

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Institut sociálního zdraví

Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci

Mgr. Jitka Kleiberová



**Vybrané postoje části české populace k domácí
hospicové péči**

Diplomová práce

2023

vedoucí práce: Mgr. Ing. Zdeněk Meier, Ph.D.

Prohlášení

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

V Olomouci dne 13. 4. 2023

Mgr. Jitka Kleiberová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Ing. Zdeňku Meierovi, Ph.D., za vedení práce a Mgr. Ing. Václavu Greplovi, Ph.D., za cenné rady, trpělivost, čas a vstřícný přístup v průběhu konzultací. Dále bych chtěla poděkovat dcerám a mamince za podporu během celého studia. V neposlední řadě nemohu opomenout poděkovat všem respondentům za to, že si našli čas na vyplnění dotazníku.

Abstrakt

Název: Vybrané postoje části české veřejnosti k domácí hospicové péči

Domácí hospicová péče je důležitou součástí zdravotnického systému, který se zaměřuje na zlepšení kvality života pacientů s nevyléčitelným onemocněním a jejich rodin. Cílem této práce je zkoumat vybrané postoje části české populace k domácí hospicové péči. A na základě výzkumných zjištění vytvořit podklady pro kvalitnější osvětu o hospicové péči u laické veřejnosti. Metodou výzkumu byla kvantitativní analýza dotazníkového šetření, které se uskutečnilo na části české populace. Výsledky ukázaly, že ženy mají pozitivnější postoj k domácí hospicové péči než muži. Na základě zjištěných skutečností je možné rozšířit objektivnější obraz o možnostech domácí hospicové péče o umírající v jejich domácím prostředí.

Klíčová slova: domácí hospicová péče, postoj, široká veřejnost, hospicová péče

Abstract

Title: Czech population's selected attitudes towards home hospice care

Home hospice care is an important part of the healthcare system, which focuses on improving the quality of life of terminally ill patients and their families. The aim of this work is to examine selected attitudes of part of the Czech population towards home hospice care. And on the basis of research findings, create materials for better education about hospice care among the lay public. The research method was a quantitative analysis of a questionnaire survey, which was carried out on part of the Czech population. The results showed that women have a more positive attitude towards home hospice care than men. On the basis of the established facts, it is possible to expand the true picture of the possibilities of home hospice care for the dying in their home environment.

Key words: home hospice care, attitude, general public, hospice care

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	10
1.1 Stručná historie a poslání hospice.....	10
1.2 Rozdíly mezi domácí hospicovou péčí a lůžkovým hospicem	11
1.3 Rozdíly mezi tradiční nemocniční péčí a hospicovou péčí.....	13
1.4 Jak vypadá pacient vhodný pro domácí hospicovou péči?	14
1.5 Příčiny úmrtí v hospici.....	17
1.6 Financování hospicové péče	18
1.7 Vlastní zkušenost	19
1.8 Cíle domácího hospice – kvalita života, nemocná je celá rodina	21
1.9 Postoje.....	23
2 Metodologie	26
2.1 Fáze výzkumu	27
2.2 Sestavení dotazníku	27
2.3 Etika výzkumu	28
2.4 Elektronické dotazování	28
2.5 Operacionalizace.....	28
2.6 Numerické škálování	29
2.7 Předvýzkum	29
2.8 Průběh výzkumu	30
2.9 Výzkumný soubor.....	30
2.9.1 Pohlaví.....	31
2.9.2 Rodinný stav	32
2.9.3 Vzdělání.....	33
2.9.4 Věk	34

2.9.5	Bydliště.....	36
2.9.6	Zaměstnání	37
2.10	Postoje.....	38
2.10.1	Otázky dotazníkového šetření.....	39
2.10.2	Deskriptivní statistika odpovědí vyjadřující postoje	40
3	Statistické šetření odpovědí.....	44
3.1	Interpretace členění respondentů	44
3.2	Analýza dat	44
4	Diskuze.....	59
5	Závěr	63
6	Seznam literatury	65
7	Seznam použitých tabulek.....	69
8	Seznam použitých grafů	70
9	Přílohy	71

Úvod

Hospicová péče je důležitou a nezbytnou součástí zdravotního systému, která je zaměřená na zlepšení kvality života pacientů s nevléčitelným onemocněním. Domácí hospicová péče umožňuje nemocným lidem zůstat v prostředí, které je jim nejbližší a současně poskytuje odbornou péči a podporu pro celou rodinu. Přesto se stále setkáváme s mýty a negativními postoji vůči této formě služby, které mohou zabránit veřejnosti v jejím využití. Kultura vnímání smrti a umírání je v naší společnosti tabu. V povědomí laické veřejnosti je hospic něco jako odkládací ústav (Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová, 2015, s. 74).

Povědomí široké veřejnosti o hospicové péči se v posledních letech zvyšuje, avšak stále ještě mnoho lidí neví, co všechno hospicová péče zahrnuje, jaké jsou její benefity a pro koho je určena. Hospicová péče není jen o poskytování paliativní péče a léčby symptomů, ale také o psychologické podpoře pacientů a jejich rodin (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 31).

Hospicová péče po profesionálech vyžaduje zkušenosti a praxi, neboť právě oni jsou vystaveni velmi těžkému tématu, kterým je smrt. Jak uvádí Svatošová (2003, s. 17): „*Není pochyb o tom, že tak náročný úkol je schopen splnit jenom ten, kdo se vyrovnal se svou vlastní smrtelností. Ideální je, dokáží-li se na společném cíli shodnout všichni zúčastnění: lékař, rodina pacienta i sám pacient.*“

V kontextu psychoterapie a sociální práce jsou postoje vůči hospicové péči důležitým tématem, protože mohou ovlivnit kvalitu a efektivitu terapeutické a sociální práce s pacienty a jejich rodinami. Je důležité, aby psychoterapeuti a sociální pracovníci byli obeznámeni s touto formou péče a s postoji, které s ní souvisí, aby mohli poskytnout adekvátní podporu a pomoc svým klientům.

S ohledem na výzkumný cíl je v teoretické části představen koncept, ve kterém je na základě dotazníkového šetření zjišťována míra vybraných postojů části české populace k existenci domácí hospicové péči a negativním postojům, které znesnadňují veřejnosti její využití. Pro oslovení co největšího počtu respondentů byly použita elektronická pošta, sociální sítě a mobilní aplikace.

Práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou a výzkumnou. V první části práce jsou představeny teoretické základy hospicové péče. Tato část pojednává o historii, rozdílech mezi hospicovou a nemocniční péčí, nejčastějších příčinách úmrtí hospicových pacientů, zakotvení hospicové péče v legislativě, o financování, cílech hospicové péče a negativních postojů k ní.

V druhé, výzkumné části práce, je uvedena metodologie výzkumu, etika výzkumu, metody použité ke sběru a analýze dat a průběh výzkumu. V závěrečné části jsou prezentovány odpovědi na výzkumné otázky, výsledky výzkumu a je diskutován jejich význam pro praxi.

Cílem této práce je přispět k lepšímu porozumění problematice domácí hospicové péče a negativních postojů, které mohou ovlivňovat rozhodnutí populace k jejímu využití. Osvěta veřejnosti o hospicové péči a lepší informovanost přispěje k jejímu zlepšení a akceptaci. Pomůže klientům a jejich rodinám překonat negativní postoje a strach z této formy péče a pomůže jim lépe porozumět procesu umírání a ztrátě blízkého člověka.

Téma hospicové péče je velice těžké a je opředeno mnoha nejasnostmi a tabu. Z vlastní zkušenosti vím, kolik je negativních postojů ve společnosti, a tak jsme se rozhodla přispět k impulzu, který pomůže eliminovat či výrazně snížit negativní postoje ve společnosti.

1 Teoretická část

1.1 Stručná historie a poslání hospice

Hospicová péče vznikla v 60. letech 20. století v Anglii a postupně se rozšířila do celého světa. V současné době existuje mnoho organizací poskytujících hospicovou a paliativní péči v celosvětovém měřítku.

V České republice stála za zrodem hospicové péče MUDr. Marie Svatošová, která založila první lůžkové zařízení Hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1994. Přesto je hospicová péče stále poměrně novou formou opatrování, která se stále rozvíjí. Hospicová péče v ČR je zajišťována neziskovými organizacemi, které jsou financovány z veřejných zdrojů a darů, a také některými komerčními poskytovateli (Svatošová, Palán, 2019).

Hospicová péče je v rámci Světové zdravotnické organizace (WHO) uznávanou oblastí zdravotnické péče. WHO ji definuje jako *"celistvou péči poskytovanou pacientům s pokročilou, nevléčitelnou nemocí a jejich rodinám, kteří potřebují fyzickou, psychologickou, sociální a duchovní podporu."* V roce 2014 přijala WHO "Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020", který vyzývá ke zlepšení přístupu k hospicové a paliativní péči na celém světě (WHO, 2023).

„Hospicová péče je pro lidi, kteří se blíží konci života. Služby jsou poskytovány týmem zdravotníků, kteří maximalizují komfort pro nevléčitelně nemocné, tím, že snižují bolest a řeší fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby. Pro pomoc rodinám poskytuje hospicová péče také poradenství, odlehčovací péči a praktickou podporu“ (Mayoclinic, 2023).

Hospicová péče je zvláštní typ péče poskytovaný nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stadiu nemoci, a to ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu, nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta (MZČR, 2023).

Jiné zdroje uvádějí definici hospicové péče, jako například Kisvetrová (2018, s. 15) takto: *„Hospicovou péči lze definovat, jako péči, která se zabývá člověkem v jeho*

celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby fyzické, emocionální, sociální i duchovní. Doma, v rámci denní péče, či v hospici se pečuje o osobu, která se nachází na konci svého života, stejně jako o ty, kdo tuto osobu milují.“

Nedílnou součástí hospicové péče je i paliativní péče. WHO ji definuje jako: *„přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních“* (WHO, 2023).

1.2 Rozdíly mezi domácí hospicovou péčí a lůžkovým hospicem

Domácí hospicová péče a lůžkový hospic jsou dvě formy specializované péče poskytované pacientům s nevléčitelnými onemocněními a pacientům v konečných stádiích života. Tyto formy péče mají za cíl zlepšit kvalitu života pacienta v posledních dnech a týdnech a pomoci jim při přechodu na poslední fázi života. Hospicová péče však také pomáhá i rodinám těchto pacientů, aby smrt blízkého člena přijali (Mobilní hospice, 2023).

Domácí hospicová péče je určena pro pacienty, kteří si přejí zůstat v pohodlí svého domova. Tato forma péče zahrnuje návštěvy zdravotnických pracovníků v domácnosti pacienta, kteří poskytují specializovanou péči a podporu, včetně léčebných postupů a analgezie, psychologické podpory pacienta i jeho rodiny. Odborný personál je svým klientům k dispozici 7 dní v týdnu, 24 hodin denně (Asociace hospiců, 2023).

Lůžkový hospic je určen pro pacienty, kteří nemají možnost zůstat v domácím prostředí nebo jejich blízcí nemají odvalu se o pacienta starat doma. Na druhou stranu lůžkový hospic poskytuje zázemí i pro rodinu. Rodinní příslušníci mají možnost zajistit si ubytování v lůžkovém hospici společně s umírajícím. Jedná se převážně o rodiny, které mají obavy, jestli zvládnou péči o umírajícího doma (Svatošová, 2011)

Kvistrová uvádí ve své knize *Péče v závěru života* (2018, s. 15) *„Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) definuje hospic, který tuto péči poskytuje, jako lůžkové zdravotnické zařízení, kde základem léčby je léčba paliativní, poskytovaná pacientovi v pokročilém a konečném stádiu nemoci, u kterého byly vyčerpány možnosti léčebné péče vedoucí k vyléčení. Jejím účelem je zmírňování*

utrpení pacienta a vytvoření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt.“ (ÚZIS ČR 2014, s. 12).

Domácí hospice a lůžkové hospice jsou dva způsoby, jak poskytovat péči o umírající. Zde jsou některé hlavní rozdíly mezi nimi (Svatošová, 2011, s. 129):

Místo poskytování péče:

Domácí hospice poskytují péči o umírající v jejich domově nebo v jiných místech, jako jsou pečovatelské domy, domovy pro seniory atd.

Lůžkové hospice jsou specializovaná zařízení, která poskytují péči o umírající v nemocničním prostředí.

Typy služeb:

Lůžkové hospice poskytují celodenní péči s nepřetržitou lékařskou a ošetrovatelskou podporou, včetně léků, zdravotnických pomůcek, klinických procedur a jiných terapií (Paliativa, 2023).

Domácí hospice poskytují podporu v péči o umírající, včetně ošetrovatelských a psychologických služeb, sociálního poradenství, managementu bolesti a péče (Sieberová, 2016 s. 58).

Rodinná podpora:

V domácím hospici jsou rodinní příslušníci nebo pečovatelé často zapojeni do poskytování péče o umírajícího, což může být pro ně velmi emotivní a náročné.

Na lůžkových hospicích je rodině poskytnuta úleva od celodenní péče o umírajícího, což jim umožňuje více času strávit s umírajícím a zaměřit se na své emocionální potřeby (Lind, Lorem, Nortvedt, Hervej, 2011)

Finanční náklady:

Lůžkové hospice jsou obvykle dražší než domácí hospice, protože zahrnují náklady na nemocniční péči, personál a vybavení (Cesta domů, 2023).

Domácí hospice mohou být finančně dostupnější, ale závisí to na konkrétních podmínkách a pojištění.

Domácí i lůžkový hospic se snaží poskytnout nejen péči a podporu umírajícímu, ale také jeho rodině. Existují různé způsoby, jak hospic může pomoci rodině umírajícího, například.

Většina hospiců nabízí služby poradce pro pozůstalé. Jak uvádí Špatenková (2013, s. 16): „*Pomoc pozůstalým je tedy velmi široká a může zahrnovat nejrůznější aktivity. Pokud vidíme pomoc pozůstalým jako kontinuum, pak na jednom konci spektra může být například soucitně naslouchající přítel a na druhém konci vysoce specializovaní profesionálové s nejrůznějšími psychoterapeutickými výcviky.*“

Domácí hospic i lůžkový hospic poskytuje ošetrovatelskou, lékařskou a psychosociální péči nejenom pacientovi, ale také jeho rodině. Tým domácího hospice i lůžkový hospic je tvořen nejenom lékaři a ošetrovateli, ale také sociálními pracovníky a psychologem, kteří se věnují péči o rodinu a poskytují jí podporu v této těžké situaci.

„Sociální práce i v hospicové péči je schopná pomoci lidem bez ohledu na jejich vyznání, národnost, věk a zdravotní obtíže. Pracovníci jsou školeni v různých vzájemně propojených oborech, které jim umožňují porozumět lidem včetně jejich potřeb, které se pojí se zdravotním stavem klientů hospicové péče“ (Beresford P., 2007, s. 41)

Pokud si rodina přeje, může hospic zajistit duchovní podporu, která zahrnuje modlitbu nebo duchovní poradentství (Svatošová, 2011).

1.3 Rozdíly mezi tradiční nemocniční péčí a hospicovou péčí

Poslední dny pacienta před smrtí se mohou lišit v závislosti na tom, zda se pacient nachází v nemocnici nebo v hospici. Zde jsou některé z hlavních rozdílů:

Prostředí: Nemocnice jsou často velké a sterilní budovy s mnoha lékařskými přístroji a lůžky, ty mohou být pro pacienty, kteří se blíží ke konci života, stresující a dezorientující. Hospice se snaží vytvořit klidnější a pohodlnější prostředí, které klade větší důraz na komfort pacientů a podporu jejich pohody (Umírání, 2023)

Zdravotnický personál: V nemocnici pracuje mnoho zdravotnických pracovníků, kteří jsou zodpovědní za péči o pacienta. V hospici bývá personál více specializovaný na péči o umírající a méně zaměřený na léčbu.

Léčba: V nemocnici se pacientům často podávají léky a provádí se léčebné postupy s cílem prodloužit život nebo zmírnit symptomy. V hospici je důraz kladen na zmírnění bolesti a nepohodlí pacienta (Adam, Vorlíček, Pospíšilová, 2004).

