Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

# Dostupnost a kvalita psychologické péče o pozůstalé v nemocnicích České republiky

Availability and quality of psychological care of bereaved people in hospitals of the Czech Republic

**Bakalářská diplomová práce**

**Autor práce:** Tomáš Bok

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

**Olomouc**

**2018**

## Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: *"Dostupnost a kvalita psychologické péče o pozůstalé v nemocnicích České republiky"* vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne …….. Podpis.....

**Poděkování**

Na této stránce bych chtěl poděkovat PhDr. Marii Marečkové, Ph.D. za její vstřícný přístup, ochotu, poskytnutý prostor a za všechny cenné rady, které mi během psaní práce poskytla. Také bych rád poděkoval Mgr. Lucii Viktorové za konzultace spojené s tvorbou dotazníku a analýzou získaných dat. V neposlední řadě bych chtěl vyjádřil vděk všem institucím, které byly ochotné sdílet dotazníky mezi pozůstalými a také všem respondentům, jež se do této studie zapojili.

Poslední, obrovské poděkování, patří mé rodině, která mě trpělivě podporovala nejen při psaní této práce, ale také během celé doby studia.

# Obsah

**Úvod** ..... **7**

**TEORETICKÁ ČÁST** ..... **8**

**1 Prožívání ztráty blízké osoby** ..... **9**

**1.1 Prožívání ztráty na základě okolností smrti** ..... **9**

**1.2 Prožívání ztráty na základě příbuzenského vztahu** ..... **12**

**1.3 Nekomplikované truchlení** ..... **14**

**1.4 Komplikované truchlení** ..... **16**

**2 Možnosti a limity psychologické péče o pozůstalé** ..... **18**

**2.1 Krizová intervence při krizích ze zármutku** ..... **18**

**2.2 Doprovázení pozůstalých** ..... **19**

**2.3 Poradenství pro pozůstalé** ..... **19**

**2.4 Psychoterapie pozůstalých** ..... **20**

**2.5 Svépomocné skupiny pro pozůstalé** ..... **21**

**2.6 Edukace pozůstalých** ..... **22**

**2.7 Institucionalizace péče a její limity** ..... **22**

**2.8 Pomáhající profese a jejich limity** ..... **25**

**3 Empirické poznatky k péči o pozůstalé z ČR a ze zahraničí** ..... **27**

**VÝZKUMNÁ ČÁST** ..... **30**

**4 Výzkumný problém, cíle práce, otázky a hypotézy** ..... **31**

**5 Metodologický rámec výzkumu** ..... **34**

**5.1 Design výzkumu** ..... **34**

**5.2 Metody sběru dat** ..... **35**

**5.3 Analýza dat** ..... **38**

**5.4 Etické otázky** ..... **40**

**6 Výzkumné soubory** ..... **41**

**6.1 Strategie výběru výzkumných souborů** ..... **41**

6.2 Popis výzkumných souborů ..... 42
7 Výsledky analýzy dat ..... 46
7.1 Výsledky kvantitativního šetření ..... 46
7.2 Výsledky kvalitativního šetření ..... 57
8 Diskuze ..... 60
9 Závěr ..... 66
Souhrn ..... 67
Seznam použitých zdrojů a literatury ..... 70
Seznam tabulek a grafů ..... 75
Přílohy bakalářské diplomové práce ..... 78

# Úvod

I když si to mnohdy neuvědomuje, anebo možná nechceme, smrt a ztráta blízkého jsou neoddělitelnou součástí života každého z nás. V dnešní době se s ní však nesetkáváme tak často v našich domovech, nýbrž v nemocnicích a dalších institucích. Nemocniční zařízení ovšem nebývají tolik zaměřena na smrt a umírání, jako spíše na záchranu lidského života. Navzdory tomu i zde lidé umírají, a je proto zapotřebí poskytnou pozůstalým adekvátní a dostatečnou péči.

Pozůstalí, prožívající bolestivou ztrátu blízkého, potřebují podporu a dostatek soukromí i v rušném prostředí nemocnic. V prvních chvílí je však vedle podpory důležité také instruování o tom, jak naložit s tělem zesnulého, na koho se obrátit ohledně pohřbu a tak podobně. V některých případech je vhodné nabídnout také informace o možnostech následné péče pro pozůstalé ať už v prostředí nemocnice – je-li to možné – nebo v jejím okolí. Poskytnutí některé z forem následné péče totiž může mít pozitivní vliv nejen na zvládání prvotních chvílí od ztráty, ale také na celý průběh truchlení.

Z výše uvedených důvodů si klademe otázku, zda máme v České republice, a to zejména v nemocničních zařízeních, dostatek zdravotnických pracovníků, kteří disponují informacemi a dokáží pozůstalým v prvotních chvílích poskytnout psychickou podporu. A v případě, že tato forma péče dostupná je, v jakém rozsahu a kvalitě?

Prostřednictvím této převážně kvantitativní studie bychom čtenáře rádi seznámili s pohledem pozůstalých na danou problematiku a zodpověděli tak nejen výše uvedené otázky. Jelikož lze ovšem namítnout, že by studie provedená takovýmto způsobem byla příliš jednostranná, bylo osloveno také několik desítek nemocnic. Věříme, že díky tomu bude obraz oblasti péče o pozůstalé ucelenější a výsledek této studie o něco více objektivní.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 Prožívání ztráty blízké osoby

Ze smrti se podle některých autorů (Baštecká, 2005; Kubíčková, 2001) stalo tabu, tedy téma, o němž je zapovězeno mluvit. I když je možno namítnout, že je toto tvrzení poněkud nadsazené, lze souhlasit, že můžeme sledovat jisté znaky odsouvání smrti z našich životů. Zřejmě z toho důvodu mnohdy prožíváme svůj žal v odloučení, což často negativně působí na proces truchlení. Vedle osamocenosti během truchlení však existuje celá řada významných faktorů, jež mohou proces vyrovnávání se se ztrátou ovlivnit, a o nichž se zmíníme v následujících podkapitolách (Kübler-Ross, 2015).

První úsek této kapitoly jsme se proto rozhodli věnovat právě dílčím aspektům, jež determinují proces truchlení. Druhou část zaměříme na rozdíly mezi nekomplikovaným a komplikovaným truchlením, a to navzdory tomu, že se některým odborníkům (např. Baštecká, 2005) jeví jeho patologizace jako ne zcela šťastná. Domníváme se však, že je pro poskytování kvalitní péče o pozůstalé nezbytné umět rozlišovat mezi zdravým a nezdravým průběhem truchlení.

## 1.1 Prožívání ztráty na základě okolností smrti

Se smrtí se za život setká asi každý z nás. Především v okamžiku, kdy si přijde pro někoho z našich blízkých, představuje obrovskou ztrátu, a to ztrátu konečnou a nevratnou. Ačkoliv se to na první pohled nemusí zdát, prvotní reakci pozůstalých i průběh celého procesu truchlení do značné míry ovlivňuje způsob smrti, lépe řečeno okolnosti, jež jí předcházely (Kubíčková, 2001).

Pokud bychom chtěli smrt definovat, setkali bychom se s řadou rozmanitých charakteristik, jež zpravidla odrážejí úhel nazírání konkrétních oborů. Pro účely této práce lze zmínit definici medicínskou, která smrt popisuje jako ireverzibilní zástavu činnosti srdce, k níž se pojí ireverzibilní zástava dýchání a následný zánik mozkových funkcí. Z uvedené definice lze odvodit, že smrtí, lépe řečeno smrtí mozku, neodvratně dochází k zániku konkrétního jedince, včetně jeho osobnosti a identity. Pro pozůstalé takový okamžik znamená bolestivou ztrátu, jež v jejich životě představuje výraznou změnu. Tato obtížná životní změna se, především kvůli snaze zachránit za každou cenu život blízkého, často odehrává právě v nemocničních zařízeních. V důsledku toho bývají poslední chvíle života

mnohdy považovány za období plné samoty a dehumanizace, což se zřejmě odvíjí od mechanizace v rámci nemocnic. Je zapotřebí si však uvědomit, že prožívání smrti blízkého se ani tak neodvíjí od mechanizace nemocničních zařízení, jako spíše od toho, nakolik jsou na ni pozůstalí připraveni. Podrobněji bude o tomto problému pojednáno v následujících odstavcích (Kübler-Ross, 2015; Štefan & Hladík, 2012).

***Očekávaná smrt***

Za smrt očekávanou, někdy též avizovanou, můžeme považovat jak smrt způsobenou stářím, takových případů je však poměrně málo, tak smrt v důsledku více či méně závažného onemocnění. K závažnějším onemocněním bychom mohli zařadit například onkologické nemoci, onemocnění životně důležitých orgánů, pokročilou demenci, případně některá infekční onemocnění. K méně závažným chorobám pak patří například záněty dýchacích cest, kterým se, často v důsledku stáří či oslabené imunity, nemusí tělo ubránit, a dojde k následnému úmrtí. Je třeba také říci, že v případech, kdy například lékař neobjasní stav pacienta, může být pro pozůstalé očekávané úmrtí velkým šokem. V souvislosti s tím bychom chtěli zdůraznit, že ač to není na první pohled patrné, i v tomto případě hovoříme o smrti očekávané (Špatenková, 2014; Štefan & Hladík, 2012).

Dle údajů dostupných na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2017) počet úmrtí prudce narůstá po 60. roce života, což znační, že se smrt přirozeně objevuje v pozdějším věku. Mohli bychom tedy předpokládat, že pozůstalí budou na smrt blízkého více připraveni, respektive nebudou jí natolik zaskočeni, nastane-li v pozdějším období života. Špatenková (2014) však uvádí, že ačkoliv takoví jedinci mají možnost připravit se na smrt blízkého, není jejich utrpení ze ztráty menší. Zaměříme-li se však na proces truchlení, můžeme u takových pozůstalých sledovat snazší překonávání smutku a žalu v tomto nelehkém období. Je ovšem zapotřebí mít na paměti, že reakce na ztrátu je do značné míry individuální záležitostí, kterou ovlivňuje i řada dalších faktorů.

Přestože mají v případě avizované smrti blízcí možnost podílet se na procesu umírání, nese s sebou toto období i mnohé obtíže. V důsledku soustředění svého života kolem umírajícího bývají často vyčerpaní jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Návrat do běžného života pro ně tudíž může být velmi problematický a nemusí jej příliš dobře zvládat. V některých případech se proto po úmrtí blízkého mohou objevit pocity

úlevy, na něž jsou navázány pocity viny. Někdy se u těchto jedinců objevuje navíc snaha nalézt smysl v utrpení zesnulého. Příčinou takového hledání bývají zpravidla bolesti, jež jejich blízkému způsobovala agresivní léčba před smrtí (Firthová, Luffová, & Oliviere, 2007).

***Nenadálá smrt***

Jako nenadálá nebo též náhlá smrt bývá nejčastěji označována přirozená smrt v důsledku chorobných příčin, které se ovšem na první pohled neprojevují, a pokud ano, bývají jejich symptomy zanedbatelné. Mezi nejčastější příčiny náhlé smrti můžeme zařadit onemocnění srdce a cév, choroby dýchací soustavy nebo onemocnění zažívacího traktu. Dojde-li k nenadálé smrti, pak ve většině případů mimo zdravotnické zařízení a v důsledku dalších nepříznivých vlivů. Rozhodujícím činitelem se tak může stát například nadměrná fyzická aktivita, přehřátí či podchlazení organismu, případně psychické rozrušení (Štefan & Hladík, 2012).

Vzhledem k tomu, že pojem nenadálá smrt bývá někdy chybně zaměňován za tzv. neočekávanou smrt, dovolíme si stručně vymezit odlišnosti ve významu. Zásadní rozdíl tkví v tom, že před neočekávanou smrtí můžeme u pacienta sledovat dočasné zlepšení choroby, po němž ovšem následuje zhoršení stavu a posléze smrt. U náhlého úmrtí však nemocný ani jeho blízcí zpravidla do poslední chvíle netuší, že nějakou chorobou trpí (Špatenková, 2014).

Oproti očekávanému úmrtí je náhlá smrt charakteristická absencí varovných signálů, a proto je také rizikovější, co se týká vzniku patologie. V souvislosti s touto smrtí můžeme u pozůstalých pozorovat tzv. hypertrofované truchlení, které je charakteristické svou extrémní intenzitou. Tato forma truchlení bývá zařazována mezi projevy komplikovaného zármutku. Za zmínku stojí rovněž skutečnost, že v případě hypertrofovaného truchlení nemají ukončovací rituály (např. pohřeb) na smutek a žal tišící účinek (Dudová, 2013).

***Násilná smrt***

O násilné smrti hovoříme v případě, že dojde k úmrtí v důsledku nechorobných příčin. Na základě těchto příčin můžeme uplatnit dělení na smrt v důsledku fyzikálního, nebo chemického zapříčinění. Za smrt způsobenou fyzikálním násilím považujeme např.

zásah bleskem, poranění tupým či ostrým předmětem, poranění střelnou zbraní, dušení a další. Hlavní příčinou smrti způsobené chemickými látkami bývá zpravidla akutní či chronická otrava. Důležitým faktorem u násilné smrti je také její záměrnost. Můžeme se setkat s vraždou úmyslnou, anebo v důsledku nešťastné náhody. Podobné je to také u sebevraždy, jedná-li se však o neúmyslný čin, hovoříme o sebezabití (Štefan & Hladík, 2012).

Vražda i sebevražda představují obzvláště tragický způsob smrti. Podle Kubíčkové (2001) dochází u většiny pozůstalých v důsledku násilné smrti blízkého ke komplikacím v procesu truchlení. V případě vraždy jsou u truchlících patrné intenzivní pocity viny a hněvu, které s sebou často nesou touhu po pomstě a nedůvěru v autority garantující bezpečí. Pokud se týká sebevraždy, můžeme u pozůstalých sledovat zřejmě nejobtížnější proces truchlení. Takoví jedinci nedokáží porozumět důvodu, který vedl jejich blízkého k rozhodnutí ukončit život. V tomto případě pocity viny i hněvu nabývají enormní intenzity, a někdy je navíc může doprovázet sebeobviňování, sebepoškozování či tendence k sebevraždě.

Výše uvedené informace lze opřít o nedávný výzkum, jenž byl proveden na více než 3 000 pozůstalých ve Velké Británii. Vyplývá z něj, že nejvíce ohroženou skupinou pozůstalých jsou ti, jejichž blízký spáchal sebevraždu. U této skupiny se projevuje vysoká míra vnímané stigmatizace, pocity hanby a viny, ale také pocit zodpovědnosti za smrt blízkého. Velmi rizikovým faktorem u skupiny těchto pozůstalých bývá rovněž skutečnost, že se stydí vyhledat odbornou pomoc (Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016).

## 1.2 Prožívání ztráty na základě příbuzenského vztahu

Jak již bylo zmíněno v předchozí podkapitole, faktorů determinujících proces truchlení je celá řada. Vedle okolností úmrtí bývá poměrně významným aspektem též vztah k zesnulé osobě. Vzhledem k tomu, že je naše studie orientována na jedince starší 18 let, dovolíme si zaměřit následující odstavce na prožívání této ztráty pouze dospělými jedinci.

***Smrt prarodiče***

Prvním významným úmrtím, s nímž se člověk v životě setkává, bývá zpravidla úmrtí prarodiče. Pro dospělá vnoučata většinou nebývá smrt prarodiče spojena s komplikacemi,

jelikož ji chápou jako přirozenou událost. Ovšem i v tomto případě je zapotřebí brát v úvahu vztah, jenž vnouče s prarodičem mělo, a od něhož se může průběh i délka truchlení odvíjet (Kubíčková, 2001).

***Smrt rodiče***

Za úmrtí, s nímž se zřejmě setká většina dospělých pozůstalých, bychom mohli považovat rovněž úmrtí rodiče. Většinou se jedná o velice traumatizující událost, která může být o to hůře prožívána, žije-li s nimi dospělý potomek ve společné domácnosti. Přestože je úmrtí rodiče do jisté míry očekávanou ztrátou, může se stát velice silným stresorem. Děti se svými rodiči totiž mívají jedinečný vztah, jehož ztrátou mohou být silně zasaženy. Z toho důvodu se u pozůstalých potomků můžeme setkat s přejímáním některých rysů osobnosti zesnulého rodiče, čímž se snaží zachovat jej alespoň v této transformované podobě (Kubíčková, 2001).

***Smrt partnera***

Obrovskou životní krizi představuje smrt partnera. Je důležité si uvědomit, že se ztrátou partnera se pojí řada dalších ztrát, jako například ztráta společné budoucnosti, společných zvyků či výhod, jež z života ve vztahu pramení. Vzhledem k tomu, že je průměrná délka života u mužů nižší než u žen, častěji se setkáváme, jedná-li se o smrt v důsledku stáří, s vdovstvím u žen. Ženy si po ztrátě partnera často nedokáží představit, že by jej mohly nahradit někým jiným, a takováto ztráta pro ně bývá spojena s pocity osamocení a bezmoci. U mužů sledujeme podobné projevy, ovšem v menší intenzitě a kratší dobu. Zřejmě z tohoto důvodu muži nacházejí novou partnerku dříve, a to v průměru do jednoho roku, zatímco ženy průměrně čtyři roky od ztráty. Pokud se týká převzetí rolí zesnulého partnera, ženy snáze přebírají roli otce, kdežto muži výkon role matky zpravidla delegují na jiného člena rodiny, případně na novou partnerku. Rád bych ovšem upozornil, že předchozí věty je zapotřebí brát v souvislosti s nastavením dané společnosti. Pokud tedy můžeme sledovat stírání odlišností mezi rolí muže a ženy v naší společnosti, nepochybně se to projeví také eliminací rozdílů v této konkrétní oblasti (Kubíčková, 2001; Stuart-Hamilton, 1999).

***Smrt dítěte***

Jednou z nejbolestivějších událostí, kterou může člověk zažít, je nepochybně smrt dítěte. Pozůstalí rodiče mívají po ztrátě potomka naléhavé pocity selhání a viny, jelikož nedokázali zabránit jeho smrti. O to intenzivnější bývají tyto pocity, jedná-li se o jediného potomka, jelikož jsou do něj obvykle vkládána očekávání spojená s pokračováním existence rodičů. Přestože žal ze ztráty dítěte může přetrvávat léta nebo nemusí nikdy vymizet, ani v tomto případě není neměnný. Většina rodičů se po čase se ztrátou svého dítěte naučí žít, dokonce může dojít k upevnění jejich partnerského vztahu, přesto u nich zřejmě nikdy nedojde k úplné akceptaci tohoto úmrtí (Firthová et al., 2007).

***Smrt sourozence***

Velice specifickou ztrátu představuje pro pozůstalé smrt sourozence. Vztah mezi sourozenci bývá vcelku výjimečný, a to nejen svou délkou, intimitou či historickou propojeností, ale také přirozeností, s níž je formován. Pro pozůstalého bratra či sestru tak smrt sourozence představuje hlubokou ztrátu, která bývá doprovázená řadou komplikací. Asi nejzásadnějším problémem bývá snaha „ochránit“ rodiče, kvůli čemuž se o zesnulém sourozenci nehovoří, a pro orientační rodinu se tak může proces truchlení poměrně znesnadnit. Mnohdy také sledujeme oslabení vztahů mezi orientační a prokreační rodinou zesnulého, což pro pozůstalého sourozence může znamenat oslabení či ztrátu role strýce nebo tety, která je pro něj, obzvláště v dospělosti, příznačná (Marshall & Winokuer, 2017).

## 1.3 Nekomplikované truchlení

Stejně jako se změnil postoj ke smrti, mění se i status pozůstalých v naší společnosti, což se odráží v samotném procesu truchlení. V dnešní individualizované sociální konfiguraci totiž smrt neprožíváme kolektivně, jako tomu bylo dříve, nýbrž v ústraní. Lidé navíc nemívají tolik citových vazeb, a ztráta blízkého je tak oproti minulosti prožívána daleko intenzivněji. Nelze se tedy divit, že pro pozůstalé nemusí být vždy jednoduché vytvořit si nový vztah k životu a nelézt v něm zase smysl (Suchánska, 2016).

Špatenková (2014) nekomplikované truchlení charakterizuje jako přirozenou, respektive fyziologickou reakci na ztrátu blízkého člověka, která se projevuje jak na úrovni psychosociální, tak na úrovni somatické. Tento přirozený průběh truchlení je typický

pro naprostou většinu pozůstalých – Látalová, Kamarádová a Praško (2013) uvádí, že přibližně pro 80 až 91 %.

Jelikož truchlení není stav, nýbrž proces, můžeme se setkat s řadou modelů, jež se snaží rozdělit jeho průběh na několik etap. Poměrně často bývá uváděn model Kübler-Rossové (2015), který byl původně aplikován na vyrovnávání se s těžkou nemocí. Tento model dělí proces truchlení na 5 fází, jmenovitě na popírání, hněv, smlouvání, depresi a smíření. Někdy se však zapomíná na to, co sama autorka uvádí, tedy že proces truchlení nemusí být pro všechny stejný, a nelze tak tyto fáze považovat za univerzální. Se smrtí blízkého totiž mohou být spojeny různé emocionální reakce, jako například strach, hněv, závist, stud, frustrace, ale i další. Někdy dokonce u pozůstalých sledujeme znaky tzv. paratymie, tedy emočního prožívání paradoxního pro danou situaci. Takovíto jedinci se mohou například hlasitě smát, jelikož nemohou uvěřit tomu, co se jim právě přihodilo (Haškovcová, 2007; Moody & Arcangel, 2011).

Vzhledem k tomu, že nemusí být model Kübler-Rossvé aplikovatelný na všechny pozůstalé, lze se přiklonit k „otevřenějšímu“ třífázovému modelu truchlení. Tento model dělí proces truchlení na fázi konfuze, exprese a akceptace. Ve fází konfuze můžeme u pozůstalých sledovat zvláštní pocity spojené s prázdnotou a nejistotou, kdy ovšem nedochází k otevřenému smutku, jelikož truchlící potřebují ztrátu přijmout, a pochopit, co pro ně tento okamžik znamená. Teprve po této etapě dochází k uvolňování emocí spojených se ztrátou. Jakmile začnou pozůstalí dávat najevo své emoce, hovoříme o fázi exprese. V uvedené fázi se můžeme setkat, jak už bylo zmíněno výše, s celou řadou emocionálních projevů. Následně, dokáží-li truchlící přijmout smrt zesnulého a přizpůsobit svůj život této ztrátě, hovoříme o fází akceptace. Jak jsme již zmiňovali, u pozůstalých rodičů k úplně akceptaci úmrtí potomka v naprosté většině případů nedochází. V této souvislosti bychom hovořili spíše o fázi adaptace (Haškovcová 2007; Špatenková, 2013).

V závěru této podkapitoly bychom chtěli upozornit na situaci, kdy je pro pozůstalé velmi obtížné rozloučit se se zemřelým, a v důsledku toho se mohou rozhodnout nezúčastnit pohřebního rituálu. Pokud k takové situaci dojde, je vhodné provést alternativní formu rozloučení, a to například provedením zádušní mše nebo zavzpomínáním v okruhu nejbližších. Jestliže totiž ukončovací rituál neproběhne, je velmi

pravděpodobné, že se truchlící upnou na svět zesnulého a nebudou schopni projít zármutek k nové identitě. Taková situace může vést až ke vzniku tzv. komplikovaného truchlení (Kupka, 2014; Vodáčková et al., 2012).

## 1.4 Komplikované truchlení

Přestože může proces truchlení nabývat různých podob, u některých pozůstalých lze sledovat znaky, jež nasvědčují nezdravému způsobu adaptace na ztrátu blízkého. Jedná se o truchlení chronické, hypertrofované, odložené, případně traumatické. U pozůstalých s problematickým truchlením jsou obvykle patrné velmi intenzivní symptomy, které během následujících měsíců od ztráty neslábnou, a mohou vést ke zhoršenému fungování jak v rovině sociální, tak v rovině pracovní. Pokud u pozůstalých pozorujeme některé z výše uvedených symptomů, můžeme konstatovat, že u nich probíhá tzv. komplikované truchlení (Crunk, Burke, & Robinson, 2017; Dudová, 2013).

