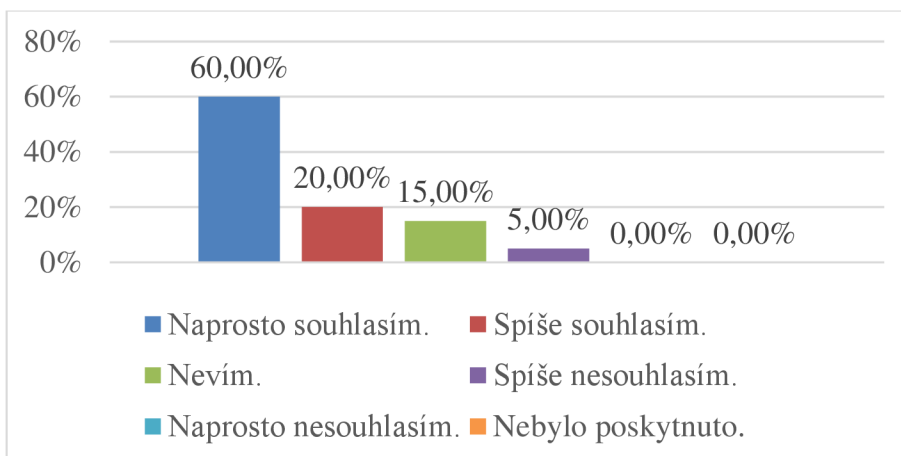
V otázce spokojenosti s prostředím hospice uvedlo 30 (75,00 %) respondentů, že byli naprosto spokojeni, 4 (10,00 %) respondenti spíše spokojeni, 2 (5,00 %) respondenti nevědí a 4 (10,00 %) respondenti uvedli, že toto nelze hodnotit.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 29f – Míra spokojenosti s péčí o příbuzné v hospici

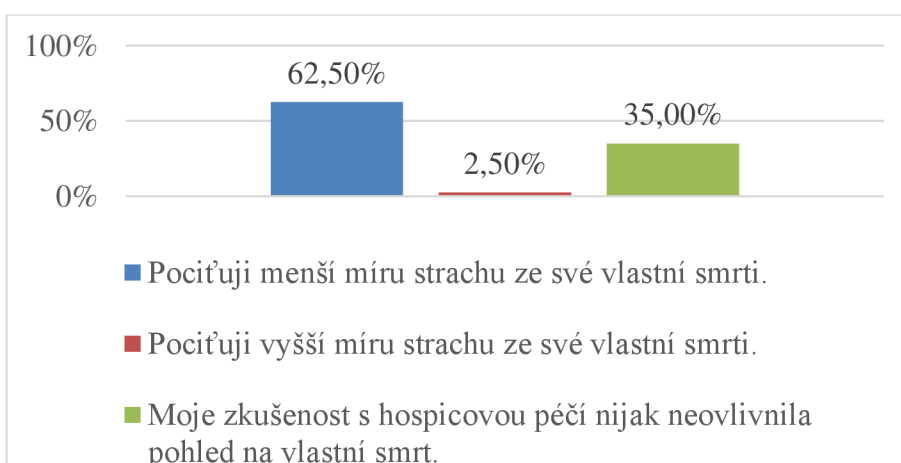
V otázce spokojenosti s poskytovanou péčí o příbuzné v hospici uvedlo 28 (70,00 %) respondentů, že byli naprosto spokojeni, 8 (20,00 %) respondentů spíše spokojeno a 4 (10,00 %) respondenti nevědí.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 29g – Míra spokojenosti s péčí o příbuzné po smrti pacienta

V otázce spokojenosti s poskytovanou péčí o příbuzné po smrti pacienta uvedlo 24 (60,00 %) respondentů, že byli naprosto spokojeni, 8 (20,00 %) respondentů spíše spokojeno, 6 (15,00 %) respondentů neví a 2 (5,00 %) respondenti uvedli, že byli spíše nespokojeni.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 30 – Vliv zkušenosti s hospicovou péčí na strach ze smrti

Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů uvádí 25 (62,50 %) z nich, že díky zkušenosti s hospicovou péčí pociťují menší míru strachu ze své vlastní smrti. Dále 1 (2,50 %) respondent naopak pociťuje vyšší míru strachu ze své vlastní smrti. Zbýlých 14 (35,00 %) respondentů udává, že jejich zkušenost nijak neovlivnila pohled na vlastní smrt.