Rodinná podpora: V hospici jsou rodiny obvykle více zapojeny do péče o umírajícího, což umožňuje poskytnout větší emocionální a psychologickou podporu pacientovi. V nemocnici se na rodinu klade méně povinností, ačkoli jsou samozřejmě stále vítány (Svatošová, 2011)

Dostupnost služeb: V nemocnicích jsou obvykle poskytovány různé zdravotnické služby, jako jsou laboratorní testy, rentgenové a CT vyšetření a jiné diagnostické a terapeutické postupy. V hospici jsou k dispozici především služby, které jsou speciálně navrženy pro péči o umírající

Celkově lze říct, že poslední dny pacienta před smrtí se v nemocnici a v hospici mohou lišit v závislosti na zdravotním stavu pacienta a jeho potřebách. Hospicová péče se obecně snaží poskytnout pacientovi a jeho rodině klidnější a pohodlnější prostředí, které se více zaměřuje na jejich pohodu a podporu v emocionální oblasti.

Nemocnice nabízí umírajícímu kvalitní lékařskou péči, ale za současných podmínek není uzpůsobena k naplňování psychických, sociálních ani duchovních potřeb pacienta. „*Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu*“ (Haškovcová, 1992 s. 181).

V dnešní době se člověk nemá kde naučit vzorci chování, které by mohl uplatnit u lůžka umírajícího. Jak uvádí Vorlíček (2004 s. 439): „*Pokud tedy chceme zajistit kvalitní a zároveň příjemné prostředí pro naše umírající, musíme buď přizvat rodinu k podílení se na péči o své blízké, kteří jsou na konci svého života, nebo musíme vrátit umírání zpět do domácího prostředí, ale za podpory profesionálů.*“

1.4 Jak vypadá pacient vhodný pro domácí hospicovou péči?

Domácí hospicová péče je určena pro pacienty, kteří trpí nevléčitelnou nemocí a přibližují se ke konci života. Tato forma péče umožňuje pacientům zůstat v pohodlí svého domova a zachovat si důstojnost, zatímco je poskytována lékařská a paliativní péče (Holtslander, Peacock, Bally, 2019).

Typické diagnózy u pacientů v péči domácího hospice v České republice zahrnují různá onkologická onemocnění, neurodegenerativní choroby (např. Alzheimerova choroba), chronická obstrukční plicní nemoc (COPD), srdeční selhání a selhání ledvin. Tyto diagnózy mohou vést k různým obtížím, jakými jsou bolesti, deprese, úzkost, nevolnost, zvracení a nespavost (Paliativa, 2023).

Úzkost a strach většinou provází nemocného v terminální fázi nemoci. Jak uvádí Kisvetrová (2018, s. 62): *„V domácím prostředí se setkáváme u onkologických terminálně nemocných s úzkostí ze smrti, která je většinou spojována se strachem z přetížení rodinného pečovatele a obavou, že loučení s nejbližšími v době umírání bude obtížné.“*

Pacienti v péči domácího hospice mají obvykle tým odborníků, kteří se o něj starají. Tento tým může zahrnovat lékaře, sestry, psychologa, sociálního pracovníka a další zdravotnické pracovníky. Tým pracuje společně s rodinou pacienta, aby zajistil co nejlepší podmínky pro pacientovu pohodu a kvalitu života v jeho domácím prostředí.

Doba trvání péče v domácím hospici se liší v závislosti na individuální situaci pacienta. Většina pacientů v péči domácího hospice má krátkou dobou přežití, protože jsou v pokročilém stádiu nevléčitelného onemocnění.

Průměrná doba pobytu pacienta v domácím hospici se pohybuje mezi několika týdny a měsíci. Podle statistiky Asociace poskytovatelů domácí péče byla v roce 2020 průměrná doba pobytu pacienta v hospicové péči v České republice 26 dní (Asociace hospice, 2023).

Typický pacient v péči domácího hospice v České republice je zpravidla starší člověk (nad 65 let), který trpí nevléčitelným onemocněním v pokročilém stádiu. Tento pacient se většinou rozhodl pro konzervativní léčbu, která usiluje o co nejlepší kvalitu života a minimalizaci utrpení, a odmítá další agresivní léčbu (Cesta domu, 2023).

Průměrný věk pacienta v péči domácího hospice v České republice se pohybuje okolo 75 let. Tento věk se v posledních letech zvyšuje, protože se zlepšuje zdravotní stav obyvatel a také proto, že se do péče domácího hospice dostávají lidé s nevléčitelnými onemocněními v pokročilém věku (Cesta domů, 2023)

Nejmladší pacient, který byl v péči českého domácího hospice, byl ve věku 18 let. To se stalo v roce 2021, kdy byl pacient přijat do péče domácího hospice v Brně. Jednalo se o pacienta s nevléčitelným onemocněním, který potřeboval specializovanou podporu a péči v jeho domácím prostředí (Asociace hospiců, 2023).

Je však důležité si uvědomit, že věk pacienta není jediným faktorem, který určuje jeho prognózu a potřeby v péči. Každý pacient má svou vlastní zdravotní historii a potřeby, které určují, jaký typ péče a podpory je pro něj nejvhodnější. Z toho důvodu je kladen důraz na individuální přístup a plánování péče v souladu s potřebami konkrétního pacienta a jeho rodiny.

Domácí hospic může poskytovat péči nejen starším pacientům, ale také mladším lidem s nevléčitelným onemocněním, kteří potřebují specializovanou podporu a péči.

V České republice neexistuje oficiální věkový limit pro poskytování hospicové péče, takže věk pacienta není kritériem pro posouzení jeho přijetí do domácího hospice. Zásadním kritériem pro přijetí pacienta do domácího hospice je diagnóza nevléčitelného onemocnění v pokročilém stádiu, potřeba specializované péče a podpory pro minimalizaci utrpení a zajištění kvality života.

Podle statistiky České asociace hospicového a paliativního lékařství byl v roce 2020 v hospicové péči podíl mužů a žen téměř vyrovnaný. Z celkového počtu 8 926 pacientů bylo 4 369 mužů (48,9 %) a 4 557 žen (51,1 %). Nicméně podíl pacientů v hospicové péči může být ovlivněn typem onemocnění, které vede k potřebě této péče, a tím i poměrem výskytu těchto onemocnění u mužů a žen (ÚZIS, 2021)

Pacienti, kteří jsou vhodní pro domácí hospicovou péči, splňují následující kritéria:

Prognóza – Pacient má diagnostikovanou nevléčitelnou nemoc a očekává se, že mu zbývá méně než šest měsíců života (Paliativa, 2023).

Stabilita – Pacient by měl být stabilizovaný a nebyť v akutní fázi nemoci

Doma – Pacient by měl mít domov, kde by mohl být poskytnut adekvátní lékařský a paliativní management (Mobilní hospic, 2023).

Podpora – Pacient by měl mít podporu ze strany rodiny, přátel nebo pečovatele, kteří jsou schopni pomoci s péčí o něj a jsou ochotni komunikovat s poskytovatelem hospicové péče (Svatošová, 2011).

Souhlas – Pacient a jeho rodina musí být ochotni přijmout domácí hospicovou péči a aktivně se podílet na plánování poskytování péče.

1.5 Příčiny úmrtí v hospici

Podle statistiky ÚZIS z roku 2020 vyplývá, že „nejčastější příčinou smrti byly v ČR v roce 2020 i nadále u obou pohlaví nemoci oběhové soustavy. Ty se podílely na celkovém počtu úmrtí 36,5 % u mužů a 43,1 % u žen a zapříčinily v souhrnu více než 51 tisíc případů úmrtí. Druhou nejčastější příčinou jsou již dlouhodobě zhoubné novotvary.“ Na tuto příčinu zemřelo v roce 2020 zhruba 28 tisíc osob, na celkovém počtu úmrtí se podílely 23,4 % u mužů a 19,9 % u žen (ÚZIS, 2021).

V lůžkovém hospici jsou nejčastějšími příčinami úmrtí pacientů onemocnění, která jsou spojena s koncovou fází života, například různé typy rakoviny, onemocnění srdce, dýchací a neurologická onemocnění. Nicméně se přesné procentuální zastoupení těchto onemocnění může lišit v závislosti na konkrétním lůžkovém hospici a populaci pacientů, kterou obsluhuje.

V případě domácí hospicové péče jsou také nejčastějšími příčinami onemocnění zhoubné novotvary (ÚZIS, 2021).

Nejčastější typy onemocnění u onkologických pacientů v hospicové péči jsou různé typy pokročilých nádorových onemocnění. Mezi nejčastější typy nádorových onemocnění, které vedou k potřebě hospicové péče, patří:

Karcinom plic: Jde o jedno z nejčastějších onemocnění, které vede k potřebě hospicové péče. V pokročilém stádiu se pacienti často potýkají s dýchacími obtížemi, bolestí a únavou.

Karcinom prsu: I když díky pokroku v diagnostice a léčbě jsou nyní většinou karcinomy prsu léčitelné, mnoho patientek s tímto onemocněním stále potřebuje hospicovou péči v důsledku pokročilého stadia nebo neúspěšné léčby.

Karcinom pankreatu: Karcinom pankreatu je obvykle diagnostikován v pokročilém stádiu, což znamená, že pacienti se často setkávají s bolestí, nauzeou a zvracením.

Karcinom tlustého střeva a konečníku: Pokročilé nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku může vést k bolesti, únavě, nevolnosti a dalším obtížím, které mohou vyžadovat hospicovou péči.

Karcinom jater: Tento druh karcinomu se obvykle vyskytuje v pokročilém stádiu a může vést k bolesti, nevolnosti, zvracení a dalším obtížím, které mohou vyžadovat hospicovou péči (ÚZIS, 2021).

Je však důležité si uvědomit, že každý pacient má svou vlastní zdravotní historii a potřeby, které ovlivňují, jaký typ péče a podpory je pro něj nejvhodnější. Z toho důvodu je v péči domácího hospice kladen důraz na individuální přístup a plánování péče v souladu s potřebami konkrétního pacienta a jeho rodiny (Cesta domů, 2023).

1.6 Financování hospicové péče

Česká republika je jednou z několika zemí, v nichž je hospitalizace pacientů hrazena ze zdravotního pojištění, což znamená, že cena hospitalizace nezávisí na pacientově schopnosti platit.

V jiných zemích, jako jsou Spojené státy americké, může být cena hospitalizace velmi vysoká a liší se v závislosti na lokalitě, typu péče a dalších faktorech. V tomto případě pacienti obvykle platí za své zdravotní pojištění, které může pokrýt určitou část nákladů na hospitalizaci (Mayoclinic, 2023).

Celkově lze říci, že cena hospitalizace pacienta v nemocnici je velmi variabilní a závisí na mnoha faktorech.

Hospicová péče se může financovat z několika zdrojů:

Zdravotní pojištění – některé zdravotní pojišťovny poskytují financování domácí hospicové péče. Podmínky a rozsah financování se mohou lišit v závislosti na konkrétní zdravotní pojišťovně a jejích podmínkách (MZČR, 2023).

Sociální služby – v některých případech může být domácí hospicová péče hrazena z rozpočtu sociálních služeb.

Dary a dobrovolné příspěvky – některé organizace poskytující hospicovou péči mohou být závislé na dobrovolných příspěvcích od dárců a sponzorů (Asociace hospiců, 2023).

Vlastní finanční prostředky – rodina nebo pacient mohou nést náklady na domácí hospicovou péči z vlastních zdrojů.

Obecně platí, že péče domácího hospice je levnější než hospitalizace pacienta v nemocnici. To je způsobeno mnoha faktory, mezi kterými jsou například nižší náklady na personál a vybavení v domácím prostředí, nižší náklady na léky, diagnostiku a nižší náklady na stravu a ubytování.

Cena hospitalizace pacienta v nemocnici závisí na mnoha faktorech, kterými jsou délka pobytu, závažnost onemocnění, typ a úroveň poskytované péče, geografická oblast a mnoho dalších faktorů (Asociace hospiců, 2023).

Většina pacientů si přeje být léčena v pohodlí svého domova a být obklopena svými blízkými. Hospicová péče také obvykle zahrnuje důkladnou péči o pacienta a jeho rodinu, což může zlepšit celkovou kvalitu života v posledních dnech (Tribune, 2023).

Nicméně je důležité si uvědomit, že cena péče v hospici se může lišit v závislosti na závažnosti pacientova stavu a rozsahu poskytované péče. Některé formy hospicové péče mohou být dražší než jiné. Proto je vždy důležité posoudit individuální potřeby a možnosti pacienta a jeho rodiny, aby bylo rozhodnuto, která forma péče bude nejvhodnější.

1.7 Vlastní zkušenost

Proč jsem se rozhodla psát o domácí hospicové péči? Poprvé jsem se s termínem hospic setkala, když jsem pracovně s kolegyní navštívila Hospic v Chrudimi. Je to nově postavený moderní lůžkový hospic s 27 lůžky a 11 byty.

Tehdy nás celým hospicem provázela vrchní zdravotní sestra. V tu dobu jsem vlastně vůbec nevěděla, o jaké zařízení jde. Pohoršovala jsem se dokonce nad tím, když nám vrchní sestra ukazovala prostory pro kuřáky, a tak jsem se i zeptala: „A vy tady dovolujete pacientům kouřit?“ Odpověď mě úplně zmátla, protože mi vrchní sestra odpověděla, že ano, dovolují. Hlavně, když to pacientům udělá radost.

Cítila jsem se zmatená. Byla to pro mě nová a nepříjemná zkušenost. Postupem času jsem se začala lépe orientovat ve svých pocitech a všimla jsem si atmosféry hospice, lidí okolo mě a jejich starostlivosti o pacienty. Atmosféra v celém hospici byla velmi uklidňující.

Další informace o hospicové péči jsem získala od kolegy, kterému umírala tchýně a jezdili k nim z domácího hospice Duha. Popisoval každodenní návštěvy pracovníc z hospice, které se o tchýni vzorně staraly a pomohly celé rodině v těžkých chvílích, kdy jejich nejbližší osoba umírala.

Další zmínkou o hospicové péči byl rozhovor v rádiu s paní doktorkou Marií Svatošovou zakladatelkou hospicové péče v České republice.

Ale hlavním důvodem k sepsání diplomové práce na téma hospic byl ten, že jsem jeho služeb využila i já, když mi umírala maminka, o kterou jsem se půl roku intenzivně starala.

Že je v místě bydliště hospic, jsem zjistila, když mamince diagnostikovali lékaři karcinom pankreatu bez možnosti léčby. Bylo to v období pandemie covid-19 a byla nejtvrďší plošná karanténa. V té době byla činnost Hospice srdcem přerušena. Fungovala jen telefonická linka. Paní ředitelka mi řekla, že mají pozastavenou činnost, ale že v dubnu zase začnou hospic provozovat. Byl únor.

Naštěstí jsem v začátcích péči o maminku zvládala s pomocí dcer velmi dobře. Kritický moment nastal na konci srpna. Tížilo mě rozhodnutí zavolat sanitku, nebo kontaktovat domácí hospic. Věděla jsem, že jestli přijmou maminku do nemocnice, tak se už domů nevrátí.

Zavolala jsem na linku domácího hospice Srdcem v Kolíně. Ozval se milý hlas a sestřička. Měla jsem tisíce otázek, na které jsem předtím nedostala od lékařů odpověď. Sestřička všechny trpělivě zodpověděla, dávala mně rady, jak s maminkou manipulovat, co koupit, na co se připravit a co očekávat. Vnímala jsem její odbornost a empatii. Navštěvovala naši rodinu skoro celý týden a připravovala nás na odcházení.

Maminka zemřela v neděli doma obklopena celou rodinou. Zavolaná sestřička okamžitě přijela a radila, koho máme volat, jak maminku obléknout a připravit. Byla nesmírnou podporou, díky které jsme celou situaci důstojně zvládli. Smrtí maminky péče domácího hospice neskončila. Za měsíc po pohřbu kontaktovala sestřička naši rodinu a zvala nás na různé akce, které Domácí hospic Srdcem pořádá.

To, že laická veřejnost o této službě nemá povědomí, jsem zjistila při rozhovoru s kamarádem z mládí. Ten se zmínil, že náš společný kamarád má karcinom pankreatu.