Komplikované truchlení (někdy též porucha protrahovaného zármutku) je od roku 2013 součástí klasifikačního systému DSM-5. V roce 2018 by měla tato diagnostická jednotka přibýt rovněž do 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. V současné době již existuje také několik dotazníků hodnotících symptomy komplikovaného truchlení, jedním z nejvíce používaných je zřejmě *Inventory of complicated grief* (Bui et al., 2015).

Dle Wakefiela (2013, in Látalová et al., 2013, 182) *pro stanovení diagnózy musí pacient splňovat minimálně jeden z příznaků separační úzkosti (stesk, intenzivní zármutek, zabývání se zemřelým, a zabývání se okolnostmi úmrtí) a alespoň šest ze 12 následujících příznaků:*

1. *Obtíže s přijetím ztráty,*
2. *pocity šoku/nebo omráčenosti nebo otupělosti,*
3. *obtížné vyvolávání hezkých vzpomínek,*
4. *pocity hořkosti nebo zlosti,*
5. *sebeobviňování,*
6. *vyhýbání se vzpomínkám,*
7. *potíže s uvěřením,*
8. *přání spojit se se zemřelým,*
9. *pocity osamělosti nebo odloučení,*

*10. pocity zbytečnosti nebo prázdnoty,*

*11. zmatek v rolích nebo pocity, že část sebe samotné/samotného zemřela,*

*12. obtíže s plánováním a ztráta zájmů.*

*Příznaky musí trvat alespoň 12 měsíců.*

Na rozvoji komplikovaného truchlení se mohou podílet různé rizikové faktory, které bychom mohli rozdělit do dvou skupin, a to na faktory environmentální a genetické. Mezi environmentální vlivy lze zařadit například míru závislosti na zemřelé osobě, nedostatečnou sociální podporu, případně smrt dítěte. Pokud se týká genetických faktorů, bývá větší riziko rozvoje patologického truchlení u žen než u mužů (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015).

Vedle rizikových faktorů však existuje také skupina faktorů, které mohou sloužit jako ochrana před vznikem komplikovaného truchlení. Mezi nejvýznamnější z nich můžeme zařadit schopnost najít smysl nebo osobní význam ve ztrátě, případně schopnost kompenzovat tuto zkušenost. Nedílnou součástí je také schopnost regulovat a vyvažovat své emocionální ladění (Kasl-Godley, King, & Quill, 2014).

Jak jsme již zmínili, komplikované truchlení může nabývat různých podob. Existují však určité situace, kdy nehovoříme o komplikovaném truchlení, ale spíše o projevech jiné psychopatologie. Pokud je pro pozůstalého ztráta velmi bolestivá, může se truchlení překlenout například v depresi. Velice často se tak stává v situacích, kdy pozůstalí úmrtí blízkého nečekají nebo jedná-li se o smrt potomka. V takovém případě je velice důležité nasadit vhodnou léčbu, a to nejen pomocí psychoterapie, ale také indikací adekvátních psychofarmak. Vždy je ovšem zapotřebí rozeznávat depresi od zdravého truchlení, jedná se totiž o rozdílné fenomény. Intuitivně lze odvodit, že u truchlícího jedince není indikace farmakoterapie potřebná, někdy ani žádoucí, jelikož může mít neblahý vliv na přirozenou reakci, jíž truchlení bezesporu je. Vedle deprese se v některých případech, například při tragickém úmrtí, můžeme u pozůstalých také s posttraumatickou stresovou poruchu. Pro takového jedince je typická snaha vyhnout se vzpomínkám i rozhovorům souvisejícím s úmrtím blízkého. Někdy jsou dokonce patrné tendence tuto nepříjemnou zkušenost ze své mysli zcela vymazat. I v tomto případě je velice důležité pozůstalým indikovat adekvátní léčbu (Špatenková, 2014).

# 2 Možnosti a limity psychologické péče o pozůstalé

Selžou-li svépomocné strategie či podpůrný sociální systém pozůstalého, přichází na řadu některá z forem odborné, institucionalizované pomoci. Tyto formy péče bývají zpravidla řazeny pod oblast paliativní péče. Ačkoliv se rozdíly mezi jednotlivými formami pomoci truchlícím jedincům někdy stírají, pokusím se je v následujících podkapitolách alespoň částečně vymezit (Radburch & Payne, 2010).

## 2.1 Krizová intervence při krizích ze zármutku

Krizovou intervenci bychom mohli charakterizovat jako metodu, která má za cíl pomoci klientovi překonat aktuální tíživou situaci a obnovit jeho síly. Pokud se týká časového hlediska, uvádí se, že by krizová intervence měla být poskytována po celou dobu krize, nanejvýš však do 6 týdnů. Co do formy rozlišujeme mezi krizovou intervencí lůžkovou, ambulantní, výjezdní a telefonickou. V práci s pozůstalými připadají v úvahu snad všechny formy krizové intervence. Pokud se však přeneseme do prostředí nemocnice, můžeme se setkat s výjezdní formou, kdy krizový pracovník za pozůstalým vyjíždí nebo jej může doprovodit k identifikování těla. Rádi bychom však zdůraznili, že se tak děje spíše ve výjimečných případech. Mnohem častěji se totiž s touto klientelou, zřejmě v důsledku nastavení naší společnosti, setkáváme prostřednictvím telefonické krizové intervence (Baštecká, 2005; Vodáčková, 2012).

Krizová intervence má bezesporu v péči o pozůstalé své nezastupitelné místo, jelikož pomáhá dotyčnému překonávat tuto životní krizi. Budeme-li chtít krizovou intervenci vymezit vůči dalším formám pomoci pozůstalým, lze takto učinit například na vztahu psychoterapie a zmíněné krizové intervence. Oproti psychoterapii je tato podoba péče podstatně kratší a více zaměřená na řešení akutního problému. V případě ambulantní formy se uvádí přibližně 1 až 3 sezení s rozestupem několika dní, v případě hospitalizace a to nejčastěji 5 dní kontinuálně. Z toho lze vyvodit, že krizová intervence je zaměřena spíše na podporu pozůstalých, u nichž dochází k nekomplikovanému procesu truchlení. Takoví klienti zpravidla přicházejí, nikoliv těsně po ztrátě, nýbrž s odstupem času, a to nejčastěji v důsledku zvláštních vzpomínek na zesnulého, případně při objevujících se larvovaných problémech (Kastová, 2010; Vodáčková, 2012).

## 2.2 Doprovázení pozůstalých

V České republice se doprovázení pozůstalých věnují především pracovníci církevních a hospicových zařízení. Tato podoba odborné péče je, stejně jako krizová intervence, určena spíše pozůstalým s nekomplikovaným průběhem truchlení. Specifikem doprovázení pozůstalých je vztah, jenž je velmi důvěrný, a pozůstalému tak dává možnost svěřit se všemi svými pocity. Doprovázející osoba nejenže pomáhá pozůstalému překonávat bolestivý proces truchlení, ale zároveň pomáhá v prevenci zdravotních rizik, tedy aby pozůstalý překonal svůj zármutek bez duševní a tělesné újmy. Rádi bychom doplnili, že od roku 2015 je Doprovázení umírajících a pozůstalých zařazeno v Národní soustavě kvalifikací jako samostatná profesní kvalifikace (Šourek, 2016; Špatenková, 2014).

## 2.3 Poradenství pro pozůstalé

Přestože se poradenství pro pozůstalé v některých oblastech prolíná s psychoterapií (ale i s dalšími podobami péče), pokusíme se na následujících řádcích přiblížit základní odlišnosti. Rozdíl mezi poradenstvím pro pozůstalé a psychoterapií tkví především v délce intervence, která je v případě poradenství spíše krátkodobějšího charakteru. Poradenství se navíc oproti psychoterapii zaměřuje na méně patologickou populaci, to znamená, že neléčí, nýbrž se snaží pomoci vyřešit konkrétní problém, čímž se do jisté míry podobá krizové intervenci. Z toho vyplývá, že se poradenství pro pozůstalé, podobně jako krizová intervence či doprovázení, zaměřuje na pozůstalé s nekomplikovaným průběhem truchlení. Přesto, a platí to i pro výše uvedené podoby péče, je důležité, aby poradce dokázal odlišit nepatologické truchlení od truchlení komplikovaného či nějakým jiným způsobem rizikového (Řiháček, 2014; Špatenková, 2013).

Poradenství pro pozůstalé je vhodná podoba péče, pokud u truchlícího jedince došlo ke ztrátě v nedaleké minulosti. Tento způsob péče spočívá v pomoci pozůstalému jedinci, páru či rodině uvědomit si své pocity, emocionálně se odpoutat od zesnulého, přijmout ztrátu a uvědomit si její dopady. Cílem poradenství pro pozůstalé je tedy pomoc truchlícímu dostat se na optimální úroveň fungování. Přestože si uvědomujeme, že se může pojem „optimální“ jevit jako poměrně vágní, nelze být zcela konkrétní v tom, jak přesně by měla optimální úroveň fungování vypadat. Každý jedinec totiž prožívá ztrátu jiným způsobem,

a do celého procesu truchlení vstupuje navíc řada dalších faktorů, neřkuli, že život po ztrátě nabývá zcela odlišných, nových rovin (Špatenková, 2013).

Jak ukázala nedávná skotská studie (Newsom et al., 2017) prováděná na vdovách a vdovcích, poradenství pro pozůstalé není pouze jednou z alternativ péče o pozůstalé, ale také jistou podobou účinné prevence před vznikem komplikovaného truchlení. Nelze však říci, že by se kýžený efekt dostavoval okamžitě po provedené intervenci, spíše naopak. U experimentální skupiny, v porovnání s kontrolní skupinou bez intervence, bylo naměřeno zlepšení, respektive snížení symptomů komplikovaného truchlení, po několika měsících od poskytnuté intervence. Zajímavostí je, že měření prováděná bezprostředně po poskytnuté intervenci značila spíše zvýšení hladiny symptomů komplikovaného truchlení. Tento jev lze ovšem vysvětlit tím, že během působení poradenství musí pozůstalí čelit aspektům úmrtí a otevírat témata spojená se smrtí blízké osoby, což může vést ke krátkodobému zhoršení jejich stavu. Výsledky této studie lze tedy zjednodušeně shrnout tak, že poradenství pro pozůstalé je účinnou formou péče, ale spíše z dlouhodobějšího hlediska.

Na závěr této podkapitoly bychom rádi zmínili, že ačkoliv je v západních zemích poradenství pro pozůstalé již běžnou službou, u nás je spíše popelkou. V březnu roku 2017 bylo v České republice 98 kvalifikovaných poradců pro pozůstalé, působících převážně ve větších městech. Ovšem přestože je u nás tato forma péče v počátcích svého vývoje, je zapotřebí zdůraznit jedno jméno, jež bývá v souvislosti s poradenstvím pro pozůstalé často skloňováno. Jedná se o paní doktorku Naděždu Špatenkovou, v současné době působící na Univerzitě Palackého v Olomouci, která se mimo jiné zasloužila o vznik legitimního povolání Poradce pro pozůstalé, které bylo v roce 2012 zařazeno do Národní soustavy kvalifikací (Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2017; Špatenková, 2014).

## 2.4 Psychoterapie pozůstalých

V souvislosti s psychoterapií lze zmínit, že oproti ostatním formám péče bývá indikována spíše u pozůstalých, u nichž během truchlení dochází ke komplikacím. Psychoterapeutické působení bývá obvykle delšího charakteru, uvádí se přibližně 12 až 20 sezení po dobu přibližně 6 měsíců. Tato forma péče bývá poskytována psychology, psychiatry či dalšími odborníky se znalostmi patologického průběhu truchlení, kteří absolvovali některý z psychoterapeutických výcviků (Látalová et al., 2013).

Psychoterapeutických směrů pomáhajících lidem zvládat komplikované (někdy též nekomplikované) truchlení je celá řada. V případě zdravého průběhu truchlení je vhodná podpůrná terapie, která klientovi napomáhá uvolnit emoce spojené se ztrátou a ujasnit si v životě nové role. V souvislosti s komplikovaným truchlením může být nápomocná například gestalt terapie, kdy metodou prázdné židle může komplikovaně truchlící jedinec promlouvat k zemřelému, a dát tak průchod svým emocím. Lze rovněž uvést metodu terapeutických dopisů, užívanou například v kognitivně-behaviorální terapii, kdy klient napíše příběh o ztrátě blízkého a poté jej přečte terapeutovi. V neposlední řadě stojí za zmínku metoda řízeného truchlení, kdy se terapeut opakovaně snaží v klientovi probouzet emoce spojené se ztrátou, a to zpravidla pomocí představ. Vzhledem k tomu, že některé účinné techniky bývají přebírány mezi jednotlivými psychoterapeutickými systémy, můžeme se s nimi setkat i v případě dalších směrů. Ať už je zvolena některá z výše uvedených metod nebo metoda jiná, vždy je cílem psychoterapie převést komplikovaný proces truchlení na jeho zdravý průběh. Je však smutnou praxí, že se u patologicky truchlících mnohdy setkáváme pouze s indikací farmakoterapie, a to bez vhodné doplňující léčby psychologickými prostředky (Látalová et al., 2013; Špatenková, 2014).

## 2.5 Svépomocné skupiny pro pozůstalé

Specifickou formu péče o pozůstalé představují tzv. svépomocné skupiny. V České republice je tato podoba péče poměrně vzácná, ovšem vyskytují se jednotlivci i organizace, jež u nás vznik svépomocných skupin pro pozůstalé iniciují a podporují. Lze zmínit například pečovatelskou službu Senior Care působící v Berouně, Domácí hospic Jordán v Táboře, případně pražský Klub Podvečer patřící pod organizaci Cesta domů (ale i další).

Efektivita svépomocných skupin tkví především v tom, že ukazuje truchlícímu jedinci pozůstalé, kteří prožívají či prožívali podobné pocity, a přesto se s úmrtím blízkého určitým způsobem vyrovnali. Velkým přínosem je také možnost socializace, která truchlícímu pomáhá překonat pocity izolovanosti a zoufalství. Svépomocné skupiny však nemusí vyhovovat všem. Pro introvertně orientované, případně příliš emocionálně zahlcené jedince, nemusejí tyto skupiny představovat vhodnou formu pomoci (Špatenková, 2013).

Výše uvedená tvrzení lze opřít o nedávný výzkum (Caserta, Lund, Utz, & Tabler, 2016) prováděný ve Spojených státech amerických, jehož se zúčastnili pozůstalí partneři.

Výzkumníci došli k závěru, že ačkoliv svépomocná skupina může pozůstalému poskytnout oporu a „vyšší komfort“ během truchlení, nedokáže dostatečně postihnout individuální rozdíly v aktuálních potřebách účastníků. Výzkum také ukazuje, že může být vliv svépomocné skupiny problematický, prochází-li truchlící jedinec procesem obnovy, tedy procesem přizpůsobování svého života nové roli. V takovém případě může pozůstalého skupina svazovat, jelikož při jejím opuštění hrozí ztráta vazeb s ostatními členy, někdy dokonce její rozpadnutí.

## 2.6 Edukace pozůstalých

V souvislosti s péčí o pozůstalé je nezbytné zmínit také edukaci, která je velmi podstatná, a to především ve chvílích, kdy se jedná o první úmrtí, s nímž se jedinec setká. Edukace se může týkat nejrůznějších oblastí ať už se jedná o informace týkající se zařízení pohřbu, vyřizování pozůstalosti a dědictví, nebo nároku na pracovní volno. Nejen o těchto záležitostech pozůstalí často potřebují získat podstatné informace (Špatenková, 2014).

V situaci, jakou je ztráta blízkého, se velmi často stává, že truchlící jedinci v akutní fázi nebývají příliš koncentrováni, jelikož bývají zahlceni daným okamžikem. Špatenková a Králová (2009) navíc upozorňují, že každý vnímá v této situaci běh času subjektivně, lépe řečeno, že vnímání času pozůstalými v akutní fázi truchlení je diametrálně odlišné od vnímání času zdravotnickým personálem. Nelze proto zapomínat na skutečnost, že by edukace měla probíhat v několika etapách s častým opakováním důležitých informací. Je vhodné také zvolit pomalejší tempo řeči, aby dotyčný dokázal podstatné části sdělení vstřebat (Haškovcová, 2007)

## 2.7 Institucionalizace péče a její limity

Navzdory tomu, že si většina terminálních pacientů přeje umírat a zemřít ve svém domově (STEM/MARK & Cesta domů, 2011), dle ÚZIS (2017) v českých zdravotnických zařízeních lůžkové péče zemřelo za rok 2016 přibližně 70 000 osob, což je přes 65 % všech úmrtí v daném roce. Je tedy zřetelné, že se umírání neobjevuje tak často v našich domovech, jako spíše ve zdravotnických zařízeních. A ačkoliv se tento přesun jeví jako nešťastný, někdy může být tím nejlepším, co umírajícího a jeho rodinu v dané situaci potká (Špatenková, 2014).

Jedním z míst, kde se s umírajícími pacienty i pozůstalými setkáváme, je nepochybně hospic. Svatošová (2011) uvádí, že hospicovou péči můžeme rozdělit na tři formy, a to na péči domácí, stacionární či lůžkovou. Domácí hospicová péče je pro pacienta tím nejvhodnějším řešením, jelikož může pobývat ve známém prostředí a v okruhu svých nejbližších. Tato forma péče však může být vyčerpávající pro jeho blízké, a někdy, žije-li například v menším bytě více generací, nemusí být domácí hospicová péče vhodná. V takových případech je přijatelnější formou stacionární hospicová péče, kdy umírající tráví den v hospici a večer se vrací domů. Blízcí tak mají více prostoru na odpočinek, díky čemuž pro ně péče nemusí být tolik náročná. Poslední, z výše uvedeného výčtu, je péče lůžková, kdy pacient, na základě svého rozhodnutí, může strávit několik dní v hospici, a poté se vrátit domů. Není tedy nutností, že v hospici se musí zemřít. Výhodou lůžkového hospice je fakt, že zde pacient může pobývat se svým blízkým, případně jej blízký může kdykoliv navštívit, a podílet se tak na péči o něj. Přestože v lůžkovém hospici, podobně jako v nemocnici, probíhají lékařské vizity, je patrné, že režim dne je mnohem více v rukou pacienta, s čímž jsou spojena také jistá pozitiva pro rodinné příslušníky.

Hospice, zejména stacionární a lůžkové, potřebují tým složený z pracovníků různých odborností. Ústřední roli v hospicové péči hrají zdravotní sestry, které by měly mít okamžitý přístup k lékaři vzdělanému v oblasti paliativní medicíny. K širšímu týmu lze zařadit psychology, sociální pracovníky, duchovní, fyzioterapeuty, řečové a pracovní terapeuty, případně proškolené dobrovolníky (Radburch et al., 2010).

V českých hospicích je běžnou praxí péče o pozůstalé, a to i v případě, zemře-li jejich blízký doma, v nemocnici či na jiném místě. Z vlastních zkušenosti však víme, že o této možnosti pozůstalí nebývají informováni. Hospice také pořádají několikrát do roka bohoslužby pro pozůstalé, při nichž mohou lidé na své blízké zavzpomínat. Součástí těchto vzpomínkových akcí bývají zápisy do tzv. Knihy živých, což je kniha, v níž jsou napsána jména těch, kteří v konkrétní den a rok zesnuli. Díky tomu mohou na zemřelé zavzpomínat nejen pozůstalí, ale také týmy, které se o ně staraly (Svatošová, 2011).

Dalším zařízením, kde bychom se měli setkat s paliativní péčí, tedy s péčí o nevyléčitelně nemocné pacienty i jejich blízké, je bezesporu nemocnice. V nemocnici se s terminálními pacienty často setkáváme například v léčebnách dlouhodobě nemocných

(LDN), případně na odděleních paliativní péče, v jejichž kontextu je u nás za posledních několik let patrný výrazný posun. Velkou zásluhu na tom má Nadační fond Avast, který v roce 2016 rozdělil několik milionů korun na podporu rozvoje paliativní péče v 18 nemocnicích v České republice. Díky tomu vzniklo například ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze Centrum paliativní a podpůrné péče, v Masarykově onkologickém ústavu Ambulance podpůrné a paliativní onkologie nebo v Dětské nemocnici FN Motol Ambulance paliativní medicíny. Limitem paliativní péče v českých nemocnicích však zatím zůstává skutečnost, že je dostupná převážně ve větších, zpravidla krajských městech (Loučka, 2017; Nadační fond Avast, nedat.).

Pokud bychom se zaměřili na cíle LDN, jedná se především o následnou péči o pacienty, konkrétně o jejich doléčení. Stává se, že lidé někdy nesprávně zaměňuji geriatrické oddělení za LDN. Rozdíl tkví v tom, že LDN bývá přístupná mladým lidem, což se o geriatrickém oddělení říci nedá. Naopak cílem jednotek paliativní péče v nemocnicích je především tlumení obtíží spojených s nevyléčitelnou nemocí, a navíc sociální, psychologická a spirituální podpora pacientů i jejich blízkých. Nedílnou součástí nemocniční paliativní péče by měla být také podpora dalších klinických pracovníků daného zařízení (Radburch et al., 2010; Špatenková, 2014).

Kdybychom se zaměřili na tým v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, tak vedle zdravotních sester a lékařů, můžeme narazit například na ošetřovatelky, fyzioterapeuty nebo sociální pracovníky. Pokud se týká oddělení paliativní péče, měli by být součástí týmu vedle výše uvedených také psychologové, kaplani, farmaceuti, pracovní a řečoví terapeuti nebo též odborníci v péči o pozůstalé (Radburch et al., 2010; Špatenková, 2014).

Přestože je z informací v této kapitole patrné, že je v českých nemocnicích paliativní péče na svém počátku, můžeme sledovat její pozvolný rozvoj. Jedním z atributů tohoto rozvoje může být, vedle podpory nadačních fondů, projekt Ministerstva zdravotnictví ČR (2018) s názvem „Podpora paliativní péče“, jehož hlavním cílem je zvýšení dostupnosti paliativní péče v nemocnicích akutní, následné a dlouhodobé péče. Výsledný efekt tohoto projektu by se měl dotknout nejen péče o pacienty v terminálním stádiu, ale také podpory jejich blízkých.

## 2.8 Pomáhající profese a jejich limity

Pomáhající profese lze obecně charakterizovat jako takové profese, které spadají do oblasti medicíny, psychologie, pedagogiky nebo sociální práce. Každá profese spadající do některé z těchto oblastí má určité množství vědomostí a dovedností, které je zapotřebí si k jejímu výkonu osvojit. Spojujícím faktorem všech výše uvedených profesních oblastí je lidský vztah, jenž je vytvořen mezi pomáhajícím pracovníkem a jeho klientem (Špirudová, 2015).

Pokud se týká práce s pozůstalými, měl by právě lékař, a to na základě svých kompetencí, konstatovat smrt. Nikdo jiný, ani zdravotní sestra, ani žádný další pracovník ve zdravotnictví, nemůže suplovat tuto lékařskou povinnost. Základním úkolem lékaře je dát prostor pozůstalým, aby mohli projevit své emoce spojené se ztrátou, ale také je edukovat o náležitostech, jež musí po smrti blízkého zařídit. Ve většině případů, Svatošová (2011) uvádí, že až u dvou třetin pozůstalých, stačí jeden kratší lidský rozhovor v řádu pár desítek minut. Nejenže u pozůstalých takový rozhovor může pozitivně ovlivnit proces truchlení, ale také funguje jako prevence zloby a rozmrzelosti vůči zdravotnickému personálu (Raudenská & Javůrková, 2011).

