

Vnímání umírání a smrti v období pozdní adolescence

Bc. Hana Burešová

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Hana Burešová**
Osobní číslo: **H21604**
Studijní program: **B0111A190011 Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Vnímání umírání a smrti v období pozdní adolescence**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti umírání, smrti, paliativní péče, hospicové péče a období pozdní adolescence.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.

CHRÁSKA, Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit o umírajících. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

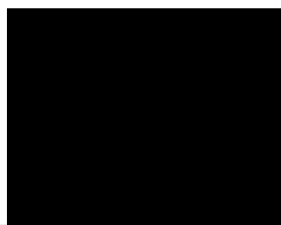
OPATRNÝ, Aleš, 2017. Spirituální péče o nemocné a umírající. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-269-1.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. Vývojová psychologie. Dětství a dospívání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.

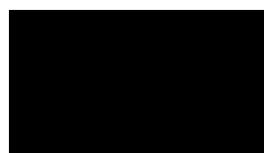
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **10. ledna 2024**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2024**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 3. 4. 2024



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem vnímání umírání a smrti v období pozdní adolescence. Práce je rozdělena na teoretickou část, která obsahuje tři kapitoly a část empirickou. Teoretická část se zabývá problematikou umírání a smrti, strachem z umírání a smrti, bolestí, která může být průvodcem umírání a vlivem víry a náboženství na vnímání umírání a smrti. Dále se zaměřuje na paliativní a hospicovou péči a pozornost věnuje období adolescence, a to zejména té pozdní. Empirická část je založena na výsledcích kvantitativního výzkumu, který byl proveden formou dotazníkového šetření. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak vnímají umírání a smrt pozdní adolescenti. Výzkumný soubor je tvořen 295 respondenty. Výsledky bylo zjištěno, že pro větší část respondentů je smrt součástí procesu života. Signifikantní rozdíl mezi strachem ze smrti a pohlavím a strachem ze smrti a vírou respondentů nebyl prokázán.

Klíčová slova: umírání, smrt, paliativní péče, hospicová péče, adolescence, adolescent

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the perception of dying and death during late adolescence. The thesis is divided into a theoretical part, comprising three chapters, and an empirical part. The theoretical section deals with issues surrounding dying and death, fear of dying and death, the pain that can accompany dying, and the influence of faith and religion on the perception of dying and death. It also focuses on palliative and hospice care, with particular attention to the period of adolescence, especially the late stage. The empirical part is based on the results of quantitative research conducted through a questionnaire survey. The main aim of the research was to ascertain how late adolescents perceive dying and death. The research sample consists of 295 respondents. The results revealed that for the majority of respondents, death is a part of the life process. No significant difference between fear of death and respondents' gender or fear of death and respondents' faith was found.

Key words: dying, death, palliative care, hospice care, adolescence, adolescent

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Zuzaně Hrnčířikové, Ph.D. za její profesionální přístup, cenné rady a odborné vedení během celého procesu psaní mé bakalářské práce. Chtěla bych poděkovat své rodině, která mi byla při mých studiích velkou oporou, a také trpělivé kamarádce Mgr. Pavlíně Dostálové za její nepostradatelnou podporu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni věnovat svůj čas a účastnit se výzkumu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Dej Bůh, ať se nemíneme s těmi, od kterých se toho můžeme tolik naučit.

Dej Bůh, ať prožijeme v pravý čas, dokud jsou tu ještě s námi.

F. M. Lev, trapistický mnich

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	13
1.1 UMÍRÁNÍ	13
1.2 SMRT.....	18
1.2.1 Vytěsnění smrti	19
1.3 BOLEST PŘI UMÍRÁNÍ.....	20
1.4 STRACH Z UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	21
1.5 VLIV VÍRY A NÁBOŽENSTVÍ NA VNÍMÁNÍ UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	23
2 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE	26
2.1 PALIATIVNÍ PÉČE	26
2.1.1 Druhy paliativní péče	27
2.2 HOSPICOVÁ PÉČE.....	29
2.2.1 Hospic	30
2.2.2 Lůžkový hospic	30
2.2.3 Mobilní hospic	31
2.2.4 Denní hospicový stacionář	31
3 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ – ADOLESCENCE	32
3.1 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ ADOLESCENCE	32
3.2 POZDNÍ ADOLESCENCE	33
3.2.1 Emoční vývoj	33
3.2.2 Socializace v období pozdní adolescence	34
3.2.3 Pojetí smrti v období pozdní adolescence.....	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 VÝZKUMNÁ ČÁST	41
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	41
4.2 CÍLE VÝZKUMU	42
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
4.4 HYPOTÉZY.....	42
4.5 METODA VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ NÁSTROJ.....	43
4.6 VÝZKUMNÝ SOUBOR	46
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	47
5.1 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	56
6 DISKUZE.....	59
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	63

ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	73
SEZNAM GRAFŮ	74
SEZNAM TABULEK.....	75
SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Nezměnitelnému faktu, že jednou zemřeme, čelí každý z nás. Odejít z tohoto světa musíme, dříve či později, všichni. Jsou dny, kdy si tuto skutečnost uvědomujeme zřetelněji a jindy nás každodenní radosti i starosti zahálí závojem pocitů, že tento náš život se stane nikdy nekončícím příběhem. Všichni se intuitivně umírání a smrti bojíme. Smrt je tajemství, nad kterým se vznáší otazník. Naše společnost má tendenci pořád za něčím spěchat. Výkon a aktivity hrají prvořadou roli. Na potřeby umírajících nedostatečně reagujeme. Skutečnost, že někdo je ve fázi umírání a smrti, potlačujeme a snažíme se starosti předat na někoho jiného. Proto jsou všechna nemocniční či sociální zařízení plná a je jen malé procento těch, kteří mohou zemřít ve svém přirozeném prostředí. Člověk není zrozen k tomu, aby život prožil izolovaně, ale žil život ve vztazích. A potřeba mít někoho po svém boku ve fázi umírání se jen zvyšuje. Strach ze smrti se dá částečně potlačit snad tím, že důstojnost člověka bude zachována do posledních chvil pozemského bytí a člověk nebude umírat osamocen, ale v kruhu těch, které miloval.

Smrt a umírání jsou témata, která provázejí lidský život odjakživa a jejich vnímání a přijímání může být proměnlivé v různých etapách života. V druhém období adolescence, nazývaném pozdní adolescence, se mladí lidé nacházejí na prahu dospělosti a čelí mnoha emocionálním, sociálním a existenciálním otázkám. Toto období může být zvláště citlivé v kontextu smrti a umírání, protože mladí lidé začínají rozumět komplexitě lidské existence a stále častěji se setkávají se ztrátou a konfrontací vlastní smrtelnosti.

Tato bakalářská práce se zabývá tématem, jak mladí lidé v pozdní adolescenci vnímají umírání a smrt. Cílem práce je zjistit, jaké jsou nejčastější obavy mladých lidí v souvislosti s umíráním a jaký mají přístup k vlastní smrti. Dále nás bude zajímat otázka, zda má víra vliv na přístupové přijetí vlastní smrti. Budeme zkoumat, zda mají respondenti informace o paliativní a hospicové péči, a také se budeme zabývat otázkou, zda mají osobní zkušenost s péčí o umírajícího člověka a kde k této péči nejčastěji docházelo. Možná tato práce nepřinese zásadní nové objevy v oblasti vnímání umírání a smrti, ale možná nám otevře okno do světa mladých lidí a přispěje nám k hlubšímu pochopení vnímání těchto fenoménů v pozdní adolescenci.

V teoretické části si nejprve objasníme problematiku umírání a smrti. Budeme se zabývat tématy, která úzce s těmito pojmy souvisí. Dále se budeme věnovat paliativní a hospicové

pěči a v poslední teoretické kapitole, týkající se pozdní adolescence, se budeme zabývat emočním vývojem, socializací a pojetím smrti v období pozdní adolescence.

V empirické části této práce se zaměříme na samotný výzkum. Popíšeme výzkumný problém, výzkumné cíle a otázky. Dále stanovíme hypotézy, metodu výzkumu, výzkumný nástroj a výzkumný soubor. Následně budeme analyzovat a interpretovat získaná data a vyhodnotíme hypotézy. Bude následovat diskuze, doporučení pro praxi a závěr.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Mezi klíčové pojmy celé bakalářské práce patří umírání a smrt. S úctou, snad i s pokorou vyslovujeme fenomény, jako je umírání a smrt, a chodíme kolem nich po špičkách. Něco na nich musí být zvláštního, když každý den o nich píše média a informují, která známá osobnost umírá nebo zemřela, kde se stala přírodní katastrofa nebo jiné události, při kterých umírají lidé. Smrt je tajemná. Nevíme, kdy přijde, na jakém místě nás zastihne a v jaké činnosti. „*Je dobře se se smrtí spřátelit, než se ona začne chtít přátelit s námi. Než po nás zbude jen prázdná a unavená skořápka*“ (Komárek, in: Hospodářské noviny, 2012). V této první kapitole si blíže vymezíme tyto pojmy a budeme se zabývat i tématy, které jsou úzce spjaty s umíráním a smrtí.

1.1 Umírání

Umírání je poslední fází života organismu, která končí smrtí. Věda, zabývající se umíráním a smrtí, se nazývá thanatologie. Jedná se o vědu interdisciplinární. Název je odvozen od řeckého boha Thanata, boha smrtelného spánku a smrti (Haškovcová, 2000). Umírání je proces, který má u různých lidí různý průběh, který má různou délku a podobu, je individuální a pro každého jedinečný (Kolaříková, 2019). Umírání je nutné chápat jako završení života, smrtí sice končí fyzické bytí člověka, ale vzpomínky na člověka přetrvávají ve vzpomínkách blízkých lidí, prostřednictvím toho, co vytvořil, co po něm zůstalo (Vágnerová, 2007). Umírání je sice poslední fází člověka, ale toto období může být relativně dlouhé. Za nejznámější thanatoložku, věnující se umírání a smrti, je považována švýcarsko-americká psychiatrická Kübler-Ross. Ta promlouvala s nemocnými v terminálním stádiu. Sledovala jejich reakce a potřeby. Na základě těchto reakcí definovala pět stadií, jimiž lidé procházejí, pokud zjistí, že umírají (Pečuj doma, 2020).

Popírání a izolace

Po zjištění svého zdravotního stavu si často nemocní pacienti své terminální onemocnění nepřipouští. Umírající pacienti zastávají přesvědčení, že došlo k nějaké chybě, snaží se hledat na svůj stav jiný názor a doufají, že se situace nějak vyřeší. Dochází k částečnému nebo úplnému popření diagnózy. Utvrzují sami sebe, že se lékaři zmýlili, že se v diagnóze spletli. První pacientovou reakcí na zprávu o terminální povaze jeho onemocnění může být dočasný šok, otřes. Postupně ale dochází k zotavení. Když počáteční ochromení začne ustupovat a člověk najde sílu se znovu vzchopit, většinou zareaguje postojem typu: „Já? To

není možné. To se určitě nemůže týkat mě.“ V této fázi dochází k odmítání léčby a často se pacienti vyhýbají výrokům ošetřujících lékařů, protože právě oni je vrací zpět do kruté reality. Pacienti pocítují strach a úzkost. Utíkají k příjemným myšlenkám a upínají se ke svým koníčkům, aktivitám. Je důležité, aby v této fázi popírání nesetrvávali pacienti dlouho a se svou tíživou situací se alespoň částečně smířili. K tomu by měla napomoci dobrá komunikace. A to jak komunikace ošetřujícího personálu, tak i osob blízkých, kteří se kolem pacienta pohybují. Pacient by měl cítit, že je respektován a má komu důvěřovat (Kübler-Ross, 2015).

Zlost

Druhé stadium je stadium zlosti. V této fázi si již pacienti plně uvědomují, že zpráva o terminální povaze nemoci se týká jich samotných. Logicky vyvstává v mysli nemocného otázka: „Proč zrovna já? Proč ne někdo jiný?“ V této fázi přichází pocity vzteku, závidění a rozmrzelosti. Je to období velmi těžké. A to jak pro pacienta, tak i pro rodinu a ošetřující personál. Nemocný pacient se hněvá na „celý svět“. Je důležité, abychom se snažili vycházet vstříc potřebám pacienta. Byli v tomto období vůči pacientovi trpěliví, tolerantní vůči racionální, ale i iracionální zlobě. Pacienta stále respektovali a hněv na sebe nevztahovali. Když pacient pozná, že je stále cennou a ceněnou lidskou bytostí, zmírní svůj vztek a zmírní své zlostné požadavky (Kübler-Ross, 2015).

Smlouvání

Třetí stadium, stadium smlouvání, není tak známé, ale pro pacienta je důležité. Jestliže pacienti v první fázi nedokázali čelit skličujícím faktům a později ve druhé fázi se hněvali na celé okolí, v tomto stadiu se snaží o nějakou dohodu s vyšší mocí a snaží se ji přemluvit, aby změnila jejich osud. Nejčastěji si pacienti přejí prodloužit život a prožít alespoň pár dnů bez bolesti či tělesných obtíží. Snaží se svým „dobrým chováním“ dohodnout odklad své smrti. Tyto smlouvy s vyšší mocí většinou pacienti drží v tajnosti. I v této fázi je důležité věnovat čas nemocnému, hovořit s ním o věcech a lidech, na kterých mu záleží (Kübler-Ross, 2015).

Deprese

V tomto stadiu se pomalu začíná pacient připravovat na svůj odchod z tohoto světa. Když už nemůže popírat svou nemoc, je nucen podstupovat další operace a hospitalizace, zjevné příznaky nemoci začínají nabírat na síle, nemůže vše odbýt úsměvem. Zlost a hněv střídá pocit velké ztráty. A to ztrát mnoha podob. Nemocní nejprve ztrácejí každodenní radosti

nebo činnosti, kvůli mnoha absencím a sníženému pracovnímu výkonu ztrácí zaměstnání. Postupem času pomalu a jistě ztrácí vše. Pocity smutku, prázdnoty a zármutku provází nemocného pacienta. Kübler-Ross rozlišuje depresi na reaktivní a přípravnou. Každá je zcela jiné povahy a s každou bychom měli rozlišně nakládat. K depresi reaktivní dochází následkem minulé, již utrpené ztráty. Tato deprese je provázena pocitem hanby a viny. Může být zmírněna tím, že nemocný nabyde pocitu jistoty, že o záležitosti, které jsou pro něho důležité, bude dobře postaráno. Přípravná deprese pak vzniká v důsledku ztrát hrozících. V této fázi se nemocný připravuje na blížící se ztrátu všech milovaných a všeho, co měl rád. V této přípravné depresi nejsou úplně namístě slova povzbuzení a ujišťování. Když naopak dovolíme, aby svůj žal nemocný vyjádřil, dospěje ke konečnému smíření mnohem snáze. Tento typ deprese mívá tichou podobu. Není třeba mnoha slov. Významnou úlohu zde hrají společně sdílené pocity, které se nejlépe projeví dotykem rukou, pohlazením nebo jen fyzickou blízkostí (Kübler-Ross, 2015).

Akceptace

Pokud měl nemocný dostatek času a dostalo se mu pomoci při překonávání předchozích stadií, nyní přichází do stavu, kdy již nepocituje zlobu, deprese, stísněnost, frustraci a beznaděj. V této fázi přichází větší slabost a únava. Nemocný chce být sám. Více času věnuje spánku, odpočinku a chvílím ticha. Akceptace by neměla být ale mylně považována za šťastné stadium. Jde o dobu, jež je jakoby zbavena pocitů. V této fázi více podpory, porozumění potřebuje rodina než sám nemocný. Z komunikace verbální přecházíme do neverbální. V této fázi musí nadále nemocný vědět, že na něho blízcí nezapomínají (Kübler-Ross, 2015).

Tyto fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusejí vždycky zachovat daný sled. Některé z nich se mohou opakovaně vracet a střídat. Nejsou stejně dlouhé a některá může chybět. Těmito fázemi neprochází jen umírající, ale také jeho nejbližší příbuzní (Kutnohorská, 2011).

Haškovcová (2002) rozděluje umírání na tři období: *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

Pre finem

Toto období začíná ve chvíli, kdy dojde ke zjištění, že nemoc konkrétního člověka je vážná a perspektivně neslučitelná se životem. Smrt je pak vysoce pravděpodobná, a to buď v kratším, nebo delším horizontu. Na počátku tohoto období je sdělení vážné, dlouhodobé

nemoci, která může trvat dny, měsíce, ale i roky. Po celé toto období je přítomna snaha o dosažení remise, nebo zmírnění obtíží strádajícího. S ohledem na pravděpodobnost nepříznivého konce je potřeba vést pacienta úskalími nemoci (Haškovcová, 2002). Nemocný musí vědět, že kromě lékařské pomoci mu bude poskytnuta také pomoc lidská (Kutnohorská, 2011). Dle Kupky (2014) kromě této lidské pomoci by měla být nabídnuta též péče psychologická. Nemocného je nutné ochraňovat od tzv. psychické a sociální smrti. Nikdo by neměl zemřít dřív psychicky nebo sociálně než fyzicky. *„Psychická rezignace, intenzivně prožívaná beznadějí a zoufalství většinou život zkracují a usnadňují vstup nemoci a fyzické smrti. Psychologická intervence může ochránit těžce nemocného, ke smrti pracujícího člověka od tzv. sociální smrti. Sociálním umíráním lze označit stavy, kdy člověk sice žije a může být i zdravotně v pořádku, ale je vyvázan z důležitých sociálních, interpersonálních vztahů, kdy je odtržen od všeho lidského“* (Pozitivní stáří). V období pre finem dochází také k vytěšňování nepříjemného a úzkostně prožívaného ohrožení života. Odmítnutí hrozící smrti bývá tím výraznější, čím více se nemocný blíží k faktické smrti. V tomto období jsou také úzkostné stavy z ohrožení a manifestní strach ze smrti intenzivnější a častější než ve fázi in finem. Proto je důležité poskytovat nemocnému trvalou či náhle potřebnou emoční podporu. Někteří nemocní v tomto období chtějí o své situaci otevřeně hovořit (Kupka, 2014). Dle Kutnohorské (2011, s. 75) by měl mít *„každý vážně nemocný alespoň jednoho člověka, se kterým bude podle potřeby volně hovořit, a který bude respektovat oprávněný nárok na tzv. otevřenou komunikaci“*.