Zajímala jsem se o to, jestli zná hospic a jeho služby. Kamarád se vyděsil a odpověděl, že to není zařízení a služba pro kamaráda, ale pro staré dědky. Tento postoj ukazuje na předsudky, které se často vyskytují v souvislosti s hospicovou péčí a negativně ovlivňují povědomí veřejnosti. Kamarád zemřel v nemocnici, ne doma. A to bylo důvodem, kvůli kterému jsem se rozhodla prozkoumat v diplomové práci, jaké negativní postoje zaujímají lidé vůči hospicové péči. Domnívám se, že to bude ještě dlouho trvat, než se informovanost o existenci hospicové péče rozšíří mezi laickou veřejnost.

1.8 Cíle domácího hospice – kvalita života, nemocná je celá rodina

Zdravotnický deník z března 2015 uvádí: „Podle průzkumů veřejného mínění si téměř 85 % české populace přeje zemřít doma. Skutečnost je ale taková, že 80 % nemocných umírá v institucích. Nejvíce se pak lidé v souvislosti s umíráním obávají ztráty důstojnosti, na druhém místě bolesti. Klíčová je komunikace s lékařem“ (Zdravotnický deník, 2015).

Jak vyplývá ze statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, tak v roce 2020 zemřelo doma celkem 23,4 % lidí. Většina lidí, a to 60,35 %, zemřela v nemocnici. Kolik z nich využilo Domácí hospicovou péči ÚZIS neuvádí. Přestože se tato čísla zlepšují, stále neodpovídají přání populace o tom, že chtějí zemřít v domácím prostředí (ÚZIS, 2021)

Tabulka č. 1 uvádí počet žen a mužů podle místa úmrtí.

Tabulka 1 Zemřelí podle místa úmrtí 2020

Místo úmrtí	Absolutně			V %		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Doma	17119	13256	30375	25,7	21,1	23,4
V nemocnici	40857	37251	78108	61,3	59,4	60,35
V léčebném ústavu	450	539	989	0,7	0,9	0,8
Na ulici či veřejném místě	1374	326	1700	2,1	0,5	1,3
Při převozu	426	248	674	0,6	0,4	0,5
V sociálním zařízení	4030	9770	13800	6,1	15,6	10,85
Ostatní	1249	342	1591	1,9	0,6	1,25
Nezjištěno	1094	958	2052	1,6	1,5	1,55
Celkem	66599	62690	129289	100	100	100

Zdroj: ÚZIS ČR 2021

Jedním z hlavních cílů domácího hospice je minimalizovat utrpení pacienta a jeho rodiny a zajistit, aby pacient mohl zemřít v klidu a důstojnosti v prostředí, které si přeje. Tým hospice tedy spolupracuje s rodinou a poskytuje jí odbornou pomoc a podporu při péči o pacienta v domácím prostředí. Jak uvádí i Beresford L. (1993, s. 134): „*Rodina umírajícího se často stává hlavním poskytovatelem péče. Zvládnutí péče o umírajícího člena rodiny může být pro rodinu velmi stresující a emocionálně náročné. Hospicové programy často nabízejí podporu a poradenství pro rodinné příslušníky, aby jim pomohly zvládnout péči o umírajícího a vyrovnat se s jeho smrtí.*“

Je důležité si uvědomit, že hospicová péče není určena jen pro starší lidi, ale i pro dospělé v jakémkoli věku, kteří trpí nevléčitelným onemocněním. Je to přístup k péči o pacienty, jenž se liší od tradičního zdravotnického přístupu, který se zaměřuje na léčení nemocí.

Pacientům poskytuje individuální a celistvou péči a paliativní léčbu, která je zaměřená na kvalitu života v posledních dnech či týdnech (Adam, 2004). Kromě toho domácí hospic poskytuje i poradenství a psychosociální podporu rodině během procesu smutku a smutečních obřadů. Jak uvádí Yalom (2003, s. 129): „*Často je užitečné následovat strach a klidně se ptát na to, co přesně je na smrti děsivé. Mezi odpovědi na otázky obecně patří strach z procesu umírání, obavy o pozůstalé, obavy týkající se posmrtného života a obavy za zániku.*“

V roce 2017 schválila vláda České republiky legislativní zakotvení hospiců do českých norem. „*Cílem je výslovné zakotvení institutu tzv. hospice coby poskytovatele zdravotních služeb nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stádiu nemoci, a to ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta*“ (MZČR, 2017).

V oblasti financí v roce 2018 podalo Ministerstvo práce a sociálních věcí pomocnou ruku domácím hospicům: „*Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) uvolnilo z Operačního programu Zaměstnanost (OPZ) dalších 150 milionů korun. O dotaci z těchto prostředků mohou prostřednictvím Výzvy č. 95 žádat organizace na projekty, které pomáhají lidem s duševním onemocněním, poskytovatelé domácí hospicové péče či tzv. neformální pečovatelé*“ (MPSV, 2018).

1.9 Postoje

V této diplomové práci se zabýváme vybranými negativními postoji, které zaujímá široká veřejnost k hospicové péči. Jak uvádí Hayesová, 2021: „*Mnoho autorů se pokoušelo definovat postoje*“. Fishbein a Ajzen (1975) je například definovali jako „*naučené predispozice k celkové příznivé nebo nepříznivé reakci na daný objekt, osobu či událost*“. Tato definice zdůrazňuje tři rysy postojů: za prvé, že jsou naučené, za druhé, že jsou konzistentní, a za třetí, že se týkají příznivých nebo nepříznivých reakcí. Podle této definice jsou postoje získávány v průběhu běžného sociálního života, tedy částečně z rodiny, kde vyrůstáme, a částečně od lidí, s nimiž se stýkáme.

Jiná definice, která byla předložena v roce 1962 zdůrazňuje, že postoje se týkají i činností nebo jednání. Jejimi autory jsou Krech, Crutchfield a Ballachey a uvádí: „*Postoje jsou stabilní systémy pozitivního nebo negativního hodnocení, emočních pocitů a technik jednání týkajících se sociálních cílů.*“

Další definice zase zdůrazňují, že postoje nás připravují k činnosti. Způsobují, že se častěji chováme určitým způsobem. Osgood, Suci a Tannenbaum v roce 1957 definovali postoje: „*Postoje jsou predispozice k reakci, které se od jiných stavů připravenosti liší hodnotícím charakterem reakce, ke které predisponují.*“ Můžeme říct, že podle této definice se postoje podobají mentálnímu „nastavení“, ale navíc obsahují důležitou hodnotovou složku.

Postoje můžeme popsat pomocí tří dimenzí, z nichž každá přispívá k celku:

- Kognitivní dimenze se týká názoru a myšlenek, které osoba má o předmětu postoje.
- Emocionální dimenze se týká toho, co osoba cítí k předmětu postoje neboli emocí či emocionálních reakcí.
- Konativní nebo behaviorální dimenze se týká sklonu k chování nebo jednání ve vztahu k předmětu postoje (Hayesová, 2021).

Mnoho autorů se zabývá tím, jak se postoje vyvíjejí během života. Například Tajfel (1978) je toho názoru, že sounáležitost se skupinou a sociální identita silně ovlivňuje postoje, které si osvojíme. Členství ve skupinách je důležitou součástí vlastní sebeúcty. Tajfel uvádí, že právě tento mechanismus je podkladem stálých předsudků mezi

sociálními skupinami, v nichž jsou kořeny mnoha postojů v sociální identifikaci. Na druhou stranu Eysenck a Wilson (1975), zastávají názor, že postoje jsou z velké části vrozené, neboť vrozené jsou i některé osobnostní rysy, výčtem například neuroticismus a stabilita, a ty pak tvoří základ postojů. Tato tvrzení jsou založena hlavně na pozorování, že u členů určité rodiny se často objeví podobné rysy a shodné postoje od jedné generace k druhé. (Hayesová, 2021) Výchova dětí z velké části zahrnuje formování jejich postojů.

Stejně jako Hayesová, tak i Hadj-Mousová (2012, s. 96) píše, že: *„postoj je v podstatě hodnocení nějakého objektu. Postoje obsahují kognitivní, emoční a behaviorální aspekt. Kognitivní komponentu tvoří určité přesvědčení, které vůči objektu zastáváme. Emoční komponenta se týká pocitů, které v nás daný objekt vyvolává a behaviorální složka zahrnuje jednání vůči objektu a také úmysl se takto chovat.“*

Postoje úzce souvisí s hodnotami. Většinou přímo vycházejí ze základní hodnotové soustavy člověka. Z ní si také vytváříme morální standardy, podle nichž posuzujeme vlastní chování i chování druhých. (Hadj-Mousová, 2012).

Význam postojů spočívá v tom, že šetří energii, kterou bychom při každém setkání s určitým objektem znovu vynakládali do přemýšlení o tom, jak se k tomuto objektu máme zachovat. (Hadj-Mousová, 2012).

Na postoje mají vliv i sociální role ve společnosti. Muži a ženy se většinou vychovávají v různých sociálních rolích, což může ovlivnit jejich vnímání a chování. Například se tradičně očekává, že ženy budou v péči o nemocné členy rodiny více aktivní a budou v ní emocionálně angažované, zatímco muži se často považují za hlavního poskytovatele finanční podpory a očekává se od nich, že daleko méně přispějí svým dílem v přímé péči o pacienta.

Veřejnost v České republice zaujímá mnoho negativních postojů vůči hospicové péči, jenž jsou stále velmi časté a mohou být založené na mnoha faktorech, včetně nedostatku informací, kulturních rozdílech a náboženství, strachu z nemoci a smrti a dalších. Tyto postoje mohou vést k odmítnutí této formy péče, ke ztrátě důvěry v péči poskytované zdravotnickými pracovníky a mohou také způsobit další stres a úzkost nemocným a jejich rodině. Pochopení negativních postojů k hospicové péči může

pomoci dostatečnému využití této důležité služby a zabránit zbytečnému utrpení pacientů a jejich rodin (Cesta domů, 2023).

Část populace považuje hospicovou péči za službu, která se týká pouze lidí, kteří jsou nevléčitelně nemocní a kteří již žádnou speciální péči nepotřebují. Někteří lidé se mohou obávat, že pokud se rozhodnou pro hospicovou péči, budou opuštěni svými blízkými, což může být dalším faktorem, který brání přístupu k této formě péče (Svatošová, 2011).

Mnoho lidí se obává smrti a bojí se přemýšlet o tom, jakým způsobem by chtěli zemřít. To může vést k negativnímu vnímání hospicové péče, která se primárně zaměřuje na péči o lidi v poslední fázi jejich života. Kisvetrová (2018, s. 62) uvádí: *„Dalším faktorem je strach umírajícího, že v domácím prostředí není možné bolest účinně ovlivnit a že hrozí riziko umírání s nedostatečně tlumenou bolestí.“*

Domácí hospic Cesta domů ve spolupráci s agenturou STEM/MARK provádí výzkum veřejného mínění, který je zaměřený na postoje veřejnosti a lékařů k otázkám souvisejícím se smrtí (Umírání, 2023).

V roce 2011 realizovali výzkum, který se nazýval Smrt a péče o umírající pohledem laické i zdravotnické veřejnosti (Umírání, 2023). Z výzkumu vyplývá, že nejvíce se laická veřejnost obává bolesti, odloučení od blízkých, osamocení, psychického strádání a toho, co bude po smrti. Na otázku: Kde lidé “umírat chtějí“ – nepřijatelnější prostředí, odpovědělo nejvíc respondentů, že v domácím prostředí, vyjma zdravotníků, kteří si zvolili variantu umírání v hospici. Naopak laická veřejnost příliš nerozlišuje mezi nemocnicí, sociálním zařízením a hospicem. Hospic byl podle průzkumu u laické veřejnosti vnímán výrazně hůře než u zdravotníků. Populace často chápala hospic jako mezičlánek mezi Léčebnou pro dlouhodobě nemocné a Domovem pro seniory, nebo jako čekárnu na smrt (Umírání, 2023).

2 Metodologie

V diplomové práci je použita metoda kvantitativního výzkumu. Vstupy pro výzkum jsou získány sběrem dat, prostřednictvím dotazníkového šetření, zaměřeného na zjišťování vybraných postojů respondentů na domácí hospicovou péči.

Hlavní cíle této práce jsou:

- 1) Analyzovat povědomí veřejnosti o hospicové péči.
- 2) Identifikovat negativní postoje, které mohou bránit v poskytování této péče.
- 3) Navrhnout postupy, které by mohly vést k lepšímu porozumění a akceptaci hospicové péče.

Jako problém zvolený ke zkoumání jsme si určili:

V naší společnosti je mnoho negativních postojů k hospicové péči, a proto hodně lidí neuvažuje o tom, že by tuto službu využili pro sebe nebo své blízké.

Pro dosažení těchto cílů se budeme zabývat následující výzkumnou otázkou:

Zda vůbec a jak souvisí sociální, genderové a demografické charakteristiky jednotlivců s přijímáním nebo odmítáním hospicové péče?

Ke splnění tohoto cíle bylo nutno zpracovat tyto dílčí úkoly:

- Nastudování odborné literatury, která se týká hospicové péče, postojů, nejčastějších typů zhoubných novotvarů, financování, legislativy, právního rámce hospicové péče atd.).
- Odborné konzultace v dané problematice. Rozhovory s paní ředitelkou z Hospice Srdcem.
- Sestavení dotazníkového šetření, které měří vybrané postoje veřejnosti k domácí hospicové péči.
- Vytvoření hodnotící škály, podle které respondenti kvantifikují své postoje ohledně hospicové péče.
- Zjistit na základě dotazníkového šetření míru povědomí veřejnosti o existenci domácí hospicové péče a postojů, které brání veřejnosti k jejímu využívání.

- Na základě takto získaných dat a jejich analýzy pomocí statistických metod, prezentovat výsledky výzkumu.
- Navrhnout postup pro zkvalitnění informovanosti o domácí hospicové péči.

Metodika práce popisuje postupy, které byly nutné pro finalizaci dotazníku, jenž byl využit v diplomové práci. Tato kapitola následně uvádí zdroje dat a způsob, jakým byla data vyhodnocena.

2.1 Fáze výzkumu

„Výzkum znamená systematické zkoumání přírodních nebo sociálních jevů s cílem získat poznatky, jež popisují a vysvětlují svět kolem nás.“ (Hendl, 2004, s. 19).

Výzkum se opírá o teoretickou část diplomové práce a řeší negativní postoje české populace, které vyplynuly z nastudovaných zdrojů například: výzkum agentury STEM/MARK pro Domácí hospic Cesta domů (Cesta domů, 2023), z rozhovorů v odborném časopisu Medical Tribune (Tribune, 2023), z rozhovorů s profesionály z domácího hospice a z vlastní zkušenosti.

2.2 Sestavení dotazníku

Pro sběr dat jsme použili dotazníkové šetření. Standardizovaný dotazník by měl splňovat požadavky objektivity, reliability a validity měření. Reliabilita zahrnuje dva pojmy, a to spolehlivost a přesnost měření, tzn. že pokud je měření provedeno za stejných podmínek, měly by se získat stejné nebo velmi podobné výsledky. Pojem validita měření představuje platnost, tzn. že je měřeno opravdu to, co má být měřeno (Hendl, 2004, s. 48).

Pro explanační výzkumy je stanovení objektivity, reliability a validity měření nutnou podmínkou, a proto se k němu vesměs používají standardizované dotazníky s potřebnými psychometrickými vlastnostmi. Pro účely našeho výzkumu, který má explorační charakter nejsou požadavky na standardizaci dotazníky tak vysoké, z toho důvodu byl použit nestandardizovaný dotazník.

K výzkumu jsme použili nestandardizované dotazníky vlastní konstrukce, které byly nejprve podrobeny testování na malém vzorku respondentů, s cílem ověřit srozumitelnost dotazníků pro respondenty. K vlastnímu dotazníku byl připojen průvodní

dopis, ve kterém byli respondenti osloveni a byl jim vysvětlen důvod šetření a k čemu budou získaná data sloužit. Dále následovaly srozumitelné pokyny pro vyplnění. V závěru jsme respondentům poděkovali za čas, který věnovali vyplnění dotazníku a předali kontaktní mail na výzkumníka.

2.3 Etika výzkumu

Vzhledem k tomu, že byl dotazník anonymní, bylo zajištěno, že identitu respondentů nebude možné zjistit a jejich údaje nebudou přiřazeny k žádnému konkrétnímu jednotlivci. Respondenti byli informováni o tom, že jejich účast je dobrovolná a nemusí dotazník vyplnit. Byla dodržena důvěrnost a soukromí respondentů, aby bylo zabráněno neoprávněnému přístupu a zneužití dat.