13.4 Příloha 4 – Vzkazy od respondentů

Poslední otázka nabízela dobrovolné vyplnění a dávala respondentům možnost zapsat cokoli, co považovali k tématu za důležité sdělit.

Z celkového počtu 89 (100,00 %) respondentů na tuto otázku odpovědělo 11 (12,36 %) z nich. Z těchto jedenácti respondentů bylo 9 (81,82 %) respondentů se zkušeností s hospicovou péčí a 2 (18,18 %) respondenti bez zkušenosti s hospicovou péčí.

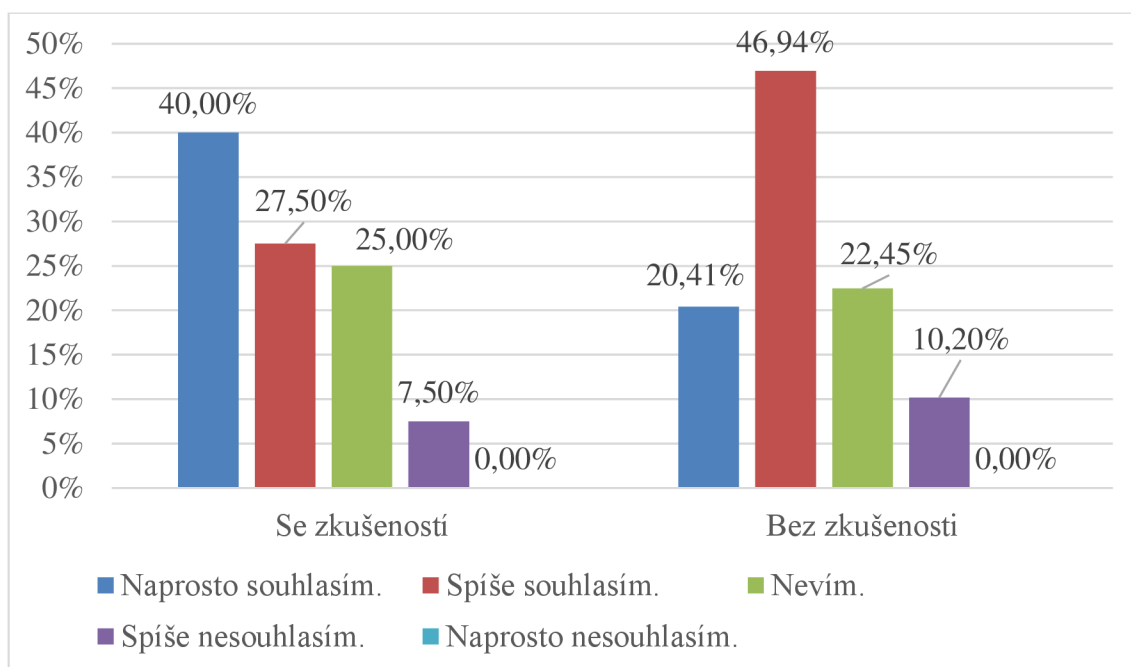
Odpovědi respondentů se zkušeností s hospicovou péčí:

- *„Děkuji hospici za to, že umožnil mé mamce dožít poslední dny jejího života v klidu a v důstojném prostředí + služby hospice budu po osobní zkušenosti doporučovat svým přátelům a známým.“*
- *„Děkujeme za péči.“*
- *„Umírání v hospici je max. důstojné, personál dělá svoji práci opravdu s vírou a srdcem. Celý personál jsou ‚andělé‘ v lidském těle.“*
- *„Všem děkujeme za hospicovou péči, je nenahraditelná.“*
- *„Pokud je přijímán člověk s pokročilou demencí, bylo by vhodné s příbuznými více probrat možnosti aktivizace.“*
- *„100% spokojenost.“*
- *„Pokud by to bylo jen možné, do nemocnic by bylo třeba takových lidí se srdcem na pravém místě, jako je zde v hospici! Hospic v Prachaticích je hotové nebe na zemi.“*
- *„Hospic je skvělá věc, zkušenost s hospicem mi rozšířila obzor a schopnost se vcítit do utrpení druhého člověka.“*
- *„Děkuji veškerému personálu lůžkového hospice za péči o mou maminku.“*