In finem

Období totožné s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Dochází k postupnému selhávání vitálních funkcí. V této fázi již není možné žádné zlepšení smrtelné prognózy nemoci pacienta dostupnými léčebnými metodami. Tuto fázi můžeme tedy chápat jako umírání ve vlastním slova smyslu (Kutnohorská, 2011). Haškovcová (2000) uvádí, že pokud nastalo finále a smrt již nelze odvrátit, měli bychom ponechat prostor iracionální naději. Je pouze v kompetenci umírajícího jakou podobu iracionální naděje si zvolí. Nemocní sní a vytvářejí si obraz své záchrany. V tomto okamžiku je nutné nemocnému účastně a tiše naslouchat. Krajně nevhodné jsou neopodstatněné argumenty z kategorie reálné nebo částečně reálné naděje. Ve fázi in finem vévodí problematika ritualizace smrti, paliativní a hospicové péče, eventuálně otázka euthanasie (Špatenková *et al.*, 2014).

Post finem

Začíná smrtí dotyčného člověka, zahrnuje péči o tělesnou schránku zemřelého a též možnost péče o pozůstalé (Špatenková *et al.*, 2014). Tato fáze nebývá v popředí zdravotníků, kromě péče o mrtvého. Pozornost bychom měli věnovat problematice zármutku a žalu. První okamžiky po smrti jsou dle mnoha odborníků pro pozůstalé velmi významné, protože se rozhoduje o tom, zda zármutek bude mít fyziologickou nebo patologickou podobu. Také bychom se měli zaměřit na to, jakým způsobem se příbuzným sděluje úmrtí. Stručným a neosobním sdělením vyvoláme zpravidla rozladění anebo dokonce šok (Kupka, 2014). Haškovcová (2002) uvádí, že díky oprávněně nárokovánému rozhovoru s pozůstalými o posledních chvílích zesnulého, můžeme předejít a také eliminovat rizika výskytu patologických forem žalu.

Kupka (2014) dále k umírání uvádí, že každý na oznámení fatální prognózy reaguje jinak. Temperamentové charakteristiky, osobnostní rozdíly, životní zkušenosti a třeba i momentální rozpoložení vytváří širokou škálu reakcí na takto vážnou situaci. Vymětal (2003) rozlišuje čtyři možnosti, kdy pacient informaci přijme nebo odmítne, a to po stránce emoční nebo rozumové.

- Člověk informaci rozumově i emočně přijme: bývá s různou silou zasažen sdělením, posléze se zpravidla ptá po okolnostech, co dál a apod.
- Člověk sdělení rozumově přijme, emočně jej však odmítne: slovní sdělení je akceptováno, ale emočně se projevuje bez nápadností, statečně, rozumně, věcně, s odstupem, jako by se ho to netýkalo.
- Člověk informaci rozumově i emočně odmítne: jedná se zpravidla o masivní popření skutečnosti, jejíž připuštění by mohlo vést k osobní integraci. Dotyčný tvrdí, že to musí být omyl, záměna jmen, chová se neadekvátně, směje se, bagatelizuje sdělení.
- Člověk negativní zprávu rozumově odmítne, ale emočně přijme: argumentuje způsobem, proč nemůže být pravda to, co říkáme, avšak je zřejmé, že sdělením je na emoční rovině zasažen (pláč, hněv).

Glaser a Strauss (in Kolaříková, 2019) popsali umírání v sociálním kontextu uvědomování si tohoto faktu. Popsali čtyři kontextuální modely uvědomování si umírání, které vytvořili na základě pozorování chování umírajících, jejich blízkých a pečujících osob.

- **Uzavřený model:** odborníci i příbuzní vědí, že dotyčný umírá. Umírající je jediný, kterému je tato informace upřena.
- **Model vznášejícího se podezření:** umírající a/nebo jeho příbuzní mají tušení o blížící se smrti, ale informace není jednoznačně potvrzena.
- **Model předstírání:** všichni zúčastnění vědí, že smrt je blízko, ale všichni předstírají, že se nic neděje.
- **Otevřený model:** umírající i okolí mají reálné informace a staví se k otázkám spojeným s umíráním otevřeně.

Hrozba smrti představuje pro mnoho lidí změnu hodnot, začnou vnímat život intenzivněji, mění priority. Umírání může být také obdobím osobního růstu. Hlavně tehdy, když lidé umírají dobře. S blízkými, plně informováni, s dobrou léčbou symptomů svých onemocnění, ve společnosti lidí, kteří s nimi cítí a mají je rádi (Thorová, 2015).

1.2 Smrt

Smrt je jedním z nejintenzivnějších emocionálních zážitků, se kterými se lidé setkávají bez ohledu na jejich kulturní či náboženské přesvědčení (Snopek, 2022). Životní cyklus člověka má různé etapy. A tak jako je přirozeným začátkem narození, je jeho přirozeným koncem smrt. Smrt a smysl života jsou nerozlučně propojeny. Propojení by nebylo úplné, pokud bychom z něj vyloučili svobodu, samotu a odpovědnost. Vždyť co jiného než rozhodnutí a následky, které každá volba přinese, nás vrací ke smrti a smyslu. Každá lidmi uskutečněná volba, znamená, že něco se uskuteční, a tudíž něco přežije, zůstane zachováno a něco nikoli (Kupka, 2014). „*Smrt je vlastní všem lidem, je konečná, nevratná a nevyhnutelná*“ (Thorová, 2015, s. 475). Smrt je definována jako „*nezvratné zastavení všech životních funkcí organismu, které se pojí s úplnou a trvalou ztrátou vědomí a biologickými změnami, které další obnovení životních funkcí znemožňují*“ (Thorová, 2015, s. 475). Jde o zánik živého organismu, k němuž dochází buď přirozeně, v důsledku uplatnění biologických zákonitostí, nebo v důsledku násilného zásahu do živého organismu, který nezvratně poškozuje a rozkládá jeho funkce (Špatenková *et al.*, 2014). Thorová (2015) uvádí, že prosté zastavení životních funkcí dechu a srdce nemusí být konečné. Pokud je možné tento stav speciálním zásahem zvrátit, hovoříme o klinické smrti. Dle Šiklové (2013) je smrt stav, kdy u živého organismu došlo k nevratným změnám v mozku a v jejich důsledku k zániku centra dýchání, krevního oběhu a postupnému rozkladu a odumírání těla.

Na rozdíl od jiných živočichů člověk si je vědom, že jednou z tohoto světa musí odejít. Vědomí smrti, tedy vědomí konečnosti našeho života, je asi základním znakem lidí. Dle Kupky (2014) toto vědomí dává životu smysl. Myslet na smrt životu svědčí a svědčí i jeho kvalitě. Neznamená to ovšem, že bychom se měli morbidně utápět v myšlenkách na smrt. Úzkost ze smrti je naprosto přirozená věc. Protože ona úzkost může být vnitřním kompasem člověka na jeho životní cestě. Smrt se považuje za nejvyhrocenější mez lidské existence (Kutnohorská, 2011).

Smrt je spojena nejen s filozofickými, náboženskými a etickými otázkami, ale její vnímání je především podmíněno zkušenostmi, tím, co viděl ve svém bezprostředním okolí (Šiklová, 2013).

Každý jde blížící se smrti vstříc svým vlastním způsobem a vtiskuje tak svému umírání jedinečnost. Smrt je tak jedinečná, jak jedinečný je každý člověk (Umírání.cz, 2023).

„Nikdo z nás dopředu neví, jak se bude chovat tváří v tvář smrti svých blízkých či smrti své. Ve smrti se dotkneme své historie, svých kořenů. Tehdy můžeme procitnout a uzdravit se z mnoha bolestí a vnitřních zranění“ (Sieberová, 2021, s. 14–15).

1.2.1 Vytěsnění smrti

Život v západní společnosti nás na přirozený konec nepřipravuje. Jiné kultury se mnohem realističtěji vyrovnávají se šťastnými i těžkými okamžiky lidské existence, včetně těch nejextrémnějších. Smrt více považují za součást života (Badenas, 2016). V naší civilizované společnosti se snažíme smrt vytěsňovat. Vytěsnění smrti umožňuje přesun z rodiny do neosobních institucí. Původní model domácího, rodinného umírání, kdy byl umírající doprovázen členy rodiny, nahrazuje model institucionálního umírání. Smrt přestala být vnímána jako nevyhnutelný a přirozený jev, ale stala se profesním neúspěchem medicíny (Špatenková *et al.*, 2014). Technicky vyspělá medicína je charakteristická tím, že bojuje o ohrožený život každého člověka. Je to samozřejmě správné, obdivuhodné. Ale díky takovému přístupu k člověku jsme velmi rychle přijali názor, že smrt se do našich životů nehodí. Je jakousi „vadou na kráse“ úspěšné medicíny. Moderní člověk chce žít dlouho úspěšně, šťastně a bez bolesti. A až po dosažení dlouhé a převážně úspěšné cesty životem je schopen přijmout svou smrt, ale jen optimálním způsobem. Rychle, bezbolestně a případně s týmem kvalifikovaných profesionálů (Haškovcová, 2000). Dle Badenase (2016) v minulosti lidé považovali smrt za konečnou a nezbytnou fázi tajemství, které nazýváme život. Sociální změny naší doby, s tendencí k individualismu, pohodlí a hédonismu,

vytěsnily smrt z naší blízkosti. Opatrný (2017) k tomu uvádí, že do devatenáctého až dvacátého století byla smrt a umírání v evropských zemích převážně rodinnou a duchovní záležitostí, kde prvořadou úlohu přebírala rodina a kněz. S pokrokem medicíny začíná v devatenáctém století tzv. medicinalizace smrti. Umírání a smrt přechází pod kontrolu lékaře a umírání doma ztrácí na významu. Dvacáté století je spojeno s dobou, kdy obyvatelé Evropy většinou umírají v nemocnici, za plentou a v osamění. Smrt mizí z očí těch, kdo ještě žijí. Smrt je tak fyzicky a i následně i mentálně vytěsněna z oblasti duchovního života i z horizontu lidí. V České republice navíc komunistická ideologie, která si s utrpením a smrtí nevěděla rady, toto vytěsnění podporovala. O to větší šok ze smrti ve své blízkosti nebo v osobním životě zažívá ten, kdo ji vytěsnil. Pohled na smrt jako na něco, „co by vlastně nemělo být“, člověka před smrtí neochrání.

„Pokud máme to „štěstí“ a potkáme smrt, dostaneme se možná na křižovatku života a můžeme se vydat po cestě, která nám říká, že bez ohledu na to, co děláme, nakonec se stejně smrti musíme postavit sami. Stejně jako životu. Nikdo se za nás nepřimluví, nikdo za nás nežije a nikdo za nás nezemře. Vyrůsteme, rozhodujeme se a oddělujeme se od druhých. Životu i smrti čelíme nakonec sami. Popření smrti je popřením vlastní podstaty, což vytváří rozsáhlá omezení pro uvědomování a prožívání. Člověk vlastně takto vytváří prostor pro intrapersonální osamělost. Disociuje prožitky, které jsou spojeny s podstatou bytí. Přijetí smrti člověka naopak zachraňuje, nutí ho žít autenticky, smysluplně a zvyšuje pozornost ke každodennosti existence“ (Kupka, 2011, s. 20–21).

1.3 Bolest při umírání

Ani pokrok techniky, hygieny, medicíny a zdravotní péče nevyklučuje a nemůže vyloučit nemoc a bolest z lidských životů. Jakkoliv jde o skutečnosti nežádoucí, jsou stále přítomné. Trápí nejen toho, kdo je nemocen a kdo je obtížen bolestí, ale také blízké a přátele nemocných, každého, kdo je ochoten nemoc a bolest nemocných vnímat (Opatrný, 2017). Jsou faktory, které vnímání bolesti zvyšují, a faktory, které ho redukují. Většinou je však ignorujeme. Všichni máme nějakou skrytou stranu své reality, jíž nedokážeme otevřeně čelit a kterou nedokážeme změnit. Je to naše podvědomí, které můžeme nazvat naším „stínem“. Nemůžeme před ním utéct a zbavit se ho. Tyto „stíny“ jsou součástí našeho života. Měli bychom naslouchat, co nám chtějí říct. Věnovat ovšem pozornost bolesti však určitě neznamena dovolit jí, aby nás ovládla (Badenas, 2016).

Kolem nemocného člověka v konečné fázi je vhodné vše analyzovat z pohledu „celkové bolesti“.

Celková bolest se skládá z těchto neoddělitelných složek:

- **Z bolesti fyzické (tělesné)**, kterou lze rozpoznat a alespoň do určité míry definovat snadněji než složky ostatní.
- **Z bolesti sociální**, která je utrpením spojeným s předtuchou ztráty nebo i se skutečným odloučením od rodiny a přátel a/nebo se ztrátou sociální role. Ztráta je středem těchto obtíží.
- **Z bolesti emoční (duševní)**, která je pocitovým komplexem, zahrnujícím duševní otřes, otupělost, hněv, smutek, smlouvání, úzkosti, deprese. Jedná se o jakousi dynamiku zármutku, který je středem konečného období choroby.
- **Z bolesti spirituální (duchovní)**, jejíž definice je nejobtížnější. Snad lze souhlasit s tím, že je to utrpení, spojené s odcizením od svého nejhlubšího já, které je často prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu (Munzarová, 2008).

Musíme mít na paměti, že u nemocného v posledních dnech života nepřevládají obtíže „fyzického rázu“, ale bolesti pramenící z jiných dimenzí člověka, které nabývají na mimořádné ostrosti (Munzarová, 2008).

1.4 Strach z umírání a smrti

Strach ze smrti patří k životu a má svůj ochranný evoluční význam. Jeho intenzita i forma se proměňují s věkem. S vědomím vlastní smrtelnosti se člověk postupně vyrovnává (Thorová, 2015). Naše společnost nemá jen strach z pouhé smrti, ale i z umírání. Lidé se bojí něčeho, co neznají. Mají strach z osamění, z bolesti a z opuštění. Mají strach z toho, že odejdou s „dluhy“. Obávají se nevyřešených vztahů, že jim nebude odpuštěno nebo že sami neodpustí svému blízkému. Strach z neznáma je přirozený, zvláště pak pokud je celý proces nevratný (Ulrichová, 2014). Strach ze smrti je všudypřítomný a tak velký, že člověk v průběhu života vynakládá značnou část své životní energie na popírání či vytěšňování smrti a myšlenek na ni (Kupka, 2011). Podobně se k tomu vyjadřuje i Thorová (2015). Lidé si v průběhu života vytváří nejrůznější postupy a techniky, které jim napomáhají čelit strachu ze smrti. Strach je nepochybně nejhorším spojencem i v boji proti bolesti. Utrpení je vždy větší, pokud se k němu přidá strach. Strach často zhoršuje a zintenzivňuje bolest; vyvolává

utkvělé představy, které mohou být mnohem ničivější než samotná bolest (Badenas, 2016). Na strach a také na otevřený či skrytý boj se smrtí neexistuje žádný lék (Sieberová, 2019). Obava ze smrti je přítomna v každé době. Od počátku lidstva smrtelnost všechny znepokojuje (Yalom, 2008). V rámci psychosociální podpory v paliativní péči je nutno korigovat a nemocnému umožnit zvládnout řadu příznaků, za kterými se skrývají různé úzkosti, obavy a strachy. Bývá uváděno deset druhů strachu.