2.4 Elektronické dotazování

Pro zjišťování postojů veřejnosti k domácí hospicové péči, jsme zvolili metodu elektronického dotazování. Z dostupných možností dotazníkového šetření jsme zvolili elektronickou verzi z několika důvodů. Hlavní z nich byla efektivnost kontaktování respondentů elektronickou cestou pomocí emailové pošty nebo formou sociální sítě a aplikace Messenger nebo pomocí mobilního telefonu s použitím aplikace WhatsApp. Dalším důležitým důvodem pro zvolení této metody byla časová úspora. Nezanedbatelnou položkou je i jednoduchost a přehlednost, která se promítla při vyhodnocování dotazníků.

2.5 Operacionalizace

Dotazník jsme vytvořili na platformě Google Forms, která je uživatelsky přívětivá pro zadavatele i pro respondenty. V dotazníku jsme použili výběrové otázky, které se týkaly pohlaví, zaměstnání, věku, rodinného stavu a velikosti bydliště. Zde si respondent zvolil pouze jednu odpověď. Tyto identifikační otázky umožnily rozdělit soubor do jednotlivých kategorií, aby bylo snadnější, přehlednější a rozmanitější prezentování výsledků.

Úvodní elektronická zpráva, která předcházela samotnému dotazníku, seznámila respondenty s cílem výzkumu a poté jim vysvětlila instrukce k vyplňování dotazníku.

Hlavní část dotazníku se skládala ze dvou částí. V první části jsme zjišťovali údaje o respondentech a v druhé části jejich postoje k domácí hospicové péči. Dotazník byl anonymní.

2.6 Numerické škálování

K hodnocení jednotlivých postojů jsme zvolili metodu číselného škálování. Tyto otázky byly zaměřené na zjištění postojů respondentů k domácí hospicové péči, kde si respondent zvolil jednu odpověď z Likertovy škály. Likertova škála je jednou z nejspolehlivějších technik měření postojů. (Likert, 1932). Skládá se z výroků, u kterých je vždy pětibodová škála sahající od „zcela souhlasím“ přes „nevím“, což je střední bod škály, až po „zcela nesouhlasím“ na opačném konci. Postup, který Rensis Likert vytvořil pro získávání výroku a pro dosažení vyrovnanosti škály, zahrnuje několik stadií, jejichž účelem je zajistit, aby škála opravdu zahrnovala celé rozpětí možných názorů a myšlenek. Protože Likertova škála zjišťuje nejen obsah postoje, ale i jeho přibližnou sílu, stala se z ní velmi užitečná pomůcka pro výzkum postojů (Hayesová, 2021).

Likertova škála je psychometrická měřicí metoda používaná k získání kvantitativních dat o postojích, názorech nebo hodnoceních lidí. Tato škála se skládá z řady tvrzení nebo otázek, ke kterým respondenti vyjadřují svůj stupeň souhlasu nebo nesouhlasu pomocí pěti nebo sedmibodové škály.

Typicky se používá v oblasti sociálních věd, kterými je psychologie, sociologie nebo politologie, ale také se často využívá v průzkumech trhu, výzkumech zákazníků a v dalších oborech, které se zabývají hodnocením názorů a postojů lidí.

Likertova škála byla vybrána proto, že může měřit různé stupně postojů a názorů. Každá otázka měla možnost výběru z pěti možných odpovědí. Odpovědi byly složeny ze dvou úrovní souhlasu, dvou úrovní nesouhlasu a jednou neutrální odpovědí „nevím“ (Sociologická encyklopedie, 2020).

2.7 Předvýzkum

Dalším krokem byl předvýzkum, což byl zmenšený prototyp výzkumu, kdy jsme si chtěli ověřit, zda jsou otázky v dotazníku srozumitelné a jasné pro respondenty.

Předvýzkum byl proveden na menší skupině jedinců z okruhu naší rodiny a přátel. Dotazník jsme rozeslali 12 respondentům s žádostí o zpětnou vazbu. Provedením předvýzkumu jsme se snažili eliminovat chyby, které by se projevily při vlastním výzkumu. Podle zpětné vazby od respondentů byla jedna otázka přeformulována. Viz odstavec „Otázky str. 39.“

2.8 Průběh výzkumu

Vlastní výzkum probíhal od 15. 2. do 12. 3. 2023.

Nejprve jsme dotazník rozeslali náhodně, okruhu přátel, s prosbou o vyplnění dotazníku a další distribucí. Při prvním sběru jsme zjistili, že mezi respondenty převažují ženy, a tak další distribuce byla cílena převážně na muže. Tuto skupinu se nám podařilo zcela vyvážit. Do dotazníkového šetření se zapojilo celkem 268 respondentů. 6 dotazníků jsme museli vyřadit, protože u nich chyběla jedna nevyplněná položka a jeden dotazník se vrátil nevyplněný.

2.9 Výzkumný soubor

Po očištění představoval výzkumný soubor celkem 262 respondentů, kteří byli osloveni buď prostřednictvím elektronické pošty nebo přes sociální sítě.

V tabulce č. 2 je počet odpovědí na jednotlivé otázky týkajících se respondentů:

Tabulka 2 Rozdělení respondentů

	Jste?	Bydlíte?	Vzdělání	Věk	Bydliště	Zaměstnání
Valid	262	262	262	262	262	262
Missing	0	0	0	0	0	0

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Dotazník jsme rozdělili na dvě části.

V první části dotazníku výzkumný soubor představoval následující kategorie rozdělené podle: pohlaví, rodinného stavu, vzdělání, věku, bydliště a zaměstnání.

Ve druhé části bylo šest otázek, které byly zaměřené na postoje respondentů k domácí hospicové péči. Tyto otázky korespondovali s vybranými postoji, které veřejnost může zaujímat k domácí hospicové péči. Seznam otázek je na straně 39.

2.9.1 Pohlaví

Z celkového počtu 262 respondentů bylo 131 mužů a 131 žen, jak je patrné z tabulky č. 3 níže.

Tabulka 3 Pohlaví

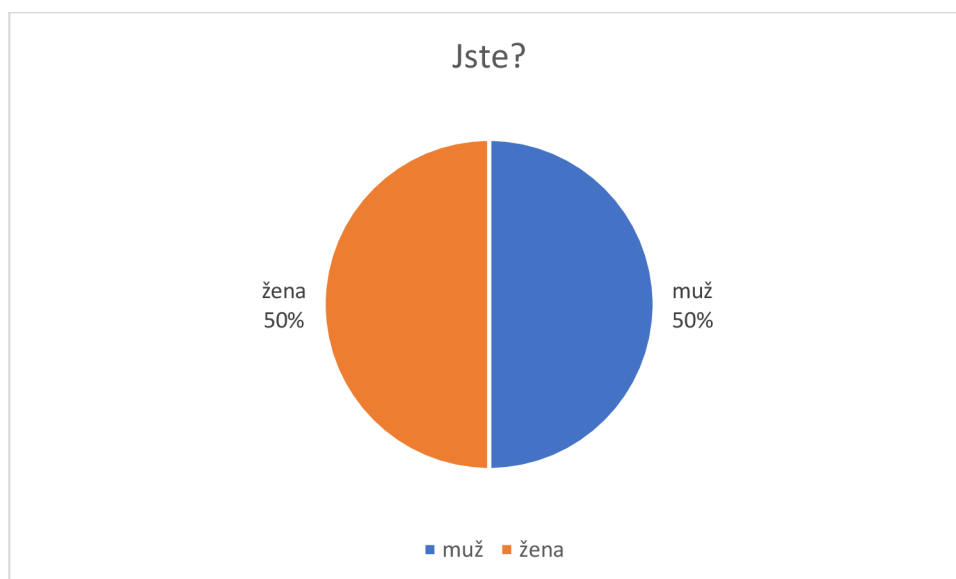
Jste?				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
muž	131	50	50	50
žena	131	50	50	100
Total	262	100	100	

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Graf č. 1 níže vyobrazuje celkové rozložení respondentů podle pohlaví:

Graf 1 Pohlaví



Zdroj: vlastní

2.9.2 Rodinný stav

Otázka na rodinný stav byla v dotazníku položena slovem „bydlíte?“. Respondenti měli možnost výběru z následujících možností. Bydlíte s partnerem a dětmi, s partnerem, s rodiči, s dětmi, sám/sama, anebo s někým jiným.

K zřehlednění celkových údajů o rodinném stavu respondentů si lze výsledky prohlédnout i níže, v tabulce č. 4:

Tabulka 4 Rodinný stav

Bydlíte?				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
s dětmi	10	3,8	3,8	3,8
s někým jiným	17	6,5	6,5	10,3
s partnerem	62	23,7	23,7	34
s partnerem a dětmi	101	38,5	38,5	72,5
s rodiči	40	15,3	15,3	87,8
sám/sama	32	12,2	12,2	100
Total	262	100	100	

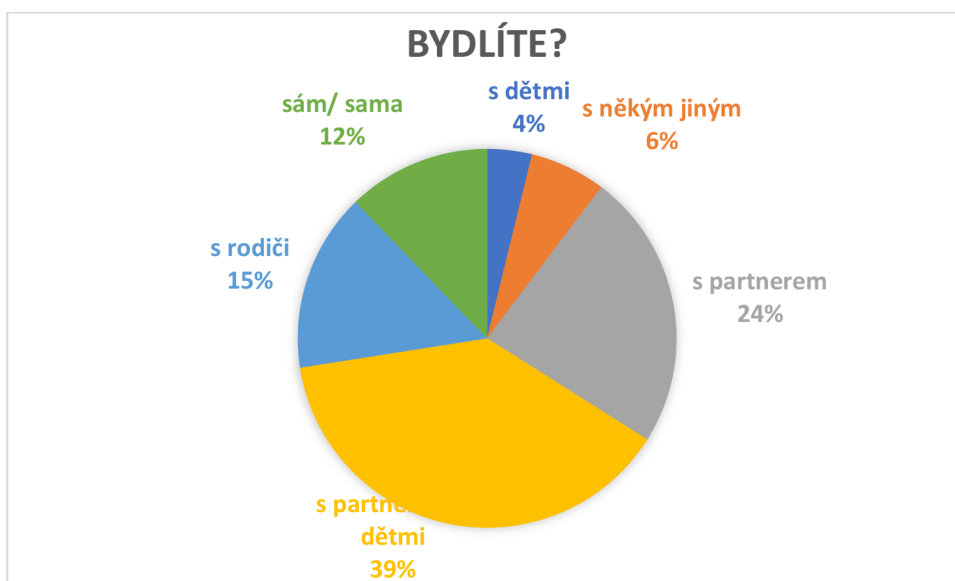
Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Z dotazníku vyplynulo, že nejvíce respondentů bydlí s partnerem a s dětmi, a to 38,5 %, s partnerem 23,7 %, s rodiči 15,3 %, s sám/sama 12,2 %, s někým jiným 6,5 %, s dětmi 3,8 %.

Graf č. 2 níže vyobrazuje celkové rozložení respondentů podle rodinného stavu:

Graf 2 Rodinný stav



Zdroj: vlastní

2.9.3 Vzdělání

Další otázka se týkala vzdělání respondentů. Zde byl výběr ze tří možností, kterými bylo vzdělání základní, středoškolské a vysokoškolské. Rozložení odpovědí nám ukazuje tabulka č. 5 níže.

Tabulka 5 Vzdělání

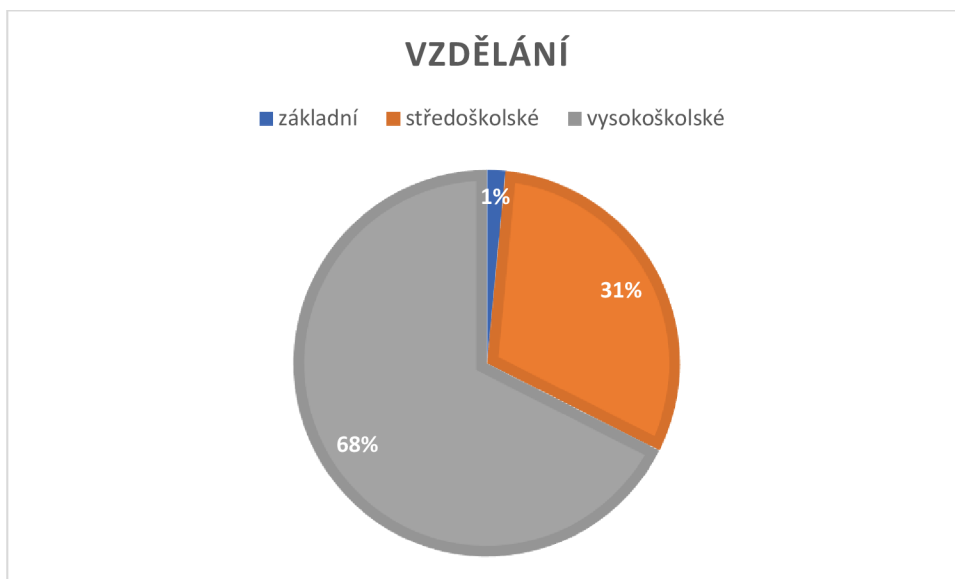
Nejvyšší dosažené vzdělání				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
středoškolské	81	30,9	30,9	30,9
vysokoškolské	177	67,7	67,7	98,5
základní	4	1,5	1,5	100
Total	262	100	100	

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Nejvíce respondentů mělo vysokoškolské vzdělání, a to 67,6 %, následovalo středoškolské vzdělání 30,9 % a základní 1,5 %. Při případném dalším rozšíření výzkumu jsme si vědomi nerovnoměrného rozložení respondentů, co se týká vzdělání. A budeme se tomuto tématu věnovat v kapitole Diskuze limity výzkumu na straně 62.

Graf 3 Vzdělání



Zdroj: vlastní

2.9.4 Věk

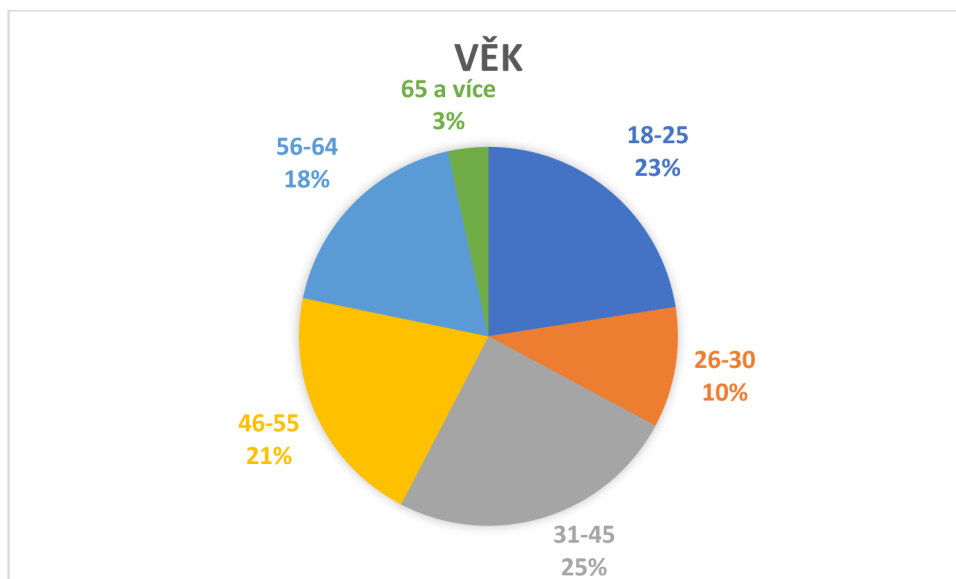
Škálu věkového rozmezí jsme nakombinovali dle vývojových etap dospělého člověka podle dělení Světové zdravotnické organizace (WHO, též SZO), kde se doporučuje u dospělosti členění:

- období plné dospělosti 18–30 let.
- období mladého věku 30–45 let
- období středního věku 45–60 let.
- období stárnutí 60–75 let.

A Erika Eriksona, (The Stages of Psychosocial Development According to Erik H. Erikson), který dělí dospělost na ranou dospělost, které přiřazuje věk 20–25 let, střední dospělost 26–64 let a pozdní dospělost nad 65 let. Interval střední dospělosti představuje dlouhé časové období, ve kterém mohou mít lidé rozdílné postoje, a proto jsme rozdělili toto období dle WHO.