Vedle lékaře je zdravotní sestra dalším pracovníkem, který se s pozůstalými zpravidla setká. Hlavním úkolem sestry je poskytnou psychickou podporu a edukovat o možnostech péče o pozůstalé, ale také o pozůstalosti či náležitostech spojených se zařizováním pohřbu. Může se rovněž stát, že si pozůstalí přejí promluvit se sestrou, která byla v posledních chvílích poblíž jejich blízkého. Ať se jedná o jakoukoliv z uvedených situací, pokaždé je důležité, a platí to i pro lékaře, aby informace spojené s úmrtím, pohřbem a podobně nebyly sdělovány na chodbě, případně v pokoji, kde jsou další pacienti. Vždy je vhodné nabídnou takové místo, kde si budou moci pozůstalí sednout, a kde bude na rozhovor klid i dostatek soukromí. Některé sestry navíc, obzvláště v poledních letech, disponují kompetencemi krizového interventa. Tyto sestry – krizové interventky – mohou být k pozůstalým přivolány například při náhlém úmrtí pacienta (Venglářová & Mahrová, 2006).

Mluvíme-li o službách pro truchlící, svou roli zde hrají i sociální pracovníci. Jedná-li s pozůstalými sociální pracovník, pak zpravidla provádí konzultace a poskytuje jim

informace o možnostech podpory. V některých zařízeních však mohou sociální pracovníci organizovat i setkání pozůstalých, případně poskytovat aktivní psychosociální doprovázení individuální formou (Bajer, 2010).

V posledních letech se v nemocnicích můžeme stále častěji setkat rovněž s klinickými psychology. Pokud je klinický psycholog v nemocnici přítomný, například jako člen paliativního týmu, nabízí psychologickou podporu nejen umírajícím a jejich blízkým, ale i personálu nemocnice. V případě pozůstalých je důležité, aby uměl identifikovat rizika spojená s truchlením a dokázal poskytnout vhodnou intervenci. Vzhledem k tomu, že většina klinických psychologů absolvovala psychoterapeutický výcvik, může být některým pozůstalým, zpravidla s rizikovým průběhem truchlení, indikována psychoterapie (Golijani-Moghaddam, 2014).

Přestože tato skupina nemocničních pracovníků nebývá zařazována mezi pomáhající profese, dovolíme si ji v závěru této kapitoly zmínit. Navzdory tomu, že je Česká republika spíše sekularizovanou zemí, můžeme se v nemocnicích poměrně často setkat s klinickou pastorační péčí, jíž zajišťují nemocniční kaplani. Úlohou nemocničního kaplana bývá poskytování existenciální, duchovní a náboženské péče pacientům, jejich blízkým i personálu nemocnice. Jak jsme již nastínili v kapitole 2.2, pokud se týká péče o pozůstalé, nemocniční kaplani je zpravidla doprovázejí (Matějková & Krumpholcová, 2012).

# 3 Empirické poznatky k péči o pozůstalé z ČR a ze zahraničí

V České republice mnoho studií zaměřených na nemocniční péči o pozůstalé zatím neproběhlo. Uvedeme proto dva výzkumy vzniklé v rámci diplomových prací, které alespoň částečně nastiňují, jak by u nás péče o pozůstalé mohla vypadat. Limitem těchto výzkumů však může být skutečnost, že péči o pozůstalé hodnotil pouze personál nemocnice. V druhé části se zaměřím na výzkumy, jež proběhly v zahraničí, přesněji řečeno v západních zemích.

První studii, jíž uvedeme, provedla Valeriánová (2012), která se zaměřila na vnímání péče o pozůstalé ze strany nemocničního personálu, konkrétně zdravotních sester (n = 116). Tato studie probíhala na několika odděleních ve dvou brněnských nemocnicích. Vyplývá z ní, že ve většině případů úmrtí pozůstalým oznamuje lékař (ovšem ne vždy!), a to prostřednictvím telefonu. Jestliže se dostaví rodinní příslušníci na oddělení, sestry jim nejčastěji věnují 11-20 minut, ovšem mnohdy i méně času. Na délku takového rozhovoru většinou nemá vliv počet sester na oddělení. Nejčastější informace, které se od sester pozůstalí dozvídají, bývají ohledně pozůstalosti. Přibližně u poloviny případů se také objevují informace ohledně dalšího postupu, a to nejčastěji předáním tištěného informačního letáku. Zajímavostí je, že téměř polovina z těchto respondentů uvedla, že nepodává informace o pohřební službě a další třetina uvedla, že pouze v případě, vyžádají-li si je pozůstalí. Pokud se týká místa, kde se pozůstalí informace dozvídají, téměř čtyři pětiny respondentů uvedly, že speciální místnost nemají. U většiny z těchto respondentů dochází ke konsenzu, že nevědí o žádné místnosti na oddělení, která by se k těmto účelům dala využít.

Druhá studie, kvalitativního charakteru, byla provedena v Ústřední vojenské nemocnici Praha (ÚVN), a její autorkou je Manková (2016). Tato studie se zaměřovala především na oznamování (avizovaného) úmrtí lékaři a na roli dalšího nemocničního personálu v práci s pozůstalými (n = 28). Z této studie vyplývá, že lékaři se většinou snaží informovat blízké o průběžném stavu pacienta, aby nebylo úmrtí příliš šokující. Avšak v některých případech, vyvíjejí-li například blízcí umírajícího na lékaře nátlak, dostanou od nich naději, přestože již žádná není. Rozhovor mezi pozůstalými a lékaři v nemocnici probíhá zpravidla přes telefon, ovšem ve chvíli, kdy jedinci přijdou osobně, probíhá rozhovor na chodbě nebo na pokoji. Za velký problém považují lékaři i sestry právě absenci

místnosti, kde by mohl rozhovor probíhat. Lékaři i sestry se shodují, že je pacientům potřeba poskytnout dostatek informací i psychickou oporu, ovšem kvůli nedostatku času se nepovažují za vhodné tuto péči poskytovat. Zdravotnický personál se také shoduje, že by uvítal větší spolupráci s nemocničním kaplanem a sociálními pracovníky. Nemocniční kaplan, jenž byl také dotazován, v práci s pozůstalými považuje za nejdůležitější, aby dokázali zesnulému odpustit a „propustili jej na věčnost“. Nejčastěji proto bývá modlitba zaměřena na odpuštění zesnulému a na prosbu za odpuštění. Poslední rozhovory, o nichž se zmíníme, autorka provedla se sociálními pracovníky. Vyplývá z nich, že sociální pracovníci s rodinou řeší především organizační záležitosti. Pokud je pacient v terminální fázi, domlouvají možný převoz do hospice, jestliže pacient v nemocnici zemře, poskytují pozůstalým informace o poradcích pro pozůstalé, o pohřební službě a také kontakt na nemocničního kaplana. Do budoucna nemocnice, dle této studie, plánovala vytvoření paliativního týmu, který by se o pacienty v terminálním stádiu, ale také o jeho blízké staral. Z informací dostupných na webových stránkách ÚVN (2018) je patrné, že takový tým již vznikl.

První zahraniční výzkum, jenž zde uvedeme, probíhal ve Velké Británii a zúčastnilo se jej celkem 385 zdravotních sester ve vedoucích pozicích na JIP. Na odděleních, kde následná péče o pozůstalé v nějaké formě dostupná byla, se jednalo nejčastěji o smuteční kondolence, brožury s informacemi či následné telefonní hovory. V menší míře se objevovala také vzpomínková setkání, případně skupinové nebo rodinné poradenství. Z výzkumu rovněž vyplývá, že nejčastějšími poskytovateli této péče byly zdravotní sestry a koordinátoři péče o pozůstalé (v originálním znění „bereavement coordinators“). Pokud se týká zařízení, kde péče o pozůstalé dostupná nebyla, zpravidla o ni byl zájem, případně si poskytováním péče respondenti nebyli zcela jisti. Z možných způsobů, kterými by se péče o pozůstalé dala poskytovat, se respondentům nejvíce zamlouvalo posílání smutečních kondolencí, poskytování brožur s informacemi či následných telefonních hovorů (McAdam & Erikson, 2016).

Druhá studie ze zahraničí, o jejíž výsledky bychom se rádi podělili, proběhla v Irsku. Hlavní metodou užitou v této kvalitativní studii byla ohnisková skupina, které se zúčastnilo 8 zdravotnických pracovníků a 12 pomocných pracovníků z dublinské nemocnice. Získaná data byla doplněna také o postřehy pracovníka s přáními a stížnostmi, jež byly sebrány

pomocí semistrukturovaného interview. Za zmínku stojí, že mezi dotazovanými pracovníky nebyli ani lékaři, ani sociální pracovníci. Ze studie vyplývá, že se pracovníci nemocnice shodli, že v uplynulých deseti letech se péče o pozůstalé značně zlepšila. Někteří přikládali zásluhy externím činitelům (veřejná diskuze o paliativní péči, propagace paliativní péče), jiní zase interním činitelům (založení paliativního týmu, výzkumy zaměřené na spokojenost pacientů a jejich blízkých). Jako velké negativum účastníci ohniskové skupiny považovali nedostatek soukromí při rozhovorech s pozůstalými. Můžeme tedy sledovat jistou podobnost s českými výzkumy uvedenými výše. Jako velmi důležitou označili zaměstnanci také komunikaci s pozůstalými, tedy aby jim byl poskytnut dostatek informací vhodným způsobem. Velké množství stížností se totiž, podle pracovníka s přáními a stížnostmi, týkalo nepochopení sdělení pozůstalými v důsledku rozrušení. Z diskuze také vyplynulo, že se většina odborného zdravotnického personálu setkala v nedávné době s pozůstalými. V souvislosti s tím panoval obecný konsenzus, že se nejen pozůstalým, ale posléze též zaměstnancům dostalo adekvátní podpory (Walsh, Breslin, Curry, Foreman, & McCormack, 2013).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

# 4 Výzkumný problém, cíle práce, otázky a hypotézy

Poslední kapitola teoretické části nastínila soudobé výzkumné studie a bádání v oblasti péče o pozůstalé nejen u nás, ale i v zahraničí. Je patrné, že tento podobor paliativní péče v nemocnicích nestagnuje, nýbrž se určitým směrem vyvíjí. Otázkou však zůstává, ve kterých nemocnicích, jakým směrem a do jaké míry. Z toho důvodu jsme se rozhodli stanovit výzkumným problémem této práce dostupnost a kvalitu psychologické péče o pozůstalé v českých nemocnicích. S ohledem na teoretické ukotvení tématu a dostupná empirická data se od výzkumného problému odvíjejí také výzkumné cíle, o nichž se zmíníme níže.

Před stanovením výzkumných cílů však považujeme za nezbytné upřesnění termínu „psychologická péče o pozůstalé“, který je součástí výzkumného problému. Ten se může jevit jako poměrně vágní, nelze z něj totiž zcela jednoznačně určit, o jakou péči se vlastně jedná. Svou roli do jisté míry sehrává český jazyk, kvůli němuž můžeme sousloví „psychologická péče“ pojímat jako péči poskytovanou psychologem, nebo jako péči o naši psychickou stránku. Rád bych proto zdůraznil, že se tato studie zaměřuje spíše na druhou z uvedených interpretací, přestože roli psychologa v nemocničním zařízení neopomíjí. Dalším, vcelku palčivým problémem, může být otázka, co vše psychologická péče o pozůstalé zahrnuje. Osobně se přikláníme k názoru, že pod psychologickou péči o pozůstalé můžeme zařadit i zdánlivě triviální záležitosti. Ať už se jedná o způsob oznámení úmrtí, vytištěnou brožuru poskytující pozůstalým důležité informace nebo o formu odbornější péče, jakou je například krizová intervence. Nejen tyto formy péče se dle našeho názoru v daném období mohou odrazit na psychice člověka, respektive na jeho prožívání ztráty.

Jak jsme již nastínil v samotném úvodu této práce, rozhodli jsme se zaměřit na úroveň psychologické péče, jíž se v českých nemocnicích pozůstalým dostává (nebo nedostává). Co konkrétně si pod tím představit, čtenáři napoví následující cíle výzkumu:

- Vytvořit dotazník, jenž bude reflektovat spokojenost pozůstalých s kvalitou a dostupností psychologické péče v českých nemocnicích.
- Prozkoumat souvislost mezi pracovníkem poskytujícím psychologickou péči pozůstalým a hodnocením její kvality.

- Prozkoumat souvislost mezi věkem respondentů a hodnocením kvality poskytnuté psychologické péče o pozůstalé.
- Prozkoumat, jakým způsobem probíhá komunikace mezi pozůstalými a personálem nemocnice.
- Prozkoumat rozdíly mezi lokací nemocnice a hodnocením kvality poskytnuté psychologické péče o pozůstalé.
- Prozkoumat rozdíly ve vyhledávání informací mezi pozůstalými, kterým oznámil úmrtí, nebo neoznámil úmrtí personál nemocnice.
- Prozkoumat hodnocení dostupnosti psychologické péče o pozůstalé zástupci českých nemocnic.

Jelikož jsme zvolili smíšený výzkumný design, o němž se zmiňuji více v následující kapitole, je zapotřebí čtenáře seznámit nejen s hypotézami, ale také s výzkumnými otázkami souvisejícími s kvalitativní částí výzkumu. Kvalitativní data získáváme nejen skrze strukturovaná interview, ale také prostřednictvím dotazníkového šetření. Pro přehlednost bychom tedy rádi uvedli, že první tři otázky se týkají kvantitativního šetření a následující dvě zase šetření kvalitativního.

- *Jaký personál nemocnice se pozůstalým v nemocnicích věnuje nejčastěji?*
- *Jakým způsobem probíhá komunikace mezi personálem nemocnice a pozůstalými?*
- *Z jakých zdrojů získávají pozůstalí informace o možnostech poskytované péče?*
- *Jakým způsobem hodnotí dostupnost psychologické péče o pozůstalé zástupci českých nemocnic?*
- *Jaký je zájem o zavedení psychologické péče o pozůstalé v českých nemocnicích?*

Na základě teoretického zázemí, našich předpokladů a výše uvedených cílů výzkumu byly stanoveny následující hypotézy:

**H1:** *Průměrné skóre kvality poskytnuté péče je u pozůstalých, jimž se věnoval lékař, vyšší než u pozůstalých, jimž se věnovala zdravotní sestra.*

**H2:** *Průměrné skóre kvality poskytnuté péče je u pozůstalých starších 40 let (včetně) nižší než u pozůstalých mladších 40 let.*

**H3:** *Průměrné skóre kvality poskytnuté péče je u pozůstalých v nemocnicích v krajských městech vyšší než u pozůstalých v nemocnicích ve městech ostatních.*

**H4:** *Pozůstalým v nemocnicích v krajských městech personál věnuje v průměru více času než pozůstalým v nemocnicích ve městech ostatních.*

**H5:** *Pozůstalí, jimž oznámil úmrtí blízkého nemocniční pracovník, méně často získávají informace z jiných zdrojů než pozůstalí, jimž nemocniční pracovník úmrtí blízkého neoznámil.*

**H6:** *Dostupnost péče je pozůstalými v nemocnicích v krajských městech hodnocena lépe než pozůstalými v nemocnicích ve městech ostatních.*

Vzhledem k tomu, že při čtení některých z výše uvedených hypotéz mohou vyvstat otázky týkající se východisek jejich formulace, pokusíme se na následujících řádcích přiblížit postup naší dedukce. Aby se čtenáři s textem lépe pracovalo, vždy do závorky uvedeme zkratku hypotézy, jíž se naše stanoviska týkají. V kontextu s první hypotézou (H1) lze zmínit rozdílné znalosti a kompetence, které jednotliví pracovníci mají, a od nichž by se mohla odvíjet také spokojenost pozůstalých s kvalitou poskytnuté péče. Co do věku respondentů (H2) bychom mohli vycházet z úvahy, že u pozůstalých ve věku 40 let a více bude častěji docházet k úmrtí osob, s nimiž mívají bližší a hlubší vztahy (např. rodiče, sourozenci atd.). U pozůstalých mladších by se mohlo jednat spíše o úmrtí prarodiče, které bývá chápáno jako přirozené a zármutek nebývá tak intenzivní. Navíc lze předpokládat, že ve většině případů záležitosti spojené s pozůstalostí či pohřbem budou řešit spíše děti zesnulého, nikoliv vnoučata. V kontextu s dalšími hypotézami (H3, H4) lze zmínit postupně vznikající paliativní týmy v nemocnicích ve větších, zpravidla krajských městech, a to díky nejrůznějším projektům, o kterých jsme se zmiňovali v teoretické části této práce. Domníváme se proto, že by mohli pozůstalí být nejen více spokojeni s kvalitou poskytnuté péče, ale mohlo by jím být věnováno také více času. V případě páté hypotézy (H5) jsme vycházeli z předpokladu, že pokud pozůstalým oznámí úmrtí blízkého pracovník nemocnice, sdělí mu i podstatné informace o dalším postupu. A v souvislosti s poslední hypotézou (H6) byla dedukce obdobná jako u hypotézy H3 a H4, tedy že díky vznikajícím paliativním týmům, převážně v krajských městech, bude dostupnost péče v těchto lokacích hodnocena lépe.

# 5 Metodologický rámec výzkumu

Dříve, než se budeme zaobírat na deskripcí výzkumného souboru této studie, rádi bychom přiblížili její metodologický rámec. Následující podkapitoly proto budou zaměřeny na popis zvoleného výzkumného designu, metod sběru a analýzy dat, ale také na přiblížení etických otázek, které je zapotřebí zodpovědět.

## 5.1 Design výzkumu

Z předchozí kapitoly je patrné, že tato studie je postavena jak na kvalitativním, tak na kvantitativním metodologickém přístupu. Lze tedy hovořit o smíšeném výzkumném designu, který integruje nejen prvky induktivního, ale také prvky deduktivního principu. Nespornou výhodou smíšeného výzkumného designu je možnost prozkoumat výzkumný problém z více úhlů pohledu, v tomto případě konkrétně z pohledu pozůstalých i vedení nemocnic.

V souvislosti se smíšeným designem výzkumu můžeme rozlišovat mezi dvěma modely, a to mezi modelem simultánního a sekvenčního kombinování. Vzhledem k tomu, že v tomto případě probíhalo kvantitativní šetření paralelně s kvalitativním, lze hovořit o simultánním kombinování využívajícím schéma QUAN-qual. Uvedené schéma je charakteristické tím, že u něj dochází k doplnění kvantitativního výzkumu výzkumem kvalitativním (Hendl, 2016).

Jak jsme již nastínili, kvantitativní část, která je v daném případě založená na dotazníkovém šetření, má v této studii dominantní roli. Kvalitativní úsek, jehož nástrojem bylo kvalitativní dotazování, je naopak spíše vnořený a jeho cílem je doplnění, nebo chcete-li ověření úseku kvantitativního šetření na několika nemocnicích. Pokud bychom vycházeli z rozdělení neexperimentálních výzkumných plánů dle Ferjenčíka (2010), jsou u této studie patrné znaky orientačního a korelačního výzkumu s prvky diferenciačního přehledu. V souvislosti s orientačním výzkumem lze zmínit, že v České republice mnoho výzkumů na dané téma neproběhlo, proto je zapotřebí zmapovat jak zkušenosti pozůstalých, tak stanoviska zástupců nemocnic. Pro uvedení souvislostí s korelační studií může být argumentem fakt, že usilujeme nejen o zmapování výzkumného problému, ale také o nalezení vztahu mezi proměnnými. Co do diferenciačního přehledu přichází v úvahu

především skutečnost, že se pokoušíme poukázat nejen na souvislosti, ale také na rozdíly. Tyto rozdíly se týkají dvou vzorků, a to pozůstalých, jimž sdělil úmrtí personál nemocnice a pozůstalých, kterým tuto informaci personál nemocnice nesdělil (Hendl, 2016).

Pokud bychom se zaměřili na časovou dimenzi, v dotazníkovém šetření bylo využito retrospektivního zkoumání, které slouží k rekonstrukci již proběhlého procesu. Zajímaly nás především vzpomínky dotyčných osob na péči, kterou jim po úmrtí blízkého nemocniční pracovníci poskytli. Z hlediska aktuálnosti dat byla stanovena maximální doba od úmrtí 5 let, minimální pak 1 rok, a to z etických důvodů, o nichž se více zmiňujeme v podkapitole 5.4. V souvislosti s kvalitativním úsekem se jednalo spíše o zhodnocení současného stavu péče o pozůstalé zástupci českých nemocnic. Pro úplnost lze uvést také skutečnost, že jedna z otázek byla zaměřena prospektivně, tedy na predikci možného vývoje této péče v daném zařízení.

## 5.2 Metody sběru dat

Dotazníkové šetření bylo realizováno prostřednictvím dotazníku, jenž jsme pro účely této studie sestavili. Důvodem tvorby vlastního dotazníku byla prostá skutečnost, že z dostupných zdrojů není k nalezení žádný nástroj, který by bylo možné konkrétně pro tuto oblast bádání aplikovat. Při sestavování tohoto dotazníku jsme čerpali inspiraci z již standardizovaného *Dotazníku spokojenosti s péčí*, jehož autory jsou Čechová, Dragomirecká, Pěčová, Pěč a Šelepová (2011). Dotazník těchto autorů se skládá z 28 položek Likertova typu. Z psychometrického hlediska lze uvést, že jeho vnitřní konzistence byla ověřena Cronbachovým alfa s hodnotou 0, 917.

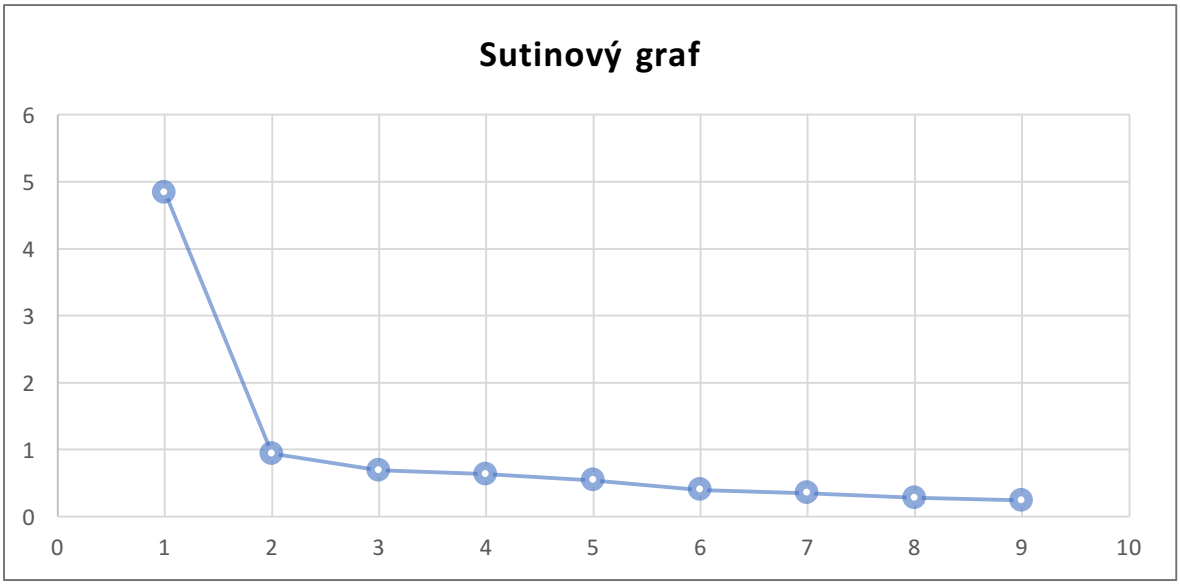
Pokud se týká naše dotazníku, byl vytvořen jak v tištěné podobě, tak v online formátu, přičemž obě varianty jsou svým obsahem totožné. K sestavení online verze jsme použili nástroje Google, konkrétně Google formuláře. Název *Dotazník spokojenosti pozůstalých s péčí v nemocnicích ČR* jsme stanovili na základě předmětu této studie. Co do struktury se jedná o semistrukturovaný dotazník, jenž je složen z 26 položek. V dotazníku se vyskytuje několik typů odpovědí na jednotlivé položky, a to od nominálních, přes ordinální, až po metrické. Odpovědi se odvíjejí od konkrétní otázky, většinou se jedná o otázky uzavřené a polouzavřené, ovšem vyskytují se také otázky otevřené, na něž mohou

respondenti odpovědět vlastními slovy. V souvislosti s otevřenými otázkami bychom rádi zmínil, že byly stanoveny jako nepovinné, a to z důvodu zvýšení návratnosti dotazníku.