Odpovědi respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí:

- *„Hospicové péče odvádějí skvělou práci a spouště lidem pomáhají v těch nejtěžších chvílích. A nejen jim, ale také celé rodině nemocného. Hospicová péče by si zasloužila dostat se více do povědomí lidí a získat větší uznání, protože zkrátka dělají dobrou věc. Mrzí mě, že možnost na důstojnou a pokud možno bezbolestnou smrt musí být limitována penězi. Protože to je zkrátka něco, na co by finance neměly mít vliv, ačkoli chápu, že v dnešní rychlé a drahé době to není úplně možné. Děkujeme za vás.“*
- *„Absolutně podporuji hospicovou péči, ať již lůžkovou, či terénní.“*

13.5 Příloha 5 – Nevyužitá data z dotazníkového šetření

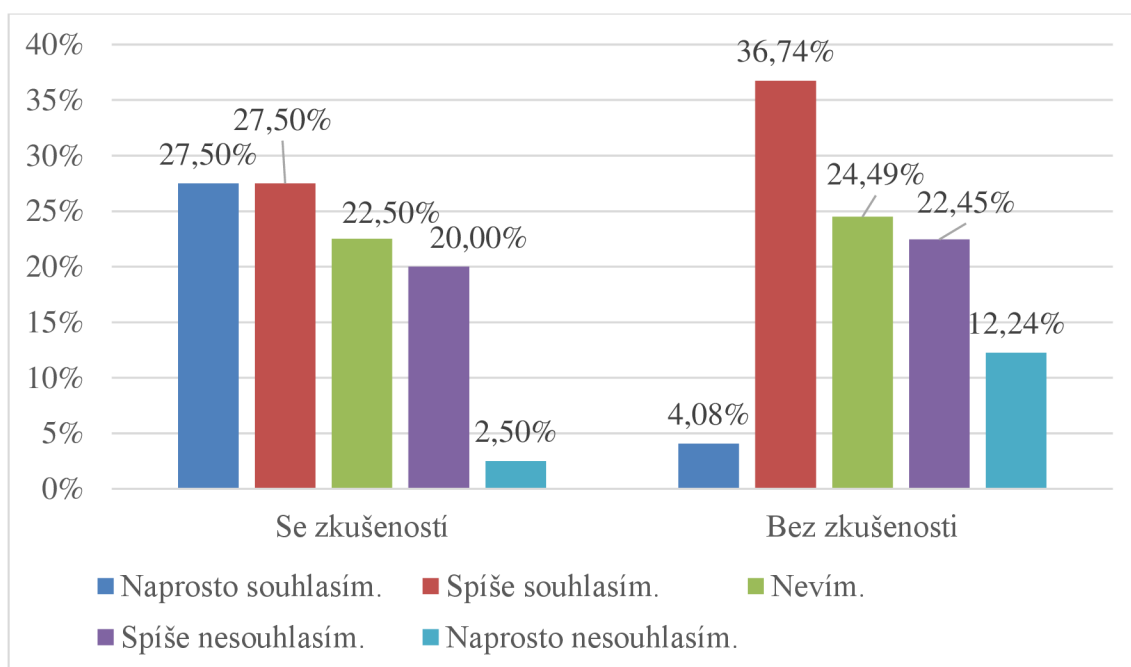


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 31 – Míra souhlasu s významem Boha při vyrovnávání se se smrtí

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 16 (40,00 %) z nich naprosto souhlasí s tím, že víra v Boha pomáhá jedinci s vyrovnáním se se smrtí. Dále 11 (27,50 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí, 10 (25,00 %) respondentů neví a 3 (7,50 %) respondenti spíše nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpovědělo 10 (20,41 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 23 (46,94 %) respondentů spíše souhlasí, 11 (22,45 %) respondentů neví a 5 (10,20 %) respondentů spíše nesouhlasí.