- *Strach ze ztráty blízkých osob, izolace od nich nebo že jimi budou opuštěni.*
- *Strach z nepochopení druhými, z toho, že ho nebudou brát tak, jak by si sám představoval.*
- *Strach z vedlejších účinků terapie, recidiv a souvisejících postižení (handicap).*
- *Strach ze ztráty tělesné integrity a své vlastní identity.*
- *Strach z pasivního vydání se a závislosti na druhých.*
- *Strach ze ztráty sebekontroly a psychofyzické regrese.*
- *Strach z agresivity a žárlivosti vůči zdravým.*
- *Strach z vlastní vnitřní zlosti a zloby.*
- *Strach z bolesti.*
- *Strach ze smrti (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 357).*

Jak uvádí Sieberová (2019), v době umírání je podstatné laskavé prostředí, dotyk, něžné slovo a porozumění beze slov. Umírající potřebuje bezpečí a lásku. Pokud tato základní existenční potřeba není naplňovaná, dochází k výraznému neklidu, úzkosti a strachu. A to strachu z osamění. Jak uvádí Opatrný (2017), v Evropě dnes většina lidí nežije ve velkých rodinách. Nemocný člověk má mnohdy pocit, že nemá s kým žít a nemá pro koho žít. Mnohé lidi děsí, že v případě nemohoucnosti se o ně nebude mít kdo starat nebo budou na obtíž. To je dnes někdy motivem k suicidii starých osob. Neméně významnou roli hraje „strach z nefunkčnosti“. Moderní člověk chce žít v podstatě ve fungujícím světě. Být „nefunkční“ – pracovně, zdravotně nebo společensky – není jen osobní obtíž, ale může to být chápáno jako sociální ponížení nebo diskvalifikace. Pod tlakem těchto myšlenek nemocný může nabýt dojmu, že nemá právo zde být. Ztráta funkčnosti se může jevit jako ztráta společenského i osobního významu. Dle Kolaříkové (2019) se u umírajícího objevuje mnoho emocí, které souvisí s jejich vnitřním prožitkem, pocitem. Nejčastěji se setkáváme se strachem ze smrti,

jehož hlavním zdrojem je uvědomění si vlastní konečnosti. Strach ze smrti ovlivňuje několik faktorů:

- **věk:** každý člověk má vlastní představu o délce života, takže s přibývajícím věkem strachu ze smrti ubývá
- **gender:** ženy o smrti mnohem více hovoří, ale v podstatě se bojí smrti méně než muži, lépe se s představou smrti vyrovnávají, zatímco muži své vnitřní pocity skrývají
- **osobní vlastnosti a dispozice k určitému ladění:** úzkostné a depresivní nálady strach ze smrti výrazně posilují
- **míra obtížnosti současného života:** čím je současný život těžší, tím menší strach se objevuje
- **vyrovnanost s vlastním životem** souvisí s naplněním vývojových fází života. Strach ze smrti nemají ti, kteří dosáhli integrity a naplněnosti vlastního života, naopak se zvyšuje u těch, kteří mají nesplněné povinnosti, které si stanovili
- **stabilita hodnot a identifikace s určitým životním názorem:** jednoznačně snižuje strach ze smrti víra, protože pro ni smrt znamená přechod na jinou, duchovní formu existence.

1.5 Vliv víry a náboženství na vnímání umírání a smrti

Někteří lidé přemýšlí o smrti jako o něčem záhadném a ohrožujícím, jiní považují smrt za přirozený konec života. Rozdílné přístupy k umírání a smrti významně ovlivňují způsob, jakým se lidé vyrovnávají s existenciálními otázkami o smyslu bytí a možnosti posmrtného života (Kolářová, 2014). A tyto rozdílné přístupy bývají ovlivněny vírou a náboženstvím, které každý člověk ctí a uznává. Pojmy si nejdříve osvětlíme, protože často vzniká nesprávný dojem, že mezi ně můžeme vložit rovnítko.

Víra

Víra je filozoficko-společenský pojem, který nemusí být (a často nebývá) spjat s žádným náboženstvím. V širším smyslu může být víra cokoliv, co je předmětem našeho přesvědčení. Nás ale bude zajímat víra v užším smyslu, v kontextu náboženské praxe, která ovšem nemusí být svázána s konkrétní metanarací; můžeme tak věřit např. v posmrtný život, reinkarnaci, Matrix nebo cokoliv, co považujeme za správné (na základě výchovy, vzdělání nebo našeho

osobního přesvědčení). Podstatné je, že víra je v rámci definice absolutně otevřená, což znamená, že víru i všechna její pravidla si stanovujeme sami, byť podvědomě ovlivněni externími vlivy (nejčastěji výchovou), a nejsou nám nikdy a nijak stanovována zvenčí. Víra – je-li praktikována v souladu se zákony dané země – je vždycky ryze osobní a každý člověk má právo na jakoukoliv víru dle svého vlastního výběru (Manipulátoři, 2016). Toto právo máme ukotveno i v Listině základních práv a svobod v čl. 15 odst. 1, která je součástí ústavního pořádku. „*Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání je zaručena. Každý má právo změnit své náboženství nebo víru anebo být bez náboženského vyznání*“ (Česká republika, 1993).

Náboženství

Náboženství je fenomén tak rozmanitý a historicky proměnlivý, jeho projevy se natolik liší v různých kulturách a v různých společnostech, že někteří teoretici odmítají toto slovo užívat v jednotném čísle jako obecný pojem. Navíc je zde náboženská variabilita u lidí různého věku a s různým životním údělem, nemluvě o svérázu svobodně individuálně zvolených duchovních cest (Říčan, 2007).

Náboženství je teologický termín. Každé náboženství je už konkrétním souhrnem (často obrovského množství) chování, zvyků, symbolů, rituálů a postav, jež jsou jeho paradigmatickou součástí. To znamená, že náboženství je druh metanarace, která sice už stanovuje určité prvky přístupu, ale není řízená vnějším zdrojem, podléhá pouze vlastnímu nepřímému řízení vycházejícímu z dostupných zdrojů. Příkladem takového náboženství může být nejjednodušeji křesťanství, kde samozřejmě existují určité předpoklady „správného“ křesťana, ale vesměs se za něj může označit každý, kdo věří v biblické příběhy a považuje je za důvěryhodné. Náboženství už nejsou absolutně, ale pouze relativně otevřená; každý se může nazývat věřícím v dané metanaraci, ale musí (resp. měl by, protože tady neexistuje autorita, která by ony způsoby chování hlídala, verifikovala a případně trestala) už respektovat prvky dané metanarace, které si sám nestanovil (Manipulátoři, 2016).

Dle Opatrného (2017) můžeme chápat pojem „náboženství“ ve dvou významech. Dnes se náboženský svět člověka často chápe velmi široce. Vychází se z předpokladu, že náboženská dimenze je vlastní každému člověku, ať už je rozvinutá, zakrněná nebo vytěsňená. „*Dispozice k náboženské víře je nejsložitější a nejmocnější síla v lidské psychice a pravděpodobně nevykořenitelná součást lidské přirozenosti*“ (Wilson, 1993, s. 163).

Za náboženství se považuje všechno to, k čemu se člověk váže jako k největší hodnotě či nejhlubší jistotě. Druhý způsob chápání pojmu „náboženství“ dle Opatrného (2017) je užší. Náboženství se chápe jako spiritualita formulovaná určitým způsobem, obvykle sdílená s jinými osobami. Jde potom o „osobní náboženství člověka“ nebo o náboženství, které má podobu určitého náboženského systému, charakterizovaného vírou a praxí konkrétní církve či náboženské společnosti, s níž se konkrétní člověk převážně ztotožňuje.

„Smrt nepochybně znamená konec existence člověka v jeho dosavadní formě zde na zemi. To, jaký je jí však přikládán smysl a význam, může být poměrně rozmanité, neboť to nesouvisí pouze s faktem smrti samotné, ale zejména s přesvědčením o tom, co se s každým jednotlivým zemřelým člověkem děje po smrti. A právě při vytváření těchto představ hraje klíčovou roli především náboženství, které podle kontextu, do něhož smrt zasahuje, utváří také její základní smysl a přikládá jí nějaký význam. Věřící pak tyto představy přejímají a v souvislosti s vlastní zkušeností je zasazují do vlastních symbolických světů. Podle toho mohou jednotliví věřící přikládat smrti různý význam“ (Nešporová, 2013, s. 47–48). Nešporová (2013) dále uvádí, že se mezi českými věřícími čtyř náboženských skupin setkala s několika podobnými významy, které byly smrti přikládány. Smrt očima věřícího byla prezentována jako přechod nebo předěl. Smrt se týká pouze těla a neznamena definitivní konec. Marková (2012) poznamenává, že okolností, která ovlivňuje vnímání smrti, je náboženské přesvědčení a víra v posmrtný život. Obecně lze říci, že tomu, kdo vyznává Boha, který stvořil a řídí tento svět a běh dějin, se ze života odchází jinak, než tomu, který tuto víru nesdílí. A tato víra může podobně pomoci blízkým umírajícího a pozůstalým.

2 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

Nemoc a smrt byly a budou integrální součástí lidské zkušenosti. Způsob, jak se snažíme odhalovat a odpovídat na jedinečné potřeby každého umírajícího a i na postupné ztráty nemocného a jeho blízkých, je citlivým indexem zralosti společnosti (Munzarová, 2011). Znakem zralosti společnosti je i poskytování kvalitní paliativní a hospicové péče. Ta pomáhá nemocným v terminálním stádiu zažívat lidskost a důstojnost do poslední chvíle života. Paliativní i hospicová péče budou pro nás důležité i v této práci, proto jim budeme v následující kapitole věnovat pozornost.

2.1 Paliativní péče

Definice paliativní péče existuje několik. Všechny kladou důraz na kvalitu života, řešení obtížných symptomů a specifikace skupiny pacientů, kteří jsou příjemci péče (Marková, 2012). „*Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovi důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým*“ (Skála *et al.*, 2011, s. 3). Základem paliativní péče je celostní přístup k nevyléčitelně nemocným pacientům. Tento přístup se zaměřuje na tělesnou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi člověka (Sláma, 2012). V roce 1990 definovala Světová zdravotnická organizace (WHO) paliativní péči jako „*aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a pro jejich rodiny*“ (WHO in Munzarová, 2011, s. 62). Tato definice vymezila jako pacienty paliativní péče ty, kteří již nereagují na kurativní péči. Jedná se o pacienty v posledním stupni péče (Bužgová, 2015). V roce 2002 zveřejnila WHO novější definici, která klade větší důraz na prevenci utrpení. „*Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních*“ (WHO in Munzarová, 2011, s. 62).

WHO (2023) spolupracuje se zeměmi na zahrnutí paliativní péče jako klíčové součásti jejich zdravotnických systémů. Pro zlepšení spravedlivého přístupu ke službám paliativní péče je kladen důraz na přístup primární zdravotní péče. Pro měření dosaženého pokroku byly

vyvinuty nástroje hodnocení. Jsou zavedena silná partnerství za účelem rozvoje a implementace technických pokynů, posílení kapacity a šíření informací.

Paliativní péče:

- Usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný.
- Respektuje a chrání důstojnost nemocného.
- Zaměřuje se důsledně na přání a potřeby pacientů.
- Snaží se vytvářet takové podmínky, aby nemocný mohl poslední chvíle svého života prožít se svými blízkými, v důstojném a vlídném prostředí.
- Umírání vnímá jako součást života.
- Nabízí všestrannou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá zvládat zármutek i po smrti blízkého člověka (Skála *et al.*, 2011).

Doba paliativní péče není nijak omezená. Může se stát, že průběh nemoci se na nějakou dobu může stabilizovat. Stejně tak však může rychle nastat i negativní změna. Je nutné mít na paměti, že cílem paliativní péče **nemůže být uzdravení**.

Paliativní péče proces umírání vnímá jako součást života. Důraz je kladen na empatický přístup, respekt k nemoci i rozpoložení pacienta a na individuální potřeby. Tomu kvalifikovaný personál podává co nejvhodnější prostředky pro tišení bolesti. K paliativní péči může docházet v hospicích nebo ambulantní formou v nemocnicích či specializovaných poradnách (Péče.cz, 2020).

2.1.1 Druhy paliativní péče

Podle komplexnosti nabízených služeb bývá paliativní péče dělena na obecnou a specializovanou (Skála *et al.*, 2011).

Obecná paliativní péče

Je dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění (Bužgová, 2015). „*Její součástí je vstřícná, otevřená a empatická komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby a péče na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora*“ (Skála *et al.*, 2011, s. 4). Dle Bužgové (2015) zahrnuje rozpoznání, sledování a ovlivňování toho, co je důležité

pro kvalitu pacientova života. Sláma (2012) dále uvádí, že vedle základní léčby symptomů, efektivní komunikace s pacientem a rodinou je i důležité odpovídající organizační zajištění péče zohledňující specifika pokročilého onemocnění. To je poskytováno zdravotníky a pracovníky sociálních služeb v rámci rutinní činnosti. Ukazateli, podle kterých lze posoudit úroveň obecné paliativní péče v daném zdravotnickém zařízení, ale také na úrovni zdravotního systému jako celku, jsou:

- *„Kvalita komunikace o diagnóze život ohrožující nemoci, prognóze, cílech a rozsahu léčby.*
- *Znalosti a dovednosti zdravotníků v ambulantním i lůžkovém prostředí při řešení obtíží, spojených s nevléčitelnou nemocí.*
- *Kvalita ošetrovatelské péče.*
- *Dostupnost léků a zdravotních pomůcek.*
- *Dostupnost sociálního poradenství a sociální péče.*
- *Dostupnost psychologické péče a poradenství v ambulantní i ústavní péči.*
- *Dostupnost pastorační a duchovní péče i poradenství v ambulantní i ústavní péči.*
- *Kvalita ‚hotelových služeb‘ v lůžkových zařízeních.*
- *Kontinuita a koordinace péče v závislosti na aktuálních potřebách pacienta“ (Sláma, 2012, s. 10–11).*

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků. Ti jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni. Disponují také potřebnými zkušenostmi (Skála *et al.*, 2011). Tým odborníků tvoří lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, pastorační pracovník a podle potřeby i další odborníci (Sláma, 2012). *„Specializovaná paliativní péče je indikovaná tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče“ (Skála et al., 2011, s. 4).* Tato péče je poskytována ve specializovaných zařízeních paliativní péče. Zařízení hrají také důležitou roli v podpoře ostatních zdravotníků při poskytování paliativní péče v nemocnicích i mimo ně (Marková, 2012).

„Mezi zařízení paliativní specializované péče se řadí:

- *oddělení paliativní péče*
- *domácí hospice*
- *lůžkové hospice*
- *konziliární týmy paliativní péče*
- *ambulance paliativní péče*
- *denní stacionáře*
- *zvláštní zařízení paliativní péče - poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek“*
(Marková, 2012, s. 21).

2.2 Hospicová péče

Hospicová péče je jednou z forem paliativní péče. Je to taková péče, která nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stavu) i blízkým osobám účinnou pomoc, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, ale i síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující. Hospicová péče je většinou poskytována pacientům s onkologickým onemocněním. Ale nejen jim. Tato péče je poskytována i pacientům s jinými druhy nevléčitelných onemocnění, většinou v terminálním stadiu onemocnění. Hospicová péče je poskytována v lůžkových hospicových zařízeních nebo i doma se součinností s rodinou nemocného.

Zásadním rozdílem mezi péčí poskytovanou v lůžkových nemocničních zařízeních a hospicovou péčí je to, že hospicová péče se nesnaží o vyléčení nevléčitelných nemocí, ale o to, aby závěrečná část života těžce nemocného pacienta byla maximálně kvalitní, aby netrpěl bolestí, aby nebyl ničím a nikým omezován ve svých aktivitách po celých 24 hodin. Dbá se o poskytnutí kvalitní péče jak fyzické (hygiena, odstranění bolesti), tak psychické, včetně péče duchovní, která ale není nikomu vnucována.

V hospicových zařízeních je neomezený přístup návštěv z nejbližšího okolí pacienta (24 hod.), je umožněno i ubytování blízkých přímo na pokoji pacienta. Většina pokojů v hospicích je jednolůžkových, aby bylo zajištěno 100% soukromí pacienta, na pokoji je navíc postel určená pro ubytování příbuzného.

Ošetřovatelský tým hospice pečuje nejen o samotného pacienta, ale i o jeho příbuzné, kteří jsou vystaveni velké psychické i fyzické zátěži související s onemocněním jejich blízkého a péčí o něho (Osobní asistence, 2009–2021).

2.2.1 Hospic

Termín *hospic* pochází ze slova *hospitium* (útulek). V dobách Římské říše a i ve středověku existovaly útulky nebo přístřešky při cestách. Zde si mohli lidé odpočinout a nemocní se buď uzdravit, nebo v klidu zemřít. Moderní hnutí pro obnovu hospiců, tentokrát právě jen pro klidné umírání nemocných, zahájila Cecilie Saundersová. V roce 1967 založila v Londýně Hospic sv. Kryštofa. Hnutí se rozšířilo nejen po celé Anglii, ale i do jiných zemí. V naší zemi je plným právem za „českou Saundersovou“ považována Marie Svatošová, která v roce 1995 založila první hospic v Červeném Kostelci. V dnešní době je tato péče úspěšně rozvíjena (Munzarová, 2008). Hospice jsou zařízení, které poskytují specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění (Skála *et al.*, 2011). Hospice jsou nestátní zdravotnická zařízení, lůžková zařízení (s hospitalizací pacienta) nebo domácí, také někdy označované jako mobilní (Osobní asistence, 2009–2021). Hospicová paliativní péče je v ČR součástí systému zdravotní a sociální péče (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

2.2.2 Lůžkový hospic

Lůžkový hospic je speciální lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům s nevléčitelným onemocněním a jeho blízkým. Individuální potřeby hrají prvořadou roli a důraz je kladen i na přání každého nemocného. Velkou snahou je vytvoření takového prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce svého života v intenzivních vztazích se svými blízkými (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016). V hospici je téměř vždy a všude přítomný osobní, přátelský vztah ošetřujících k pacientům. Důstojnost člověka je zachována i v období těžké nemoci i na konci jeho životní cesty. Přítomnost příbuzných u nemocného není nikým a ničím omezována (Osobní asistence, 2009–2021). Dbá se o maximální soukromí pacientů a o domácí atmosféru (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

2.2.3 Mobilní hospic

Mobilní hospic poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře, ošetřovatelů, sester a dalších odborníků (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016). Jedná se o péči multidisciplinárních týmů. *„Tyto týmy jsou schopné vyřešit v domácím prostředí všechny možné nastalé situace spojené s koncem života, aby přání nemocného zemřít doma mohlo být splněno při zachování vysokého standardu medicínské i ošetrovateľské praxe“* (Marková, 2012, s. 23). Mobilní hospic zajišťuje trvalou dostupnost péče po 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Významná je i komplexní podpora pacientovy rodiny a jeho blízkých, kteří se obvykle na péči podílejí (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

2.2.4 Denní hospicový stacionář

Formou denních návštěv ve stacionáři pomáhá řešit zdravotní problémy pacienta. Zároveň jsou nabízeny komplexní edukační a rekreační aktivity podle možností a potřeb pacienta. V zahraničí denní stacionáře mají obvykle úzkou vazbu na lůžkový hospic (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

„Bez ohledu na to, zda je hospicová péče poskytována ve speciálním lůžkovém zařízení, v domácím prostředí nebo kdekoli jinde, je vždy ve svých důsledcích přínosem pro celou společnost“ (Tomeš et al., 2015, s. 39).