Vzhledem k tomu, že dotazník nebyl aplikován při žádném předchozím výzkumu, považovali jsme za nezbytné provést jeho pilotní přezkoumání, jenž proběhlo na 5 respondentech. Během pilotáže jsme se zaměřil především na to, zda jsou položky jednoznačné, srozumitelné a zda nevznikají potíže při jejich vyplňování. Dalšími aspekty, jež nás během pilotní studie zajímaly, byly délka dotazníku, čas, který je k jeho vyplnění potřebný, ale také logičnost posloupnosti otázek. Na základě komentářů jsme dotazník upravili do finální podoby, která je dostupná v seznamu příloh této bakalářské diplomové práce. Po provedení pilotáže a zapracování připomínek jsme přistoupili k samotnému dotazníkovému šetření, které probíhalo od listopadu 2017 do února 2018. Během něj byla získána data od 158 respondentů, přičemž následující psychometrické vlastnosti dotazníku byly získány z dat 86 respondentů (více informací o výzkumném vzorku v kapitole č. 6).

Přejdeme-li k psychometrickým vlastnostem tohoto dotazníku, byla provedena faktorová analýza, a to konkrétně na 9 pětistupňových škálách Likertova typu. Nastavíme-li si hranici vysvětleného rozptylu více než 10 %, je ze sutinového grafu patrné, že by bylo nejvhodnější stanovit pouze 1 faktor. Tento faktor je možné nazvat „Kvalita poskytnuté péče“, přestože hodnocení dostupnosti péče o pozůstalé lze pod vyextrahovaný 1 faktor zařadit jen stěží. O tomto problému však více v následujícím odstavci.

**Graf 1:** Sutinový graf



Stanovíme-li si hranici faktorové zátěže větší než 0,5, je zřejmé, že naprostá většina položek uvedených v tabulce č. 1 sytí právě zmiňovaný „Faktor 1“, čímž je vysvětleno 49 % celkového rozptylu. U poslední položky, týkající se dostupnosti péče, je však patrná slabá faktorová zátěž, což je vcelku pochopitelné. Jako jediná se totiž nezaobírá hodnocením kvality péče v dané nemocnici, nýbrž hodnocením dostupnosti péče obecně. V souvislosti se zmíněnou položkou bychom rádi upozornili, že s ní budeme při ověřování hypotéz pracovat samostatně.

**Tabulka 1:** Faktorové zátěže při použití metody hlavní osy

| **Číslo a označení položky** | **Faktor 1** |
|---|---|
| Položka č. 7: Podpora | 0,79 |
| Položka č. 8: Důvěryhodnost | 0,79 |
| Položka č. 9: Koncentrace pozornosti | 0,83 |
| Položka č. 10: Kompetence | 0,69 |
| Položka č. 13: Vzdělání | 0,74 |
| Položka č. 14: Čas | 0,74 |
| Položka č. 18: Soukromí | 0,65 |
| Položka č. 19: Informace | 0,64 |
| Položka č. 26: Dostupnost péče | 0,26 |
| Vysvětlený rozptyl (vlastní čísla) | 4,39 |
| Vysvětlený rozptyl (procenta) | 49 % |

Pokud se týká reliability, koeficient vnitřní konzistence – Cronbachovo alfa – nabývá hodnoty 0,89. Je tedy zjevné, že dotazník, lépe řečeno položky týkající se hodnocení kvality poskytnuté péče, mají dobrou vnitřní konzistenci. U naprosté většiny položek je pozorovatelná silná korelace, přičemž při odstranění některé z nich by k velkému poklesu hodnoty alfa nedošlo. Ovšem zaměříme-li se na položku číslo 26, nacházející se v tabulce č. 2, lze si povšimnout spíše slabé korelace s dotazníkem. Po jejím odstranění navíc dochází ke zvýšení hodnoty koeficientu alfa na 0,9, což pouze potvrzuje skutečnost, že by bylo vhodné s touto položkou pracovat při vyhodnocování samostatně.

**Tabulka 2:** Vnitřní konzistence

| Číslo a označení položky | Korelace položky s dotazníkem | Hodnota alfa po vyřazení položky |
|---|---|---|
| Položka č. 7: Podpora | 0,74 | 0,87 |
| Položka č. 8: Důvěryhodnost | 0,73 | 0,87 |
| Položka č. 9: Koncentrace pozornosti | 0,77 | 0,87 |
| Položka č. 10: Kompetence | 0,64 | 0,88 |
| Položka č. 13: Vzdělání | 0,69 | 0,87 |
| Položka č. 14: Čas | 0,70 | 0,87 |
| Položka č. 18: Soukromí | 0,62 | 0,88 |
| Položka č. 19: Informace | 0,61 | 0,88 |
| Položka č. 26: Dostupnost péče | 0,25 | 0,90 |

V souvislosti s kvalitativní částí této studie lze zmínit, že metodou sběru dat bylo zvoleno výzkumné interview, konkrétně strukturované interview s otevřenými otázkami. Hendl (2016) uvádí jako výhodu této metody skutečnost, že ačkoliv není příliš pružná, minimalizuje riziko získání dat odlišného charakteru. A vzhledem k tomu, že byla data v tomto případě získávána prostřednictvím e-mailové komunikace, jevila se tato metoda jako nejvhodnější. Pro úplnost informací o tomto úseku bychom rádi uvedli, že respondentům byly položeny 2 otázky, které měly předem stanovený formát, přičemž byly svým obsahem zaměřeny na dostupnost péče o pozůstalé v daném zařízení.

## 5.3 Analýza dat

Data získaná prostřednictvím online dotazníkového šetření, přesněji řečeno pomocí Google formulářů, nebylo zapotřebí přepisovat do datové tabulky, jelikož je v této podobě lze stáhnout z internetu. Data z navrácených tištěných dotazníků byla následně do stažené tabulky pouze doplněna. Jakmile byly v tabulce přítomny všechny odpovědi, a to včetně věku, pohlaví či města, kde se nemocnice nachází, provedli jsme jejich očištění. Z celkového výzkumného souboru jsme byli nuceni vyřadit respondenty, u nichž byla buď vynechána většina otázek (tištěné dotazníky) nebo se objevovaly na první pohled irelevantní informace (online podoba).

Během operacionalizace se objevilo několik situací, kdy bylo nutné data opravit, případně imputovat. Zpravidla se jednalo o drobné úpravy, ovšem rádi bychom se zastavili u jedné položky, v jejímž případě byla provedena zmíněná imputace. Jednalo se o otázku číslo 15, kdy měli respondenti uvádět přibližný údaj o čase (v minutách), který jim personál nemocnice věnoval. V případě, že respondenti uvedli časové rozmezí (např. 10-15 minut), vypočítali jsme průměrnou hodnotu, přičemž desetinné výsledky byly zaokrouhleny vždy nahoru. Ačkoliv se objevilo také několik respondentů, kteří si buď nemohli vzpomenout, nebo odpověď vynechali, nebylo, z hlediska úspory, vhodné respondenta vyřadit. Z toho důvodu byla provedena imputace, a to prostřednictvím sloupcového průměru konkrétní skupiny.

Po provedení všech potřebných úprav následovalo vyhodnocování dat. Hrubý skór, který odráží hodnocení kvality péče, byl u každého respondenta vypočítán z položek číslo 7, 8, 9, 10, 13, 14, 18, 19. Veškeré výpočty byly provedeny pomocí programu MS Excel a STASTISTICA 13. K ověření statistických hypotéz byly zvoleny relevantní statistické testy, při jejichž výběru byl zohledněn také typ rozdělení. Pokud nebylo z histogramu patrné normální rozdělení, byl pro jeho ověření učiněn výpočet Shapirova-Wilkova testu normality. Jestliže data vykazovala normální rozdělení, byl proveden některý z parametrických testů, v opačném případě bylo využito testů neparametrických.

Na závěr popisu kvantitativní analýzy dat je zapotřebí upozornit, že pro všechny statistické testy byla stanovena hranice alfa = 0,05. Pokud naměřená p-hodnota klesla pod tuto hranici, jednalo se o statisticky významný výsledek, který byl doplněn o adekvátního ukazatele míry účinku. U některých testů, například u Fisherova exaktního faktoriálového testu, byly výsledky rovněž doplněny o odpovídající tabulku.

V souvislosti s daty kvalitativního charakteru, která byla získána jak pomocí dotazníkového šetření, tak prostřednictvím strukturovaných interview, byla použita metoda obsahové analýzy. Tuto metodu lze charakterizovat jako rozbor obsahu záznamu daného typu komunikace. Hlavním principem metody je hledání konceptů v analyzované komunikaci a následné stanovení jejich vztahů a četností. Ačkoliv se obsahová analýza opírá o kvantitativní postup, zahrnuje také kvalitativní způsob zkoumání, což je její nespornou výhodou. Vzhledem k písemné povaze dat nebyla provedena transkripce, nýbrž pouze

sloučení jednotlivých výpovědí do dokumentu s jednotným formátem. Následně byla provedena redukce prvního řádu, kdy byly odstraněny nadbytečné výrazy bez jakékoliv vypovídající hodnoty. U takto sjednocených a upravených výpovědí bylo provedeno kódování, přičemž byly texty opakovaně pročítány a značeny jednotlivé kódy pomocí symbolů. Následně byly vytvořeny **okruhy**, z nichž postupně vznikly **kategorie** a ***podkategorie***, které byly při následném přečtení dále upraveny. Některá získaná data ovšem byla také zpracovávána prostřednictvím doplňkové metody zachytávaní vzorců. Některé výsledky byly doplněny o grafické znázornění (Miovský, 2006).

## 5.4 Etické otázky

V souvislosti s výzkumem, obzvláště jedná-li se o citlivé téma, kterým bezesporu vzpomínání na období úmrtí blízkého je, mohou vyvstávat otázky spojené s jeho etikou. Na úvod bych rád sdělil, že účast ve výzkumu byla dobrovolná, a účastníci proto měli možnost participaci odmítnout. V samotném průvodním dopisu dotazníku bylo uvedeno, že se otázky týkají obtížného období v životě člověka, čímž bylo na respondenty apelováno, aby se v případě bolestivých vzpomínek k tématu nevraceli. Z etických důvodů jsme rovněž stanovili minimální hranici pro vyplnění dotazníku od 12 měsíců. Při stanovení této hranice jsme vycházeli z informací uvedených v literatuře (např. Látalová et al., 2013), kde je zmíněno, že zdravý proces truchlení trvá obvykle do 1 roku od úmrtí.

Pokud se týká anonymity respondentů, v případě dotazníkového šetření byl snímán věk respondentů, jejich pohlaví, případně doba od úmrtí jejich blízkého. U strukturovaných interview byli cíleně oslovováni zástupci nemocnic, kteří byli informováni a souhlasili, že jejich odpovědi budou anonymně zpracovány a následně použity v této bakalářské diplomové práci. Někteří ze zástupců nemocnic se vyslovili, aby jejich odpovědi nebyly v této práci použity ani v anonymizované podobě, tedy ani při nemožnosti dohledat jejich osobu či zastupovanou nemocnici, což bylo respektováno (více v kapitole č. 6).

# 6 Výzkumné soubory

Vzhledem k tomu, že výzkumný soubor, respektive způsob jeho výběru, odráží reprezentativnost celého výzkumu, je zapotřebí věnovat mu samostatnou kapitolu. V následujících podkapitolách proto přiblížím strategii výběru souboru i jeho deskriptivní charakteristiky, a to jak pro kvantitativní, tak pro kvalitativní úsek této studie.

## 6.1 Strategie výběru výzkumných souborů

Pokud se týká dotazníkového šetření, mohli se jej zúčastnit pouze pozůstalí starší 18 let, jelikož jsme se zaměřili na dospělé jedince. V souvislosti s věkem respondentů lze také uvést, že horní věková hranice nebyla stanovena. Do výzkumného souboru byli zahrnuti jak pozůstalí, jimž sdělil úmrtí personál nemocnice, tak pozůstalí, kteří se tuto informace dozvěděli jiným způsobem.

Vzhledem k povaze zvolené cílové populace je použití pravděpodobnostních metod výběru poměrně komplikované. Neexistuje totiž žádný registr, v němž by byla shromažďována data o pozůstalých. Z toho důvodu jsme se rozhodli zvolit nepravděpodobnostní metody výběru, přesněji řečeno prostý záměrný výběr, záměrný výběr přes instituce a samovýběr.

Pokud se týká prostého záměrného výběru, bylo zapotřebí volit takové respondenty, u nichž byly přítomny minimálně dvě vlastnosti, tedy dovršení zletilosti a úmrtí blízkého člověka v uplynulých 12 až 60 měsících. V souvislosti s metodou záměrného výběru přes instituce bychom rádi zmínili, že jsme oslovili několik zařízení, u nichž jsme předpokládali, že by s pozůstalými mohla přijít do styku. Jednalo se o dvě poradny pro pozůstalé (Plzeňská zastávka, Poradna Hořec) a dále o Asociaci poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Jistým limitem takovéhoto způsobu výběru je skutečnost, že nebyla zahrnuta všechna zařízení, která by s pozůstalými pracovala – více se o tomto zmíním v části o limitech výzkumu. Jak již bylo uvedeno, rozhodli jsme se použít také metodu samovýběru. Respondenti byli oslovováni inzerátem, jenž odkazoval na stránku s dotazníkem. Tento inzerát byl šířen především prostřednictvím sociálních sítí. Na závěr tohoto odstavce bychom rádi uvedli, že dotazníkové šetření probíhalo necelé 4 měsíce, přičemž respondenti nebyli motivováni žádnou odměnou.

Pokud bychom se zaměřili na strukturovaná interview, byla použita rovněž nepravděpodobnostní metoda výběru, konkrétně metoda prostého záměrného výběru. Pro kvalitativní úsek bylo totiž nezbytné oslovit respondenty, z jejichž postavení a kompetencí vyplývá, že by mohli poskytnout relevantní informace. V souvislosti s tím bychom chtěli zmínit, že bylo prostřednictvím e-mailu individuálně osloveno celkem 42 zástupců českých nemocnic, přičemž nejčastěji se jednalo o vedoucí pro oddělení kvality péče. Při volbě zařízení byl kladen důraz především na to, aby byla zahrnuta vždy minimálně 1 nemocnice z každého krajského města. Kompletní seznam oslovených nemocnic je k nalezení v přílohách této bakalářské diplomové práce.

## 6.2 Popis výzkumných souborů

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, původní výzkumný soubor dotazníkového šetření tvořilo celkem 158 respondentů. Některé respondenty, konkrétně 5, však bylo zapotřebí vyřadit, jelikož v navrácených dotaznících buď chybělo velké množství odpovědí, nebo se uvedené odpovědi neshodovaly s kladenými otázkami. Po provedení nutné redukce výzkumný soubor čítal 153 respondentů, přičemž jak je patrné z tabulky níže, zastoupení žen bylo vyšší než zastoupení mužů.

**Tabulka 3:** Charakteristiky souboru dotazníkového šetření z hlediska pohlaví a věku

| Skupina | Počet | Rel. Čet. | Průměrný věk | Sm. odch. | Min. | Max. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ženy | 118 | 77,1 % | 31,2 | 13,3 | 18 | 81 |
| Muži | 35 | 22,9 % | 28,8 | 11,4 | 18 | 67 |
| Celkem | 153 | 100 % | 30,7 | 12,9 | 18 | 81 |

Pokud se týká statistických hypotéz, považujeme za nezbytné čtenáře obeznámit, že některé hypotézy byly testovány na vzorku 86 respondentů. Jestliže totiž v dotazníku respondent uvedl, že mu úmrtí oznámeno personálem nemocnice nebylo, byl odkázán na poslední sekci, jež se týkala získávání informací a hodnocení dostupnosti péče. Z logiky věci proto vyplývá, že takovíto respondenti nemohli být zahrnuti do testování hypotéz týkajících se hodnocení kvality poskytnuté péče. Charakteristiky těchto dvou skupin, tedy respondentů, jimž úmrtí personál oznámil, nebo neoznámil, přibližují následující tabulky.

**Tabulka 4:** Charakteristiky souboru s oznámeným úmrtím

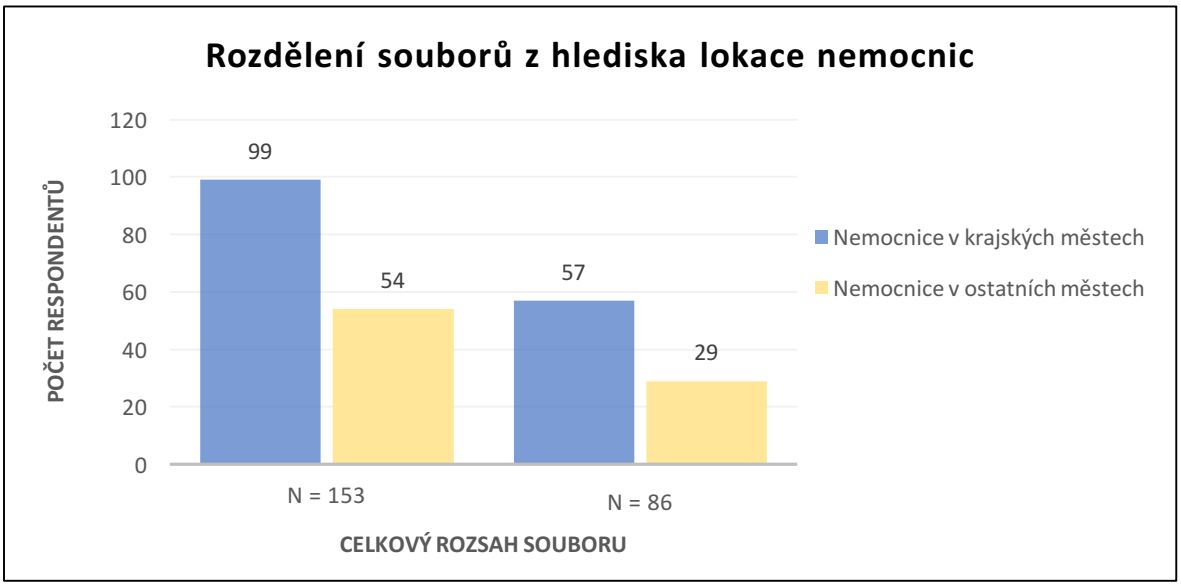
| Skupina | Počet | Rel. Čet. | Průměrný věk | Sm. odch. | Min. | Max. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ženy | 71 | 82,6 % | 34,8 | 14,2 | 18 | 81 |
| Muži | 15 | 17,4 % | 31,5 | 13,5 | 18 | 67 |
| Celkem | 86 | 100 % | 30,7 | 14 | 18 | 81 |

**Tabulka 5:** Charakteristiky souboru bez oznámeného úmrtí

| Skupina | Počet | Rel. Čet. | Průměrný věk | Sm. odch. | Min. | Max. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ženy | 47 | 70,2 % | 25,8 | 9,6 | 18 | 55 |
| Muži | 20 | 29,8 % | 26,8 | 9,5 | 18 | 55 |
| Celkem | 67 | 100 % | 26,1 | 9,5 | 18 | 55 |

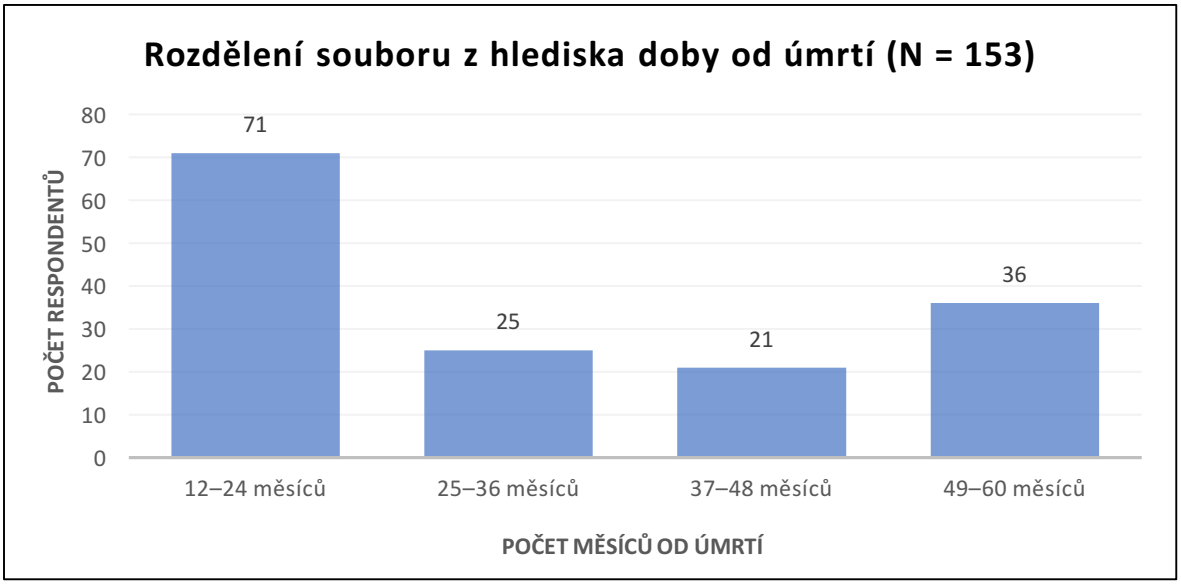
Další charakteristikou souboru, jíž bychom v souvislosti s dotazníkovým šetřením chtěli uvést, je histogram znázorňující rozdělení vzorku z hlediska lokace nemocnic. Seznámit čtenáře s tímto rozdělením považujeme za nezbytné, jelikož souvisí s hypotézami, o nichž jsme se zmínili v kapitole č. 4. Abychom předešli případným nedorozuměním, je třeba zmínit, že vzorek 86 respondentů obsahuje pozůstalé, jimž bylo oznámeno úmrtí personálem nemocnice, a mohli proto hodnotit kvalitu poskytnuté péče.

**Graf 2:** Histogram rozdělení souborů z hlediska lokace nemocnic



Náš popis vzorku dotazníkového šetření bychom rádi zakončili histogramem, jenž u respondentů poukazuje na dobu od úmrtí jejich blízkého. Průměrný počet měsíců od úmrtí je 33,6, přičemž směrodatná odchylka je rovna 18. Nejkratší uvedená doba od úmrtí je 12 měsíců, nejdelší naopak 60 měsíců.

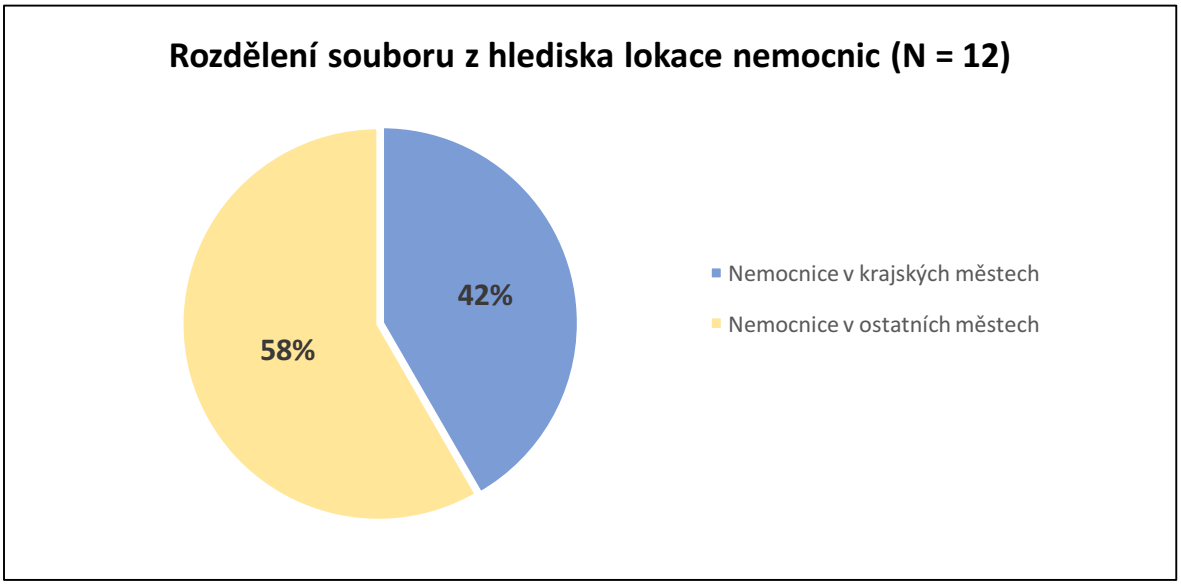
**Graf 3:** Histogram rozdělení souboru z hlediska doby od úmrtí




Pokud se týká kvalitativního úseku této studie, vzorek byl, oproti kvantitativní části, menšího rozsahu. Jak jsme již zmínili, celkově bylo osloveno 42 nemocnic, respektive jejich zástupců. Z celkového počtu oslovených ovšem odpovědělo pouze 16 respondentů, přestože ke zodpovězení e-mailů byla stanovena dostatečná doba, konkrétně 4 měsíce.