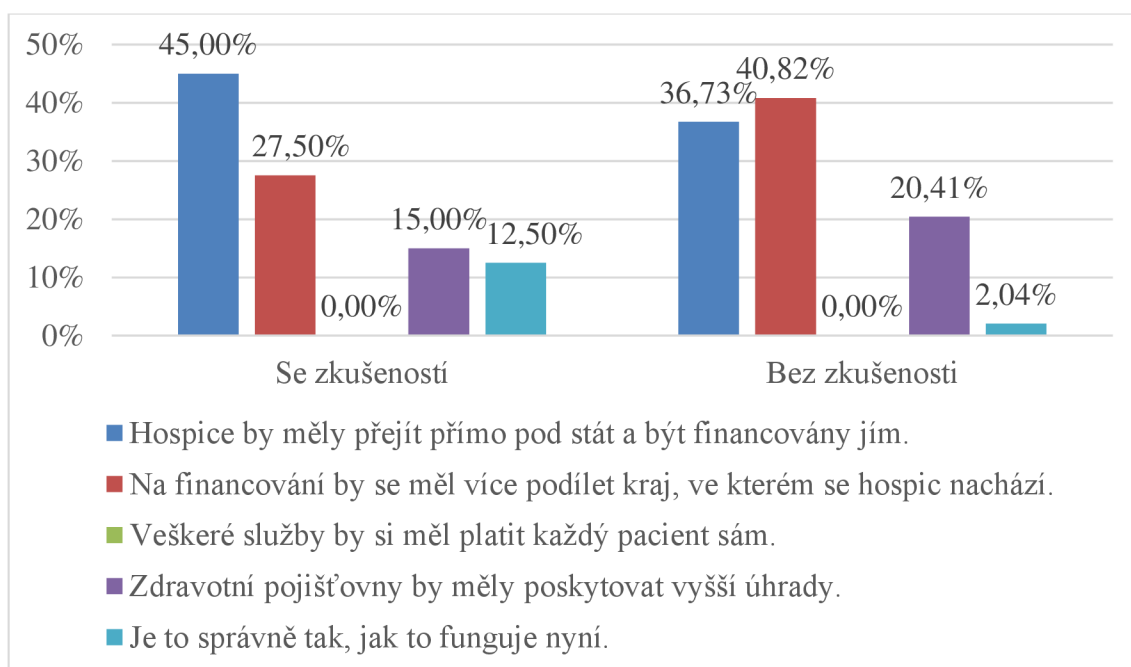


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 32 – Míra souhlasu s myšlenkou hledání významu v nemoci

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 11 (27,50 %) z nich naprosto souhlasí s tím, že je dobré hledat v nemoci nějaký význam. Dále 11 (27,50 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí, 9 (22,50 %) respondentů neví, 8 (20,00 %) respondentů spíše nesouhlasí a 1 (2,50 %) respondent naprosto nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpověděli 2 (4,08 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 18 (36,74 %) respondentů spíše souhlasí, 12 (24,49 %) respondentů neví, 11 (22,45 %) respondentů spíše nesouhlasí a 6 (12,24 %) respondentů naprosto nesouhlasí.