Graf č. 4 níže vyobrazuje celkové rozložení respondentů podle věku:

Graf 4 Věkové rozdělení



Zdroj: vlastní

Jak je patrné z koláčového grafu, podařilo se nám rovnoměrně oslovit respondenty napříč věkovým pásmem.

Tabulka č. 6 znázorňuje věkové rozložení respondentů.

Tabulka 6 Věkové rozložení

Věk	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
18-25	59	22,5	22,5	22,5
26-30	27	10,3	10,3	32,8
31-45	65	24,8	24,8	57,6
46-55	54	20,6	20,6	78,2
56-64	48	18,3	18,3	96,6
64 a více	9	3,4	3,4	100
Total	262	100	100	

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Nejpočetnější skupina respondentů byla ve věku 31 až 45 let, a to 24,8 %, poté následovala skupina 18 až 25 let – 22,5 %, dále byla skupina 46 až 55 let – 20,6 %, věková skupina 56 až 64 let byla zastoupena 18,3 %, ve věku 26 až 30 let odpovědělo 10,3 % respondentů a nejméně zastoupená skupina byla ve věku 65 a více, která

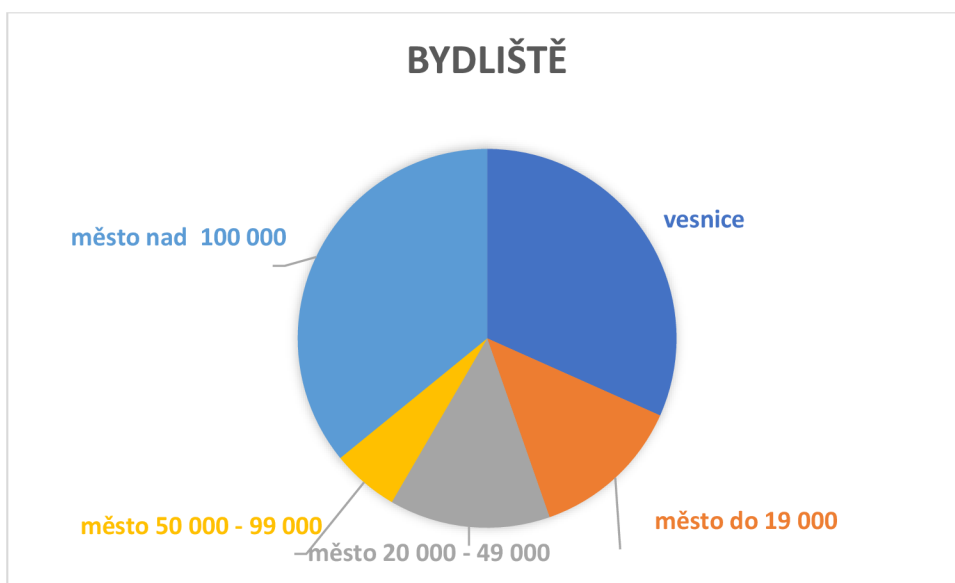
představovala 3,4 %. Jsme si vědomi, že v této věkové kategorii mohl být problém s formou dotazníkového šetření, protože mobilní aplikace a sociální sítě nejsou natolik rozšířené mezi staršími lidmi.

2.9.5 Bydliště

Při rozdělení škály podle bydliště jsme použili údaje Českého statistického úřadu a jeho Sčítání obyvatel z roku 2021 a rozdělili jsme města následovně. Vesnice, město do 19 000 obyvatel, město od 20 000 do 49 000 obyvatel, město od 50 000 do 99 000 obyvatel a město nad 100 000 obyvatel. Jak uvádí Pospěch (2021, s. 116): „V České republice, stejně jako v celé Evropě, žijí ve městech přibližně tři čtvrtiny lidí.“ A dále uvádí (2021, s. 35): „Pro Českou republiku je na rozdíl od Slovenska či Polska typická vysoká míra urbanizace a vysoká hustota sídel. Jinak řečeno, český venkov je z velké části poměštěn.“

Graf č. 5 níže, vyobrazuje celkové rozložení respondentů, podle bydliště:

Graf 5 Bydliště



Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Největší počet respondentů bydlí ve velkých městech nad 100 000 obyvatel – 35,9 %, na druhém místě byli obyvatelé vesnic – 31,7 %, poté následovala města s 20 000 až

49 000 obyvateli – 13,7 %, skoro stejný počet respondentů bydlí v menších městech do 19 000 obyvatel – 13,0 % a nejméně ve městech od 50 000 do 99 000 obyvatel – 5,7 %.

Tabulka č. 7 níže vyobrazuje celkové rozložení respondentů podle bydliště.

Tabulka 7 Bydliště

Bydliště				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
vesnice	83	31,7	31,7	31,7
do 19 000 obyvatel	34	13	13	44,7
20 000-49 000 obyvatel	36	13,7	13,7	58,4
50 000-99 000 obyvatel	15	5,7	5,7	64,1
nad 100 000 obyvatel	94	35,9	35,9	100
Total	262	100	100	

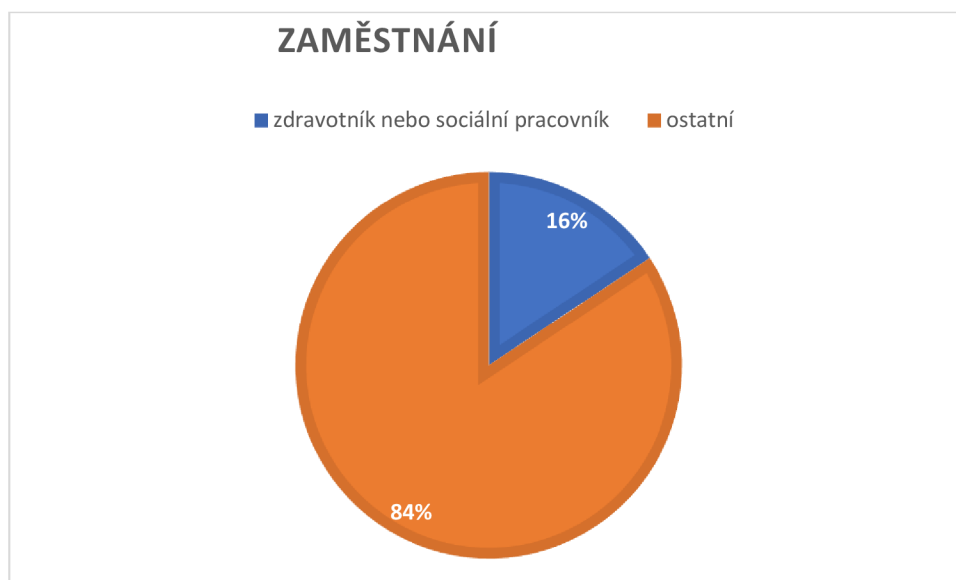
Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

2.9.6 Zaměstnání

Graf č. 6 níže vyobrazuje celkové rozložení respondentů podle zaměstnání:

Graf 6 Zaměstnání



Zdroj: vlastní

U poslední výběrové otázky jsme zvolili pouze dvě možnosti odpovědi. Jedna kolonka obsahovala dvě povolání dohromady, a to zdravotník a sociální pracovník, a druhá kolonka ostatní. Další členění podle profesí by podle nás nemělo na výzkum velký dopad. Výzkum absolvovalo 15,6 % zdravotníků a sociálních pracovníků a ostatních 84,4 %, což je vyobrazeno v tabulce č. 8 níže:

Tabulka 8 Zaměstnání

Zaměstnání				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
ostatní	221	221	84,4	84,4
zdravotník nebo sociální pracovník	41	41	15,6	100
Total	262	100	100	

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

2.10 Postoje

V druhé části dotazníku výzkumný soubor představoval následující kategorie otázek, které se týkaly měření negativních postojů u jednotlivých respondentů rozdělené do šesti otázek. Každá otázka korespondovala s jedním negativním postojem. K vybrání těchto konkrétních postojů jsme vycházeli z několika zdrojů, například z výzkumu společnost STEM/MARK z roku 2011, dále z literatury Kisvetrová (2018), z rozhovorů s profesionály z domácího hospice a v neposlední řadě z vlastní zkušenosti.

- Domácí hospicová péče je určena jen pro staré pacienty.
- V nemocnici se o pacienta lépe postarají než doma za pomoci domácí hospicové péče.
- Domácí hospicová péče se věnuje jen umírajícím pacientům, a ne těm, kteří o ně pečují.
- Domácí hospicová péče neumí tišit bolest, v nemocnici to umí lépe.
- Domácí hospicová péče je drahá.

- Pečující se nedokážou postarat o umírajícího v poslední fázi doma, a to ani s přispěním domácí hospicové péče.

2.10.1 Otázky dotazníkového šetření

- Domácí hospicová péče není určena pro mladé pacienty.
- Pro onkologické pacienty je vhodnější nemocniční péče než péče domácího hospice.
- Domácí hospicová péče pečuje jen o umírajícího pacienta, a ne o jeho pečující.
- Pacient bude mít v nemocnici menší bolesti než v péči domácího hospice.
- Domácí hospicová péče je dražší než nemocniční péče a může si ji dovolit jen movitá rodina.
- Pro pečující je lepší, když umírající zemře v nemocnici.

Po testování dotazníku ve fázi předvýzkumu jsme upravili pátou otázku, která byla nejdříve formulována z původní otázky „*Hospicová péče je drahá a může si ji dovolit jen movitá rodina*“ na otázku „*Domácí hospicová péče je dražší než nemocniční péče a může si ji dovolit jen movitá rodina.*“ Zde se dva respondenti vyjádřili, že je nutné specifikovat, co znamená slovo drahá, proto jsme tuto otázku upravili.

V tabulce č. 9 je počet odpovědí na jednotlivé otázky týkající se postojů.

Tabulka 9 Kolik odpovědělo respondentů na otázky

	1. Domácí hospicová péče není určena pro mladé pacienty	2. Pro onkologické pacienty je vhodnější nemocniční péče než péče domácího hospice	3. Domácí hospicová péče pečuje jen o umírajícího pacienta, a ne o jeho pečující	4. Pacient bude mít v nemocnici menší bolesti než v péči domácího hospice	5. Domácí hospicová péče je dražší než nemocniční péče a může si ji dovolit jen movitá rodina	6. Pro pečující je jednodušší, když umírající zemře v nemocnici
Valid	262	262	262	262	262	262
Missing	0	0	0	0	0	0

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Těchto šest otázek hodnotili respondenti pomocí Likrtovy škály, která se skládala z výběru pěti odpovědí. Odpovědi byly od „zásadně souhlasím“, „spíše souhlasím“, „nevím“, „spíše nesouhlasím“ až po odpověď „zásadně nesouhlasím“.

2.10.2 Deskriptivní statistika odpovědí vyjadřující postoje

Na otázku: „*Domácí hospicová péče není určena pro mladé pacienty.*“ Jsou odpovědi patrné z tabulky č. 10 níže.

Tabulka 10 Vyhodnocení otázky č. 1

1. Domácí hospicová péče není určena pro mladé pacienty				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
nevím	36	13,7	13,7	13,7
spíše nesouhlasím	93	35,5	35,5	49,2
spíše souhlasím	21	8	8	57,3
zásadně nesouhlasím	104	39,7	39,7	96,9
zásadně souhlasím	8	3,1	3,1	100
Total	262	100	100	

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Největší počet respondentů vybral odpověď „zásadně nesouhlasím“, a to 39,7 % respondentů. Nejméně respondentů vybralo odpověď „zásadně souhlasím“ a to 3,1 %.

Tabulka č. 11 udává rozložení odpovědí na otázku: „*Pro onkologické pacienty je vhodnější nemocniční péče než péče domácího hospice.*“

Tabulka 11 Vyhodnocení otázky č. 2

2. Pro onkologické pacienty je vhodnější nemocniční péče než péče domácího hospice				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
nevím	47	17,9	17,9	17,9
spíše nesouhlasím	132	50,4	50,4	68,3
spíše souhlasím	25	9,5	9,5	77,9
zásadně nesouhlasím	50	19,1	19,1	96,9
zásadně souhlasím	8	3,1	3,1	100
Total	262	100	100	

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Největší počet respondentů vybral odpověď „spíše nesouhlasím“, a to 50,4 % respondentů. Nejméně respondentů vybralo odpověď „zásadně souhlasím“, a to 3,1 %.

V tabulce č. 12 je rozložení odpovědí k otázce: „*Domácí hospicová péče pečuje jen o umírajícího pacienta, a ne o jeho pečující.*“

Tabulka 12 Vyhodnocení otázky č. 3

3. Domácí hospicová péče pečuje jen o umírajícího pacienta, a ne o jeho pečující				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
nevím	56	21,4	21,4	21,4
spíše nesouhlasím	91	34,7	34,7	56,1
spíše souhlasím	54	20,6	20,6	76,7
zásadně nesouhlasím	47	17,9	17,9	94,7
zásadně souhlasím	14	5,3	5,3	100
Total	262	100	100	

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Největší počet respondentů vybral odpověď „spíše nesouhlasím“, a to 34,7 % respondentů. Nejméně respondentů vybralo odpověď „zásadně souhlasím“, a to 5,3 %.

V tabulce č. 13 je rozložení odpovědí k otázce: „*Pacient bude mít v nemocnici menší bolesti než v péči domácího hospice.*“

Tabulka 13 Vyhodnocení otázky č. 4

4. Pacient bude mít v nemocnici menší bolesti než v péči domácího hospice				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
nevím	56	56	21,4	21,4
spíše nesouhlasím	100	100	38,2	59,5
spíše souhlasím	25	25	9,5	69,1
zásadně nesouhlasím	76	76	29	98,1
zásadně souhlasím	5	5	1,9	100
Total	262	100	100	

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Největší počet respondentů vybral odpověď „spíše nesouhlasím“, a to 38,2 % respondentů. Nejméně respondentů vybralo odpověď „zásadně souhlasím“, a to 1,9 %.

V tabulce č. 14 je rozložení odpovědí k otázce: „*Domácí hospicová péče je dražší než nemocniční péče a může si ji dovolit jen movitá rodina.*“

Tabulka 14 Vyhodnocení otázky č. 5

5. Domácí hospicová péče je dražší než nemocniční péče a může si ji dovolit jen movitá rodina				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
nevím	99	37,8	37,8	37,8
spíše nesouhlasím	73	27,9	27,9	65,6
spíše souhlasím	48	18,3	18,3	84
zásadně nesouhlasím	36	13,7	13,7	97,7
zásadně souhlasím	6	2,3	2,3	100
Total	262	100	100	

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Největší počet respondentů vybral odpověď „spíše nevím“, a to 37,8 % respondentů. Nejméně respondentů vybralo odpověď „zásadně souhlasím“, a to 2,3 %.

V tabulce č. 15 je rozložení odpovědí k otázce: „*Pro pečující je lepší, když umírající zemře v nemocnici.*“

Tabulka 15 Vyhodnocení otázky č. 6

6. Pro pečující je jednodušší, když umírající zemře v nemocnici				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative percent
nevím	48	18,3	18,3	18,3
spíše nesouhlasím	92	35,1	35,1	53,4
spíše souhlasím	51	19,5	19,5	72,9
zásadně nesouhlasím	64	24,4	24,4	7,3
zásadně souhlasím	7	2,7	2,7	100
Total	262	100	100	

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Největší počet respondentů vybral odpověď „spíše nesouhlasím“, a to 35,1 % respondentů. Nejméně respondentů vybralo odpověď „zásadně souhlasím“, a to 2,7 %.

3 Statistické šetření odpovědí

V této kapitole budeme interpretovat výsledky našeho výzkumu, který se zabývá vybranými postoji části populace k domácí hospicové péči. První část se zabývá šesti vybranými postoji a hodnocením mužů a žen. Druhá část se zabývá šesti postoji a jejich zkoumáním vzhledem k věku respondentů.

3.1 Interpretace členění respondentů

Zkoumaný výzkumný soubor, jak je uvedeno v metodické části diplomové práce, zahrnoval 268 respondentů, kteří byli osloveni přes mobilní telefon nebo internet. Hlavní distribuční síť byla aplikace WhatsApp, dále Messenger a email. Řádně vyplněných dotazníků, které byly zařazeny do výzkumu bylo 262. To představuje 97,76 % úspěšnost. V této kapitole je přehledně a detailně popsáno zastoupení jednotlivých respondentů.