3 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ – ADOLESCENCE

Chování a prožívání člověka se v průběhu života mění. Dochází jak k tělesným změnám, tak se mění i psychika jedince. Zkoumáním souvislostí a pravidel vývojových proměn v jednotlivých oblastech lidské psychiky a osobnosti jako celku se zabývá vývojová psychologie (Vágnerová, 2012). Rozčleněním lidského života do určitých úseků se zabývalo mnoho autorů. Každý z autorů kladl důraz na jiné aspekty vývoje a jinak pojmenoval vývojové etapy (Zacharová, 2012). Tato kapitola se zabývá charakteristikou období adolescence a to té pozdní, která je klíčová pro naši práci. Je pro nás cílovou skupinou, u níž zkoumáme téma umírání a smrti. Považujeme tedy za nutné období adolescence nejprve charakterizovat a následně se již zabývat touto druhou fází životního období.

3.1 Charakteristika období adolescence

„Období dospívání je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. V tomto období dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální. Mnohé změny jsou primárně podmíněny biologicky, ale vždycky je významně ovlivňují psychické a sociální faktory, s nimiž jsou ve vzájemné interakci“ (Vágnerová, 2012, s. 367). Okolí klade na adolescenta více sociálních požadavků, které mají vést k samostatnému životu a sociálně zodpovědnému chování. Dopívající jsou díky tomu vystaveni vyšší míře stresu, což se může projevit úzkostí a odmítáním dospělosti. Je důležité zmínit, že různé studie došly k závěru, že část adolescentů projde dospíváním, aniž by sociální vztahy vnímali nějak napjatě. Spíše než děti vnímají období dospívání jako problémové rodiče. Co ale velmi negativně působí na vývoj adolescenta je nedostatek zájmu rodičů a styk s vrstevníky s narušeným chováním (Thorová, 2015). Řada autorů období dospívání člení na různé fáze. Rozhodně nemůžeme hovořit o jednotnosti. Dle Vágnerové (2012) můžeme období dospívání rozdělit do dvou fází. První fází je raná adolescence, označována jako **pubescence**. Je časově ohraničená přibližně mezi 11. až 15. rokem, s určitou individuální variabilitou. **Pozdní adolescence** je druhou fází a zahrnuje dalších pět let života, která s určitou individuální variabilitou trvá přibližně od 15 do 20 let. Dle Macka (2003) je adolescence dospívání i mládí současně, od ostatních životních etap se odlišuje a zároveň je vnitřně diferencovaná. Dospívání je nesporně nejen důležitým, ale také subjektivně zajímavým obdobím života. Někteří lidé mají dojem, že začínají žít „naplno“ či „doopravdy“. Vynořuje se zde nová kvalita sebeuvědomování – mladý člověk si uvědomuje, jak intenzivně prožívá, myslí a jak komunikuje s druhými lidmi. Macek (2003) období

dospívání člení na tři fáze: **časnou adolescenci** v časovém rozmezí zhruba 10(11)–13 let, **střední adolescenci** s přibližným časovým rozmezím 14–16 let a **pozdní adolescenci** od 17 do 20 let, někdy i mnohem déle. Každá z etap má své specifické charakteristiky. V tomto období se odehrávají výrazné změny. V naší práci se budeme opírat o rozdělení období dospívání podle Vágnerové (2012).

3.2 Pozdní adolescence

Pro potřeby naší práce se nyní budeme již zabývat pozdní adolescencí. Ta je zejména dobou komplexnější psychosociální proměny. Osobnost dospívajícího se mění. Důležitým sociálním mezníkem je ukončení profesní přípravy. *„Přijetí specifické adolescentní kultury a stylu života vrcholí na počátku tohoto období, sdílení stejných zážitků a hodnot slouží jako potvrzení příslušnosti k věkově vymezené skupině, k potvrzení určité sociální identity“* (Vágnerová, 2012, s. 371). Mezi hlavní vývojové úkoly období dospívání můžeme zařadit na jedné straně uvolnění ze závislosti na rodičích a na straně druhé navazování diferencovanějších a významnějších vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví. Od útlého věku probíhá proces stálého osamostatňování a rozšiřování sociálních vztahů, ale v období dospívání je tento proces klíčový a rozhodující pro uspokojujivé převzetí pozdějších základních rolí manželských a rodičovských (Langmeier, Krejčířová, 2006).

3.2.1 Emoční vývoj

Období dospívání je spojováno s hormonální proměnou. Ta stimuluje změny v oblasti citového prožívání (Vágnerová, 2012). *„Adolescence je z hlediska emocionálního vývoje poměrně dlouhé období a v jednotlivých etapách jsou emocionální projevy odlišné“* (Macek, 2003, s. 47). V druhé fázi adolescence, pozdní, dochází ke stabilizaci emočního prožívání. Starší adolescenti už nebývají tak citově labilní a náladoví. Důvodem je hormonální vyrovnání a přizpůsobení organismu na pohlavní dospělost. Macek (2003) uvádí, že kromě odeznívání náladovosti a vysoké lability je toto období charakteristické přibýváním a diferenciací silných prožitků, jakož i procesem jejich integrace do nových kvalit. Pro pozdní adolescenci je typická vyšší stálost, menší impulzivnost, emocionální dráždivost a větší extravertovanost. Všechny struktury temperamentu a jeho závislosti na vlastnostech nervového systému jsou již v zásadě dotvořeny v pubescenci, v adolescenci se typ temperamentu nemění, zesilují se však integrální vazby jeho elementů a usnadňuje se tak řízení vlastních reakcí. Vágnerová (2012) dále uvádí, že ke konci adolescence je citová

expanze raného dospívání usměrňována zkušeností, ubývá původního nadšení, mnohé prožitky již nejsou tak neznámé a překvapující. Tuto fázi můžeme označit jako „období vystřízlivění“. Smyslem pozdní adolescence je dopřát jedinci čas a možnost porozumění sám sobě. Je to období, ve kterém si jedinec volí, čeho chce v budoucnu dosáhnout, a umožňuje osamostatnit se ve všech oblastech, v nichž to společnost vyžaduje.

3.2.2 Socializace v období pozdní adolescence

Socializací rozumíme proces, který trvá celý život. Člověk si osvojuje kulturu a formuje se jako sociální a individuální bytost. V nejširším pojetí hovoříme o procesu, při kterém se jedinec stává schopným žít v příslušné společnosti. Socializace je interakčním procesem. Socializace je širší pojem než výchova. Uskutečňuje se nejen výchovným působením, ale i vlivem prostředí (Knotová, 2014).

Průběh socializace můžeme vnímat jako čtyři životní dráhy:

1. **dětství** – období, kdy jedinec je závislý na rodičích
 - a) **rané dětství** – život v rodině, postupně dochází k odlišení sebe od okolí
 - b) **předškolní věk** – pravidelné kontakty s vrstevníky, uvědomění si sám sebe a svého postavení v novém prostředí
 - c) **školní věk** – osvojování si nových rolí spojených s plněním povinností, formování zodpovědnosti, osobních zájmů a postojů
2. **mládí** – období, kdy „já“ se stává problémem samo pro sebe
 - a) **puberta** – doba biologického dospívání, potřeba odpoutat se od rodiny, řešení problému sociální identity
 - b) **mládí** – období stávání se dospělým, nové role, práva a povinnosti
3. **dospělost** – období, kdy jiní jsou problémem pro mě
 - a) **raná dospělost** – nástup do prvního zaměstnání, zakládání vlastní reprodukční rodiny
 - b) **druhá etapa dospělosti** – změny v oblasti povolání, pozornost je směřována na děti předškolního věku, u žen konflikt a krize rolí – matka, partnerka, zaměstnanec atd.
 - c) **třetí etapa dospělosti** – změna podoby rodinného života, osamostatňování dětí, krize středního věku

4. **stáří** – období, kdy se „já“ stává problémem pro ostatní, ukončení profesních aktivit, odchod do důchodu, zabezpečení a touha po klidném stáří (Knotová, 2014).

Období pozdní adolescence je **fází přechodu do dospělosti**. Z toho vyplývají typické znaky socializace. Jedinec je více přijímán jako dospělý, očekává se ale od něho odpovídající chování a zodpovědnost. Od 18 let adolescent nabývá zletilosti, je svobodnější a způsobilý k právním úkonům. Starší adolescence je typická svou diferenciací v oblasti sociálních rolí a s nimi spojených společenských požadavků. Je to období proměny sociálního očekávání (Vágnerová, 2012). Macek (2003) uvádí, že *„s využitím elementárních sociálních dovedností, které si jednatel osvojil v dětství, a na základě nových emocionálních a kognitivních kapacit rozšiřuje svoje kompetence nezbytné pro výkon rolí a přijetí statusu dospělého člověka“*. V oblasti přípravy na profesní roli dochází k zásadnější sociální diferenciaci. Starší adolescence je z hlediska rozvoje profesní role velmi proměnlivé období, které je nestabilní, ve kterém jedinec hledá své postavení (Vágnerová, 2012). Dle Langmeiera a Krejčířové (2006, s. 160) *„je volba povolání pouze jednou, i když velmi důležitou součástí širšího ‚vývojového úkolu‘ dospívání, kterým je bezesporu kromě emancipace od rodiny i dosažení jasného a stabilního pocitu vlastní identity.“* V rámci různých sociálních skupin Vágnerová (2012) specifikuje různé role a s nimi spojené postavení.

- **Rodina** přetrvává jako významné sociální zázemí, do kterého se adolescent rád vrací, i když se již z těsnější vázanosti na rodinu odpoutal. Na konci pozdní adolescence jsou většinou vztahy s rodiči z velké části vyřešeny a dochází ke stabilizování vztahů.
- **Sekundární vzdělávací instituce – škola** je důležitá z hlediska vymezení následného sociálního zařazení. Adolescence je věkem sekundárního vzdělávání a počátkem terciálního vzdělávání. Vybraná škola vede k další sociální diferenciaci a s tím spojeným rozvojem různých vlastností a dovedností. Dochází k proměně hodnotové hierarchie.
- **Pracoviště** ovlivňuje vymezení sociální identity pozdního adolescenta, který je definován jednak svou profesní rolí, ale i zaměstnavatelem, pro kterého pracuje.
- **Vrstevnická skupina** patří mezi nejdůležitější zdroj emoční a sociální opory. Dochází k rozvoji přátelství a prvních trvalejších partnerství. Skupinové vztahy pomalu ztrácí svůj vliv a osobní význam. Dochází k ústupu od důrazu na skupinovou identitu. Do popředí se dostává individuální sebevymezení.

Starší adolescenti získávají nové role, některé se pouze rozvíjejí. Některé role představují základ pro vymezení specifických rolí dospělosti, jako je profesní a partnerská role. Nebývají ještě stabilizované, ale určitou zkušenost s nimi již dospívající mají. Tyto role jsou pozdními adolescenty buď ceněny, nebo i odmítány a považovány za předčasné. V těchto rolích někdy spatřují omezení. V tomto věku je obecně důležitá:

- *„Předprofesní role studenta či učně, která směřuje k dosažení určité sociální pozice. Pokud vyhovuje zájmům a schopnostem adolescenta, může mít i osobní význam.*
- *Profesní role, která je předpokladem k dosažení ekonomické a s ní spojené sociální samostatnosti.*
- *Role člena nějaké skupiny, s níž se dospívající ztotožňuje a získává tak určitou sociální identitu, obvykle ke konci adolescence ztrácí na významu.*
- *Role blízkého přítele, na něhož se lze spolehnout a s nímž je možné sdílet mnohé zážitky a zkušenosti.*
- *Partnerská role, která uspokojuje potřebu blízkého, emočního a sexuálního vztahu, ale mnohdy saturuje i potřebu seberealizace, potvrzuje osobní přijatelnost pro jedince opačného pohlaví“ (Vágnerová, 2012, s. 398).*

3.2.3 Pojetí smrti v období pozdní adolescence

Dospívající se seznamují se smrtí a jejím smyslem skrze rozhovory s vrstevníky, literaturu a informace získávají i z médií. Adolescenti již plně chápou charakteristiku smrti, ale často věří, že se jich smrt netýká. Nabývají dojmu, že jsou určitým způsobem výjimeční, nesmrtelní. Toto ne plně uvědomované přesvědčení mají tendenci testovat, což souvisí s vyšší mírou rizikového chování. V tomto období dochází i k nejvyššímu počtu úrazů a roste i počet sebevražd. Suicidium je vedle dopravních nehod a úrazů nejčastější příčinou smrti v tomto adolescentním období. Za rizikové faktory, které k sebevraždám vedou, můžeme považovat zejména neuspokojivou rodinnou situaci a rodinné vztahy, nevyvážený osobnostní vývoj, především s rysy emoční nestability, s nižší schopností zvládat frustraci. Mezi rizikové faktory můžeme zařadit i zhoršenou adaptaci na vývojové úkoly, které přináší období dospívání (Thorová, 2015). Řičan (2004) uvádí, že i když dospívající plně chápe vážnost, kterou smrt dává životu, je v tomto období zranitelnější více než dříve nebo zase později. Souvisí to asi i s myšlenkou osobní jedinečnosti, kterou často přemýšlivější

adolescenti vyjadřují a má pro ně velký citový význam. Stone, LeViness and Pataki (2000) upozorňují na důležitá fakta, která se odehrávají ve vztahu adolescentů ke smrti. Úmrtí může u dospívajících podnítit obavy ze ztráty jejich rodiny. Bojí se toho, že se jim život změní. Dojde k narušení vrstevnických vztahů a i celého školního života. S vyšším věkem se reakce na úmrtí začne podobat reakcím dospělých na trauma. Nežádka se stává, že v dospívajících se prolínají dětské reakce s reakcemi dospělých. Mohou se cítit zahlceni svými emocemi, o kterých nejsou schopni se svými nejbližšími hovořit.

Reakce adolescentů na umírání a smrt

- Deprese
- Bolesti hlavy nebo jiné fyzické potíže
- Agresivní chování
- Špatný výkon
- Zmatenost/špatná koncentrace
- Stažení a izolace
- Změny ve skupině vrstevníků nebo přátel
- Psychosomatické příznaky (střevní problémy, astma atd.)
- Poruchy spánku a nechutenství
- Rozrušení
- Lhostejnost
- Nezodpovědné nebo delikventní chování (Stone, LeViness and Pataki, 2000)

Rady k překonání této nelehké situace

- Obnovení společenských aktivit, kroužků
- Účast na komunitní rehabilitační práci
- Nebát se komunikovat o traumatizovaném zážitku se svými vrstevníky, rodinou a s nejbližšími
- Smířit se ze situací, že může nastat dočasné zhoršení prospěchu i celkového výkonu ve škole (Stone, LeViness and Pataki, 2000).