Rádi bychom také upozornili na skutečnost, že z původního souboru 16 respondentů jsme byli následně nuceni 4 respondenty vyřadit. K jejich vyjmutí nás vedly dva důvody, a to neposkytnutí souhlasu s prezentací získaných informací, případně žádost o vyřazení nemocnice z této studie. Domníváme se, že je zapotřebí tento fakt při interpretaci získaných dat zohlednit. Lze totiž předpokládat, že se častěji vyjádřili zástupci těch zařízení, v nichž péče o pozůstalé v nějaké formě dostupná je. Více se však touto skutečností budeme zaobírat v limitech výzkumu. Vzhledem k zachování anonymity nemocničních zařízení lze soubor rozdělit na základě lokace, tedy na nemocnice nacházející se v krajských městech a na nemocnice ve městech ostatních. K popisu rozdělení vzorku z hlediska lokace nemocnic je níže uveden výsečový graf obsahující procentuální zastoupení respondentů.

**Graf 4:** Výsečový graf rozdělení souboru kvalitativního šetření z hlediska lokace nemocnic



# 7 Výsledky analýzy dat

Výsledky analýzy dat jsme se rozhodli rozdělit do dvou podkapitol, a to na základě způsobu jejich získání. Lze zmínit, že součástí kvantitativního úseku bude jak deskripce zjištění souvisejících se zodpovězením výzkumných otázek, tak ověření platnosti stanovených hypotéz. Pokud se týká kvalitativního úseku, bude rovněž rozdělen dle výzkumných otázek souvisejících se strukturovanými interview, přičemž se pokusíme uvést důležité rozdíly mezi nemocnicemi v krajských městech a nemocnicemi ve městech ostatních.

Je zapotřebí také zmínit, že u dat kvalitativního charakteru byl vždy stanoven **tematický okruh**, z něhož se odvíjely **kategorie**, které byly v některých případech dále děleny na ***subkategorie***. Pro dokreslení získaných informací uvedeme rovněž *citace* jak z otevřených otázek uvedených v dotazníku, tak ze strukturovaných interview provedených v rámci kvalitativního šetření.

## 7.1 Výsledky kvantitativního šetření

V této podkapitole se zaměříme na výsledky dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zjistit spokojenost pozůstalých s péčí, která jim byla v nemocnicích poskytnuta. Dotazník se však, jak již bylo zmíněno, zaměřoval také na hodnocení dostupnosti péče, případně na způsoby získávání informací o dalším postupu a podobně. Pro přehlednost bude tato podkapitola rozdělena podnadpisy označujícími konkrétní výzkumnou otázku či statistickou hypotézu, s níž souvisejí získaná data. Ovšem dříve, než budou jednotlivé charakteristiky přiblíženy, je zapotřebí uvést informace o hrubých skórech, jichž respondenti v dotazníku, respektive při hodnocení kvality a dostupnosti péče, dosahovali.

**Tabulka 6:** Průměrná skóre v hodnocení kvality a dostupnosti péče z hlediska pohlaví

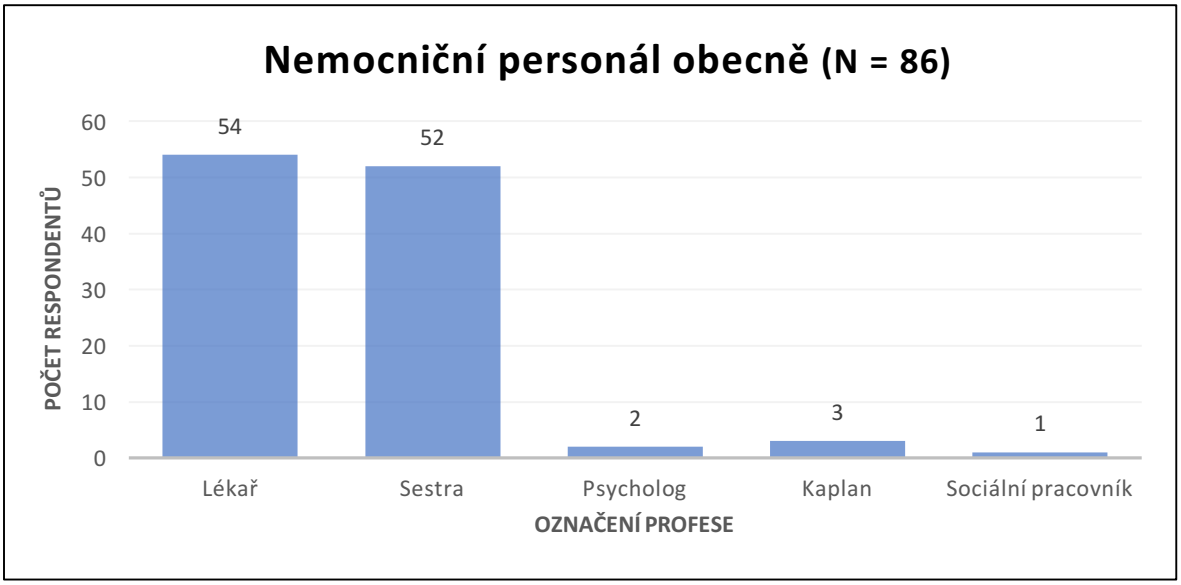
| Pohlaví | Hodnocení kvality péče | | | Hodnocení dostupnosti péče | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Počet | Průměr | Sm. odch. | Počet | Průměr | Sm. odch. |
| **Ženy** | 71 | 17,66 | 8,54 | 118 | 1,70 | 0,98 |
| **Muži** | 15 | 17,56 | 8,55 | 35 | 1,61 | 0,99 |
| **Celkem** | 86 | 17,64 | 8,54 | 153 | 1,68 | 0,98 |

***Zodpovězení výzkumné otázky číslo 1***

**VO1:** *Jaký personál nemocnice se pozůstalým věnuje nejčastěji?*

Jak je patrné z histogramu níže, pozůstalým se nejčastěji věnovali lékaři nebo zdravotní sestry, přičemž několik respondentů uvedlo také psychologa, nemocničního kaplana, případně sociálního pracovníka. Jelikož byla v tomto případě otázka polouzavřená a respondenti mohli vybrat více možností, lze očekávat, že celkový počet uvedených pracovníků nebude odpovídat rozsahu souboru.

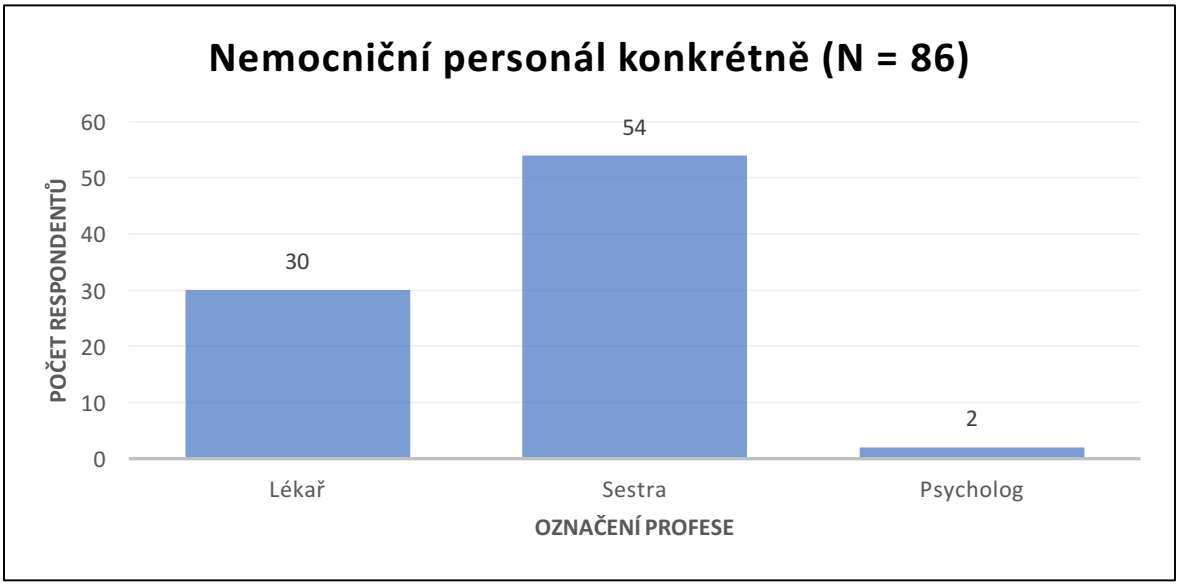
**Graf 5:** Histogram popisující nemocniční personál, jenž poskytoval pozůstalým péči




Pokud se týká **rozdílů mezi jednotlivými pracovníky**, nejčastěji respondenti uváděli, že pokud se jim věnovalo více pracovníků, **žádné rozdíly nepociťovali**. Jestliže však nějaké rozdíly v přístupu k pozůstalým vyvstaly, jednalo se nejčastěji o rozdíly mezi lékaři a zdravotními sestrami. **Zdravotní sestry** byly často popisovány jako ***empatické***, ***příjemné*** a ***přátelské***, zatímco **lékaři** spíše jako ***odměřené*** a ***profesionální.*** V jednom případě bylo pak zmíněno, cituji: *„Sestra se chovala velmi přátelsky, byla mi velmi nápomocná, ale lékař nikoliv. Všichni vlastně byli trochu mimo, snad jen sociální pracovník mi poskytl nějaké informace o tom, co musím udělat.“* Z úryvku je zřejmé, že důležitým článkem týmu byl v jednom případě také **sociální pracovník**, který byl charakterizován jako osoba ***poskytující informace.***

Jestliže se zaměříme na pracovníka nemocnice (vizte graf 6), který se věnoval pozůstalým nejvíce, nejčastěji se jednalo o zdravotní sestry. Přibližně o polovinu méně respondentů poté uvedlo lékaře a ve dvou případech také psychologa. Rádi bychom podotknul, že u této otázky mohli respondenti zvolit pouze jednoho pracovníka nemocnice. Vzhledem k tomu, že psychologa uvedli pouze dva respondenti, nebude tato skupina zahrnuta při testování hypotézy číslo 1. Výsledný rozsah souboru tedy bude pouze 84 respondentů. Výsledky na vzorku dvou respondentů by totiž byly značně zavádějící.

**Graf 6:** Histogram popisující nemocniční personál, jenž se pozůstalým věnoval nejvíce




***Zodpovězení výzkumné otázky číslo 2***

**VO2:** *Jakým způsobem probíhá komunikace mezi personálem nemocnice a pozůstalými?*

Komunikace mezi personálem nemocnice a pozůstalými probíhá zpravidla formou soukromého rozhovoru, méně často pak jako skupinové setkání. V obou případech se však lze setkat se dvěma typy **přístupu ze strany personálu**. Prvním je **přístup empatický**, a druhým naopak **přístup pragmatický**, a to přibližně v rovnocenném zastoupení. Pracovník s empatickým přístupem bývá popisován jako ***vstřícný, příjemný***, ***utěšující*** a ***citlivý***. Pracovníka s pragmatickým přístupem charakterizují znaky jako ***strohost, rutina, asertivita, profesionalita,*** ve výjimečných případech i ***bezcitnost***. Pro přiblížení empatického přístupu lze uvést následující ukázku: *„Lékař mi úmrtí oznámil telefonicky a pak jsem se do nemocnice dostavila osobně. Vedli jsme soukromý rozhovor a lékař byl velice vstřícný a informoval mne o všem důležitém.“* Pragmatický přístup naopak vystihuje následující

výňatek: *„Soukromý rozhovor ve vyšetřovně. Strohé sdělení události a otázka, zda může být tělo použito pro dárcovství orgánů.“*

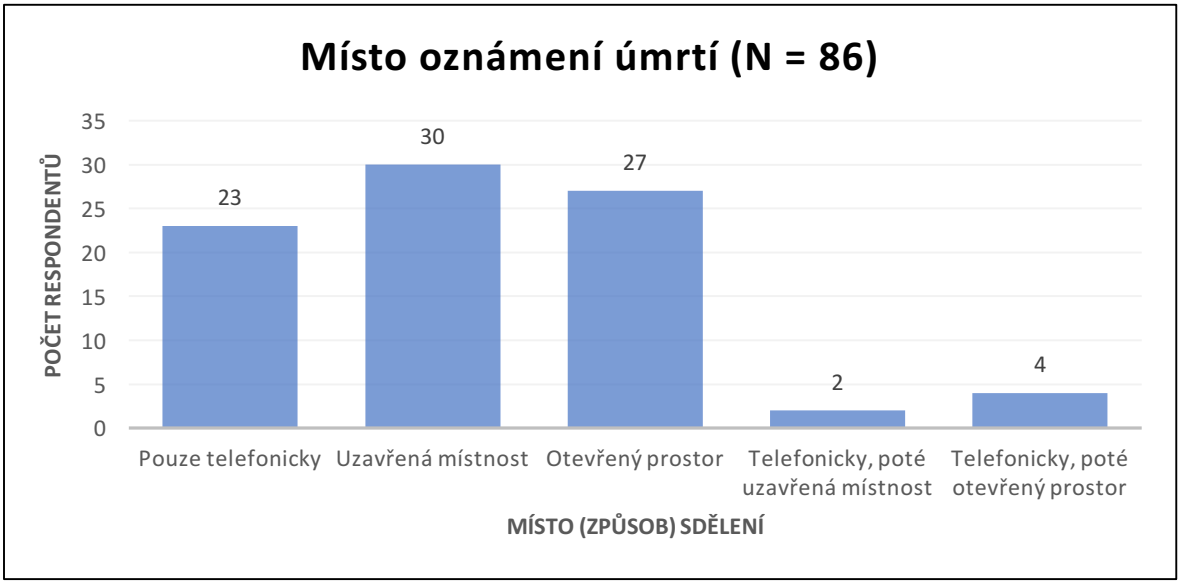
**Obsahem komunikace** bývají nejčastěji **informace o příčině úmrtí** nebo **informace ohledně pohřbu**. Velmi často se však ve výpovědích vyskytuje také sdělení **informací ohledně pitvy a dárcovství orgánů**. V některých případech respondenti uváděli, že jim na vyžádání byly sděleny též **informace o posledních chvílích zesnulého**, případně byli poučeni o **náležitostech spojených s úhradou faktur za poskytnuté služby**. Velmi výstižně obsah sdělení odráží tato citace: *„Jednalo se o setkání u lůžka zrovna zesnulého, kdy lékařka již před tím volala manželce, abychom dorazili. Lékařka za námi došla, mluvila o zesnulém, jeho zdravotním stavu, nechala nás mluvit o všem, co jsme potřebovali probrat. Plně se nám věnovala a odpovídala na všechny otázky. Nakonec vysvětlila, co se bude dít dále, poskytla nám informace ohledně pohřbu, pitvy apod. a nechala nás se naposledy rozloučit.“*

Pokud se týká **dojmu z komunikace**, pozůstalé lze rozdělit do 3 kategorií, a to na základě polarity hodnocení. První kategorií jsou pozůstalí s **pozitivním dojmem,** jichž je, co do četnosti, nejvyšší počet. Tato skupina pozůstalých popisuje nemocničního pracovníka jako ***slušného, soucitného, ochotného, lidského*** a ***podporujícího***. Lze uvést úryvek, který poměrně dobře dokresluje pozitivní dojem z komunikace: *„Zdravotní bratr byl velice slušný, korektní a vyjádřil nám upřímnou soustrast.“* Další, o něco menší skupinou, jsou pozůstalí s **negativním dojmem**, kteří nemocniční personál hodnotí jako ***arogantní, odměřený*** a ***bez zájmu***. Tyto charakteristiky trefně vystihuje následující citace: *„Zdravotní bratr byl pěkně necitelný arogant, který pouze udělal, co měl a vůbec se nezajímal o nějaké city zesnulých.“* Nejmenší skupinu pak tvoří pozůstalí s **neutrálním dojmem,** jež pracovníky nemocnice charakterizují jako ***profesionální, přímočaré*** či ***upřímné.*** Poměrně dobře odráží neutrální dojem tato výpověď: *„Působil na mě naprosto profesionálně, jednal narovinu a na nic si nehrál.“*

V souvislosti s výše uvedenými informacemi považujeme za vhodné uvést graf, jenž přibližuje nejčastější místo, kde bývá úmrtí sdělováno. Je patrné, že většinou se tuto informaci pozůstalí dozvídají v uzavřené místnosti (ordinace, sesterna, pokoj, pietní místnost) nebo v otevřeném prostoru nemocnice (chodba, čekárna). Poměrně často se můžeme setkat také s tím, že pozůstalým bývá informace o úmrtí blízkého sdělena pouze

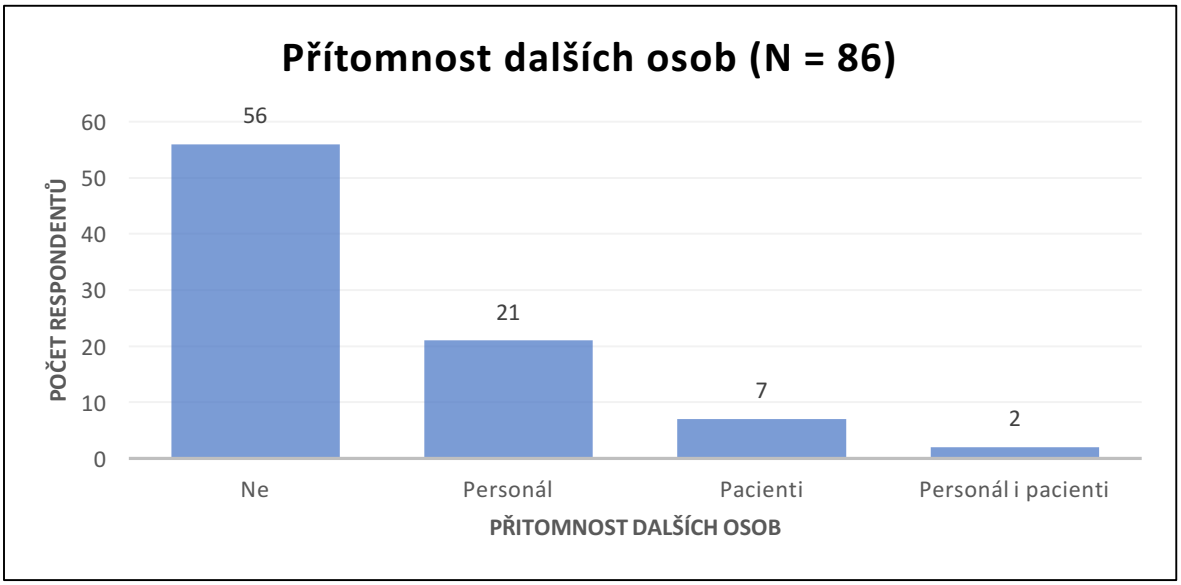
telefonicky, přičemž v několika případech se jedná o kombinaci telefonického a osobního sdělení v nemocnici.

**Graf 7:** Histogram popisující místo, kde bylo úmrtí oznámeno



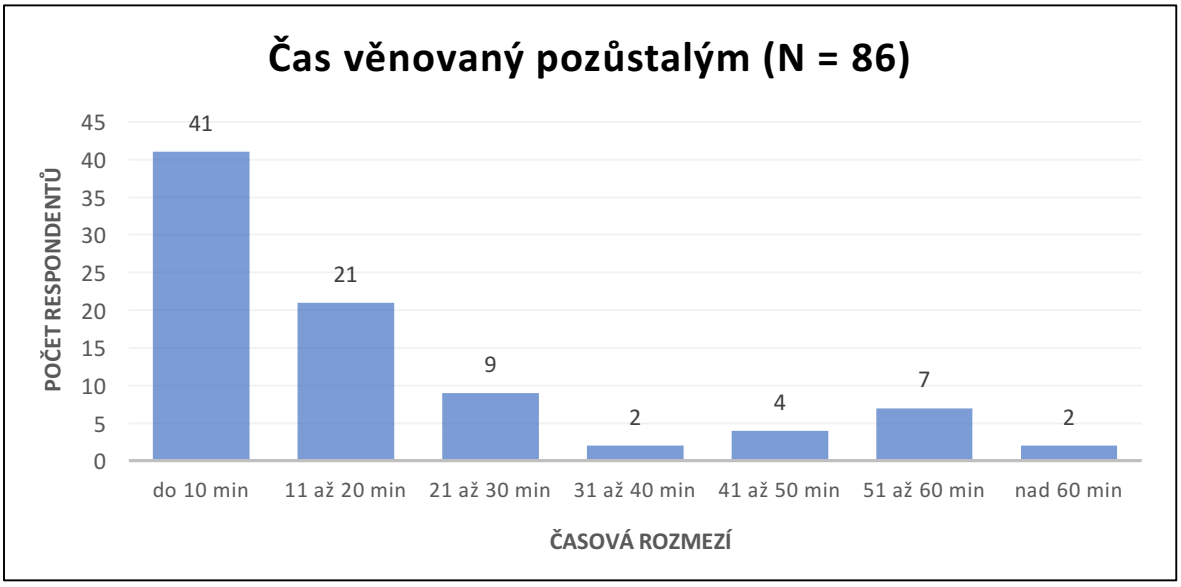

Důležitým faktorem, jenž do značné míry ovlivňuje u pozůstalých výsledný dojem z interakce s personálem, je nejen místo oznámení úmrtí, ale také přítomnost dalších osob při sdělování této informace. Jak je patrné z grafu níže, pozůstalí většinou uvádějí, že žádné další osoby, vyjma rodiny a pracovníka sdělujícího tuto informaci, přítomny nebyly. V případě, že byl přítomen i někdo další, jednalo se zpravidla o nemocniční personál, výjimečně o další pacienty či o kombinaci pacientů a personálu.

**Graf 8:** Histogram popisující přítomnost dalších osob během oznamování úmrtí



Pokud bychom se zaměřili na čas, který byl v souvislosti s komunikací mezi personálem nemocnice a pozůstalými uváděn, nejčastěji se setkáme s odpovědí 10 minut a méně. Poměrně velké zastoupení měl rovněž časový úsek 11 až 20 minut, přičemž rozmezí 21 minut až půl hodiny uvedlo o polovinu méně respondentů. Z grafu vloženého níže je pak též patrné, že další časová rozmezí již měla spíše menší zastoupení. Je zapotřebí také uvést, že oběma respondentům, kteří uvedli časovou hodnotu nad 60 minut, se nejvíce věnoval psycholog.