3.2 Analýza dat

Hlavní cíl analýzy dat, která jsme získali z tohoto výzkumu, bylo zjistit, jaké postoje zaujímá česká populace k domácí hospicové péči. Tento cíl výzkumu byl zpracován a následně prezentován v grafech a tabulkách v programu MS Excel a pro statistické výpočty byl použit program IBM SPSS Statistics 20.

K analýze dat jsme použili dvě statistické metody. Jako první jsme pracovali se statistickou metodou T-test. T-test je statistická metoda, která se používá k testování, abychom zjistili, zda jsou dvě střední hodnoty od sebe významně odlišné. T-test se používá zejména v případech, kdy máme dva soubory dat a zjišťujeme, jestli jsou tyto soubory statisticky významně odlišné, a to vzhledem k jejich průměrům. Hendl uvádí (2004, s. 215): „*Takto konstruovaný t-test pro párová data se nazývá obvykle párový t-test.*“ V našem výzkumu jsme porovnávaly dvě skupiny respondentů, a to muže a ženy, jako dva na sobě nezávislé vzorky, protože data pro dvě pohlaví jsou nezávislá, a jejich postoje k hospicové péči. T-test jsme zvolili z toho důvodu, že je to velmi jednoduchý nástroj pro statistické testování, který se používá v mnoha oblastech, mimo jiné i v psychologii.

V druhém případě, kdy jsme porovnávali více než dva soubory, jsme použili statistickou metodu ANOVA. ANOVA, která se používá zejména v případech, kdy máme více než dvě skupiny dat a chceme zjistit, zda existuje významný rozdíl mezi jejich průměry. Jak uvádí Hendl (2004, s. 339): „Analýzu rozptylu při jednoduchém třídění (one-way ANOVA) analyzujeme difference průměrů sledované závisle proměnné mezi skupinami, které jsou určeny jednou kategoriální nezávisle proměnnou.“

Porovnávali jsme muže a ženy, zda se jejich postoje liší i vzhledem k věku, což ANOVA splňovala, protože nám umožnila zjistit, jestli jsou rozdíly mezi průměry souborů dat významné nebo náhodnou odchylkou. Měřili jsme rozdíly v negativních postojích o domácí hospicové péči mezi muži a ženami, staršími a mladšími. ANOVA nám umožnila zjistit, zda jsou rozdíly mezi skupinami (muži vs. ženy a starší vs. mladší) statisticky významné. ANOVA se často používá v oblastech jako je biologie i psychologie.

Tabulka č. 16 obsahuje statistiku skupin ženy, muži v jednotlivých postojích.

Tabulka 16 Statistika skupin (ženy a muži)

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
1. Domácí hospicová péče není určena pro mladé pacienty	žena	131,000	1,702	0,942	0,082
	muž	131,000	2,282	1,104	0,096
2. Pro onkologické pacienty je vhodnější nemocniční péče než péče domácího hospice	žena	131,000	2,099	0,943	0,082
	muž	131,000	2,443	0,986	0,086
3. Domácí hospicová péče pečuje jen o umírajícího pacienta, a ne o jeho pečující	žena	131,000	2,214	1,060	0,093
	muž	131,000	3,000	1,116	0,098
4. Pacient bude mít v nemocnici menší bolesti než v péči domácího hospice	žena	131,000	1,916	0,985	0,086
	muž	131,000	2,427	0,985	0,086
5. Domácí hospicová péče je dražší než nemocniční péče a může si ji dovolit jen movitá rodina	žena	131,000	2,611	0,973	0,085
	muž	131,000	2,740	1,027	0,090
6. Pro pečující je jednodušší, když umírající zemře v nemocnici	žena	131,000	2,145	1,096	0,096
	muž	131,000	2,672	1,112	0,097
postoje_celkem	žena	131,000	12,687	3,907	0,341
	muž	131,000	15,565	3,619	0,316

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Tabulka č. 16 Statistika skupin poskytuje údaj o velikosti vzorků (N), průměrech (mean), směrodatných odchylkách v jednotlivých skupinách „krátká praxe“ a „dlouhá praxe“. Můžeme vidět, že v tomto vzorku jsou stejné velikosti skupin 131 a 131; s ohledem na to, že se jedná o deskriptivní a explorační studii, je to postačující. Můžeme pozorovat, že jsou různé průměry ve všech sedmi typech postojů. Základní otázka, která nás zajímá je, zda se rozdíly mezi průměry od sebe významně liší, nebo zda jsou zjištěné rozdíly nahodilé. To je přesně to, co test nezávislých vzorků t-test posoudí.

V tabulce č. 17 nalezneme rozložení odpovědí testu nezávislých vzorků.

Tabulka 17 Test nezávislých vzorků

		Levene's Test Equality EoV		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff	Std. Error Diff	95% CI of the Difference	
									Lower	Upper
1. Domácí hospicová péče není určena pro mladé pacienty	EV assumed	4,61	0,03	-4,57	260,00	0,00	-0,58	0,13	-0,83	-0,33
	EV not assumed			-4,57	253,70	0,00	-0,58	0,13	-0,83	-0,33
2. Pro onkol. pacienty je vhodnější nemocniční péče než péče domácího hospice	EV assumed	4,32	0,04	-2,88	260,00	0,00	-0,34	0,12	-0,58	-0,11
	EV not assumed			-2,88	259,50	0,00	-0,34	0,12	-0,58	-0,11
3. Domácí hosp. péče pečuje jen o umírajícího pacienta, a ne o jeho pečující	EV assumed	0,52	0,47	-5,85	260,00	0,00	-0,79	0,13	-1,05	-0,52
	EV not assumed			-5,85	259,30	0,00	-0,79	0,13	-1,05	-0,52
4. Pacient bude mít v nemocn. menší bolesti než v péči domácího hospice	EV assumed	0,44	0,51	-4,20	260,00	0,00	-0,51	0,12	-0,75	-0,27
	EV not assumed			-4,20	260,00	0,00	-0,51	0,12	-0,75	-0,27
5. Dom.hosp. péče je dražší než nemoc. péče a může si ji dovolit jen movitá rodina	EV assumed	0,48	0,49	-1,05	260,00	0,29	-0,13	0,12	-0,37	0,11
	EV not assumed			-1,05	259,25	0,29	-0,13	0,12	-0,37	0,11
6. Pro pečující je jednodušší, když umírající zemře v nemoc.	EV assumed	1,78	0,18	-3,86	260,00	0,00	-0,53	0,14	-0,80	-0,26
	EV not assumed			-3,86	259,94	0,00	-0,53	0,14	-0,80	-0,26
postoje_celkem	EV assumed	0,72	0,40	-6,19	260,00	0,00	-2,88	0,47	-3,79	-1,96
	EV not assumed			-6,19	258,49	0,00	-2,88	0,47	-3,79	-1,96

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics (SPSS Survival Manual, 2023).

Tabulka č. 17 Test nezávislých vzorků Independent Samples Test zobrazuje výsledek t-testu nezávislých vzorků, ale než se podíváme na tento test, musíme zjistit, zda jsme splnili předpoklad homogenity rozptylu. Porušení předpokladu homogenity rozptylu je kritičtější než porušení předpokladu normality, protože když nastane první, hodnota významnosti nebo pravděpodobnosti uváděná SPSS je nesprávná a statistika testu musí být upravena. Leveneův test na rovnost rozptylů posuzuje předpoklad homogenity rozptylu. Tento test určuje, zda je variace mezi skupinami podobná nebo odlišná. Když Leveneův test není statisticky významný, znamená to, že můžeme pokračovat v pravidelném nezávislém t-testu. V této situaci se můžeme podívat na řádek testovací tabulky nezávislých vzorků, který specifikuje, že se předpokládají stejné rozptyly. Když je Leveneův test statisticky významný, znamená to, že existují rozdíly ve variacích mezi skupinami, takže musíme provést úpravu našeho nezávislého t-testu na výběrech. V této situaci se můžeme podívat na řádek testovací tabulky nezávislých vzorků, který uvádí, že se nepředpokládají stejné rozptyly. V levé části tabulky „Nezávislý test vzorků“ je zobrazen Leveneův test na rovnost rozptylů. Sloupec F zobrazuje aktuální výsledek testu, který se používá k výpočtu hladiny významnosti (sloupec Sig.). V našem příkladu jsme splnili předpoklad homogenity rozptylu pro všechny proměnné, protože hodnota v Sig. sloupci byla větší než 0,05, takže se můžeme podívat na řádek, který určuje, že se předpokládají stejné rozptyly. Nyní, když jsme zjistili, jestli jsme mimo postoj 1 a 2 splnili předpoklad homogenity rozptylu, jsme připraveni zjistit, zda se rozdíly mezi průměry od sebe výrazně liší, nebo zda rozdíly, které pozorujeme, jsou způsobeny jen náhodou. Sloupec t zobrazuje skutečný výsledek t-testu a sloupec df říká SPSS Statistics, jak určit pravděpodobnost t statistiky. Sig. (2-tailed) sloupec nám říká pravděpodobnost, že nulová hypotéza je správná. Pokud je hodnota pravděpodobnosti velmi nízká (méně než 0,05), můžeme dojít k závěru, že průměry se od sebe výrazně liší. V tabulce můžete vidět, že všechny hodnoty v sloupci Sig. (2-tailed) mimo postoj 5 jsou větší než 0.05. Znamená to, že pro všechny postoje, vyjma postoje 5, je nulová hypotéza H_0^1 platná a neplatí alternativní hypotéza H_a^2 . Další

¹ H_0 Postoj žen a mužů na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je různý

² H_a Postoj žen a mužů na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je stejný

užitečnou informací je 95% interval spolehlivosti pro průměrný rozdíl populace (Interval of the Difference). Technicky nám to říká, že pokud bychom tuto studii neustále opakovali, očekávali bychom, že skutečný rozdíl v populaci bude v 95 % případů spadat do intervalů spolehlivosti. Z praktičtějšího hlediska poskytuje 95% interval spolehlivosti míru přesnosti, se kterou se odhaduje skutečný rozdíl populace. 95% interval spolehlivosti označuje pravděpodobné rozmezí, od kterého očekáváme, že do ní průměrný rozdíl populace bude spadat.

Po porovnání postojů u mužů a žen jsme zkoumali postoje podle věku. Nejdříve jsme rozdělili jsme obě skupiny podle klasifikace WHO do dvou dalších skupin. Do první skupiny jsme přiřadili respondenty v období plné dospělosti 18–30 let a období mladého věku 30–45 let, druhá skupina byla v období středního věku 45–60 let a v období stárnutí 60–75 let. Tak nám vznikly dvě skupiny, které jsme nazvali mladší a starší. Mladší skupina zahrnovala věkové období 18-45 let, což bylo celkem 151 respondentů a starší skupina, ve které byli respondenti od 46 let a více, čítala 111 osob.

Tabulka č. 18 obsahuje statistiku skupin mladší, starší v jednotlivých postojích.

Tabulka 18 Statistika skupin (mladší, starší)

věková skupina		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
1. Domácí hospicová péče není určena pro mladé pacienty	mladší	151	1,87	,947	,077
	starší	111	2,15	1,192	,113
2. Pro onkologické pacienty je vhodnější nemocniční péče než péče domácího hospice	mladší	151	2,25	,903	,074
	starší	111	2,30	1,075	,102
3. Domácí hospicová péče pečuje jen o umírajícího pacienta, a ne o jeho pečující	mladší	151	2,54	1,094	,089
	starší	111	2,70	1,233	,117
4. Pacient bude mít v nemocnici menší bolesti než v péči domácího hospice	mladší	151	2,10	,943	,077
	starší	111	2,27	1,103	,105
5. Domácí hospicová péče je dražší než nemocniční péče a může si ji dovolit jen movitá rodina	mladší	151	2,72	,976	,079
	starší	111	2,62	1,036	,098
6. Pro pečující je jednodušší, když umírající zemře v nemocnici	mladší	151	2,34	1,132	,092
	starší	111	2,50	1,135	,108

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Tabulka 18 Statistika skupin poskytuje údaj o velikosti vzorků (N), průměrech (mean), směrodatných odchylkách v jednotlivých skupinách „krátká praxe“ a „dlouhá praxe“. Můžete vidět, že v tomto vzorku jsou různé velikosti skupin 151 (mladší) a 111 (starší); s ohledem na to, že se jedná o deskriptivní a explorační studii, je to postačující. Můžeme také vidět, že jsou různé průměry ve všech šesti typech postojů. Základní otázka, která nás zajímá je, zda se rozdíly mezi průměry od sebe významně liší, nebo zda rozdíly, které vidíme, jsou jen náhodné. To je přesně to, co test nezávislých vzorků t-test posoudí. Pomocí t-testu srovnání podle definovaných věkových skupin.

V tabulce č. 19 nalezneme rozložení odpovědí testu nezávislých vzorků (mladší, starší)

Tabulka 19 Test nezávislých vzorků (mladší, starší)

		Levene's Test EoV		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff	Std. Error Diff	95% CI of Dif	
									Lower	Upper
1. Domácí hospicová péče není určena pro ml.pacienty	EV assumed	9,13	0,00	-2,11	260,00	0,04	-0,28	0,13	-0,54	-0,02
	EV not assumed			-2,04	203,61	0,04	-0,28	0,14	-0,55	-0,01
2. Pro onk. pacienty je vhodnější nemocniční péče n. péče dom. hosp.	EV assumed	4,61	0,03	-0,37	260,00	0,71	-0,05	0,12	-0,29	0,20
	EV not assumed			-0,36	211,93	0,72	-0,05	0,13	-0,29	0,20
3. Dom. hosp. péče pečuje jen o umírajícího pacienta, a ne o jeho pečující	EV assumed	3,79	0,05	-1,15	260,00	0,25	-0,17	0,14	-0,45	0,12
	EV not assumed			-1,13	220,13	0,26	-0,17	0,15	-0,46	0,12
4. Pacient bude mít v nemocnici menší bolesti než v péči dom. hospice	EV assumed	5,06	0,03	-1,35	260,00	0,18	-0,17	0,13	-0,42	0,08
	EV not assumed			-1,32	214,57	0,19	-0,17	0,13	-0,43	0,09
5. Dom. hosp.péče je dražší než nem. péče a může si ji dovolit jen movitá rod.	EV assumed	0,68	0,41	0,75	260,00	0,46	0,09	0,13	-0,15	0,34
	EV not assumed			0,74	228,81	0,46	0,09	0,13	-0,16	0,34
6. Pro pečující je jednodušší, když umírající zemře v nemocnici	EV assumed	0,32	0,57	-1,07	260,00	0,29	-0,15	0,14	-0,43	0,13
	EV not assumed			-1,07	236,76	0,29	-0,15	0,14	-0,43	0,13

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Tabulka 19 Test nezávislých vzorků (mladší, starší) Independent Samples Test zobrazuje výsledek t-testu nezávislých vzorků, ale než se podíváme na tento test, musíme zjistit, zda jsme splnili předpoklad homogenity rozptylu. Porušení předpokladu homogenity rozptylu je kritičtější než porušení předpokladu normality, protože když nastane první, hodnota významnosti nebo pravděpodobnosti uváděná SPSS je nesprávná a statistika testu musí být upravena. Leveneův test na rovnost rozptylů posuzuje předpoklad homogenity rozptylu. Tento test určuje, zda je variace mezi skupinami podobná nebo odlišná. Když Leveneův test není statisticky významný, znamená to, že můžeme pokračovat v pravidelném nezávislém t-testu. V této situaci se můžeme podívat na řádek testovací tabulky nezávislých vzorků, který specifikuje, že se předpokládají stejné rozptyly. Když je Leveneův test statisticky významný, znamená to, že existují rozdíly ve variacích mezi skupinami, takže musíme provést úpravu našeho nezávislého t-testu na výběrech. V této situaci se můžeme podívat na řádek testovací tabulky nezávislých vzorků, který uvádí, že se nepředpokládají stejné rozptyly. Sloupec F zobrazuje aktuální výsledek testu, který se používá k výpočtu hladiny významnosti (sloupec Sig.). V našem příkladu jsme splnili předpoklad homogenity rozptylu pro všechny proměnné, protože hodnota v Sig. sloupci byla větší než 0,05, takže se můžeme podívat na řádek, který určuje, že se předpokládají stejné rozptyly. Nyní, když jsme zjistili, zda jsme mimo postoj 1 a 2 splnili předpoklad homogenity rozptylu, jsme připraveni zjistit, zda se rozdíly mezi průměry od sebe výrazně liší, nebo zda rozdíly, které vidíme, jsou způsobeny jen náhodou. Sloupec t zobrazuje skutečný výsledek t-testu a sloupec df říká SPSS Statistics, jak určit pravděpodobnost t statistiky. Sig. (two-tailed) sloupec nám říká pravděpodobnost, že nulová hypotéza je správná. Pokud je hodnota pravděpodobnosti velmi nízká (méně než 0,05), můžeme dojít k závěru, že průměry se od sebe výrazně liší. V tabulce můžete vidět, že všechny hodnoty v sloupci Sig. (2-tailed) mimo postoj 2, 3, 4, 5, 6 jsou větší než 0.05. **Znamená to, že pro postoj 1 je nulová hypotéza H_0 ³** Postoj mladších a starších na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je různý **je platná a neplatí alternativní hypotéza H_a ⁴** Postoj

³ H_0 Postoj mladších a starších na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je různý

⁴ H_a Postoj mladších a starších na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je stejný

mladších a starších na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je stejný. Ta platí pro postoje 2,3,4,5 a 6. Další užitečnou informací je 95% interval spolehlivosti pro průměrný rozdíl populace (Interval of the Difference). Technicky nám to říká, že pokud bychom tuto studii neustále opakovali, očekávali bychom, že skutečný rozdíl v populaci bude v 95 % případů spadat do intervalů spolehlivosti. Z praktičtějšího hlediska poskytuje 95% interval spolehlivosti míru přesnosti, se kterou se odhaduje skutečný rozdíl populace. 95% interval spolehlivosti označuje pravděpodobné rozmezí, do kterého očekáváte, že průměrný rozdíl populace bude spadat.