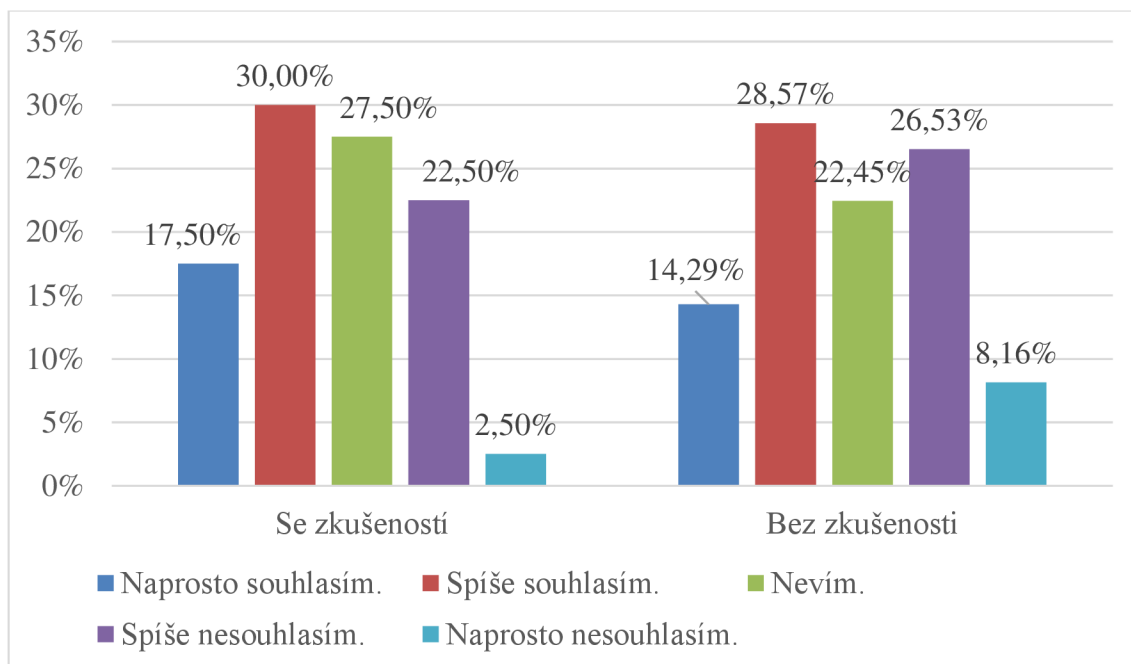


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 33 – Odpovědi respondentů týkající se financování hospicové péče

V otázce, jakým způsobem by měly být hospice financovány, odpovědělo 18 (45,00 %) respondentů se zkušeností s hospicovou péčí, že by hospice měly přejít přímo pod stát a být financovány jím. Dále 11 (27,50 %) respondentů si myslí, že by se na financování měl více podílet kraj, ve kterém se hospic nachází. Poté 6 (15,00 %) respondentů uvádí, že by zdravotní pojišťovny měly poskytovat vyšší úhrady. Nakonec 5 (12,50 %) respondentů souhlasí s tím, že je to správně tak, jak to funguje nyní.

U skupiny respondentů bez zkušenosti s hospicovou péčí odpovědělo 18 (36,73 %) z nich, že by hospice měly přejít přímo pod stát a být financovány jím. Dále 20 (40,82 %) respondentů si myslí, že by se na financování měl více podílet kraj, ve kterém se hospic nachází. Poté 10 (20,41 %) respondentů uvádí, že by zdravotní pojišťovny měly poskytovat vyšší úhrady. Nakonec 1 (2,04 %) respondent souhlasí s tím, že je to správně tak, jak to funguje nyní.