**Graf 9:** Histogram popisují čas, který pozůstalým věnoval personál nemocnice

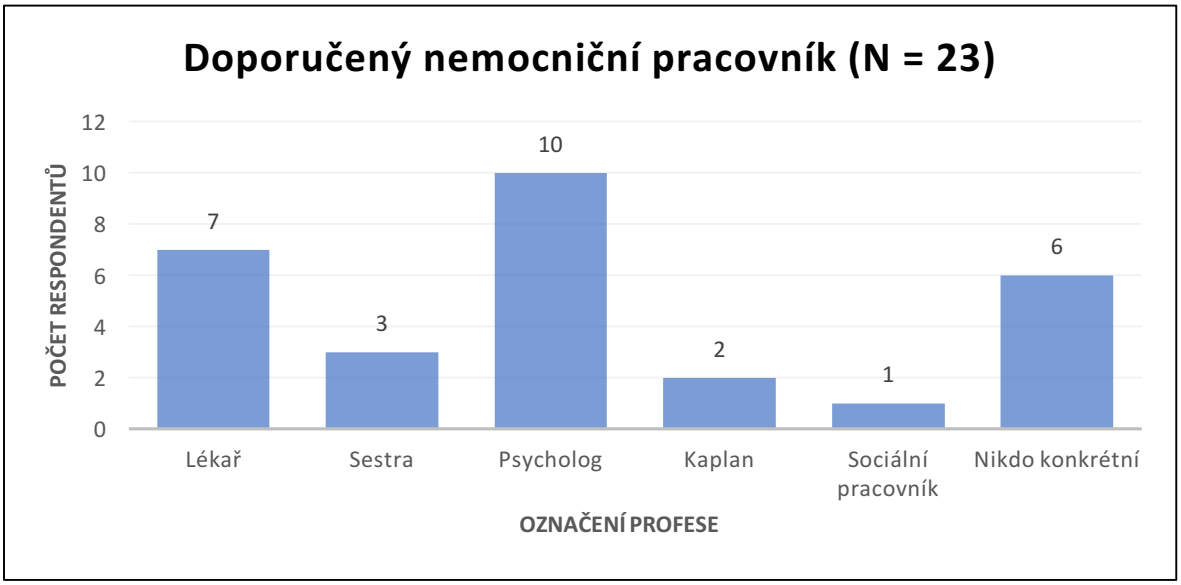



***Zodpovězení výzkumné otázky číslo 3***

**VO3:** *Z jakých zdrojů získávají pozůstalí informace o možnostech poskytované péče?*

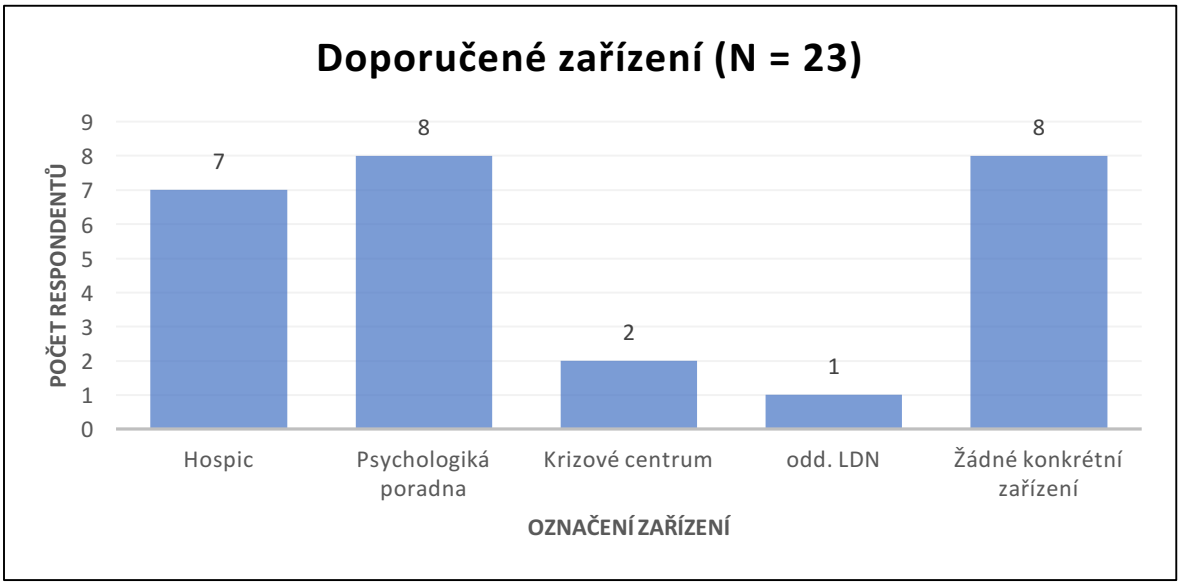
Jestliže pozůstalí získávají informace od nemocničního personálu, bývá jim v rámci daného zařízení doporučován především psycholog, v menší míře pak lékař. V některých případech bývají odkázáni také na zdravotní sestru, nemocničního kaplana, případně na sociálního pracovníka. Za předpokladu, že pacientům personál nedoporučil žádného konkrétního pracovníka v nemocnici, mohli uvést „nikdo konkrétní“, což znamená, že jim bylo doporučeno některé ze zařízení buď v rámci nemocnice, anebo mimo její prostory. Pro více informací vizte graf na následující straně.

**Graf 10:** Histogram popisující doporučené pracovníky v rámci nemocnice



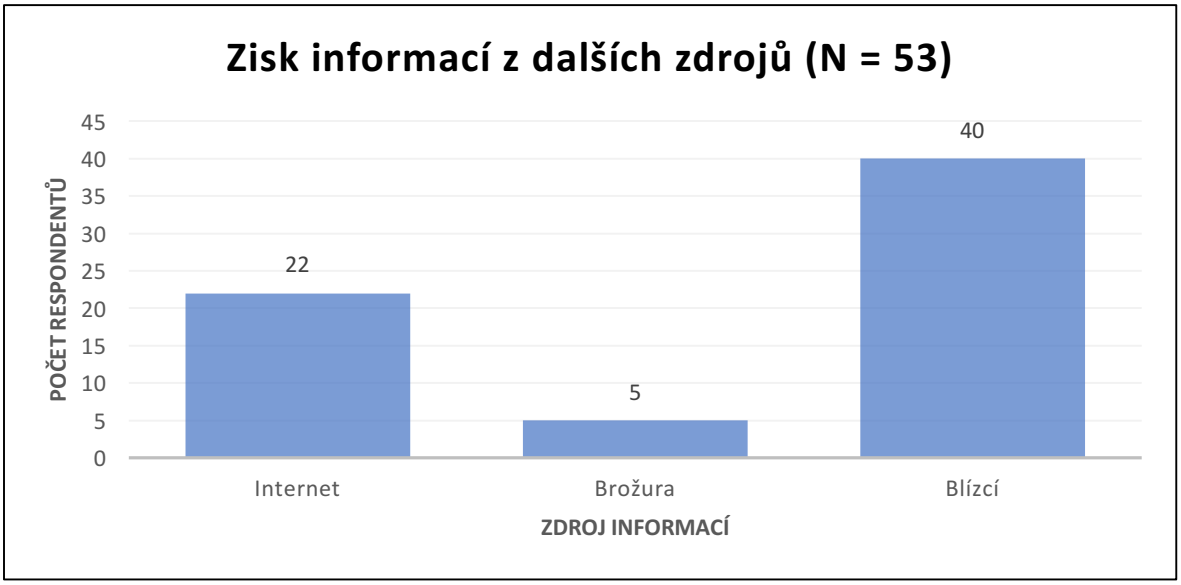

V souvislosti s doporučenými zařízeními lze uvést, že nejčastěji bývají pozůstalí odkazováni na psychologické poradny či hospicová zařízení. O něco méně častěji pak na krizová centra, v jednom případě na oddělení LDN v rámci dané nemocnice. Pokud pozůstalým byl doporučen pouze personál v rámci nemocnice, mohli vybrat odpověď „žádné konkrétní zařízení“. Pro více informací vizte graf uvedený níže. Považujeme za nutné také zmínit skutečnost, že ačkoliv pozůstalým byli doporučeni pracovníci nemocnice, případně některá z uvedených zařízení, využila těchto služeb pouze malá část z nich. Konkrétně se jednalo o 2 ze 23 respondentů, což je necelých 10 %.

**Graf 11:** Histogram popisující doporučená zařízení



Jelikož se může stát, že pozůstalým informace poskytnuté nemocničním personálem nedostačují, nebo dokonce zcela chybí, hledají alternativní zdroje informací. K těmto zdrojům nejčastěji patří blízcí, které zmínila velká část respondentů, případně internet, jenž uvedlo respondentů o polovinu méně. V nejmenší míře pak bylo zastoupeno získávání informací z brožury, jež bylo zmíněno pouze 5 respondenty. I zde je zapotřebí upozornit, že respondenti mohli vybrat více než jednu možnost odpovědi.

**Graf 12:** Histogram popisující získávání informací z alternativních zdrojů




***Testování hypotézy číslo 1***

**H1:** *Průměrné skóre kvality poskytnuté péče je u pozůstalých, jimž se věnoval lékař, vyšší než u pozůstalých, jimž se věnovala zdravotní sestra.*

Navzdory tomu, že bylo rozložení dat mírně narušeno, velikost vzorku byla dostatečná na to, aby bylo možné zvolil některou z parametrických metod. Pro ověření této hypotézy bylo využito t-testu pro dva nezávislé výběry, přičemž byl splněn předpoklad stejně velkých rozptylů u obou skupin. Jako grupovací proměnná byla stanovena pozice zdravotnického pracovníka a jako závislá proměnná skóre kvality poskytnuté péče.

Prostřednictvím tohoto statistického testu byla získána jednostranná p-hodnota nižší než 0,05 (*). Lze tudíž zamítnout nulovou hypotézu, a přijmout hypotézu alternativní (H1), že průměrné skóre kvality poskytnuté péče je u pozůstalých, jimž se věnoval lékař, vyšší než u pozůstalých, jimž se věnovala zdravotní sestra. Přestože se tato skutečnost může

jevit do jisté míry v rozporu s informacemi uvedenými na předchozích stranách, je zapotřebí připomenout, že většině pozůstalých se věnoval pouze 1 nemocniční pracovník. Pokud bylo pracovníků více, respondenti nejčastěji uváděli, že v jejich přístupu rozdíly nezaznamenali.

Ukazatelem míry účinku bylo v tomto případě stanoveno Cohenovo d, jež bylo vypočítáno jako rozdíl mezi průměry obou skupin a standardizováno pomocí společné směrodatné odchylky. Cohenovo d nabývá hodnoty -0,38, což značí spíše menší efekt, kdy záporná hodnota znamená, že sledovaná veličina nabývá v 1. skupině (sestry) nižší hodnoty.

**Alternativní hypotéza H1 byla přijata.**

**Tabulka 7:** Srovnání skóre kvality poskytnuté péče mezi skupinami z hlediska personálu

| **Velikost vzorku** | | **Průměrný skór** | | **Sm. odch.** | | **F-test** | | **t-test** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N0 | N1 | M0 | M1 | SD0 | SD1 | F | p | t | sv | p |
| 54 | 30 | 16,5 | 19,7 | 7,66 | 9,59 | 1,57 | 0,15 | -1,67 | 82 | **0,0487** |

***Testování hypotézy číslo 2***

**H2:** *Průměrné skóre kvality poskytnuté péče je u pozůstalých starších 40 let (včetně) nižší než u pozůstalých mladších 40 let.*

Stejně, jako tomu bylo v předchozím případě, byla pro ověření platnosti této hypotézy zvolena parametrická metoda. Jelikož byl navíc splněn předpoklad shodných rozptylů, byl zvolen t-test pro dva nezávislé výběry. Vzhledem k tomu, že naměřená jednostranná p-hodnota byla vyšší než 0,05, nelze zamítnout nulovou hypotézu, a alternativní hypotéza H2 proto nemůže být přijata.

**Alternativní hypotéza H2 nebyla přijata.**

**Tabulka 8:** Srovnání skóre kvality poskytnuté péče mezi skupinami z hlediska věku

| **Velikost vzorku** | | **Průměrný skór** | | **Sm. odch.** | | **F-test** | | **t-test** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N0 | N1 | M0 | M1 | SD0 | SD1 | F | p | t | sv | p |
| 58 | 28 | 18,31 | 16,25 | 7,80 | 9,90 | 1,61 | 0,13 | -1,05 | 84 | 0,1485 |

***Testování hypotézy číslo 3***

**H3:** *Průměrné skóre kvality poskytnuté péče je u pozůstalých v nemocnicích v krajských městech vyšší než u pozůstalých v nemocnicích ve městech ostatních.*

T-test pro dva nezávislé výběry byl vybrán také k ověření platnosti hypotézy H3. Ovšem i v tomto případě byla naměřená jednostranná p-hodnota vyšší než 0,05, přičemž jistý trend bychom mohli sledovat spíše v opačném směru, kdy by p-hodnota byla rovna 0,08. Stanovenou alternativní hypotézu H3 tedy nelze přijmout.

**Alternativní hypotéza H3 nebyla přijata.**

**Tabulka 9:** Srovnání skóre kvality poskytnuté péče mezi skupinami z hlediska lokace zařízení

| **Velikost vzorku** | | **Průměrný skór** | | **Sm. odch.** | | **F-test** | | **t-test** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N0 | N1 | M0 | M1 | SD0 | SD1 | F | p | t | sv | p |
| 57 | 29 | 17,05 | 16,66 | 8,32 | 8,34 | 1,01 | 0,96 | -0,21 | 84 | 0,8348 |

***Testování hypotézy číslo 4***

**H4:** *Pozůstalým v nemocnicích v krajských městech personál věnuje v průměru více času než pozůstalým v nemocnicích ve městech ostatních.*

V kontextu testování této hypotézy je třeba zmínit, že respondenti uváděli čas v minutách. Jelikož bylo na první pohled zřetelné narušení normálního rozdělení získaných dat, nebylo možné použít parametrickou metodu. K ověření čtvrté hypotézy byl proto použit Mann-Whitneyův U-test s korekcí na spojitost, tedy neparametrická obdoba t-testu pro dva nezávislé výběry. Ani zde nebyla výsledná jednostranná p-hodnota nižší než 0,05.

**Alternativní hypotéza H4 nebyla přijata.**

**Tabulka 10:** Srovnání časové dimenze mezi skupinami z hlediska lokace zařízení

| **Velikost vzorku** | | **Průměrný čas** | | **Sm. odch.** | | **M-W U-test** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N0 | N1 | M0 | M1 | SD0 | SD1 | U | Z | p |
| 57 | 29 | 17,56 | 26,79 | 14,79 | 29,43 | 732 | 0,86 | 0,3880 |

***Testování hypotézy číslo 5***

**H5:** *Pozůstalí, jimž oznámil úmrtí blízkého nemocniční pracovník, méně často získávají informace z jiných zdrojů než pozůstalí, jimž nemocniční pracovník úmrtí blízkého neoznámil.*

Pokud se týká hypotézy H5, k ověření její platnosti byl zvolen Fisherův exaktní faktoriálový test, jenž bývá zpravidla užíván při práci se čtyřpolními tabulkami. Před uvedením naměřené p-hodnoty lze připomenout princip, na němž funguje. Tento test na základě hypergeometrického rozdělení zjišťuje pravděpodobnost, s níž se vyskytuje například níže uvedená tabulka a všechny její extrémnější obdoby při neměněných součtech řádků a sloupců.

Výsledná jednostranná p-hodnota dosahuje hodnoty 0,02 (*), což lze považovat za statisticky významný výsledek. Na základě této p-hodnoty lze přijmout alternativní hypotézu H5, že pozůstalí, jimž oznámil úmrtí blízkého nemocniční pracovník, méně často získávají informace z jiných zdrojů než pozůstalí, jimž nemocniční pracovník úmrtí neoznámil.

Ukazatelem míry účinku byl zvolen koeficient fí, jehož výsledkem je druhá odmocnina podílu hodnoty chí-kvadrát a velikosti vzorku. Ačkoliv koeficient fí pracuje s hodnotou chí-kvadrát, jeví se jako dostatečný ukazatel míry účinku také v případě Fisherova exaktního faktoriálového testu. V tomto případě zmíněný koeficient nabývá hodnoty 0,19, což značí nepříliš těsný vztah mezi oznámením úmrtí personálem nemocnice a vyhledáváním informací z jiných zdrojů.

**Alternativní hypotéza H5 byla přijata.**

**Tabulka 11:** Čtyřpolní tabulka k Fisherově exaktnímu faktoriálovému testu

| **Oznámení úmrtí personálem** | **Vyhledávání informací z jiných zdrojů** | |
|---|---|---|
| | **Ne** | **Ano** |
| **Ne** | 27 | 40 |
| **Ano** | **51** | 35 |
| **Celkem** | 78 | 75 |

***Testování hypotézy číslo 6***

**H6:** *Dostupnost péče je pozůstalými v nemocnicích v krajských městech hodnocena lépe než pozůstalými v nemocnicích ve městech ostatních.*

Pro ověření platnosti hypotézy H6 byl použit Mann-Whitneyův U-test s korekcí na spojitost. Naměřená jednostranná p-hodnota byla vyšší než 0,05, a proto nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu o stejném hodnocení dostupnosti péče pozůstalými napříč nemocnicemi. Alternativní hypotézu H6 tedy nelze přijmout.

**Alternativní hypotéza H6 nebyla přijata.**

**Tabulka 12:** Srovnání hodnocení dostupnosti péče mezi skupinami z hlediska lokace zařízení

| **Velikost vzorku** | | **Průměrný čas** | | **Sm. odch.** | | **M-W U-test** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N0 | N1 | M0 | M1 | SD0 | SD1 | U | Z | p |
| 54 | 99 | 1,72 | 1,61 | 1,02 | 0,92 | 2555 | -0,45 | 0,3269 |

## 7.2 Výsledky kvalitativního šetření

V předchozí podkapitole bylo uvedeno, jakým způsobem hodnotí péči poskytovanou nemocničním personálem pozůstalé osoby. V této podkapitole bychom se však rádi zaměřili na hodnocení této péče ze strany nemocnice, přesněji řečeno ze strany osob, které jsou kompetentní se k této problematice vyjádřit.

***Zodpovězení výzkumné otázky číslo 4***

**VO4:** *Jakým způsobem hodnotí dostupnost psychologické péče o pozůstalé zástupci českých nemocnic?*

Jestliže se zaměříme na **hodnocení dostupnosti péče v českých nemocnicích** jejich zástupci, žádný ze 12 respondentů neuvedl, že by péče o pozůstalé v dané nemocnici v nějaké formě dostupná nebyla. V následujících řádcích proto přiblížíme **formy péče o pozůstalé v nemocnici**, které byly nejčastěji uváděny. V naprosté většině případů byla zmiňována péče poskytovaná ***edukovanými zdravotnickými pracovníky*** nemocnice (11 respondentů), přičemž tato forma péče byla zpravidla uváděna jako základní pilíř podpory pozůstalých. Další, velmi často zmiňovanou, ovšem poměrně specifickou formou

péče, byla ***klinická pastorační péče*** (7 respondentů) poskytovaná nemocničními kaplany. V menší míře pak uváděli zástupci nemocnic pomoc pozůstalým v podobě ***psychologické péče*** nebo ***krizové intervence*** (v obou případech 3 respondenti). Některým pozůstalým se v nemocnicích dostává specializované péče v podobě ***poradenství pro pozůstalé*** (2 respondenti), přičemž jednou je poradce součástí multidisciplinárního paliativního týmu a podruhé funguje v rámci poradny uvnitř nemocnice. Je třeba uvést, že v jednom případě byla zmíněna také forma péče v podobě ***sociálního poradenství***. Domníváme se, že poměrně dobře uvedené formy péče v nemocnicích odráží následující citace: *„Při jednání s pozůstalými každý pracovník pracuje podle svého vědomí a svědomí, s tím, že existuje požadavek na ohleduplné chování, individuální přístup atp. Od loňského roku navíc pracujeme na projektu ‚Spolu až do konce' v rámci rozvoje paliativní péče poskytované v naší nemocnici. Součástí tohoto projektu bylo i zřízení poradny pro pozůstalé, ovšem nabízíme i služby proškoleného psychologa a spolupracujeme se zástupci církví. Do budoucna předpokládáme zapojení a proškolení některý zaměstnanců na pozici krizového interventa, zejména na odděleních intenzivní a následné péče."*

Pokud bychom se zaměřili na **formy péče o pozůstalé mimo nemocnici**, které bývají poskytovány v jiných zařízeních, byla ve třech případech uvedena ***spolupráce s hospicovým zařízením***, kde je pozůstalým poskytnuta jistá forma podpory a pomoci. Ve dvou případech pak byla zmíněna ***svépomocná skupina v rámci sociálního zařízení*** nacházejícího se v blízkosti nemocnice. Poskytování péče o pozůstalé mimo nemocnici lze více přiblížit na tomto úryvku: *„V rámci nemocnice neposkytujeme žádnou specifickou péči o pozůstalé. V případě nutnosti jsou pozůstalí směřováni na hospic xxx, který se nachází nedaleko nemocnice. Ovšem není to příliš časté."*

Je zapotřebí zmínit, že lze sledovat jisté rozdíly v hodnocení dostupnosti péče mezi zástupci nemocnic v krajských městech a ve městech ostatních. Dva respondenti z nemocnic v krajských městech zmiňovali rozvoj této péče v souvislosti s programy Nadačního fondu AVAST, přičemž ani jeden zástupce některé z nemocnic ostatních tuto spojitost neuvedl. Od toho se zřejmě odvíjí také množství poskytovaných forem péče, jež byly respondenty uváděny. V nemocnicích lokalizovaných v krajských městech bylo uvedeno větší množství forem poskytované péče, a to například poradenství pro pozůstalé, krizová intervence, případně sociální poradenství.

***Zodpovězení výzkumné otázky číslo 5***

**VO5:** *Jaký je zájem o zavedení psychologické péče o pozůstalé v českých nemocnicích?*

Pokud se týká zájmu o **zavedení psychologické péče o pozůstalé**, případně rozšíření poskytovaných služeb, respondenti velmi často uváděli, že by **zájem byl**, a to jak ze strany pozůstalých, tak ze strany personálu nemocnice (7 respondentů; *„Myslím si, že o tyto služby pacienti mají zájem – o podporu a rozhovor o všem, co jim běží hlavou. Často si nemají o tom s kým promluvit nebo nechtějí zatěžovat příbuzné, nebo příbuzní je.“*). Ve třech případech bylo zmíněno, že by **zájem nebyl**, a stávající stav se těmto zástupcům nemocnic jeví jako dostatečný (*„Ze zkušenosti mohu říci, že pozůstalí se nechtějí moc zdržovat na pracovišti a po vyřízení nutných formalit odcházejí. Organizačně si to ani nedokážu moc představit“.)*. Poslední kategorii tvoří zástupci, kteří zastávali stanovisko, že **nedokáží posoudit** (2 respondenti), zda by byl o poskytování či rozšíření péče o pozůstalé zájem (*„Zda by byl zájem o nějakou péči o pozůstalé nedokážu posoudit, spíše se setkáváme, že rodina nemá moc zájem o umírajícího pacienta, takže nevím.“).*

# 8 Diskuze

Diskuze je rozdělena na několik úseků, přičemž bychom chtěli zdůraznit, že níže uvedené výsledky se budou týkat pouze výzkumného souboru, tedy respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili. První část bude zaměřena na hlavní oblasti, jež vznikly na základě dosažených výsledků, a to jak pomocí dotazníkového šetření, tak díky strukturovaným interview. Odpovídající výsledky, bude-li to možné, srovnáme s výzkumy, které byly v této oblasti realizovány v České republice nebo v zahraničí. Druhá část této kapitoly pak bude zaměřena na limity a také na doporučení pro další výzkum, čímž kapitolu zakončíme.

***Výsledky dotazníkového šetření***

Zaměříme-li se na zodpovězené první výzkumné otázky kvantitativního šetření, můžeme sledovat, že získaná data vcelku kopírují informace obsažené v literatuře (Haškovcová, 2007; Radburch, L., & Payne, S. 2010; Špatenková, 2014). Mezi nemocniční personál, který se pozůstalým věnoval nejčastěji, lze zařadit zdravotní sestry a lékaře. V menší míře se pak s respondenty setkávali nemocniční kaplani, psychologové, v jednom případě také sociální pracovník. V souvislosti s dalšími výzkumy (McAdam & Erikson, 2016) lze uvést, že v České republice, podobně jako ve Velké Británii, s pozůstalými nejčastěji přicházejí do kontaktu již zmiňované zdravotní sestry.