Ze statistické analýzy nám vyplynulo, že muži mají větší míru negativních postojů k domácí hospicové péči než ženy, a proto jsme se rozhodli tyto postoje prozkoumat napříč věkovým spektrem. Použili jsme rozdělení z předchozí analýzy na mladší a starší a tyto skupiny jsme ještě rozdělili na mladší a starší ženy a mladší a starší muže.

Tak nám vznikly čtyři skupiny.

Mladší ženy, které byly ve věku od 18 do 45 let a bylo jich 90. Starší ženy, které byly ve věku nad 46 let a v této skupině bylo 41 žen. Mladší muži, kteří byli ve věku od 18 do 45 let a bylo jich 61. Starší muži, kteří byli ve věku nad 46 let a v této skupině bylo 70 mužů.

V tabulce č. 20 najdeme statistiku skupin mladé ženy, starší ženy, mladší muži, starší muži v jednotlivých postojích.

Tabulka 20 Statistika skupin (mladší ženy, starší ženy, mladší muži, starší muži)

		N	Mean	Std. Dev.	Std. Error	95% CI for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
1. Domácí hospicová péče není určena pro mladé pacienty	mladé ženy	90	1,68	,87	,092	1,50	1,86	1	5
	starší ženy	41	1,76	1,090	,170	1,41	2,10	1	5
	mladí muži	61	2,16	,986	,126	1,91	2,42	1	4
	starší muži	70	2,39	1,195	,143	2,10	2,67	1	5
	Total	262	1,99	1,065	,066	1,86	2,12	1	5
2. Pro onkol. pacienty je vhodnější nemo. péče než péče domácího hospice	mladé ženy	90	2,17	,915	,096	1,98	2,36	1	5
	starší ženy	41	1,95	,999	,156	1,64	2,27	1	5
	mladí muži	61	2,38	,879	,113	2,15	2,60	1	5
	starší muži	70	2,50	1,073	,128	2,24	2,76	1	5
	Total	262	2,27	,978	,060	2,15	2,39	1	5
3. Domácí hospicová péče pečuje jen o umírajícího pacienta, a ne o jeho pečující	mladé ženy	90	2,30	1,033	,109	2,08	2,52	1	5
	starší ženy	41	2,02	1,107	,173	1,68	2,37	1	5
	mladí muži	61	2,89	1,097	,140	2,60	3,17	1	5
	starší muži	70	3,10	1,131	,135	2,83	3,37	1	5
	Total	262	2,61	1,156	,071	2,47	2,75	1	5
4. Pacient bude mít v nemocnici menší bolesti než v péči domácího hospice	mladé ženy	90	1,97	,965	,102	1,76	2,17	1	4
	starší ženy	41	1,80	1,030	,161	1,48	2,13	1	5
	mladí muži	61	2,30	,882	,113	2,07	2,52	1	5
	starší muži	70	2,54	1,059	,127	2,29	2,80	1	5
	Total	262	2,17	1,016	,063	2,05	2,30	1	5
5. Domácí hospicová péče je dražší než nemocniční péče a může si ji dovolit jen movitá rodina	mladé ženy	90	2,64	,940	,099	2,45	2,84	1	5
	starší ženy	41	2,54	1,051	,164	2,20	2,87	1	5
	mladí muži	61	2,82	1,025	,131	2,56	3,08	1	5
	starší muži	70	2,67	1,032	,123	2,43	2,92	1	5
	Total	262	2,68	1,001	,062	2,55	2,80	1	5
6. Pro pečující je jednodušší, když umírající zemře v nemocnici	mladé ženy	90	2,09	1,046	,110	1,87	2,31	1	5
	starší ženy	41	2,27	1,205	,188	1,89	2,65	1	5
	mladí muži	61	2,72	1,157	,148	2,43	3,02	1	5
	starší muži	70	2,63	1,079	,129	2,37	2,89	1	4
	Total	262	2,41	1,133	,070	2,27	2,55	1	5

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

Tabulka 20 znázorňuje, jaká je šance, že kdybychom dali tyto otázky jiným lidem, tak by odpovědi zůstaly stejné. To znamená, že tyto výsledky se dají stahovat na celou populaci, nejen na respondenty, kteří se účastnili výzkumu. A to je pozitivní zjištění.

V tabulce č. 21 najdeme statistiku skupin mladé ženy, starší ženy, mladší muži, starší muži v jednotlivých postojích zpracovanou metodou ANOVA.

Tabulka 21 ANOVA

Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% CI	
						LB	UB
1. Domácí hospicová péče není určena pro mladé pacienty	mladé ženy	starší ženy	-,078	,194	,978	-,58	,42
		mladí muži	-,486*	,170	,024	-,93	-,05
		starší muži	-,708*	,164	,000	-1,13	-,28
	starší ženy	mladé ženy	,078	,194	,978	-,42	,58
		mladí muži	-,408	,207	,204	-,94	,13
		starší muži	-,630*	,202	,011	-1,15	-,11
	mladí muži	mladé ženy	,486*	,170	,024	,05	,93
		starší ženy	,408	,207	,204	-,13	,94
		starší muži	-,222	,180	,607	-,69	,24
	starší muži	mladé ženy	,708*	,164	,000	,28	1,13
		starší ženy	,630*	,202	,011	,11	1,15
		mladí muži	,222	,180	,607	-,24	,69
2. Pro onkologické pacienty je vhodnější nemocniční péče než péče domácího hospice	mladé ženy	starší ženy	,215	,182	,637	-,25	,69
		mladí muži	-,210	,160	,554	-,62	,20
		starší muži	-,333	,154	,135	-,73	,06
	starší ženy	mladé ženy	-,215	,182	,637	-,69	,25
		mladí muži	-,426	,195	,130	-,93	,08
		starší muži	-,549*	,190	,022	-1,04	-,06
	mladí muži	mladé ženy	,210	,160	,554	-,20	,62
		starší ženy	,426	,195	,130	-,08	,93
		starší muži	-,123	,169	,886	-,56	,31
	starší muži	mladé ženy	,333	,154	,135	-,06	,73
		starší ženy	,549*	,190	,022	,06	1,04
		mladí muži	,123	,169	,886	-,31	,56
3. Domácí hospicová péče pečuje jen o umírajícího pacienta, a ne o jeho pečující	mladé ženy	starší ženy	,276	,205	,534	-,25	,80
		mladí muži	-,585*	,180	,007	-1,05	-,12
		starší muži	-,800*	,173	,000	-1,25	-,35
	starší ženy	mladé ženy	-,276	,205	,534	-,80	,25
		mladí muži	-,861*	,219	,001	-1,43	-,29
		starší muži	-1.076*	,214	,000	-1,63	-,52
	mladí muži	mladé ženy	,585*	,180	,007	,12	1,05
		starší ženy	,861*	,219	,001	,29	1,43
		starší muži	-,215	,190	,672	-,71	,28
	starší muži	mladé ženy	,800*	,173	,000	,35	1,25
		starší ženy	1.076*	,214	,000	,52	1,63
		mladí muži	,215	,190	,672	-,28	,71

Poznámka. Tato tabulka se nevešla na konec strany. Proto byla celá tabulka přesunuta na další stranu.

Dependent Variable			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% CI	
4. Pacient bude mít v nemocnici menší bolesti než v péči domácího hospice	mladé ženy	starší ženy	,162	,185	,819	-,32	,64
		mladí muži	-,328	,163	,185	-,75	,09
		starší muži	-,576*	,157	,002	-,98	-,17
	starší ženy	mladé ženy	-,162	,185	,819	-,64	,32
		mladí muži	-,490	,199	,067	-1,00	,02
		starší muži	-,738*	,193	,001	-1,24	-,24
	mladí muži	mladé ženy	,328	,163	,185	-,09	,75
		starší ženy	,490	,199	,067	-,02	1,00
		starší muži	-,248	,172	,476	-,69	,20
	starší muži	mladé ženy	,576*	,157	,002	,17	,98
		starší ženy	,738*	,193	,001	,24	1,24
		mladí muži	,248	,172	,476	-,20	,69
5. Domácí hospicová péče je dražší než nemocniční péče a může si ji dovolit jen movitá rodina	mladé ženy	starší ženy	,108	,189	,941	-,38	,60
		mladí muži	-,175	,166	,718	-,61	,25
		starší muži	-,027	,160	,998	-,44	,39
	starší ženy	mladé ženy	-,108	,189	,941	-,60	,38
		mladí muži	-,283	,202	,502	-,81	,24
		starší muži	-,135	,197	,903	-,64	,37
	mladí muži	mladé ženy	,175	,166	,718	-,25	,61
		starší ženy	,283	,202	,502	-,24	,81
		starší muži	,148	,176	,833	-,31	,60
	starší muži	mladé ženy	,027	,160	,998	-,39	,44
		starší ženy	,135	,197	,903	-,37	,64
		mladí muži	-,148	,176	,833	-,60	,31
6. Pro pečující je jednodušší, když umírající zemře v nemocnici	mladé ženy	starší ženy	-,179	,209	,825	-,72	,36
		mladí muži	-,632*	,184	,004	-1,11	-,16
		starší muži	-,540*	,176	,013	-1,00	-,08
	starší ženy	mladé ženy	,179	,209	,825	-,36	,72
		mladí muži	-,453	,223	,181	-1,03	,12
		starší muži	-,360	,218	,350	-,92	,20
	mladí muži	mladé ženy	,632*	,184	,004	,16	1,11
		starší ženy	,453	,223	,181	-,12	1,03
		starší muži	,093	,194	,964	-,41	,59
	starší muži	mladé ženy	,540*	,176	,013	,08	1,00
		starší ženy	,360	,218	,350	-,20	,92
		mladí muži	-,093	,194	,964	-,59	,41

Zdroj: vlastní

V tabulce jsme použili původní pojmy z výstupů ze statistického programu IBM SPSS 20 Statistics.

H_0 Postoj mladších žen a starších mužů na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je různý.

H_a Postoj mladších žen a starších mužů na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je stejný.

Statistická signifikance. Zde se dostáváme do nulové hypotézy, pokud je hodnota větší než 0,05, nepodařilo se nám vyvrátit nulovou hypotézu. Což znamená, že neexistuje dostatečná evidence, aby se dalo říct, že existuje rozdíl nebo vztah mezi těmito dvěma zkoumanými skupinami, což v prvním řádku jsou mladé ženy a starší ženy.

ANOVA jsme použili pro srovnání dvoufaktorových skupin podle věku a pohlaví. T-test pro tento výpočet není možný, protože umožňuje srovnání jen dvou skupin a v tomto případě byly skupiny čtyři. Pro porovnávání jsme vybrali postoje mladších žen a starších mužů. Stanovili jsme hypotézu H_0 . Postoj mladších žen a starších mužů na to, že není hospicová péče určená pro mladé. U postoj číslo 1 se potvrdila H_0 Postoj mladších žen a starších mužů na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je různý, protože tam není faktor menší než 0,05 a nepotvrdila se alternativní hypotéza H_a Postoj mladších žen a starších mužů na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je stejný.

Z celkového hodnocení nám vyplývají hlavní závěry, že největší rozdíl v postojích je mezi ženami a muži. Když se zaměříme na rozdělení souboru respondentů podle věku, tak vidíme, že mezi skupinami nejsou statisticky významné rozdíly, protože soubor mladší i starší obsahuje i ženy a muže, ale když tento soubor ještě rozdělíme na mladší ženy a starší ženy a mladší muže a starší muže, tak můžeme vidět největší rozdíl mezi skupinami mladé ženy a starší muži, a to v postoji 1, který říká, že domácí hospicová péče není určena pro mladé pacienty.

4 Diskuze

Určení vztahu mezi genderovými a věkovými charakteristikami a postoji k hospicové péči je klíčové pro pochopení toho, jakým způsobem mohou být tyto faktory využity pro zlepšení péče a informovanosti o důležitosti hospicové péče u české populace.

V metodologické části jsme uvedli, že výzkum v této diplomové práci byl proveden pomocí elektronického dotazníku. Tento dotazník jsme respondentům rozeslali pomocí elektronické pošty, sociálních sítí a aplikací v mobilním telefonu. Tento způsob jsme zvolili, protože byl pro respondenty nejjednodušší, díky němu jsme mohli obsáhnout část populace v krátkém časovém úseku. Podařilo se nám získat 268 dotazníků, 6 dotazníků jsme vyřadili, protože v nich chyběla část odpovědí. Konečné číslo 262 vyplněných dotazníků nám připadá jako reprezentativní skupina části české populace. Dokonce jsme docílili rovnoměrného rozložení dotazníku mezi ženy a muže. V obou skupinách bylo shodně 131 respondentek a 131 respondentů.

Problém navržený ke zkoumání byl následující:

V naší společnosti je mnoho negativních postojů k hospicové péči, a tak hodně lidí ani neuvažuje o tom, že by tuto službu využili pro sebe nebo své blízké.

Pro dosažení těchto cílů jsme se zabývali následující výzkumnou otázkou:

Zda vůbec a jak souvisí genderové a věkové charakteristiky jednotlivců s přijímáním nebo odmítáním hospicové péče?

H_0 Postoj žen a mužů na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je různý.

H_a Postoj žen a mužů na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je stejný.

H_0 Postoj mladších a starších na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je různý.

H_a Postoj mladších a starších na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je stejný.

H_0 Postoj žen mladších a starších mužů na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je různý.

H_a Postoj žen mladších a starších mužů na to, že není hospicová péče určená pro mladé lidi je stejný.

Výsledky z kvantitativního výzkumu naznačují, že muži mají více negativních postojů k hospicové péči než ženy. Tyto rozdíly jsou statisticky významné a ukazují na potenciální genderové rozdíly v postojích k této formě péče. Další dílčí cíl, který jsme zkoumali, bylo rozlišení, zda mají více předsudků mladší nebo starší respondenti. Skupinu jsme rozdělili na 4 podskupiny: mladší ženy, kde jsme sloučili ženy ve věkovém rozmezí od 18 do 45 let. Tato skupina se skládala z 99 respondentek. Druhá podskupina byly starší ženy od 46 let a více, v této skupině bylo 41 respondentek. Třetí podskupinu tvořili mladí muži od 18 do 45 let. V této skupině bylo 52 respondentů. Poslední čtvrtou skupinu tvořili starší muži od 46 let a více. V této skupině bylo 70 respondentů. Ačkoli skupiny nebyly stejné, tak to na výsledky výzkumu nemělo žádný dopad. Při srovnání negativních postojů jsme nenalezli statistické rozdíly mezi skupinou mladší ženy a starší ženy.