V této práci bychom chtěli zmínit autora Earle A. Grollmana (2016), který se na základě rozhovorů s dospívajícími snažil citlivě a stručně popsat, jak se vyrovnat se smrtí. Poukázal na fakt, že dospívající jsou nejvíce ohroženi mlčením o něčem, o čem všichni ví, ale neumí o tom hovořit. Snažil se popsat pocity, kterými dospívající prochází, když jim zemřel někdo blízký. Zdůraznil fakt, že pocity, které adolescenta provází v prvních dnech po úmrtí, jsou běžné. Těmi pocity může být zármutek, šok a pocit neskutečnosti. Je důležité nesrovnávat své utrpení s utrpením druhých a zármutkem procházet po svém, svým vlastním tempem. Necitlivost v podobě šoku, kdy truchlící nevnímá vůbec své okolí, je naprosto běžný stav. Dochází k uzamknutí emočního systému, aby nedošlo k přetížení. Když už se zdá, že tíha zármutku je k nevydržení, může nastoupit podivně nevěřící pocit. Jde o normální jev, protože je přirozené zavírat oči před tím, co truchlícího bolí. Tento stav chrání před utrpením. Tento pocit může trvat i několik měsíců. Další pocit, který truchlící adolescent může prožívat, je hněv. A to hněv na kamarády, zdravotníky, na Boha, na svou rodinu, ale i hněv na sebe samého. V tomto hněvu je pomocníkem odpuštění. Je to účinný způsob, jak se odpoutat z negativní spirály hořkosti a zloby. U pocitu závisti, který může také nastat, je důležité se s nikým nepoměřovat a nesrovnávat. To, že někomu závidíme, že je šťastný, je normální reakcí na ztrátu blízkého. Na cestě truchlením se může dospívající setkat i s pocitem osamění. Pomoci může přemýšlení o životní situaci a o tom, co ho čeká v budoucnosti. Nikdo nedokáže nahradit toho, kdo zemřel. Ale je dobré se pokusit uvědomit si, že na světě zůstávají lidé, kteří truchlícího budou potřebovat a on zase je. Je důležité žít dál. S nejčastějším pocitem, s kterým se může dospívající setkat, je smutek a deprese. Smutek není slabost, ale součást loučení s někým, koho jsme měli rádi. Pokud se smutek ale prohlubuje, může přerůst do deprese. Pokud tento stav nastane, je dobré vyhledat odbornou pomoc. Na proces truchlení má hluboký vliv to, jak dobře truchlící adolescent zemřelého znal. Jak moc byl na něm závislý. Hloubka zármutku je také ovlivněna okolností smrti (náhlé úmrtí, sebevražda, vražda, po dlouhé nemoci) a věkem zemřelého.

Grollman (2016) poznamenává, že když dospívající nechá pocity při truchlení plně prožít a nebude se bát o nich hovořit, může se se smrtí své blízké osoby aspoň částečně vyrovnat. Žít dál znamená přiznat si, že realitu smrti nemůže nikdo změnit. To neznamená, že už žádnou bolest nebudeme cítit, ale brát každý den, jak přijde, a snažit se ho co nejlépe prožít. To, že půjdeme životní cestou dál, také znamená, že vzdáváme úctu životu člověka, kterého jsme milovali a který zemřel. Bolest nemusí trvat věčně. Grollman (2016) se snaží poukázat i na fakt, že úmrtí milované osoby může znamenat pro truchlícího i osobnostní změnu.

Protože, když umře někdo, koho jsme měli rádi, ocitáme se tváří tvář své vlastní smrtelnosti. Když zblízka zažijeme, jak může lidský život rychle skončit, možná začneme více přemýšlet nad tím, jak do svých životů vznést více smyslu, lásky a radosti. To, co jsme dříve považovali za důležité, se nám může začít zdát nepodstatné. Zjistíme, že máme jiné potřeby a priority a začneme význam lásky chápat jinak. Můžeme dojít k uvědomění, že když budeme mít rádi jiné lidi, nezmění se tím náklonnost k tomu, kdo nám zemřel. Lidé umírají a budou umírat, ale láska trvá.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

Čtvrtá kapitola, jež je empirickou částí bakalářské práce, navazuje na kapitoly teoretické části. Je zaměřena na výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky. Dále jsou zde definovány hypotézy, popisujeme metodu výzkumu, výzkumný nástroj a výzkumný soubor. Poté analyzujeme a interpretujeme získaná data a vyhodnocujeme hypotézy. Následuje diskuze, doporučení pro praxi a závěr.

4.1 Výzkumný problém

Tématem umírání a smrti se zabývalo hodně autorů. Mezi nejznámější patří Kübler-Ross, která se zejména zabývala psychologií umírání a smrti. Z českých autorů můžeme zmínit Haškovcovou, českou bioložku a filosofku, socioložku Nešporovou a dále např. Šiklovou, socioložku, publicistku a spisovatelku. Ale přímo vnímáním umírání a smrti v období pozdní adolescence se autoři příliš nezabývají. Několik výzkumů bylo zaměřeno na postoje adolescentů k vlastní smrti. Můžeme zmínit např. zahraniční výzkum od autorů Asadpour, Sabzevari, Ekramifar a Bidaki (2016), kteří se zabývali postojem studentů medicíny ke smrti, a dále autory Dezutter, Luyckx a Hutsebaut (2009), kteří se zabývali náboženstvím a postojem ke smrti u dospívajících. Z našich výzkumů se ve své magisterské diplomové práci věnovala postoji ke smrti Machů (2012) a v roce 2016 se ve své disertační práci zabývala spiritualitou a postojem ke smrti. V loňském roce byl proveden výzkum Kvapilovou, která se zabývala strachem ze smrti a postojem ke smrti u adolescentů. Tématem výzkumů problematiky smrti a umírání bývá spíše dětské prožívání a náhled na smrt. Přitom jak uvádí Říčan (2004), i když dospívající plně chápou vážnost, kterou smrt dává životu, jsou v tomto období velmi zranitelní a citliví. Domníváme se, že i když se v tomto období lidé chovají tak, jako by se jich smrt netýkala, strach ze smrti v tomto období pozdní adolescence vrcholí. O této skutečnosti se zmiňuje i Yalom (2008).

Pokud jde o pohled adolescentů na umírání a smrt, předpokládáme, že existuje mnoho faktorů, které mohou ovlivnit jejich vnímání. Máme za to, že postoj ke smrti může být mimo jiné ovlivněn vírou a náboženstvím a osobní zkušeností s péčí o nemocného v terminálním stavu. Dále předpokládáme na základě dřívějších výzkumů, že ženy budou vykazovat vyšší míru strachu ze smrti než muži a také předpokládáme statisticky významný rozdíl v tom, že věřící budou mít menší strach ze smrti než nevěřící. V naší práci se proto zaměřujeme na výzkumný problém, který se týká vnímání umírání a smrti z pohledu pozdních adolescentů.

4.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je tedy zjistit, jak vnímají umírání a smrt pozdní adolescenti.

K tomuto hlavním cíli jsme stanovili dílčí cíle:

- Zjistit, čeho se respondenti nejvíce v souvislosti s umíráním obávají.
- Zjistit, jaká je informovanost respondentů o paliativní a hospicové péči.
- Zjistit, zda mají respondenti osobní zkušenost s péčí o umírajícího člověka a kde k této péči docházelo.
- Zjistit, jaký přístup zaujímají respondenti k vlastní smrti.
- Zjistit, zda má u respondentů víra vliv na přístupové přijetí vlastní smrti.

4.3 Výzkumné otázky

Stanovili jsme následující výzkumné otázky, které jsou klíčové pro závěrečnou formulaci získaných dat a jsou odvozeny z výzkumných cílů.

- Čeho se respondenti v souvislosti s umíráním nejvíce obávají?
- Jaká je informovanost respondentů o paliativní a hospicové péči?
- Jaká je zkušenost respondentů s péčí o umírajícího člověka a kde k této péči docházelo?
- Jaký přístup zaujímají respondenti k vlastní smrti?
- Jaký vliv má víra respondentů na přístupové přijetí vlastní smrti?

4.4 Hypotézy

Na základě stanovených cílů výzkumu předpokládáme, že názory respondentů na strach ze smrti se budou lišit v závislosti na pohlaví a víře. Tento náš předpoklad vedl ke stanovení hypotéz:

H1: Předpokládáme, že existuje signifikantní rozdíl mezi pohlavím respondentů a strachem ze smrti.

H2: Předpokládáme, že existuje signifikantní rozdíl mezi vírou respondentů a strachem ze smrti.

4.5 Metoda výzkumu a výzkumný nástroj

Pro dosažení hlavního cíle výzkumu jsme se rozhodli použít kvantitativní výzkum. Zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů. Tímto druhem výzkumu získáváme možnost vyjádření výzkumných údajů v podobě čísel (Gavora, 2000). Jako výzkumný nástroj jsme použili dotazník. S jeho pomocí jsme se snažili zodpovědět na výzkumné otázky a následně dosáhnout stanovených cílů. Pro ověření nosnosti výzkumného nástroje jsme použili pilotáž, kterou jsme uskutečnili na malém souboru lidí (Chráska, 2007). Dotazník jsme rozdali mezi pět známých respondentů ve věku pozdních adolescentů. Pilotáží jsme chtěli docílit toho, zda respondenti budou rozumět pokynům, otázkám a zda budou ochotni se výzkumu účastnit.

Pro získání dat jsme tedy použili dotazník, který je velmi frekventovanou metodou získávání dat v pedagogickém výzkumu. Je to nástroj pro získávání informací. Skládá se z písemných kladených otázek a odpovědí. *„Dotazníkové metodě bývá často oprávněně vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe vidí, nebo chtějí, aby byli viděni“* (Chráska, 2007, s. 163-164). Chráska (2007, s. 164) dále uvádí, že *„nespornou výhodou dotazníku na druhé straně je, že umožňuje poměrně rychlé a ekonomické shromáždování dat od velkého počtu respondentů“*.

Chráska (2007) dále upozorňuje, že bychom měli dodržovat při návrhu jednotlivých položek dotazníku a při sestavování dotazníku jako celku určitá pravidla, požadavky a zásady.

- Položky pro respondenty musí být jasné a srozumitelné a měly by být formulovány co nejstručněji. Měli bychom také respektovat to, jakým respondentům je dotazník určen (věk, vzdělání, motivace).
- Formulace položek dotazníku musí být jednoznačná a nesmí být dovoleno chápání více způsobů.
- Formulování položek typu „proč“ vyžaduje velkou opatrnost, protože často není možné přímo se ptát respondentů na příčiny určitého chování. Buď tyto příčiny neznají, nebo si jich nejsou plně vědomi.
- Položky dotazníku by měly zjišťovat pouze klíčové informace, které nelze získat jiným způsobem, a dotazník by neměl být příliš rozsáhlý.
- Položky v dotazníku by neměly být sugestivní, aby nedošlo k ovlivnění odpovědí respondentů.

- Ochota respondentů spolupracovat je klíčovým faktorem pro úspěch dotazníkového šetření. V úvodu dotazníku je důležité jasně vysvětlit, proč je jejich účast důležitá, jaký je smysl a cíl šetření.
- Dotazník by měl vždy obsahovat jasné pokyny k vyplňování.
- Při sestavování dotazníku je nutné dbát na to, aby získané údaje bylo možno snadno třídit, tabelovat a zpracovávat.
- Při řazení položek v dotazníku je důležité brát v úvahu psychologické hledisko. Měli bychom preferovat pořadí, které je pro respondenty přirozené a srozumitelné.

Dotazník pro náš výzkum obsahuje 41 položek a byl rozdělen na tři části.

Úvodní část obsahuje stručné představení a prosbu o vyplnění dotazníku. Tato prosba byla doprovázena důležitým upozorněním, že tento dotazník je anonymní a bude použit výhradně pro tento výzkum.

První část dotazníku obsahuje 9 položek, které byly navrženy pro tento dotazník. Jde o položky uzavřené (strukturované) položky, které dávají respondentovi pevně stanovený rozsah odpovědí (otázka č. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8), polouzavřené, které umožňují respondentům vybrat si z předem definovaných možností odpovědi, ale zároveň jim umožňují poskytnout vlastní odpověď (otázka č. 9) a otevřené (otázka č. 2). Otázky byly zaměřené na strach z umírání, na víru a náboženské přesvědčení, na povědomí o paliativní a hospicové péči a na osobní zkušenost s péčí o nemocného umírajícího člověka.

Pro druhou část dotazníku byl použit 32položkový standardizovaný dotazník Death Attitude Profile-Revised (DAP-R), který je nástrojem používaným k měření postojů a přístupů jedince k tématu smrti (Wong, Reker a Gesser, 1994). Dotazník byl vytvořen v roce 1994, jeho autory byli Wong, Reker a Gesser a v rámci diplomové práce Machů (2012) byl tento dotazník přeložen do českého jazyka. Každá položka je ohodnocena na škále Likertova typu. Dotazník měří 5 různých aspektů postojů ke smrti.

- Strach ze smrti – tento aspekt se zabývá úrovní strachu a úzkosti spojených s myšlenkou na vlastní smrt.
- Přístupové přijetí – smrt je vnímána jako přirozená součást života. Tento aspekt se zabývá schopností jedince přijmout myšlenku na vlastní smrt a vnímat ji pozitivně.

- Únikové přijetí – tato dimenze odráží tendenci jedince hledat v myšlenkách na smrt úlevu od současných pozemských problémů a trápení.
- Vyhýbavé přijetí – tato dimenze odráží tendenci jedince unikat od myšlenky na smrt.
- Neutrální přijetí – aspekt přijetí smrti bez silných emocionálních reakcí.

Tabulka č. 1: Rozdělení jednotlivých položek dotazníku DAP-R

Strach ze smrti	Smrt je bezpochyby hrozivá zkušenost.
	Vyhlídka na mou vlastní smrt ve mně vzbuzuje úzkost.
	Jsem rozrušen/a z konečnosti smrti.
	Mám intenzivní strach ze smrti.
	Téma života po smrti mě hodně znepokojuje.
	Fakt, že smrt bude znamenat konec všeho tak, jak to znám, mě děsí.
	Trápí mě nejistota plynoucí z toho, že nevím, co přijde po smrti.
Přístupové přijetí	Věřím, že po smrti budu v nebi.
	Smrt je vstupem na místo konečného uspokojení.
	Věřím tomu, že nebe bude mnohem lepší místo než tento svět.
	Smrt je sjednocení se s Bohem a věčné blaho.
	Smrt přináší příslib nového a blaženého života.
	Těším se na znovushledání se svými milovanými, až zemřu.
	Vidím smrt jako přechod na věčné a požehnané místo.
	Víra v posmrtný život mi při střetávání se smrtí dává pocit klidu.
	Smrt nabízí úžasné osvobození duše.
	Těším se na život po smrti.
Únikové přijetí	Smrt ukončí všechna moje trápení.
	Smrt nabízí možnost úniku z tohoto hrozného světa.
	Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení.
	Pohlížím na smrt jako na úlevu od pozemského trápení.
	Vidím smrt jako úlevu z tíhy tohoto života.
Vyhýbavý postoj	Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.
	Kdykoliv mi na mysl přijde myšlenka na smrt, snažím se ji odehnat.
	Snažím se nemyslet na smrt.
	Zcela se vyhýbám myšlenkám na smrt.
	Snažím se nemít nic společného s tématem smrti.

Neutrální přijetí	Smrt by měla být nahlížena jako přirozená, nepopíratelná a nevyhnutelná skutečnost.
	Smrt je přirozená součást života.
	Smrti bych se nebál/a, ani ji nevířím/a.
	Smrt je jednoduše součástí procesu života.
	Smrt není ani dobrá, ani špatná.

4.6 Výzkumný soubor

Pro účely našeho výzkumu jsme zvolili záměrný výzkum. U tohoto výběru nerozhoduje náhoda, ale buď úsudek výzkumníka, nebo úsudek zkoumané osoby. Existují tři základní metody, jak vytvořit záměrný výběr:

- Anketní
- Výběr „průměrných jednotek“
- Kvótní výběr.

Pro náš výzkum jsme použili anketní výběr, u kterého se jedinci dostávají do výběru sami na základě svého rozhodnutí (Chráska, 2007).

Základní soubor tvoří obyvatelé okresu Kroměříž. Výběrový soubor tvoří obyvatelé okresu Kroměříž ve věku pozdních adolescentů, tzn. od 15 do 20 let (věkové rozmezí jsme stanovili na základě rozdělení období adolescence dle Vágnerové).

Pro sběr dat byly použity pouze tištěné papírové dotazníky v počtu 350 kusů. Dotazníky byly rozdány pomocí rodinných příslušníků, kolegů a známých. Ti byli poučeni o výběrovém souboru. Sběr dat probíhal od listopadu do prosince roku 2023. Zpět se vrátilo 306 (87,43 %) dotazníků. Pro nesprávné a neúplné údaje muselo být 11 dotazníků vyřazeno. Do našeho výzkumného souboru jsme tedy zařadili 295 respondentů.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

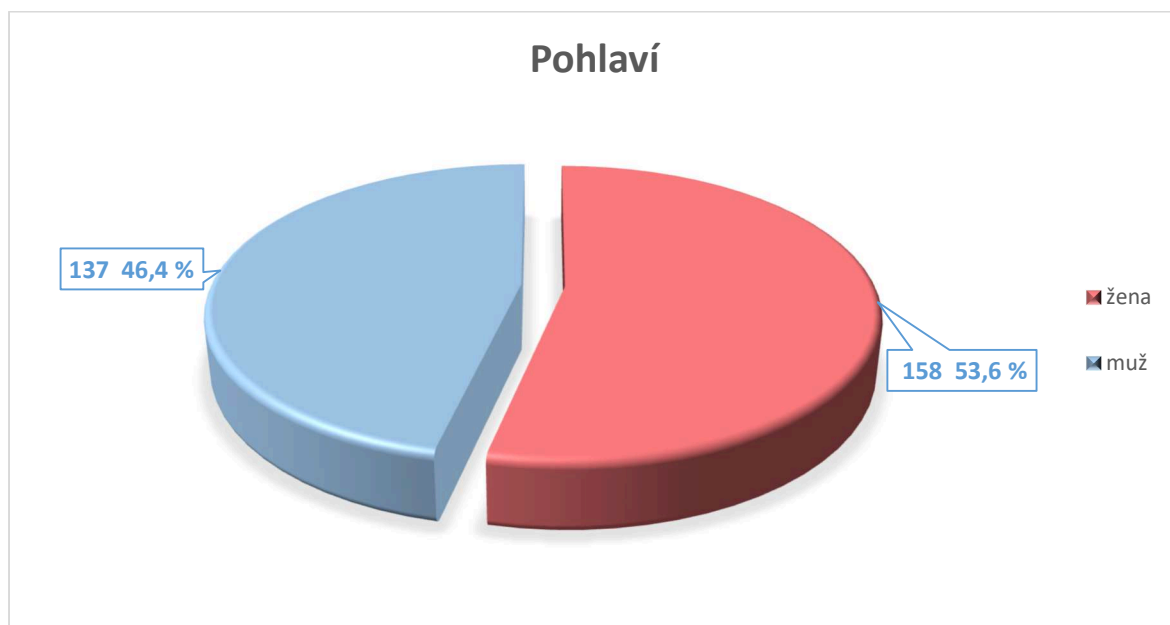
V této kapitole se budeme podrobně zabývat výsledky našeho výzkumu. Nejprve jsme všechny údaje z tištěných dotazníků přenesli do tabulkového procesoru MS Excel a zaznamenali jsme veškerá zjištěná data. Pomocí grafů a následně i tabulek se pokusíme jednoduše a přehledně analyzovat tyto výsledky a zjistit odpovědi na naše výzkumné otázky a dojít k výzkumným cílům.