V souvislosti s druhou výzkumnou otázkou lze uvést, že komunikace mezi personálem nemocnice a pozůstalými probíhá nejčastěji v rámci nemocnice, a to buď v uzavřené místnosti, nebo v otevřeném prostoru nemocnice. Co do četnosti bylo poměrně časté také oznámení úmrtí pouze prostřednictvím telefonu. Je tedy patrná jistá shoda ve výsledcích s výzkumy Valeriánové (2012) nebo Mankové (2016), které došly k závěrům, že nejčastěji se pozůstalým oznamuje úmrtí telefonickou cestou, přičemž v naší studii se jednalo rovněž o jednu z nejfrekventovanějších odpovědí. Je zapotřebí se však pozastavit u skutečnosti, že oznámení úmrtí přímo v nemocnici nebylo v jejich studiích příliš často uváděno, což je v rozporu s výsledky tohoto šetření. Lze si tedy položit otázku, zda respondenti, přestože měli možnost odpovědět dle svého uvážení, nevolili nejjednodušší cestu, tedy výběr odpovědi, kterou nebylo zapotřebí vypisovat do kolonky „jiné“. To je však pouze spekulace, jíž by bylo vhodné ověřit dalším výzkumem. Zůstaneme-li ovšem ještě chvíli u otázek týkajících se komunikace, můžeme se zaměřit také na obsah těchto sdělení.

Podobně jako v již zmíněném výzkumu Valeriánové z roku 2012, i v této studii se sdělení týkala nejčastěji záležitostí spojených s pohřbem. Rozdílem však je skutečnost, že se pozůstalí dozvídají také informace spojené s příčinami úmrtí či dárcovstvím orgánů. Tento fakt lze vysvětlit tím, že Valériánová se zaměřovala pouze na péči o pozůstalé ze strany zdravotních sester, jež zpravidla první informace o úmrtí a jeho příčinách neoznamují.

Pokud se týká třetí a zároveň poslední výzkumné otázky související s dotazníkovým šetřením, když personál neposkytl pozůstalým dostatek informací, nejčastěji uváděným zdrojem byli blízcí. Tato skutečnost odráží informace uvedené v literatuře (např. Špatenková, 2014), že pro pozůstalé je po úmrtí blízkého velmi důležitou oporou právě nejbližší okolí, tedy rodina a přátelé. Ovšem z šetření je také patrné, že se u pozůstalých můžeme poměrně často setkat s vyhledáváním informací pomocí internetu, což možná do jisté míry souvisí s odsouváním smrti, v rámci naší sociální konfigurace, do ústranní.

Přesuneme-li se k hypotézám ověřovaným na základě empirických dat získaných dotazníkovým šetřením, můžeme sledovat poměrně zajímavé výsledky. Ačkoliv byla hypotéza H1 přijata, a lze tedy říci, že pozůstalí hodnotí kvalitu péče poskytovanou lékařem lépe než péči poskytovanou zdravotní sestrou, je zapotřebí si uvědomit, že míra účinku nebyla příliš vysoká. I když tento výsledek může vypovídat o tom, že mezi lékaři je o paliativní péči trochu větší povědomí než mezi zdravotními sestrami, nelze dělat jednoznačné závěry. Z hodnoty míry účinku lze totiž předpokládat, že na hodnocení kvality poskytnuté péče působí i další jevy a nelze tedy jednoznačně říci, že péče poskytovaná zdravotní sestrou by byla horší než péče poskytovaná lékařem. Tento výsledek může být do značné míry ovlivněn také rozdílnými kompetencemi, jimiž jednotlivá povolání disponují, a z nichž pramení i penzum informací, které smí sdělit.

V souvislosti s hypotézou H2 lze zmínit, že náš předpoklad, že pozůstalým horšího hodnocení kvality poskytnuté péče u pozůstalých nad 40 let (včetně) nebyl správný. Tuto skutečnost lze vysvětlit minimálně dvěma způsoby. Zaprvé mohla hodnocení kvality péče o pozůstalé ovlivnit uplynulá doba od úmrtí. Ze získaných dat je totiž patrné, že u pozůstalých nad 40 let (včetně) uplynulo od úmrtí blízkého v průměru o 4 měsíce více, což může být dostatečně dlouhá doba k zapomenutí negativních vzpomínek spojených

s poskytnutou péčí. Zadruhé můžeme vycházet z předpokladu, že pozůstalí nad 40 let (včetně) jsou zpravidla zralejší a zkušenější, díky čemuž již nepotřebují od personálu tolik informací jako pozůstalí mladší. Přestože existuje ještě řada dalších faktorů, které mohly ovlivnit hodnocení kvality poskytnuté péče mezi pozůstalými staršími 40 let (včetně) a pozůstalými mladšími, je zřejmé, že věkový rozdíl nehraje v hodnocení kvality péče příliš velkou roli.

Pokud se zaměříme na hypotézu H3, která značila jistý trend spíše v opačném směru, než jsme předpokládali, lze najít poměrně prosté vysvětlení tohoto výsledku. Ačkoliv je v posledních letech patrný rozvoj paliativní péče v nemocnicích v krajských městech, a to například díky projektům Nadačního fondu Avast, tento rozvoj se dotýká také některých nemocnic ve městech ostatních. A přestože se finanční prostředky začaly mezi jednotlivé nemocnice rozdělovat přibližně od roku 2014, zřejmě určitou dobu trvalo, než paliativní týmy v nemocnicích vznikly. Lze se proto domnívat, že předpoklad, na němž hypotéza H3 vznikla, nemusel zcela odrážet reálnou situaci v českých nemocnicích. Navíc mohly být výsledky ovlivněny prostou skutečností, že péče poskytovaná v nemocnicích v krajských městech je na obdobné úrovni jako v nemocnicích ve městech ostatních (Nadační fond Avast, nedat.).

Přejdeme-li k hypotéze H4, která rovněž nemohla být přijata, je možné se částečně opřít o tvrzení uvedená v předchozím odstavci, tedy že se změny v nemocnicích projevují postupně, a částečně vycházet z výsledků studie Valériánové (2012). Autorka došla k závěru, že není podstatné, o jak velké oddělení se jedná nebo jak velké je jeho personální obsazení, jelikož čas, který byl pozůstalým věnován, byl vcelku obdobný napříč oběma nemocnicemi. Přestože od doby, kdy byl proveden její výzkum, uplynulo několik let, zřejmě se v nemocnicích mnoho změn v této oblasti neudálo – stále se totiž nejčastěji jedná o rozmezí 5-20 minut. Je třeba zmínit, že čas, který uvádí zdravotnický personál v její studii, je subjektivně vnímán odlišným způsobem než čas, který udávají pozůstalí v naší studii. Člověk v prvotní reakci na ztrátu vnímá plynoucí čas jiným způsobem než zdravotnický personál v nemocnici. Pro zajímavost proto uvádím srovnání, kdy ve studii Valériánové personál uváděl, že pozůstalým věnuje 5-10 minut přibližně ve 30% zastoupení a 11-20 minut téměř v 50% zastoupení. V naší studii pozůstalí uváděli, že jim personál

věnoval 5-10 minut přibližně v 50% zastoupení a 11-20 minut přibližně ve 25% zastoupení (Špatenková & Králová, 2009).

Další testovanou hypotézou byla alternativní hypotéza H5, která byla na základě výsledné p-hodnoty přijata. Tento výsledek bychom mohli interpretovat ve prospěch nemocničního personálu, jelikož pozůstalé zřejmě dostatečně edukuje. Výsledek lze také opřít o zjištění z kvalitativního šetření naší práce, v němž zástupci nemocnic uváděli jako nejčastější formu poskytované péče právě pomoc edukovaným personálem. Tato pomoc se tedy jeví jako dostatečná, co do množství poskytnutých informací.

Poslední hypotézou, jejíž platnost jsme se rozhodli ověřit, byla hypotéza H6. Výsledek však nasvědčoval tomu, že náš předpoklad byl, podobně jako u hypotézy H3, zřejmě příliš předčasný, jelikož se paliativní péče v nemocnicích rozvíjí spíše postupně. Bylo by proto poměrně zajímavé sledovat, jaké výsledky by přineslo podobné šetření provedené za několik let.

***Výsledky strukturovaných interview***

Pokud se týká výsledků strukturovaných interview, byly objasňovány dvě výzkumné otázky. Výsledky týkající se první výzkumné otázky naznačují to, co vyplývá z literárních pramenů (např. Radburch & Payne, 2010; Šourek, 2016; Špatenková, 2013; Špatenková, 2014) a bylo uvedeno v teoretické části této bakalářské diplomové práce. V některých nemocnicích, především v těch, jež jsou lokalizovány v krajských městech, se pozůstalí mohou setkat s celou řadou forem péče, kdežto v nemocnicích nacházejících se mimo území krajský měst, jsou možnosti péče o pozůstalé poněkud omezenější. Tato skutečnost může být důsledkem již zmiňovaných projektů v rámci Nadačního fondu AVAST, přičemž potvrzujícím argumentem může být fakt, že dva z oslovených respondentů tento projekt ve svých odpovědích přímo zmínili.

Jestliže bychom se zaměřili na pátou, tedy poslední výzkumnou otázku, z odpovědí je zjevné, že zájem o poskytování či rozšíření péče o pozůstalé v českých nemocnicích většinou je. Tento výsledek se podobá zjištěním v rámci zmiňované britské studie (McAdam & Erikson, 2016), v níž staniční sestry, na jejichž oddělení žádná forma péče o pozůstalé přítomná nebyla, zpravidla projevily zájem o její zavedení. Poměrně často zástupci českých

nemocnic také popisují značný rozvoj péče v posledních několika letech. Podobnost bychom mohli spatřit například ve studii (Walsh et al., 2013) probíhající v dublinské nemocnici, v níž personál také došel ke konsenzu, že se péče o pozůstalé v posledních 10 letech značně zlepšila.

***Limity výzkumu***

Za úskalí výzkumu, v souvislosti s výzkumným vzorkem dotazníkového šetření, považuji především větší zastoupení žen na rozdíl od mužů. Pokud bychom se měli zaměřit na výzkumný soubor kvalitativního šetření, je jistým nedostatkem nízká návratnost odpovědí, přestože zástupci nemocnic nebyli oslovováni hromadným e-mailem, na který by se jim nemuselo chtít odpovídat. S tímto souvisí také skutečnost, že většinou odpovídali zástupci takových nemocnic, v nichž byla péče nějakým způsobem dostupná.

Dalším nedostatkem, který s výzkumnými soubory souvisí, byly nepravděpodobností metody výběru vzorků do obou částí výzkumu. Do výzkumu se tak zařazovali spíše jedinci, k nimž se dotazník dostal například skrze oslovenou instituci (webovou stránku), přičemž respondenti z neoslovených institucí tak byli ochuzeni o příležitost podílet se na dotazníkovém šetření. U kvalitativního výzkumu zase nebyly osloveny všechny nemocnice v České republice, což je také jistým nedostatkem.

Co do konstrukce dotazníku si zpětně uvědomujeme, že by bylo vhodné do nabídek odpovědí uvést více možností, aby respondenti nemuseli vypisovat do kolonky „jiné“. Tato skutečnost totiž mohla vést k situaci, kdy respondenti vybrali odpověď podobnou dané situaci, přestože nebyla totožná. Do dotazníku bychom také přidali otázky, které by například lépe zmapovaly okolnosti úmrtí blízkého u pozůstalých a také bychom vytvořil dva sloupce s totožnými otázkami a možnostmi odpovědí, aby se respondenti mohli vyjádřit ke všem pracovníkům, s nimiž přišli do kontaktu.

Pokud se týká strukturovaných interview prostřednictvím e-mailové komunikace, ačkoliv se jednalo o nejsnazší cestu k získání potřebných informací, uvědomujeme si, že data byla ochuzena o pozorovatelné reakce oslovených. Nevýhodou strukturovaných interview byla rovněž skutečnost, že nebylo možné se respondentů doptávat, což by však v rámci zvoleného komunikačního kanálu bylo poměrně problematické.

***Doporučení pro další výzkum***

Pro další výzkumy v této oblasti doporučujeme získat pro dotazníkové šetření o něco větší vzorek, který bude mít rovnoměrnější zastoupení žen a mužů. Sestavený dotazník by bylo zapotřebí rozšířit o další otázky, některé otázky lépe formulovat a přidat více možností zatrhávacích odpovědí, aby respondenti nemuseli odpovědi vypisovat. Pro kvalitativní část bychom určitě doporučili oslovit větší množství zástupců nemocnic, přičemž interview by bylo vhodné provádět při osobním kontaktu, a to spíše v semistrukturované podobě. Rovněž bychom rozšířili penzum otázek na zástupce nemocnic, které by více zmapovaly jejich hodnocení nejen dostupnosti, ale také kvality péče o pozůstalé.

# 9 Závěr

V této kapitole shrnujeme výzkumná zjištění, která se objevila v rámci výzkumné části této bakalářské diplomové práce:

- Pozůstalým se v nemocnicích nejčastěji věnuje zdravotní sestra nebo lékař.
- Komunikace mezi pozůstalými a zdravotnickým personálem nejčastěji probíhá v rámci nemocnice, a to buď v uzavřené místnosti, nebo v otevřeném prostoru, přičemž velmi často probíhá komunikace také pouze prostřednictvím telefonu.
- Pozůstalí získávají informace nejčastěji přímo od personálu nemocnice, ovšem pokud to není možné, hlavním zdrojem informací jsou jejich blízcí nebo internet.
- Potvrdilo se, že pozůstalí, jimž se v nemocnici po úmrtí blízkého věnoval lékař, dosahují vyššího průměrného skóre kvality poskytnuté péče než pozůstalí, jimž se věnovala zdravotní sestra.
- Nepotvrdilo se nižší průměrné skóre kvality poskytnuté péče u pozůstalých starších 40 let (včetně).
- Nepotvrdilo se vyšší průměrné skóre kvality poskytnuté péče u pozůstalých, jimž zemřela blízká osoba v některé z nemocnic v krajských městech. Jistý trend byl nalezen spíše v opačném směru.
- Nepotvrdilo se, že pozůstalým, jimž zemřela blízká osoba v některé z nemocnic v krajských městech, věnuje personál v průměru více času.
- Potvrdilo se, že pozůstalí, jimž oznámil úmrtí blízkého nemocniční pracovník, méně často získávají informace z jiných zdrojů.
- Nepotvrdilo se, že by byla dostupnost psychologické péče pozůstalými v nemocnicích v krajských městech hodnocena lépe.
- Zástupci vybraných českých nemocnic hodnotí psychologickou péči o pozůstalé jako dostupnou, přičemž nejčastěji se jedná o péči poskytovanou edukovaným zdravotnickým personálem, o něco méně pak nemocničním kaplanem.
- Většina zástupců vybraných českých nemocnic projevila zájem o vznik či rozšíření péče o pozůstalé. Jen několik málo respondentů uvedlo, že by o péči zájem nebyl, případně že to nedokáží posoudit.

## Souhrn

Předmětem této bakalářské diplomové práce je dostupnost a kvalita psychologické péče o pozůstalé v nemocnicích České republiky. Kvantitativní část výzkumu zaměřující se na hodnocení kvality péče o pozůstalé byla provedena na pozůstalých, jimž bylo sděleno úmrtí blízkého nemocničním pracovníkem. Druhý úsek kvantitativní části týkající se hodnocení dostupnosti péče o pozůstalé byl navíc realizován také na jedincích, kterým úmrtí blízkého nemocničním pracovníkem sděleno nebylo. Cílem kvantitativní části bylo vytvořit dotazník, díky němuž by se od pozůstalých daly zjistit výše uvedené informace, a tento dotazník byl následně aplikován. Kvalitativní část práce byla zaměřena na hodnocení dostupnosti péče o pozůstalé zástupci českých nemocnic.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, přičemž první se zaměřuje na smrt a na její prožívání pozůstalými jedinci, přičemž je vymezen také rozdíl mezi normálním a patologickým průběhem truchlení. Druhá kapitola je zaměřena na konkrétní formy pomoci pozůstalým, ale také na limity, které se institucionalizovanou formou péče pojí. Třetí část se snaží přiblížit empirické poznatky, které souvisejí s touto problematikou, a jež byly získány prostřednictvím výzkumů provedených v ČR i v zahraničí.

Výzkumná část této bakalářské diplomové práce je postavena na smíšeném výzkumném designu. Cílem kvalitativního úseku kvantitativního šetření bylo prozkoumat a popsat personál, jenž se pozůstalým v nemocnici nejčastěji věnuje. Důraz byl kladen také na rozdíly mezi jednotlivými pracovníky, které se týkaly především komunikace a dojmu, který v pozůstalých pracovníci svým přístupem vyvolávali. V neposlední řadě jsme se zaměřili také na zdroje, z nichž pozůstalí čerpají informace o možnostech péče. Pokud se týká kvalitativního šetření, hlavním cílem bylo zjistit, jakým způsobem hodnotí dostupnost psychologické péče o pozůstalé zástupci českých nemocnic a zda jsou k některé z forem péče nakloněni. Na základě výše uvedených cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky, přičemž první tři souvisejí s kvantitativním šetřením a následující dvě zase s šetřením kvalitativním:

- *Jaký personál nemocnice se pozůstalým v nemocnicích věnuje nejčastěji?*
- *Jakým způsobem probíhá komunikace mezi personálem nemocnice a pozůstalými?*
- *Z jakých zdrojů získávají pozůstalí informace o možnostech poskytované péče?*

- *Jakým způsobem hodnotí dostupnost psychologické péče o pozůstalé zástupci českých nemocnic?*
- *Jaký je zájem o zavedení psychologické péče o pozůstalé v českých nemocnicích?*

Cílem kvantitativního úseku výzkumné části bylo zjistit vztahy mezi hodnocením kvality psychologické péče o pozůstalé a charakteristikami, jako například lokace nemocnice, pracovník poskytující péči, případně věk pozůstalých. V neposlední řadě bylo cílem prozkoumat také čas, který pozůstalým, na základě lokace zařízení, personál věnuje nebo rozdíly v získávání informací mezi pozůstalými. Na základě některých cílů práce bylo stanoveno následujících 6 hypotéz:

- **H1:** *Průměrné skóre kvality poskytnuté péče je u pozůstalých, jimž se věnoval lékař, vyšší než u pozůstalých, jimž se věnovala zdravotní sestra.*
- **H2:** *Průměrné skóre kvality poskytnuté péče je u pozůstalých starších 40 let (včetně) nižší než u pozůstalých mladších 40 let.*
- **H3:** *Průměrné skóre kvality poskytnuté péče je u pozůstalých v nemocnicích v krajských městech vyšší než u pozůstalých v nemocnicích ve městech ostatních.*
- **H4:** *Pozůstalým v nemocnicích v krajských městech personál věnuje v průměru více času než pozůstalým v nemocnicích ve městech ostatních.*
- **H5:** *Pozůstalí, jimž oznámil úmrtí blízkého nemocniční pracovník, méně často získávají informace z jiných zdrojů než pozůstalí, jimž nemocniční pracovník úmrtí blízkého neoznámil.*
- **H6:** *Dostupnost péče je pozůstalými v nemocnicích v krajských městech hodnocena lépe než pozůstalými v nemocnicích ve městech ostatních.*

Platnost uvedených hypotéz byla ověřena pomocí programu STATISTICA 13, případně pomocí MS Excel. K ověření platnosti hypotéz byly použity jak parametrické, tak neparametrické statistické testy.

Pro realizaci kvantitativního šetření byl zvolen dotazník vlastní konstrukce, díky němuž bylo možné zodpovědět uvedené výzkumné otázky a hypotézy. Před použitím dotazníku ke sběru dat bylo provedeno pilotní testování, na jehož základě byl dotazník poupraven. K dotazníku byly následně doplněny také jeho odpovídající psychometrické

vlastnosti. Pro provedení kvalitativního šetření byly formulovány takové otázky, které by prostřednictvím strukturovaného interview napomohly zodpovědět zbývající výzkumné otázky. Sběr dat probíhal od listopadu 2017 do února 2018.

Analýza dat kvantitativního šetření byla provedena na datech od 153 respondentů, přičemž počet respondentů se měnil na základě ověřované hypotézy, jelikož ne vždy mohli respondenti zodpovědět všechny položky uvedené v dotazníku. Analýza dat kvalitativního šetření byla realizována na datech 12 respondentů.

Z kvantitativní části výzkumu vyplývá, že pozůstalým se v nemocnici nejčastěji věnuje zdravotní sestra nebo lékař. Komunikace mezi pozůstalými a nemocničními pracovníky probíhá zpravidla přímo v nemocnici nebo prostřednictvím telefonického rozhovoru. Personál nemocnice je primárním zdrojem informací, ovšem pokud pozůstalí zjišťují informace z jiných zdrojů, nejčastěji se jedná o informace od blízkých, případně z internetu.

Kvantitativní šetření dále prokázalo, že pozůstalí, jimž se věnoval lékař jsou s kvalitou péče v průměru více spokojeni než pozůstalí, jimž se věnovala zdravotní sestra. Byla rovněž potvrzena hypotéza, že pozůstalí, jimž oznámil úmrtí blízkého nemocniční pracovník, méně často získávají informace z jiných zdrojů než pozůstalí, jimž nemocniční pracovník úmrtí blízkého neoznámil.

Ovšem nepotvrdilo se, že pozůstalí starší 40 let (včetně) jsou s kvalitou péče méně spokojeni než pozůstalí mladší. Nepotvrdila se ani hypotéza, že pozůstalí v nemocnicích lokalizovaných v krajských městech personál hodnotí kvalitu poskytnuté péče lépe. Obdobné to bylo s hypotézou tvrdící, že pozůstalým nemocniční personál věnuje v průměru více času v nemocnicích nacházejících se v krajských městech. A zůstaneme-li u lokace zařízení, nepotvrdila se ani hypotéza, že dostupnost péče je pozůstalými v nemocnicích v krajských městech hodnocena lépe.

Z kvalitativního šeření je patrné, že zástupci českých nemocnic hodnotí péči o pozůstalé ve svých zařízeních většinou jako dostupnou. Větší část z nich projevila také zájem o její zavedení, případně rozšíření. Jen několik respondentů neprojevilo o tuto péči zájem a někteří nedokázali posoudit.

## Seznam použitých zdrojů a literatury


Bajer, P. (2010). Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. *Sociální práce, 10*(2), 16-17. Získáno z http://www.socialniprace.cz

Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy.* Praha: Grada.

Bui, E., Mauro, C., Robinaugh, D. J., Skritskaya, N. A., Wang, Y., Gribbin, C. … Shear, M. K. (2015). The structured clinical interview for complicated grief: Reliability, validity, and exploratory factor analysis. *Depression And Anxiety, 32*(7), 485-492. doi: 10.1002/da.22385

Caserta, M. S., Lund, D. A., Utz, R. L., & Tabler, J. L. (2016). "One Size Doesn't Fit All" - Partners in Hospice Care, an Individualized Approach to Bereavement Intervention. *Omega, 73*(2), 107-125. doi: 10.1177/0030222815575895

Crunk, A. E., Robinson, E. H. M., & Burke, L. A. (2017). Complicated Grief: An Evolving Theoretical Landscape. *Journal Of Counseling And Development, 95*(2), 226-233. doi: 10.1002/jcad.12134

Čechová, D., Dragomirecká, E., Pečová, J., Peč, O., & Šelepová, P. (2011). *Dotazník spokojenosti s péčí* [PDF dokument]. Získáno z http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/dotaznik_spokojenosti.pdf

Dudová, I. (2013). Smutek a truchlení dítěte. *Pediatrie pro praxi, 14*(4), 248-251. Získáno z https://www.pediatriepropraxi.cz

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu.* Praha: Portál.