Rozdíly nastaly až v postojích mladších žen a starších mužů. Největší negativní postoje k hospicové péči mají starší muži. Tento výsledek skýtá naději do budoucna, že mladší ženy i muži jsou již tomuto druhu služby o umírající pacienty nakloněni více než starší muži. Výsledky nám ukázaly, že nejvíce negativních postojů k hospicové péči mají starší muži ve věkovém rozmezí od 46 let. V podstatě se nám potvrdilo to, co nás vedlo k zamyšlení nad touto formou péče. A to bylo odmítnutí domácí hospicové služby, jak je psáno v odstavci „Vlastní zkušenost“ na straně 19.

Jak ukázaly externí zdroje z průzkumu, který pořádala Cesta domů, tak pouze „17 % rodičů mluvilo s dětmi o smrti a skoro polovina z nich neví, jak by o tématu s dítětem měla hovořit, jak s ním vůbec začít.“ Cesta domů má na svých stránkách podkapitulu osvěta, kde se snaží informovat veřejnost o Domácí hospicové péči (Cesta domů, 2023).

Domácí hospic Cesta domů, který spolupracuje s agenturou STEM/MARK provádí výzkumy veřejného mínění, které se týkají postojů veřejnosti ke smrti (Umírání, 2023).

Výzkumná zpráva agentury STEM/MARK (Umírání, 2023) napsaná v září v roce 2011 se zabývala tím, jak laická veřejnost vnímá hospic. A z průzkumu vyšlo, že hospic je v laické veřejnosti vnímán významně hůře než u zdravotníků. Jak vyplývá z průzkumu, tak respondenti chápou hospic jako „něco mezi LDN a domovem důchodců“. Když

citujeme z výsledků: „*Čekárnu na smrt, zařízení, kde je poskytnuta péče o občany, kteří jsou připoutáni na lůžko a nemají žádnou rodinu.*“ Ačkoli se výzkum v diplomové práci liší od výzkumu společnosti STEM/MARK, můžeme shodně konstatovat, že negativní postoje k hospicové péči jsou mezi veřejností hluboce zakořeněny.

Od Výzkumné zprávy agentury STEM/MARK uplynulo více než 11 let a můžeme se domnívat, že postoje k domácí hospicové péči se mírně zlepšily, což prokázal náš výzkum. Uvést to můžeme na příkladu, kdy mladé ženy a starší ženy mají méně negativních postojů než starší muži.

Existuje několik možných vysvětlení, proč mají muži více negativních postojů k hospicové péči. Jedním z nich může být fakt, že muži jsou často spojováni s tradicí silné a nezávislé role v rodině a společnosti, což může vést k odmítání péče a podpory, zejména v oblasti péče o zdraví. Dalším vysvětlením může být nedostatek informací o hospicové péči mezi mužskou populací, což může vést k nedostatečnému povědomí o této formě péče a následně k negativním postojům. Dalším vysvětlením může být i strach z vlastní smrti, který mladší generace zatím neřeší.

Je důležité si uvědomit, že tato studie není založena na dlouhodobém výzkumu, a proto nemá longitudinální design a není možné určit příčinnou souvislost mezi pohlavím a postoji k hospicové péči. Nicméně naše výsledky přinášejí cenné informace pro budoucí výzkum v této oblasti. Výsledky našeho výzkumu potvrzují hypotézy stanovené na začátku výzkumu.

Mezi limity této práce můžeme zařadit nereprezentativní rozložení respondentů podle vzdělání. Většina respondentů měla vysokoškolské vzdělání, a to 67,6 %. Nejméně bylo respondentů se základním vzděláním, a to pouze 1,5 %. V porovnání s údaji, které uvádí Český statistický úřad ze Sčítání obyvatel v roce 2021 z oblasti vzdělání, tak rozložení vzdělanosti populace je následující: „*Základní vzdělání včetně nedokončeného mělo 12,5 % obyvatel, střední bez maturity mělo 31 % obyvatel, úplné střední vzdělání s maturitou mělo 32,5 % obyvatel, vysokoškolské vzdělání mělo 17,6 % obyvatel a nezjištěno bylo u 5,8 % obyvatel.*“ (Český statistický úřad, 2023).

V případě zopakování výzkumu by bylo dobré se zaměřit i na populaci, která má základní vzdělání nebo je vyučená. Dalším limitem v tomto výzkumu je skupina

mladých žen, od 18 do 25 let, které mají většinou zdravotnické vzdělání, a proto jsou více informovány o hospicové péči.

Problematika domácí hospicové péče je stále aktuální a vyžaduje si další podporu a pozornost ze strany společnosti, aby bylo možné zajistit důstojné ošetření pacientů v jejich domácím prostředí.

5 Závěr

Hlavní cíl naší diplomové práce byl na základě dotazníkového šetření zjistit míru povědomí veřejnosti o existenci domácí hospicové péče a postojů, které brání veřejnosti k jejímu využívání.

Vycházeli jsme z postoje společnosti, který se k hospicové péči staví převážně negativně, neboť hodně lidí neuvažuje o využití této služby pro sebe nebo své pro blízké. V této souvislosti jsme si položili otázku. Zda vůbec a jak souvisí genderové a věkové charakteristiky jednotlivců s přijímáním nebo odmítáním domácí hospicové péče?

Úkolem bylo za pomoci kvantitativní metody zkoumat míru negativních postojů, které zaujímá část české populace k domácí hospicové péči. Důležitost těchto postojů byla posuzována respondenty na 5stupňové Likertově škále. Respondenti byli osloveni pomocí nestandardizovaného dotazníku.

Z výsledků našeho výzkumu můžeme potvrdit, že existují významné genderové rozdíly v postojích k hospicové péči. Muži mají více negativních postojů než ženy, což by mohlo ovlivnit jejich rozhodování při využití této formy péče. Výsledky našeho výzkumu ukazují, že zejména starší muži mají výrazně více negativních postojů k domácí hospicové péči než ženy a mladší jedinci.

V případě porovnání postojů podle věku jsme došli k závěru, že postoje se vzájemně mezi mladšími a staršími neliší, ale bylo to i tím, že obě skupiny zahrnovaly ženy a muže.

Zajímavé porovnání přinesla komparace postojů mladších žen a starších mužů k tématu, zda je domácí hospicové péče určena pro mladé. Zde se postoje lišily nejvíce. Mladé ženy se domnívají, že ano, ale starší muži, že ne.

Výsledky tohoto výzkumu se zásadně neliší od výsledků agentury STEM/MARK z roku 2011.

Toto zjištění poukazuje na to, že ve společnosti nedochází k výrazné změně v postojích k hospicové péči. Náš výzkum ukazuje s vysokou mírou pravděpodobnosti, že ani po jedenácti letech se nic zásadního v postojích veřejnosti nezměnilo.

Tento výsledek naznačuje, že postoj k domácí hospicové péči je ovlivněn více faktory než pouze pohlavím respondentů. Věk je také důležitým faktorem, který by měl být zohledněn při plánování strategií pro zlepšení postojů k této formě péče.

Na základě našich výsledků můžeme konstatovat, že osvěta a informační kampaně by mohly být účinným nástrojem k překonání negativních postojů k domácí hospicové péči.

Je tedy důležité, aby byla kladena větší pozornost na informování mužské populace o hospicové péči a výhodách, které jsme již nastínili. Měli bychom se snažit odstranit stereotypy, které mohou vést k negativním postojům k této formě péče.

Zajímavým zjištěním, které ale nepatřilo do klíčových výzkumných otázek našeho výzkumu bylo, že obě zkoumané skupiny, to znamená ženy i muži, nevědí, zda je domácí hospicová péče dražší než klasická nemocniční péče. Jedná se o postoj, který jsme měřily otázkou: „*Domácí hospicová péče je dražší než nemocniční péče a může si ji dovolit jen movitá rodina*“. To je důvodem, proč většina pacientů zemře v nemocnici a nezemře doma. Jako východisko bychom viděli zlepšit informovanost veřejnosti o financování domácí hospicové péče ze strany státu, případně i samotných nemocnic, které se starají o umírající, což jsou převážně interní oddělení.

Dále je na místě podporovat výzkum v této oblasti a zaměřit se na další faktory, které mohou ovlivňovat postoje k hospicové péči. Těmi jsou věk, vzdělání, zdravotní stav a socioekonomický status. Tyto informace mohou vést ke zlepšení přístupnosti a kvality hospicové péče pro všechny pacienty, bez ohledu na jejich pohlaví a ostatní charakteristiky.

6 Seznam literatury

- ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- BERESFORD, Larry. *The Hospice Handbook*. Little Brown and CO, London, 1993. ISBN 9780316091381.
- BERESFORD, Peter, Lesley ADSHEAD and Suzy CROFT. *Palliative Care, Social Work and Service Users: Making Life Possible*. London and Philadelphia“ Jessica Kingsley Publishers, 2007. ISBN 978-1-84310-465-0.
- HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 6. Přeložil Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-909-5.
- HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. *Pedagogická a sociální psychologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2012. ISBN 978-80-7290-587-4.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-820-1.
- HENDL, Jan. *Statistika v aplikacích*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0700-9.
- HOLTSLANDER, Lorraine, Shelley PEACOCK a Jill BALLY, ed. *Hospice palliative home care and bereavement support: nursing interventions and supportive care*. Cham: Springer, [2019]. ISBN 978-3-030-19534-2.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
- KISVETROVÁ, Helena a Jana KUTNOHORSKÁ. Filozofické a psychologické aspekty fenoménu úzkosti ze smrti v paliativním ošetrovatelství: Philosophical and psychological aspects of the phenomenon of death anxiety in palliative

nursing. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: SOLEN, 2011, 4(1), 28-30. ISSN 1337-6896

- KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, [2018]. ISBN 978-80-7345-496-8.
- LIND, R., LOREM, G. F., NORTVELDT, P., HERVEY, O. Family members' experiences of „wait and see“ as a communication strategy in end-of-life decisions, *Care Medicine*. 2011;37(7):1143-50. ISSN 0342-4642.
- MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualiz. vyd. [Praha]: CESTA DOMŮ, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5.
- OCHRANA, František. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4200-0.
- POSPĚCH, Pavel. *Neznámá společnost: pohledy na současné Česko*. Brno: Host, 2021. ISBN 978-80-275-0826-6.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, 2009. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SIEBEROVÁ, Jana. *Hospic: příběh naplněné naděje*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2016. ISBN 978-80-7553-038-7.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SPSS Survival Manual A step by step guide to data analysis using IBM SPSS *Julie Pallant*, Edition7th Edition, First Published2020, eBook Published17 July 2020, Pub. LocationLondon
- SVATOŠOVÁ, Marie a Aleš PALÁN. *Neboj se vrátit domů*. Druhé vydání. Praha: Kalich, 2019. ISBN 978-80-7017-278-0.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2

- TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
- YALOM, Irvin D. *Chvála psychoterapie: otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-761-2

Internetové zdroje:

- *Asociace hospiců* [online]. Praha: Omniamedia, 2022 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://asociacehospicu.cz/>
- Cesta domu. *Cesta domu* [online]. Praha: Cesta domů, z.ú., 2001 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/pece>
- *Český statistický úřad* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2021 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/vysledky-prvni>
- *Dobrá tečka* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2023 [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://www.dobratecka.cz/page>
- *Fórum mobilních hospiců* [online]. Hradec Králové: Vizus, 2023 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://domaci.hospic.cz/>
- *Hospic Anežky České* [online]. Hradec Králové: VIZUS, 2023 [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://www.hospic.cz/poskytovane-sluzby.html>
- *Linkos* [online]. Praha: Linkos-Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J.E. Purkyně, 2018 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/>
- *Mayoclinic* [online]. Rochester: Mayo Clinic, 1998 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/>
- *Medical Tribune* [online]. Praha: Lidé a medicína, 2023 [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/>
- *Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2018 [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/-/ministerstvo-podava-pomocnou-ruku-domacim-hospicum-a-dusevne-nemocnym?inheritRedirect=true>

- *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2017 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vlada-schvalila-legislativni-zakotveni-hospicu-do-ceskych-norem/>
- NEŠPOR, Zdeněk R. O Sociologické encyklopedii. *Sociologická encyklopedie* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2017 [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Sociologická_encyklopedie:Sociologická_encyklopedie
- *Paliativa* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2018 [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pece/castokladene-otazky>
- *World Health Organization* [online]. Ženeva: WHO, 2005 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/>
- *Umírání* [online]. Praha: Cesta domů, z.ú., 2004 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/>
- *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network, 2023 [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/cesi-by-chteli-umirat-doma-ale-vetsina-z-nich-opousti-svet-v-instituci/>
- Zemřelí 2020. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha 2: ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf>

7 Seznam použitých tabulek

Tabulka 1 Zemřelí podle místa úmrtí 2020	21
Tabulka 2 Rozdělení respondentů	30
Tabulka 3 Pohlaví	31
Tabulka 4 Rodinný stav	32
Tabulka 5 Vzdělání	33
Tabulka 6 Věkové rozložení	35
Tabulka 7 Bydliště	37
Tabulka 8 Zaměstnání	38
Tabulka 9 Kolik odpovědělo respondentů na otázky	39
Tabulka 10 Vyhodnocení otázky č. 1	40
Tabulka 11 Vyhodnocení otázky č. 2	40
Tabulka 12 Vyhodnocení otázky č. 3	41
Tabulka 13 Vyhodnocení otázky č. 4	41
Tabulka 14 Vyhodnocení otázky č. 5	42
Tabulka 15 Vyhodnocení otázky č. 6	42
Tabulka 16 Statistika skupin (ženy a muži).....	45
Tabulka 17 Test nezávislých vzorků	47
Tabulka 18 Statistika skupin (mladší, starší).....	49
Tabulka 19 Test nezávislých vzorků (mladší, starší).....	51
Tabulka 20 Statistika skupin (mladší ženy, starší ženy, mladší muži, starší muži). 54	
Tabulka 21 ANOVA.....	56

8 Seznam použitých grafů

Graf 1 Pohlaví.....	31
Graf 2 Rodinný stav	33
Graf 3 Vzdělání.....	34
Graf 4 Věkové rozdělení.....	35
Graf 5 Bydliště.....	36
Graf 6 Zaměstnání	37

9 Přílohy

Příloha 1: Průvodní dopis k dotazníku

Vážená respondentko, vážený respondente,
ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který se týká povědomí veřejnosti o domácí hospicové péči. Jeho vyplnění by Vám nemělo zabrat déle než 5 minut.
Dotazník je anonymní a nejsou zde správné nebo nesprávné odpovědi. V případě, že nedokážete na otázku odpovědět, tak vyberte nevím. Výsledky budou podkladem pro diplomovou práci.

Děkuji

Jitka Kleiberová

Příloha: 2 Dotazník

Zvu vás k vyplnění formuláře:

Domácí hospicová péče

Vyberte jednu odpověď. V případě, že nedokážete odpovědět, tak vyberte nevíím.

Jste?

- žena
- muž

Bydlíte?

- s partnerem a dětmi
- s partnerem
- s rodiči
- s dětmi
- sám (sama)
- s někým jiným

Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní
- středoškolské
- vysokoškolské

Věk

- 18-25
- 26-30
- 31-45
- 46-55
- 56-64
- 65 a více

Bydliště

- vesnice
- město do 19 000 obyvatel
- město 20 000-49 000 obyvatel
- 50 000-99 000 obyvatel

- nad 100 000 obyvatel

Zaměstnání

- zdravotník nebo sociální pracovník
- ostatní

1. Domácí hospicová péče není určena pro mladé pacienty

- zásadně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- zásadně nesouhlasím

2. Pro onkologické pacienty je vhodnější nemocniční péče než péče domácího hospice

- zásadně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- zásadně nesouhlasím

3. Domácí hospicová péče pečuje jen o umírajícího pacienta, a ne o jeho pečující

- zásadně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- zásadně nesouhlasím

4. Pacient bude mít v nemocnici menší bolesti než v péči domácího hospice

- zásadně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím

- spíše nesouhlasím
- zásadně nesouhlasím

5. Domácí hospicová péče je dražší než nemocniční péče a může si ji dovolit jen movitá rodina

- zásadně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- zásadně nesouhlasím

6. Pro pečující je jednodušší, když umírající zemře v nemocnici

- zásadně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- zásadně nesouhlasím