Nejprve jsou prezentovány položky dotazníku, zabývající se identifikačními a faktickými údaji respondentů. Hodnoty uvádíme v absolutní (A) a relativní četnosti (R). Pro zjištění relativní četnosti jsme použili vzorec $R=(A/n) \times 100$. Celkový počet respondentů představuje hodnotu „n“.

Identifikační a faktické údaje

Otázka č. 1 v dotazníkovém šetření: Pohlaví:

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

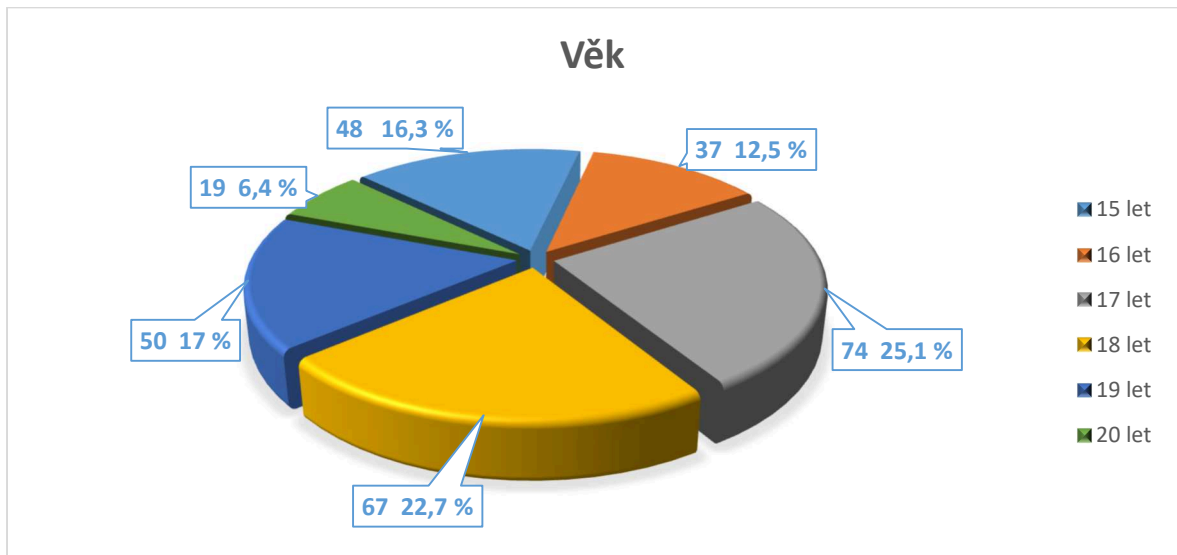


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 295 respondentů se do našeho výzkumného šetření zapojilo 158 (53,6 %) žen a 137 (46,4 %) mužů.

Otázka č. 2 v dotazníkovém šetření: Kolik je Vám let?

Graf č. 2: Věk respondentů

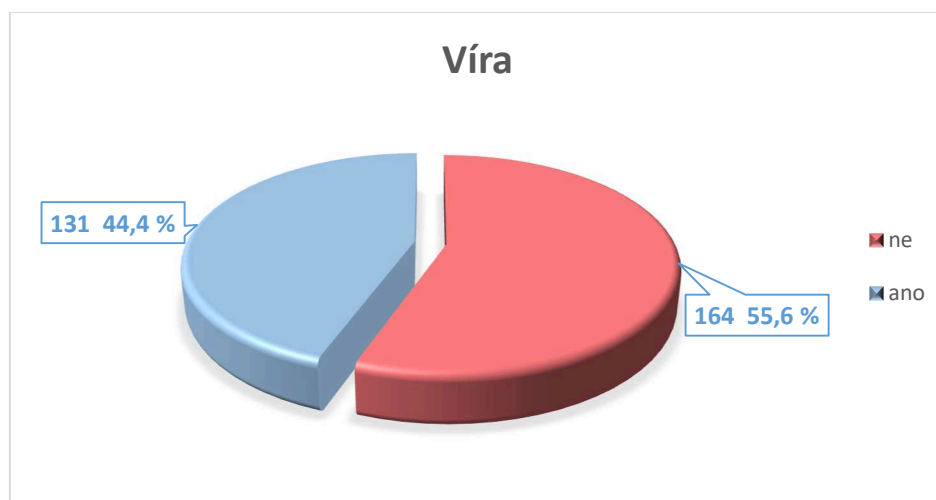


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 295 respondentů se našeho výzkumu ve věku 15 let zúčastnilo 48 (16,3 %) respondentů, ve věku 16 let 37 (12,5 %) respondentů, ve věku 17 let 74 (25,1 %) respondentů, ve věku 18 let 67 (22,7 %) respondentů, ve věku 19 let 50 (17 %) respondentů a ve věku 20 let 19 (6,4 %) respondentů.

Otázka č. 4 v dotazníkovém šetření: Jste věřící?

Graf č. 3: Víra respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 295 respondentů se našeho výzkumného šetření zúčastnilo 131 (44,4 %) věřících respondentů a 164 (55,6 %) nevěřících respondentů.

Otázka č. 5 v dotazníkovém šetření: Hlásíte se ke konkrétní církvi nebo náboženské společnosti (skupině)?

Graf č. 4: Náboženské přesvědčení



Zdroj: Vlastní výzkum

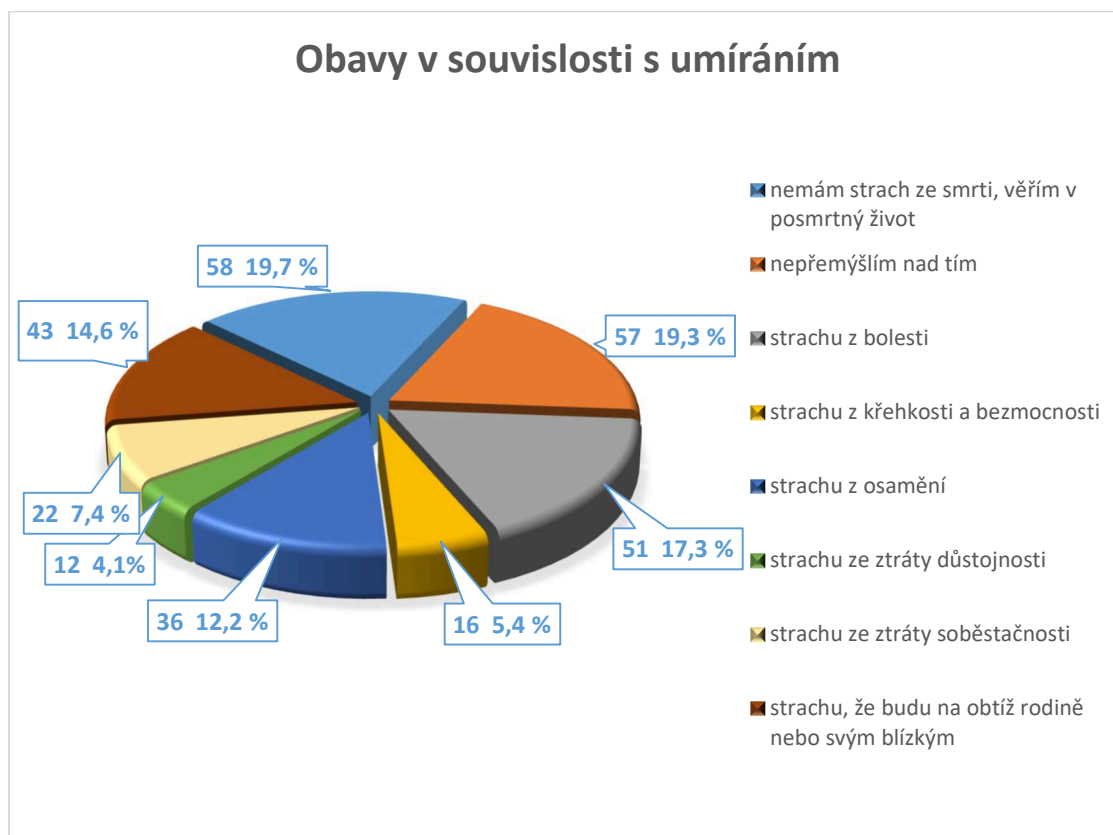
Z grafu č. 4 je zřejmé, že 107 (36,3 %) respondentů se hlásí ke konkrétní církvi nebo náboženské společnosti a 188 (63,7 %) respondentů se nehlásí ke konkrétní církvi nebo náboženské společnosti.

V této části se již budeme věnovat výsledkům našeho výzkumu, které se pojí s jednotlivými výzkumnými otázkami. Hodnoty uvádíme opět v absolutní (A) a relativní četnosti (R) a v některých případech uvádíme modus, medián a směrodatnou odchylku.

Výzkumná otázka č. 1: *Čeho se respondenti v souvislosti s umíráním nejvíce obávají?*

K této otázce se pojí položka v dotazníku č. 3: Čeho se nejvíce na umírání obáváte?

Graf č. 5: Největší obavy v souvislosti s umíráním



Zdroj: Vlastní výzkum

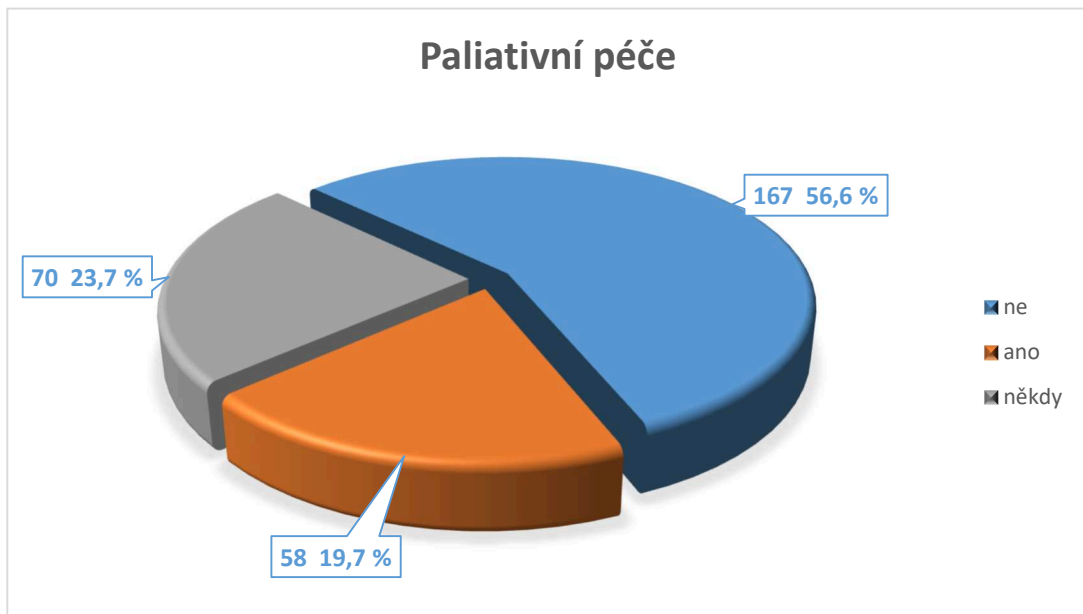
Výsledky našeho výzkumu ukazují, že nejvíce respondentů, tedy 58 (19,7 %), nemá strach ze smrti a věří v posmrtný život. Dále 57 (19,3 %) respondentů uvedlo, že nad touto otázkou nepřemýšlí. Dále z výsledků výzkumu vyplývá, že 51 (17,3 %) respondentů má strach z bolesti, 43 (14,6 %) respondentů se obává, že budou na obtíž rodině nebo svým blízkým a 36 (12,2 %) respondentů se bojí toho, že zůstanou osamoceni. K strachu ze ztráty soběstačnosti se přiklání 22 (7,4 %) respondentů. Obavu z křehkosti a bezmocnosti uvedlo 16 (5,4 %) respondentů. Nejméně respondentů, a to pouze 12 (4,1 %) má strach ze ztráty důstojnosti.

Výzkumná otázka č. 2: *Jaká je informovanost respondentů o paliativní a hospicové péči?*

K této otázce se pojí - položka v dotazníku č. 6 : Máte informace o paliativní péči?

- položka v dotazníku č. 7: Víte, co je to hospicová péče?

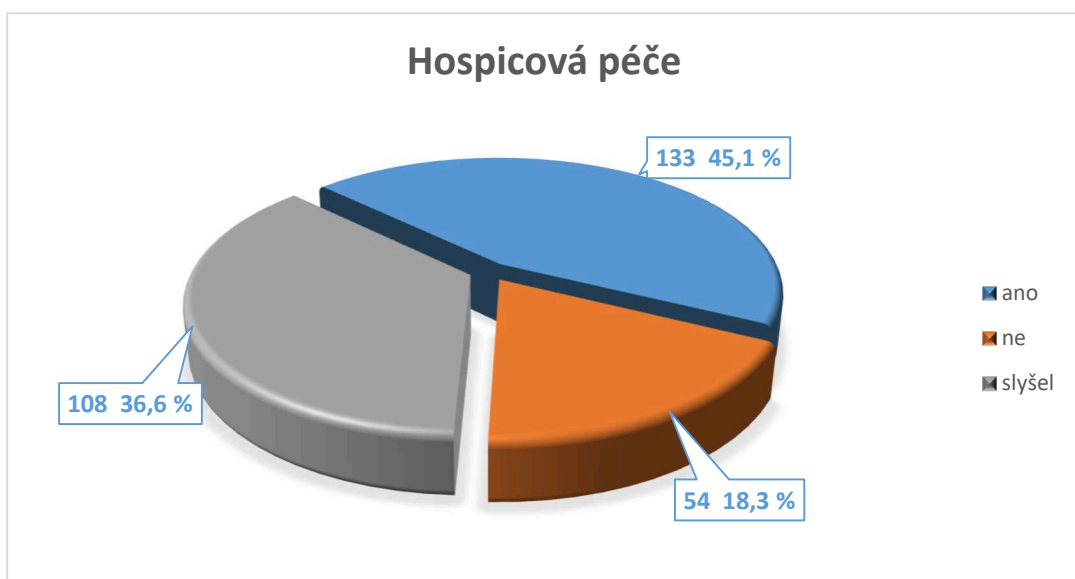
Graf č. 6: Informace o paliativní péči



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 295 respondentů má informace o paliativní péči 58 (19,7 %) respondentů. Dále z výsledků výzkumu vyplývá, že 70 (23,7 %) respondentů někdy slyšelo o paliativní péči, ale nezná její význam a 167 (56,6 %) respondentů nemá žádné informace o této péči.