Firthová, P., Luffová, G., & Oliviere, D. (Eds.). (2007). *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu.

Golijani-Moghaddam, N. (2014). Practitioner psychologists in palliative care: Past, present, and future directions. *Counselling Psychology Review, 29*(1), 29-40. Získáno z http://www.bps.org.uk

Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti* (2. vyd.). Praha: Galén.

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace.* Praha: Portál.

Kasl-Godley, J. E., King, D. A., & Quill, T. E. (2014). Opportunities for psychologists in palliative care: Working with patients and families across the disease continuum. *American Psychologist, 69*(4), 364-376. doi: 10.1037/a0036735

Kastová, V. (2010). *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence* (2. vyd.). Praha: Portál.

Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým.* Praha: ISV.

Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče.* Praha: Grada.

Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících.* Praha: Portál.

Látalová, K., Kamarádová, D., & Praško, J. (2013). Komplikované truchlení a jeho léčba. *Psychiatrie, 17*(4), 181-188. Získáno z http://www.tigis.cz

Loučka, M. (2017). *Paliativní péče v nemocnicích ČR: Zkušenosti z programu NF Avast* [PDF dokument]. Získáno z https://konference.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/materialy/3.pdf

Manková, A. (2016). *Péče o pozůstalé v nemocnici* (Diplomová práce). Získáno z https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/180244

Marshall, B. J., & Winokuer, H. R. (Eds.). (2017). *Sibling Loss Across the Lifespan: Research, Practice, and Personal Stories.* Abingdon: Routledge.

Matějková, M. T., & Krumpholcová, P. (2012). Zajištění klinické pastorační péče ve Fakultní nemocnici Olomouc. *Medicína pro praxi, 9*(1), 36-38. Získáno z https://www.medicinapropraxi.cz

McAdam, J. L., & Erikson, A. (2016). Bereavement Services Offered in Adult Intensive Care Units in the United States. *American journal of critical care, 25*(2), 110-117. doi: 10.4037/ajcc2016981

Ministerstvo pro místní rozvoj ČR. (2017). *Kvalifikace poradce pro pozůstalé.* http://www.mmr.cz/cs/Regionalni-politika-a-cestovni-ruch/Pohrebnictvi/Kvalifikace-poradce-pro-pozustale

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2018). *Informace o projektu Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče.* Získáno z http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/informace-o-projektu-podpora-paliativni-pece-zvyseni-dostupnosti-zdravotnich-s_14874_2452_8.html

Moody, R. A., & Arcangel, D. (2011). *Život po ztrátě* (2. vyd.). Praha: Knižní klub.

Nadační fond Avast (nedat.). *Paliativní péče v nemocnicích.* Získáno z http://nadacnifond.avast.cz/nemocnice

Newsom, C., Schut, H., Stroebe, M. S., Eisma, M. C., Wilson, S., Birrell, J., & Moerbeek, M. (2017). Effectiveness of bereavement counselling through a community-based organization: A naturalistic, controlled trial*. Clinical Psychology And* Psychotherapy*, 24*(6), O1512-O1523. doi: 10.1002/cpp.2113

Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research, 87,* 22-29. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.009

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch.* Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Radburch, L., & Payne, S. (2010). *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči.* Praha: Cesta domů.

Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* Praha: Grada.

Říhaček, T. (2014). Poradenství versus psychoterapie? *Psychoterapie, 8*(1), 13-22. Získáno z http://psychoterapie.fss.muni.cz

STEM/MARK, & Cesta domů. (2011). *Smrt a péče o umírající* [PDF dokument]. Získáno z http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf

Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí.* Praha: Portál.

Suchánska, M. (2016). Status pozůstalých v současné společnosti. *Anthropologia integra, 7*(2), 75-81. doi: 10.5817/AI2016-2-75

Svatošová, M. (2011). *Hospice a umění doprovázet* (7. vyd.). Praha: Karmelitánské nakladatelství.

Šourek, D. (2016). Doprovázení umírajících v pobytových zařízeních. *Sociální služby, 18*(2), 20-21. Získáno z http://www.socialnisluzby.eu

Špatenková, N. (2013). *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody* (2. vyd.). Praha: Grada.

Špatenková, N. (Ed.). (2014). *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie.* Praha: Galén.

Špatenková, N., & Králová, J. (2009). *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry.* Praha: Galén.

Špirudová, L. (2015). *Doprovázení v ošetřovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty.* Praha: Grada.

Štefan, J., & Hladík, J. (2012). *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada.

Ústav zdravotnictví a statistiky ČR. (2017). *Zemřelí 2016.* Získáno z http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2016

Ústřední vojenská nemocnice Praha. (2018). *Rozvoj paliativní péče v ÚVN – projekt Spolu až do konce.* Získáno z https://www.uvn.cz/index.php?view=article&id=4807%3Arozvoj-paliativni-pee-v-uvn-projekt-spolu-a-do-konce&option=com_content&lang=cs

Valeriánová, T. (2012). *Prvotní péče o pozůstalé v nemocnicích* (Diplomová práce). Získáno z https://is.muni.cz/th/381816/lf_m/

Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada.

Vodáčková, D. (2012). *Krizová intervence* (3. vyd.). Praha: Portál.

Walsh, T., Breslin, G., Curry, P., Foreman, M., & McCormack, M. (2013). A whole-hospital approach? Some staff views of a hospital bereavement care service. *Death Studies, 37*(6), 552-568. doi: 10.1080/07481187.2012.67353

# Seznam tabulek a grafů

**Tabulka 1:** Faktorové zátěže při použití metody hlavní osy

**Tabulka 2:** Vnitřní konzistence

**Tabulka 3:** Charakteristiky souboru dotazníkového šetření z hlediska pohlaví a věku

**Tabulka 4:** Charakteristiky souboru s oznámeným úmrtím

**Tabulka 5:** Charakteristiky souboru bez oznámeného úmrtí

**Tabulka 6:** Průměrná skóre v hodnocení kvality a dostupnosti péče z hlediska pohlaví

**Tabulka 7:** Srovnání skóre kvality poskytnuté péče mezi skupinami z hlediska personálu

**Tabulka 8:** Srovnání skóre kvality poskytnuté péče mezi skupinami z hlediska věku

**Tabulka 9:** Srovnání skóre kvality poskytnuté péče mezi skupinami z hlediska lokace zařízení

**Tabulka 10:** Srovnání časové dimenze mezi skupinami z hlediska lokace zařízení

**Tabulka 11:** Čtyřpolní tabulka k Fisherově exaktnímu faktoriálovému testu

**Tabulka 12:** Srovnání hodnocení dostupnosti péče mezi skupinami z hlediska lokace zařízení

**Graf 1:** Sutinový graf

**Graf 2:** Histogram rozdělení souborů z hlediska lokace nemocnic

**Graf 3:** Histogram rozdělení souboru z hlediska doby od úmrtí

**Graf 4:** Výsečový graf rozdělení souboru kvalitativního šetření z hlediska lokace nemocnic

**Graf 5:** Histogram popisující nemocniční personál, jenž poskytoval pozůstalým péči

**Graf 6:** Histogram popisující nemocniční personál, jenž se pozůstalým věnoval nejvíce

**Graf 7:** Histogram popisující místo, kde bylo úmrtí oznámeno

**Graf 8:** Histogram popisující přítomnost dalších osob během oznamování úmrtí

**Graf 9:** Histogram popisují čas, který pozůstalým věnoval personál nemocnice

**Graf 10:** Histogram popisující doporučené pracovníky v rámci nemocnice

**Graf 11:** Histogram popisující doporučená zařízení

**Graf 12:** Histogram popisující získávání informací z alternativních zdrojů

## Abstrakt bakalářské diplomové práce

**Název práce:** Dostupnost a kvalita psychologické péče o pozůstalé v nemocnicích České republiky

**Autor práce:** Tomáš Bok

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 74, 118 528

**Počet příloh:** 2

**Počet titulů použité literatury:** 49

**Abstrakt:**

Bakalářská diplomová práce se zabývá tématem dostupnosti a kvality psychologické péče o pozůstalé v nemocnicích České republiky. Hlavním cílem této práce je zjistit, jaká je zkušenost pozůstalých s poskytovanou péčí a zdali se úroveň péče odlišuje na základě města, v němž se nemocnice nachází. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol a přibližuje základní témata související s péčí o pozůstalé, ať už je řeč o prožívání ztráty blízkého, o možnostech a limitech psychologické péče o pozůstalé, případně o empirických zjištěních v souvislosti s tímto tématem. Výzkumná část se skládá ze dvou oddílů, přičemž první je kvantitativního charakteru, a je zaměřen především na spokojenost pozůstalých s dostupností a kvalitou péče poskytované v českých nemocnicích. Druhý oddíl, kvalitativního charakteru, je zaměřen na zhodnocení dostupnosti péče ze strany zástupců českých nemocnic.

**Klíčová slova:**

Smrt, pozůstalí, truchlení, péče o pozůstalé, nemocnice

## Abstract of bachelor thesis

**Title:** Availability and quality of psychological care of bereaved people in hospitals of the Czech republic

**Author:** Tomáš Bok

**Supervisor:** PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 74, 118 528

**Number of appendices:** 2

**Number of references:** 49

**Abstract:**

The bachelor thesis focuses on the availability and quality of psychological care of bereaved people in hospitals of the Czech Republic. The main aim of this work is to find out what do the bereaved people experience with provided care and whether the level of care differs according to the city where the hospital is located. The theoretical part is divided into three chapters and describes the basic themes related to the bereavement care, either by experiencing loss, its possibilities and limitations, or the empirical findings related to this topic. The empirical part consists of two sections. The first, quantitative part, is focused mainly on the satisfaction with the availability and quality of care of bereaved provided in Czech hospitals. The second section, qualitative part, is focused on assessing the availability of care by representatives of Czech hospitals.

**Key words:**

Death, bereaved, grief, bereavement care, hospital

# Přílohy bakalářské diplomové práce

**Příloha č. 1:** Dotazník spokojenosti pozůstalých s péčí v nemocnicích ČR

**Příloha č. 2:** Kompletní seznam oslovených nemocnic

# Příloha č. 1: Dotazník spokojenosti pozůstalých s péčí v nemocnicích ČR

## DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI POZŮSTALÝCH S PÉČÍ V NEMOCNICÍCH ČR

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Tomáš Bok a jsem studentem jednooborové psychologie na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Chtěl bych Vás tímto požádat o spolupráci na studii realizované v rámci mé bakalářské práce, a to vyplněním krátkého dotazníku. Cílem této studie je zjistit, jaká je Vaše osobní zkušenost s péčí o pozůstalé v některé z nemocnic v České republice, a přispět tak ke zkvalitňování péče o nemocné a jejich blízké.

Dotazník se týká těžkých chvil v životě člověka. Pokud cítíte, že se ke vzpomínkám nechcete vracet nebo v případě, že uplynulo od úmrtí Vašeho blízkého méně než 12 měsíců, dotazník prosím nevyplňujte. Dotazník prosím nevyplňujte ani v případě, že k události došlo před více než 5 lety, aby byly získané informace aktuální.

Dotazník obsahuje 26 otázek a je určen starším 18 let. Jeho vyplnění by mělo trvat přibližně 10 minut.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte s použitím získaných dat v empirické části mé bakalářské práce. Všechny údaje budou zpracovány výhradně anonymně a budou chráněny v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb.

---

**Legenda k možnostem odpovědí:**

☐ –prázdné pole ☒ –vyplněné pole

**Dnešní datum:**_____

**Pohlaví:** MUŽ X ŽENA

**Věk:**_____

**Název města nebo obce, kde se nemocnice nachází:**
Vypište prosím.

_____

## SEKCE 0 – ZÁKLADNÍ INFORMACE

Tato sekce obsahuje 2 otázky a je zaměřena na základní informace. Na základě odpovědí budete přesměrováni do dalších sekcí.

**PŘEHLEDOVÁ TABULKA** (k otázce č. 1)

| | |
|---|---|
| 1 rok | 12 měsíců |
| 2 roky | 24 měsíců |
| 3 roky | 36 měsíců |
| 4 roky | 48 měsíců |
| 5 let | 60 měsíců |

1. **O jak starou událost se jedná?**
   Vypište celým číslem přibližný počet měsíců:_____

2. **Byl/a Vám sdělena informace o smrti blízké osoby nemocničním personálem?**
   Můžete vybrat pouze jednu odpověď.
   - ☐ Ano.
   - ☐ Ne. (přejděte na otázku číslo 24)

## SEKCE A – KVALITA POSKYTNUTÉ PÉČE

Tato sekce obsahuje 10 otázek a je zaměřena na kvalitu péče o pozůstalé v rámci dané nemocnice. Otázky se týkají převážně toho, kdo z personálu nemocnice se Vám věnoval a jak zpětně poskytnutou péči hodnotíte.

3. **Kdo z personálu nemocnice se Vám věnoval?**
   Můžete vybrat více odpovědí. V případě JINÉ odpovědi napište kdo.
   - ☐ Lékař.
   - ☐ Psycholog.
   - ☐ Zdravotní sestra/praktická sestra.
   - ☐ Nemocniční kaplan.
   - ☐ Jiná odpověď:_____

4. **Pociťoval/a jste mezi jednotlivými pracovníky nemocnice, kteří se Vám věnovali, rozdíly ve způsobu jednání?**
   Můžete vybrat pouze jednu odpověď. Pokud je Vaše odpověď ANO, popište prosím, o jaké rozdíly, mezi kterými pracovníky se jednalo.
   - ☐ Nedovedu posoudit.
   - ☐ Ne.
   - ☐ Ano:_____

   _____

   _____

5. **Kdo z personálu nemocnice se Vám věnoval NEJVÍCE?**
   Můžete vybrat pouze jednu odpověď. V případě JINÉ odpovědi napište kdo.
   - ☐ Lékař.
   - ☐ Psycholog.
   - ☐ Zdravotní sestra/praktická sestra.
   - ☐ Nemocniční kaplan.
   - ☐ Jiná odpověď:_____

**PŘI ODPOVÍDÁNÍ NA NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY SE ZAMĚŘTE NA NEMOCNIČNÍHO PRACOVNÍKA, KTERÝ SE VÁM VĚNOVAL NEJVÍCE.**

6. **Představil se Vám nemocniční pracovník?**
   Můžete vybrat pouze jednu odpověď.
   - ☐ Ano.
   - ☐ Ne.

7. **Ohodnoťte prosím úroveň podpory ze strany nemocničního pracovníka.**
   Můžete vybrat pouze jednu odpověď.
   - ☐ Naprosto dostatečná.
   - ☐ Spíše dostatečná.
   - ☐ Spíše nedostatečná.
   - ☐ Naprosto nedostatečná.
   - ☐ Nedovedu posoudit.

8. **Měl/a jste z nemocničního pracovníka pocit, že se mu můžete svěřit?**
   Můžete vybrat pouze jednu odpověď.
   - ☐ Rozhodně ano.
   - ☐ Spíše ano.
   - ☐ Spíše ne.
   - ☐ Rozhodně ne.
   - ☐ Nedovedu posoudit.

9. **Měl/a jste pocit, že na Vás nemocniční pracovník plně soustředí svou pozornost?**
   Můžete vybrat pouze jednu odpověď.
   - ☐ Rozhodně ano.
   - ☐ Spíše ano.
   - ☐ Spíše ne.
   - ☐ Rozhodně ne.
   - ☐ Nedovedu posoudit.

**10. Cítil/a jste ze nemocničního pracovníka, že ví, jak s Vámi má jednat?**

Můžete vybrat pouze jednu odpověď.

- □ Rozhodně ano.
- □ Spíše ano.
- □ Spíše ne.
- □ Rozhodně ne.
- □ Nedovedu posoudit.

**11. Popište prosím, jakým způsobem s Vámi nemocniční pracovník jednal.**

Vyplnění této otázky není povinné. Pokud můžete, popište prosím, zda se jednalo například o soukromý rozhovor, skupinové setkání a podobně. A jak toto probíhalo.

_____

_____

_____

_____

_____

**12. Popište prosím, jaký jste měl/a z jednání nemocničního pracovníka dojem.**

Vyplnění této otázky není povinné. Pokud můžete, popište prosím, zda pro Vás bylo jednání s pracovníkem spíše přínosné, či nikoliv, a v čem.

_____

_____

_____

_____

_____

**13. Jaký je Váš názor na úroveň vzdělání nemocničního personálu v poskytování podpory pozůstalým?**

**Myslím si, že úroveň vzdělání je:**

Můžete vybrat pouze jednu odpověď.

- □ Naprosto dostatečná.
- □ Spíše dostatečná.
- □ Spíše nedostatečná.
- □ Naprosto nedostatečná.
- □ Nedovedu posoudit.

## SEKCE B – ORGANIZAČNÍ ZAJIŠTĚNÍ PÉČE

Tato sekce obsahuje 5 otázek a je zaměřena na oblast organizace služeb. Otázky se týkají převážně místa, na němž Vám byla informace o smrti blízkého sdělena a času, který Vám personál nemocnice věnoval.

**14. Měl/a jste dostatek času promluvit si o Vašem tehdejším stavu?**

Můžete vybrat pouze jednu odpověď.

- ☐ Rozhodně ano.
- ☐ Spíše ano.
- ☐ Spíše ne.
- ☐ Rozhodně ne.
- ☐ Nedovedu posoudit.

**15. Přibližně kolik času Vám nemocniční pracovník věnoval?**

Číslovkou vypište přibližný časový údaj, ideálně v minutách:_____

**16. Kde Vám byla informace o smrti blízkého sdělena?**

Můžete vybrat pouze jednu odpověď. V případě JINÉ odpovědi popište kde, a jak.

- ☐ V uzavřené místnosti.
- ☐ Otevřený prostor (nemocniční chodba, čekárna).
- ☐ Venku, před nemocnicí.
- ☐ Pouze telefonicky.
- ☐ Jiná odpověď:_____

**17. Byl přítomen, vyjma Vašich blízkých či osoby sdělující informaci o úmrtí, někdo další?**

Můžete vybrat více odpovědí. V případě JINÉ odpovědi napište kdo.

- ☐ Ano, byl přítomen další personál nemocnice.
- ☐ Ano, byli přítomni další pacienti.
- ☐ Ne.
- ☐ Jiná odpověď:_____

**18. Pociťoval/a jste při rozhovoru s nemocničním pracovníkem dostatek soukromí?**

Můžete vybrat pouze jednu odpověď

- ☐ Rozhodně ano.
- ☐ Spíše ano.
- ☐ Spíše ne.
- ☐ Rozhodně ne.
- ☐ Nedovedu posoudit.

## SEKCE C – DOSTUPNOST PÉČE A INFORMOVANOST

Tato sekce obsahuje 8 otázek a je zaměřena na dostupnost péče o pozůstalé v nemocnici i v jejím okolí a na informovanost personálu nemocnice o možnostech péče.

**19. Byl Vám ze strany nemocničního pracovníka sdělen dostatek informací o možnostech péče o pozůstalé ve Vašem okolí?**

Můžete vybrat pouze jednu odpověď.

- ☐ Rozhodně ano.
- ☐ Spíše ano.
- ☐ Spíše ne.
- ☐ Rozhodně ne.
- ☐ Nedovedu posoudit.

**20. Bylo Vám nemocničním pracovníkem doporučeno jiné zařízení či jiný personál v nemocnici, na něhož byste se mohl/a obrátit?**

Můžete vybrat pouze jednu odpověď.

- ☐ Ano.
- ☐ Ne. (přeskočte otázky číslo 21, 22 a 23)

**21. Jaké zařízení Vám bylo doporučeno?**

Můžete vybrat více odpovědí. V případě JINÉ odpovědi popište, o jaké ZAŘÍZENÍ se jednalo.

- ☐ Hospic.
- ☐ Psychologická poradna/ambulance.
- ☐ Krizové centrum.
- ☐ Žádné konkrétní zařízení. (zaškrtněte v případě, že se jednalo pouze o personál nemocnice)
- ☐ Jiná odpověď:_____

**22. Kdo z nemocničního personálu Vám byl doporučen?**

Můžete vybrat více odpovědí. V případě JINÉ odpovědi popište, o jaký PERSONÁL NEMOCNICE se jednalo.

- ☐ Lékař.
- ☐ Psycholog.
- ☐ Zdravotní sestra/praktická sestra.
- ☐ Nemocniční kaplan.
- ☐ Nikdo konkrétní. (zaškrtněte v případě, že se jednalo pouze o zařízení)
- ☐ Jiná odpověď:_____

**23. Využil/a jste doporučení?**

Můžete vybrat pouze jednu odpověď. Pokud je Vaše odpověď ANO, vypište prosím, jakých doporučení jste využil/a.

□ Ne.

□ Ano:_____

**24. Obrátil/a jste se na nějaké zařízení či instituci na základě informací získaných jiným způsobem než skrze personál v nemocnici?**

Můžete vybrat pouze jednu odpověď.

□ Ano.

□ Ne. (přeskočte otázku číslo 25)

**25. Jakým jiným způsobem jste získal/a informace?**

Můžete vybrat více odpovědí. V případě JINÉ odpovědi popište způsob získání informací.

□ Na internetu.

□ Z brožury v nemocnici.

□ Od blízkých.

□ Jiná odpověď:_____

**26. Jaký je Váš názor na počet zařízení zaměřených na pomoc pozůstalým?**

**Myslím si, že počet je:**

Můžete vybrat pouze jednu odpověď.

□ Naprosto dostatečný.

□ Spíše dostatečný.

□ Spíše nedostatečný.

□ Naprosto nedostatečný.

□ Nedovedu posoudit.

**Poděkování**

Děkuji Vám za čas strávený vyplněním tohoto dotazníku. Pokud máte jakékoliv podněty či nejasnosti, neváhejte mne kontaktovat na emailové adrese **tomas.bok01@upol.cz**.

S přáním pěkného dne
Tomáš Bok

## Příloha č. 2: Kompletní seznam oslovených nemocnic

**Hl. město Praha:**

- Fakultní nemocnice v Motole
- Nemocnice Na Homolce
- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
- Ústřední vojenská nemocnice Praha

**Středočeský kraj:**

- Nemocnice s ambulantní částí Kutná Hora
- Oblastní nemocnice Mladá Boleslav
- Oblastní nemocnice Příbram

**Jihočeský kraj:**

- Nemocnice České Budějovice
- Okresní nemocnice Jindřichův Hradec
- Nemocnice Písek

**Plzeňský kraj:**

- Fakultní nemocnice Plzeň
- Klatovská nemocnice
- Rokycanská nemocnice

**Karlovarský kraj:**

- Nemocnice Karlovy Vary
- Nemocnice Sokolov

**Ústecký kraj:**

- Nemocnice s poliklinikou Kadaň
- Nemocnice s poliklinikou v Mostě

**Liberecký kraj:**

- Nemocnice Liberec
- Nemocnice s poliklinikou v Semilech

**Královehradecký kraj:**

- Fakultní nemocnice Hradec Králové
- Městská nemocnice Dvůr Králové nad Labem
- Všeobecná nemocnice Náchod

**Pardubický kraj:**

- Nemocnice Pardubice
- Nemocnice v Ústní nad Orlicí
- Litomyšlská nemocnice

**Kraj Vysočina:**

- Nemocnice Jihlava
- Nemocnice Havlíčkův Brod
- Nemocnice Pelhřimov

**Jihomoravský kraj:**

- Fakultní nemocnice Brno
- Nemocnice Břeclav
- Nemocnice Blansko
- Nemocnice Znojmo

**Olomoucký kraj:**

- Fakultní nemocnice Olomouc
- Nemocnice Prostějov
- Nemocnice Přerov

**Moravskoslezský kraj:**

- Městská nemocnice Ostrava
- Fakultní nemocnice v Ostravě
- Nemocnice Karviná-Ráj
- Nemocnice Nový Jičín
- Nemocnice Třinec

**Zlínský kraj:**

- Baťova nemocnice Zlín
- Nemocnice s poliklinikou Uherské Hradiště