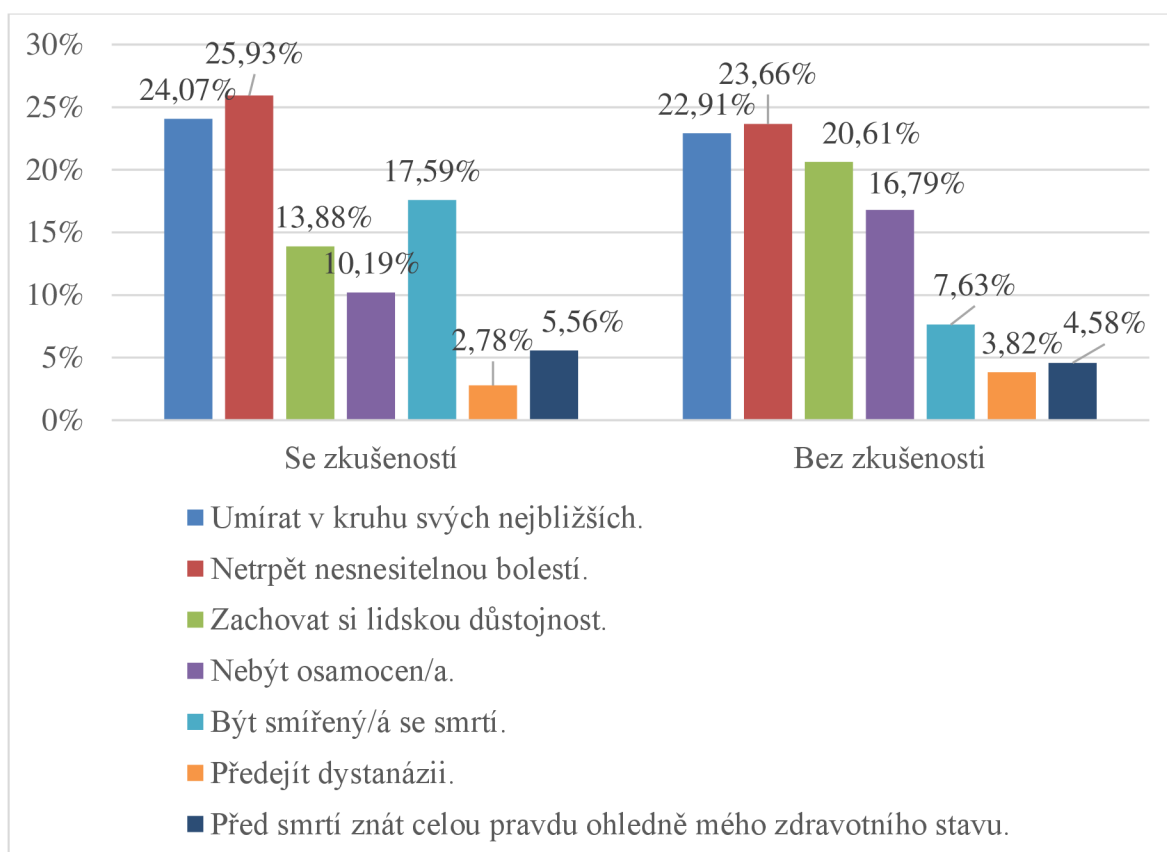


Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 34 – Míra souhlasu s myšlenkou nemožnosti přípravy na smrt

Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 7 (17,50 %) z nich naprosto souhlasí s tím, že být připraven na smrt je nemožné. Dále 12 (30,00 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasí, 11 (27,50 %) respondentů neví, 9 (22,50 %) respondentů spíše nesouhlasí a 1 (2,50 %) respondent naprosto nesouhlasí.

U respondentů bez této zkušenosti odpovědělo 7 (14,29 %) z nich, že s tímto tvrzením naprosto souhlasí, 14 (28,57 %) respondentů spíše souhlasí, 11 (22,45 %) respondentů neví, 13 (26,53 %) respondentů spíše nesouhlasí a 4 (8,16 %) respondenti naprosto nesouhlasí.



Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek 35 – Odpovědi respondentů na otázku, které potřeby by chtěli mít na konci svého života naplněny

V této otázce měli respondenti možnost označit až 3 odpovědi. Ze skupiny respondentů majících zkušenost s hospicem 26 (24,07 %) z nich by si přálo umírat v kruhu svých nejbližších. Dále 28 (25,93 %) respondentů by při umírání nechtělo trpět nesnesitelnou bolestí, 15 (13,88 %) respondentů by si rádo zachovalo lidskou důstojnost, 11 (10,19 %) respondentů nechce být při umírání osamocených. Být smířený/á se smrtí by si přálo 19 (17,59 %) respondentů, 3 (2,78 %) respondenti by se rádi vyvarovali dystanázii a 6 (5,56 %) respondentů si přeje znát celou pravdu ohledně svého zdravotního stavu.

Ze skupiny respondentů bez zkušenosti s hospicem 30 (22,91 %) z nich by si přálo umírat v kruhu svých nejbližších. Dále 31 (23,66 %) respondentů by při umírání nechtělo trpět nesnesitelnou bolestí, 27 (20,61 %) respondentů by si rádo zachovalo lidskou důstojnost, 22 (16,79 %) respondentů nechce být při umírání osamocených. Být smířený/á se smrtí by si přálo 10 (7,63 %) respondentů, 5 (3,82 %) respondentů by se rádi vyvarovalo dystanázii a 6 (4,58 %) respondentů si přeje znát celou pravdu ohledně svého zdravotního stavu.