Graf č. 7: Informace o hospicové péči



Zdroj: Vlastní výzkum

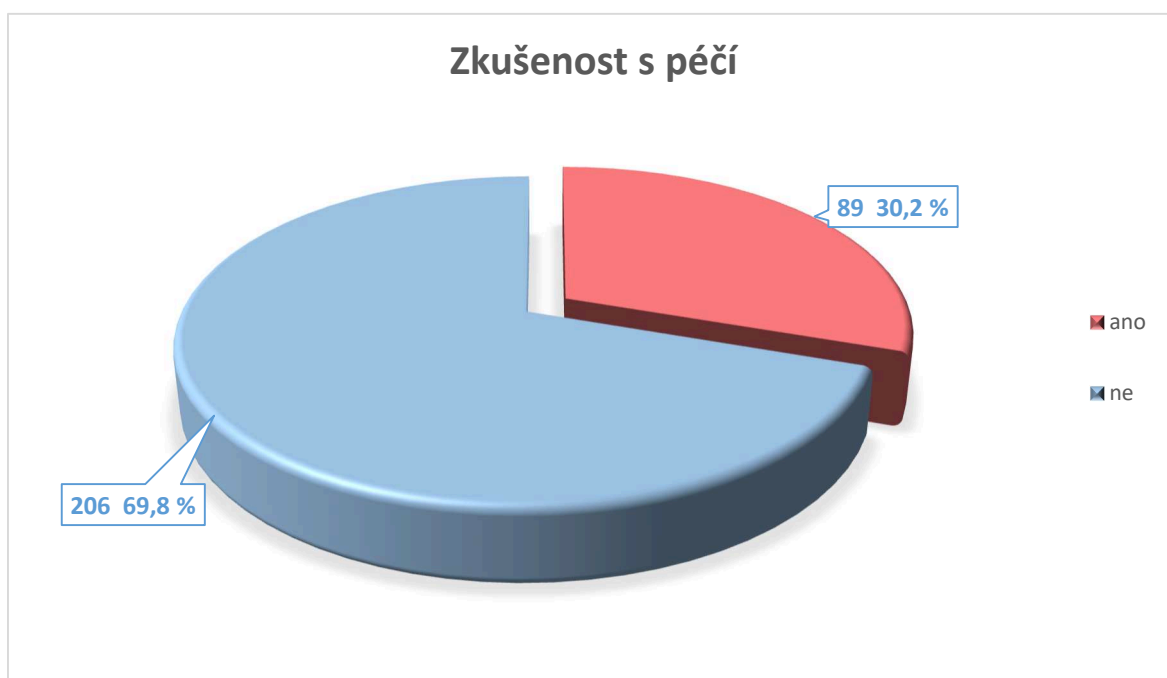
Z celkového počtu 295 respondentů uvedlo 133 (45,1 %) respondentů, že mají vědomosti o hospicové péči, 108 (36,6 %) respondentů o této péči slyšelo, ale neví o ní nic bližšího a 54 (18,3 %) respondentů uvedlo, že o této péči nikdy neslyšeli.

Výzkumná otázka č. 3: *Jaká je zkušenost respondentů s péčí o umírajícího člověka a kde k této péči docházelo?*

K této otázce se pojí - položka v dotazníku č. 8: Máte osobní zkušenost s péčí o nevléčitelně nemocného umírajícího člověka?

- položka v dotazníku č. 9: Kde k této péči docházelo?

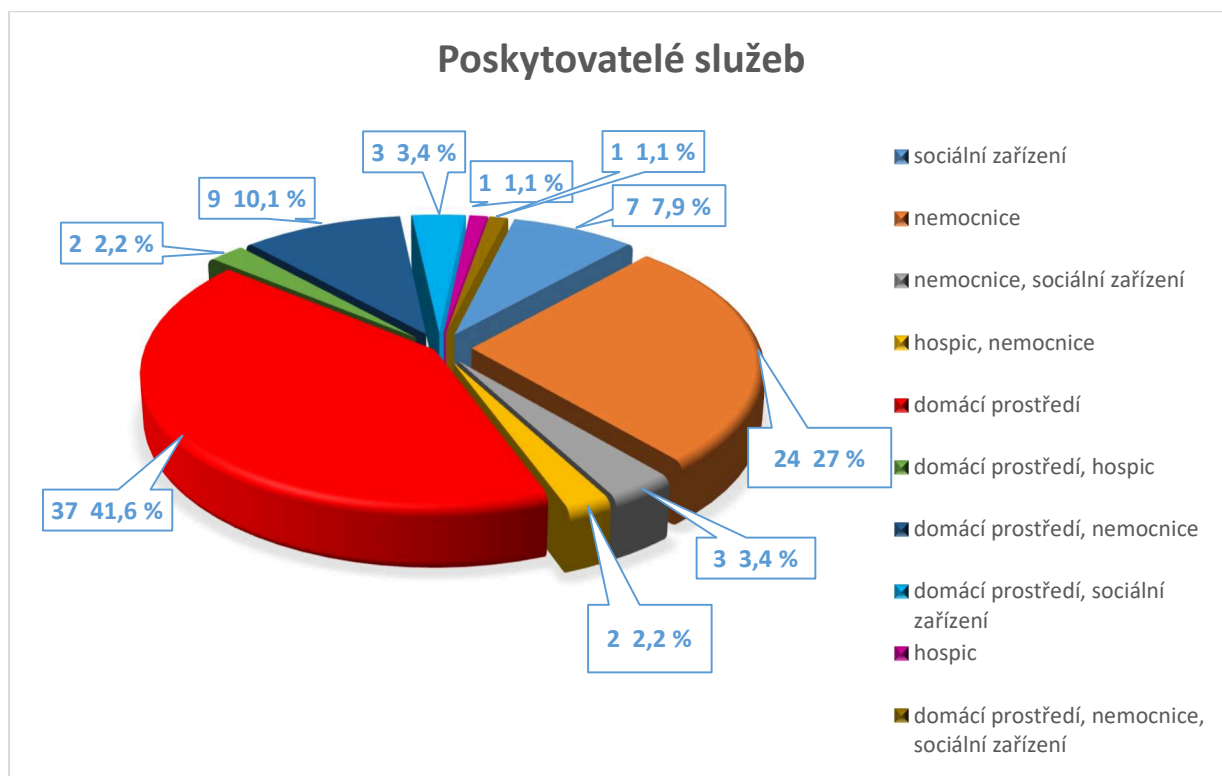
Graf č. 8: Zkušenost s péčí o umírajícího člověka



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 295 respondentů uvedlo 89 (30,2 %) respondentů, že má osobní zkušenost s péčí o nevléčitelně nemocného umírajícího člověka a 206 (69,8 %) respondentů nemá žádnou zkušenost.

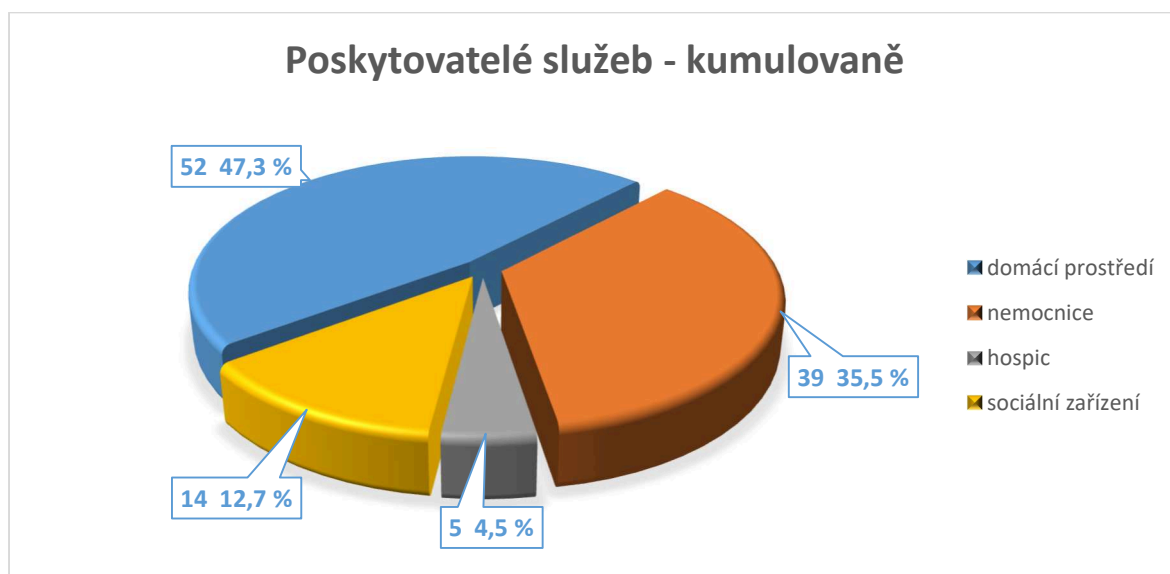
Graf č. 9: Poskytovatelé služeb nevléčitelně nemocnému umírajícímu člověku



Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud respondenti v otázce č. 8 odpověděli, že mají osobní zkušenost s péčí o nevléčitelně nemocného umírajícího člověka, měli možnost si v otázce č. 9 si vybrat více odpovědí nebo doplnit svou vlastní. Nejvíce respondentů, a to 37 (41,6 %), uvedlo, že zkušenost s péčí o umírajícího člověka měli v domácím prostředí. Dále z výzkumu vyplývá, že 24 (27 %) respondentů se staralo o umírajícího v nemocnici, 9 (10,1 %) respondentů v domácím prostředí a i v nemocnici a dále v sociálním zařízení pečovalo o umírajícího člověka 7 (7,9 %) respondentů. Zkušenost s péčí v nemocnici a v sociálním zařízení mají 3 (3,4 %) respondenti a další 3 (3,4 %) v domácím prostředí a v sociálním zařízení. Z 89 respondentů pouze 2 (2,2 %) respondenti uvedli, že k péči docházelo v hospici a v nemocnici a další 2 (2,2 %) respondenti uvedli, že k péči docházelo v domácím prostředí a v hospici. Nejméně respondentů, a to 1 (1,1 %) se s péčí setkal jen v hospici a pouze 1 (1,1 %) respondent uvedl, že k péči docházelo v domácím prostředí, v nemocnici a v sociálním zařízení.

Graf č. 10: Poskytovatelé služeb nevléčitelně nemocnému umírajícímu člověku - kumulovaně



Zdroj: Vlastní výzkum

Grafem č. 10 interpretujeme data k položce dotazníku č. 9 kumulovaně. Tím, že respondenti měli možnost více odpovědí, absolutní četnost je v tomto případě 110. Nejvíce 52 (47,3%) respondentů má zkušenost s péčí o umírajícího člověka v domácím prostředí. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že u 39 (35,5 %) respondentů k péči o umírajícího docházelo v nemocnici a 14 (12,7 %) respondentů uvedlo, že v sociálním zařízení. Nejméně respondentů, a to 5 (4,5 %) se setkalo s péčí o nevléčitelně nemocného umírajícího člověka v hospicovém zařízení.

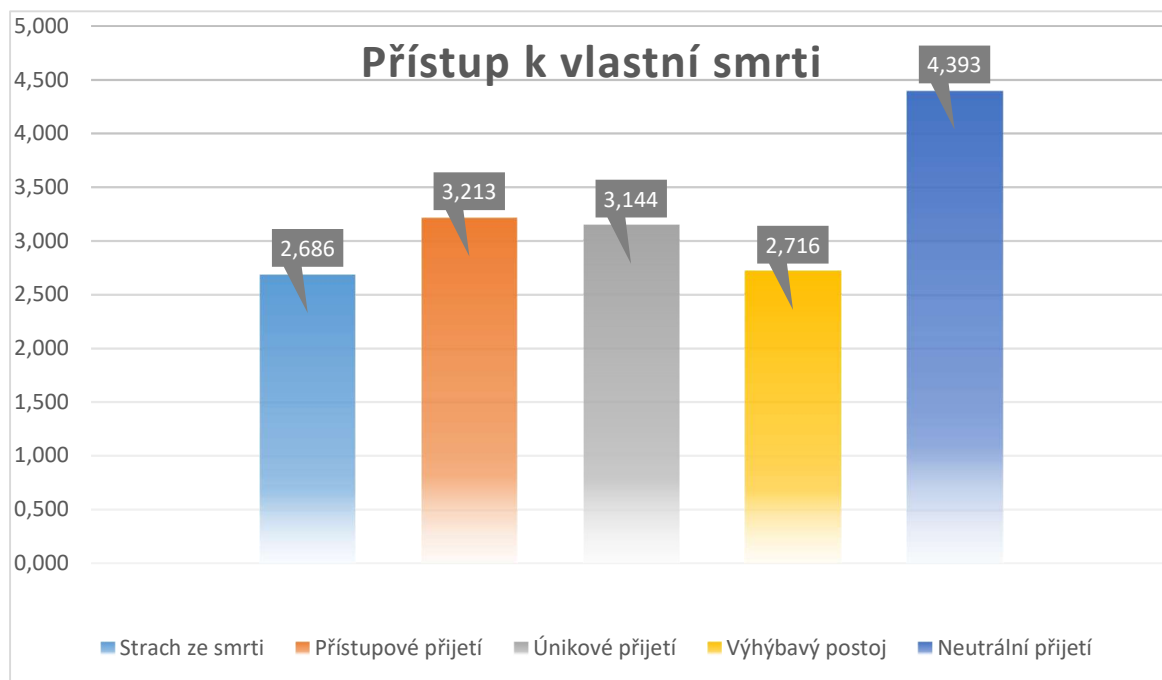
Výzkumná otázka č. 4: *Jaký přístup zaujímají respondenti k vlastní smrti?*

K této otázce se pojí standardizovaný dotazník DAP-R – položky č. 10 až 41.

Tabulka č. 2: Přístup k vlastní smrti

Přístup	průměr	směrodatná odchylka	modus	medián
Strach ze smrti	2,686	1	1,714286	2,6
Přístupové přijetí	3,213	1,1	3	3,2
Únikové přijetí	3,144	1,1	4	3,2
Vyhýbavý postoj	2,716	1,2	1	2,6
Neutrální přijetí	4,393	0,5	5	4,4

Graf č. 11: Přístup k vlastní smrti



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro získání výsledků k této výzkumné otázce jsme vytvořili v tabulkovém procesoru MS Excel sloupce pro jednotlivé subškály, které se váží k jednotlivým přístupům. Ty byly následně ohodnoceny dle odpovědí respondentů od 5 do 1 bodu. Poté byly u každého přístupu a každého respondenta vypočteny průměry a následně průměrné hodnoty skóre jednotlivých přístupů.

Z výzkumu vyplývá, že nejvyšší skóre, a to 4,393, získalo neutrální přijetí. U přístupového přijetí jsme zaznamenali skóre 3,213, u únikového přijetí skóre 3,144 a u vyhýbavého postoje skóre 2,716. Nejmenší skóre 2,686 obdržel strach ze smrti.

Výzkumná otázka č. 5: *Jaký vliv má víra respondentů na přístupové přijetí vlastní smrti?*

K této otázce se pojí - položka v dotazníku č. 4 : Jste věřící?

- položky ze standardizovaného dotazníku DAP-R č. 13, 17, 22, 24, 25, 31, 34, 36, 37 a 40.

Tabulka č. 3: Vliv víry na přístupové přijetí vlastní smrti

	Průměr přístupového přijetí	směrodatná odchylka	modus	medián
Věřící	3,97	0,8	4,9	4,2
Nevěřící	2,61	0,8	3	2,7

Graf č. 12: Vliv víry na přístupové přijetí vlastní smrti



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro získání výsledků k této výzkumné otázce jsme použili rozdělení respondentů na věřící a nevěřící a k nim jsme přiřadili průměry přístupového přijetí jednotlivých respondentů. Následně jsme stanovili celkové průměrné skóre přístupového přijetí u skupiny věřících i nevěřících respondentů.

Z výzkumu vyplývá, že věřící dosáhli vyššího skóre průměru, konkrétně 3,97 v oblasti přístupového přijetí vlastní smrti a nevěřící dosáhli skóre 2,61.

5.1 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1

Pro ověření hypotézy č. 1 jsme použili získaná data z položky č. 1 v dotazníku, kdy tato položka sloužila k rozdělení respondentů na muže a ženy. Dále jsme použili data ze standardizovaného dotazníku DAP-R z položky č. 10, 11, 16, 27, 29, 30, 41, která zjišťovala u respondentů míru strachu ze smrti. Tyto škálové položky standardizovaného

dotazníku byly ohodnoceny od 5 do 1 bodu. Maximálně mohl respondent získat 35 bodů a minimálně 7 bodů. Pro stanovení hypotézy jsme si stanovili tyto hranice:

7-21 bodů – respondent nemá strach ze smrti

22-35 bodů - respondent má strach ze smrti

H₁: Předpokládáme, že existuje signifikantní rozdíl mezi pohlavím respondentů a strachem ze smrti.

H₀: Mezi pohlavím respondentů a strachem ze smrti neexistuje signifikantní rozdíl.

H₁: Mezi pohlavím respondentů a strachem ze smrti existuje signifikantní rozdíl.

Tabulka č. 4: Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku

	Mají strach ze smrti	Nemají strach ze smrti	Σ
Žena	59	99	158
Muž	48	89	137
Σ	107	188	295

Zdroj: Vlastní výzkum

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

Stupeň volnosti je 1, kritická hodnota je tedy 3,841.

$$\text{Chí-kvadrát } x^2 = n \cdot \frac{(ad - bc)^2}{(a+b) \cdot (a+c) \cdot (b+d) \cdot (c+d)}$$

$$\text{Chí-kvadrát } x^2 = 295 \cdot \frac{(59 \cdot 89 - 99 \cdot 48)^2}{(59+99) \cdot (59+48) \cdot (99+89) \cdot (48+89)}$$

$$\text{Chí-kvadrát } x^2 = 0,168$$

Vypočítaná hodnota x^2 (0,168) je nižší než kritická hodnota $x^2_{0,05}$ (3,841). Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria s hodnotou kritickou, zjistili jsme, že vypočítaná hodnota je nižší, tzn., že nemůžeme odmítnout nulovou hypotézu. Neexistuje signifikační rozdíl mezi pohlavím respondentů a strachem ze smrti.

Hypotéza č. 2

Pro ověření hypotézy č. 2 jsme použili získaná data z položky č. 4 z dotazníku, kdy tato položka sloužila k rozdělení respondentů na věřící a nevěřící. Dále jsme použili data

ze standardizovaného dotazníku DAP-R z položky č. 10, 11, 16, 27, 29, 30, 41, která zjišťovala u respondentů míru strachu ze smrti.

H₂: Předpokládáme, že existuje signifikantní rozdíl mezi vírou respondentů a strachem ze smrti.

H₀: Mezi vírou respondentů a strachem ze smrti neexistuje signifikantní rozdíl.

H₁: Mezi vírou respondentů a strachem ze smrti existuje signifikantní rozdíl.

Tabulka č. 5: Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku

	Mají strach ze smrti	Nemají strach ze smrti	Σ
Věřící	42	89	131
Nevěřící	65	99	164
Σ	107	188	295

Zdroj: Vlastní výzkum

Zvolená hladina významnosti je 0,05.

Stupeň volnosti je 1, kritická hodnota je tedy 3,841.

$$\text{Chí-kvadrát } x^2 = n \cdot \frac{(ad - bc)^2}{(a+b) \cdot (a+c) \cdot (b+d) \cdot (c+d)}$$

$$\text{Chí-kvadrát } x^2 = 295 \cdot \frac{(42 \cdot 99 - 89 \cdot 65)^2}{(42+89) \cdot (42+65) \cdot (89+99) \cdot (65+99)}$$

$$\text{Chí-kvadrát } x^2 = 1,81$$

Vypočítaná hodnota x^2 (1.81) je nižší než kritická hodnota $x^2_{0,05}$ (3,841). Srovnáme-li vypočítanou hodnotu testového kritéria s hodnotou kritickou, zjistili jsme, že vypočítaná hodnota je nižší, tzn. že nemůžeme odmítnout nulovou hypotézu. Neexistuje signifikační rozdíl mezi vírou respondentů a strachem ze smrti.

6 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou týkající se vnímání umírání a smrti v období pozdní adolescence. Nejprve považujeme za nutné připomenout, že fáze pozdní adolescence je fází přechodu do dospělosti. Jedinec je více přijímán jako dospělý, očekává se od něho odpovídající chování a zodpovědnost. V období pozdní adolescence většina mladých lidí dokončuje vzdělání a hledá své místo ve společnosti. Mají potřebu se někam zařadit, podílet se na něčem velkém. V otázkách vnímání umírání a smrti již plně chápou pozdní adolescenti charakteristiku smrti, ale často věří, že se jich smrt netýká. Nabývají dojmu, že jsou určitým způsobem výjimeční, nesmrtelní (Thorová, 2015). Jak uvádí Řičan (2004), i když dospívající plně chápou vážnost, kterou smrt dává životu, jsou v tomto období zranitelnější více než dříve nebo zase později. Souvisí to i s myšlenkou osobní jedinečnosti, kterou často přemýšlivější adolescenti vyjadřují a která pro ně má velký citový význam. Když zhodnotíme výsledky, ke kterým jsme naším výzkumným šetřením dospěli, musíme konstatovat, že jsme došli i k překvapivým závěrům. Už jen skutečnost, že z 295 respondentů se k víře přihlásilo 44,4 % respondentů a 36,3 % respondentů se hlásí ke konkrétní církvi nebo náboženské společnosti, byla neočekávaná. Přitom naše společnost se stále více řadí mezi ateistické, což znamená, že většina obyvatel neprojevuje náboženskou víru nebo nesleduje žádnou konkrétní náboženskou doktrínu. Tato vysoká účast věřících respondentů našeho výzkumného šetření měla pravděpodobně vliv i na náš dílčí výzkumný cíl: Zjistit, čeho se respondenti v souvislosti s umíráním nejvíce obávají. Respondentů, kteří nemají strach ze smrti a věří v posmrtný život, bylo nejvíce. Hned následovala varianta, že nad touto otázkou nepřemýšlí. Tato skutečnost nebyla překvapující, protože jak již bylo uvedeno, pozdní adolescenti se v této vývojové fázi cítí nesmrtelní a nemají potřebu se vůbec touto tematikou zabývat. Až po těchto dvou možnostech následoval strach z bolesti, strach, že budou respondenti na obtíž rodině nebo svým blízkým. Dále následoval strach z osamění, strach ze ztráty soběstačnosti, strach z křehkosti a bezmocnosti a nejméně respondentů uvedlo, že mají strach ze ztráty důstojnosti. Tyto odpovědi naopak mohly být ovlivněny tím, že někteří respondenti jsou již uvědomělí ohledně konečnosti života, se smrtí se mohli setkat u blízkých příbuzných nebo se již setkali s péčí o umírajícího člověka. Ohledně informovanosti respondentů o paliativní a hospicové péči, která byla předmětem našeho druhého výzkumného cíle, nám výzkumné šetření ukázalo, že povědomí respondentů o paliativní péči je velmi nízké. Důvodů této skutečnosti může být několik. Smrt a nemoci jsou často tabuizovány a mladí lidé stojící na prahu dospělosti se mohou obávat těchto témat.

Paliativní péče je spojována s koncem života, což v mladých lidech může vyvolat strach a nepohodlí. Dalším důvodem neinformovanosti může být skutečnost, že paliativní péče není vždy zahrnuta dostatečně do vzdělávacích programů a veřejného povědomí. Adolescenti se tak nemusí dostatečně setkat s informacemi o této oblasti. Dalším důležitým faktorem, který může ovlivnit znalost této péče, je osobní zkušenost. Pokud se s paliativní péčí neseťkali, nemají dostatečnou představu o jejích možnostech a významu. Lepší výsledky spatřujeme u hospicové péče. Výzkumné šetření ukázalo, že respondenti jsou s touto péčí více seznámeni nebo alespoň někdy o této péči slyšeli.

Další dílčí výzkumnou otázkou jsme se snažili nalézt odpověď na další náš dílčí cíl a to, zda mají respondenti osobní zkušenost s péčí o umírajícího člověka a kde k této péči docházelo. Výzkumem bylo zjištěno, že pouze necelá třetina respondentů se ve svém životě setkala s péčí o umírajícího člověka. Nízká míra setkání s péčí o umírajícího člověka může být opět ovlivněna několika faktory. Jak již bylo uvedeno, mladí lidé se mohou bát smrti a umírání. Setkání s umírajícím člověkem může vyvolat silné emoce a nejistotu. Dalším faktorem může být pouhý fakt, že ještě měli to štěstí, že v jejich blízkosti nikdo neumíral a neumřel. Nemuseli tedy pečovat o umírajícího člověka. Další faktor, který může, ale samozřejmě nemusí být příčinou toho, proč mají respondenti tak malou zkušenost s péčí o umírajícího člověka, je ten, že tato dnešní moderní doba odkládá neperspektivní, nevykonné, nemocné a bohužel i smrtelně nemocné do sociálních zařízení, kde se očekává tzv. instituciovaná péče. Umírající lidé ztrácí kontakt se svými příbuznými a umírají osamoceni. Bohužel tato skutečnost je trendem dnešní doby. Je nutné nyní poznamenat, že i když bylo výzkumem zjištěno, že pouze necelá třetina měla zkušenost s péčí o umírajícího člověka, tak tato skupina respondentů nejvíce uvedla, že zkušenost s péčí měla v domácím prostředí. A až následně k péči docházelo v nemocnici, v sociálním zařízení a nejméně se s péčí setkali v hospici. Skutečnost, že nejvíce k péči docházelo v domácím prostředí, považujeme za velmi pozitivní. Domníváme se, že péče v domácím prostředí je pro umírajícího intimnější, cítí blízkost svých nejbližších a nezůstává sám. Samozřejmě ale záleží na individuálních preferencích a okolnostech. Někteří jedinci preferují nemocnice kvůli lékařské péči a specializovaným službám.

Velmi zajímavých výsledků bylo dosaženo ve výzkumných cílech týkajících se přístupu k vlastní smrti. Když se pozastavíme nad výzkumným cílem: „Zjistit, jaký přístup zaujímají respondenti k vlastní smrti“, musíme konstatovat, že naše výsledky neodpovídají naší domněnce a ani míní Yaloma (2008), že strach ze smrti v období dospívání graduje.

Nejvyšších hodnot bylo dosaženo u neutrálního přijetí. Respondenti pravděpodobně považují smrt za přirozenou součást života. Dále se respondenti přiklání k přístupovému přijetí, které opět mohlo být ovlivněno vírou a náboženským přesvědčením a k únikovému přístupu, který odráží tendenci jedince hledat v myšlenkách na smrt úlevu od současných pozemských problémů a trápení. Následoval vyhýbavý postoj, který odráží tendenci jedince unikat od myšlenky na smrt. Nejnižších hodnot bylo dosaženo u strachu ze smrti. Pokud se nad tímto faktem zamyslíme, opět může být hodně faktorů, co tento jev ovlivňuje. Mladí lidé nemusí mít tolik životních zkušeností s umíráním a smrtí, což může snižovat jejich úzkost. Dalším aspektem může být i to, že v této vývojové fázi mají pocit, že k mládí smrt nepatří. Můžeme opět zdůraznit skutečnost, že velká část respondentů byla věřících, hlásících se ke konkrétní víře, tak se prostě smrti nebojí. Věří, že po smrti je čeká něco lepšího. Posledním naším výzkumným cílem bylo zjistit, zda má u respondentů víra vliv na přístupové přijetí vlastní smrti. Z výzkumného šetření vyplývá, že víra respondentů má vliv na přístupové přijetí vlastní smrti. Tento výsledek může být způsoben tím, že víra může poskytnout naději na posmrtný život a tím zmírnit tíseň ze smrti. Podobné tvrzení nacházíme i u Markové (2012), která uvádí, že náboženské přesvědčení a víra v posmrtný život ovlivňuje vnímání smrti. Že lze obecně říci, že tomu, kdo vyznává Boha, který stvořil a řídí tento svět a běh dějin, se ze života odchází jinak, než tomu, který tuto víru nesdílí.

Nyní se zaměříme na vyhodnocení hypotéz, které jsme si v tomto výzkumu stanovili. „Přepokládáme, že existuje signifikantní rozdíl mezi pohlavím respondentů a strachem ze smrti a signifikantní rozdíl mezi vírou respondentů a strachem ze smrti.“

V případě hypotézy, zda existuje signifikantní rozdíl ve vnímání strachu ze smrti mezi muži a ženami jsme potvrdili výsledky výzkumu Machů (2012), u které stejně jako v našem výzkumu nebyl naměřen statisticky významný rozdíl ve vnímání strachu ze smrti a pohlavím. Naším výzkumem nebyly potvrzeny výsledky výzkumu Kvapilové (2023) a výzkumu Asadpour at al. (2016), u kterých byl nalezen signifikantní rozdíl mezi strachem ze smrti a pohlavím.

Stejných výsledků bylo dosaženo u hypotézy, kterou jsme zkoumali, zda existuje signifikantní rozdíl ve vnímání strachu ze smrti mezi věřícími a nevěřícími. Tento signifikantní rozdíl nebyl potvrzen. Touto hypotézou jsme nepotvrdili výzkum Kvapilové (2023), kde osoby bez vyznání vykazovali vyšší míru strachu.

Strach ze smrti je přirozenou emocí, která se u každého jedince projevuje individuálně. Je často spojen s existenciálními otázkami a hledáním významu života. Je přirozené, že každý člověk má strach ze smrti, ale tento strach nesmí přerůst v úzkost a až v panický strach. Člověk se na smrt může připravit snad tím, že bude dobře žít. Jsou to dvě úzce propojené věci. Pokud člověk žije dobře, cítí se spokojeně, může být schopen přijmout smrt s větší mírou klidu.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V dnešní době se v naší kultuře věnujeme méně tématům, kterým se dříve věnovalo více pozornosti, a to zejména pokud hovoříme o umírání a smrti. Moderní doba, která vyžaduje výkony a silné jedince, na umírání a smrt nemá čas. Člověk zapomněl na svou konečnost a mravní zásada „Memento mori“ se vytratila. Téma smrti se tabuizovalo a lidé dělají vše pro to, aby ho vytěsnili ze svých myšlenek. Pohodlí, úspěch a komfort se dostaly do popředí. Nemocní lidé, a hlavně umírající, se odkládají do nemocnic, sociálních zařízení a léčeben pro dlouhodobě nemocné. Smrt nepatří ani do úspěšné medicíny. Je jakousi „vadou na kráse“. Člověk se začne nad tématem umírání a smrti plně zamýšlet až v okamžiku, kdy jeho samotného nebo jeho blízkého člověka postihne vážná nemoc a lékařský personál mu sdělí smutnou zprávu, že kurativní péče je skončena a nastupuje péče paliativní.

Každý člověk prochází vývojovou proměnou. Je proto přirozené, že dospívající člověk téma umírání a smrti upozaduje. Není pro nikoho snadné žít každý okamžik s vědomím smrtelnosti a hlavně ne pro dospívající, kterým se otvírá svět. Žijí okamžikem a cítí se nesmrtelní. Ale co považujeme za nutné, je to, aby se před těmito tématy nezavíraly oči. Otázka lidské konečnosti by měla zaznívat v rodinách již od útlého věku. Rodiče by se neměli bát o těchto tématech s dětmi diskutovat. Nástupem školní docházky by tato témata měla být zařazována do vzdělávacích programů. Přednášky o umírání a smrti by měly být dostupné pro všechny. Diskuze na tato témata může mladé lidi připravit na životní situace, jako je ztráta blízké osoby. Otevřené diskuze umožňují sdílení pocitů a obav a můžou předcházet duševním problémům, jako je úzkost nebo deprese. Mladí lidé často vnímají smrt jako něco vzdáleného, a proto je důležité jim ukázat, že smrt je součástí života. Pro mnohé mohou být témata obtížná a citlivá, ale je důležité, aby se o nich otevřeně a upřímně hovořilo. Mladý člověk by měl být veden k úctě ke stáří, které je součástí našeho kulturního dědictví a je obohacením naší společnosti. Mezigenerační komunikace je velmi důležitým aspektem, která vede k naslouchání starší generaci a k respektu. Toto vše může vést ke změně smýšlení mladých lidí, které může vrátit přesun smrti z institucí zpět do domácího prostředí, kde lidé mohou umírat v kruhu svých blízkých. Aby tento zpětný přesun mohl být naplněn, měla by se zvýšit podpora státu rodinným příslušníkům, kteří pečují o umírajícího člověka. Současné nástroje jsou dle našeho názoru nedostačující. Dále považujeme za nutné zvyšovat u mladých lidí informovanost ohledně paliativní a hospicové péče. K tomu by měla být i nápomocna média. Média mají moc informovat veřejnost o možnostech péče o umírající osoby. Již mladý člověk by měl znát tyto možnosti, které pomáhají nemocnému člověku

k lehčímu odchodu z tohoto světa. Být veden k tomu, že izolovanost člověka není přirozená a v době umírání a smrti se touha po přítomnosti blízké osoby zvyšuje. Domníváme se, že pokud tato témata nebudou tak silně tabuizována a bude o nich diskutováno, tak u dospívajících se bude pravděpodobně zvyšovat schopnost těmto fenoménům porozumět a hlavně je přijmout.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se věnovali vnímání umírání a smrti v období pozdní adolescence. V teoretické části jsme si blíže vymezili klíčové pojmy naší práce, a to umírání a smrt, a zabývali jsme se tématy, které s těmito fenomény úzce souvisí. Věnovali jsme se bolesti, která může být průvodcem při umírání, strachu ze smrti a dále víře a náboženství, které mohou pohled na umírání a smrt ovlivnit. V druhé kapitole jsme se věnovali paliativní a hospicové péči a v poslední teoretické kapitole jsme se zaměřili na pozdní adolescenci, kde jsme se podrobněji zabývali emočním vývojem, socializací a pojetím smrti v tomto životním období.

V praktické části jsme analyzovali a interpretovali data, která jsme získali kvantitativním výzkumným šetřením.

Umírání a smrt jsou fenomény, které nás všechny provázejí. Patří mezi citlivá témata a jejich vnímání je velmi individuální. Naši prací jsme chtěli ukázat, jak vnímají umírání a smrt lidé v období pozdní adolescence, které je plné emocí a změn. Výsledky našeho výzkumu byly pro nás překvapující. V této naší moderní společnosti, kde si čím dál méně lidí připouští smrt jako konečnou kapitolu svého osobního příběhu, velká část našich respondentů uvedla, že je věřící a smrti se nebojí a věří v posmrtný život. Řada z nich se hlásí ke konkrétní církvi nebo náboženské společnosti a nejvíce respondentů uvedlo, že smrt považují za přirozenou součást života. Hospicová péče není pro ně neznámá. Pouze ale asi třetina respondentů má zkušenost s péčí o umírajícího člověka a informovanost o paliativní péči je velmi nízká. Naším výzkumem nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi pohlavím a strachem ze smrti a ani signifikantní rozdíl ve vnímání strachu ze smrti mezi věřícími a nevěřícími.

Zabývat se více vnímáním umírání a smrti u pozdních adolescentů je dle našeho názoru velmi přínosné. Dospívající prochází hormonální proměnou a jsou emočně nestabilní, i když v této pozdní adolescenci nestabilita začíná pomalu ustupovat. Přichází dospělost, se kterou si někteří jedinci nevědí rady. V určitých situacích se mohou ještě prolínat dětské reakce s reakcemi dospělých. Najde se řada mladých lidí, kteří v případě osobních problémů mohou řešit své záležitosti krajním způsobem. I z našeho výzkumu vyplývá, že část respondentů ve smrti nachází vysvobození. Vidí smrt jako úlevu z tohoto světa. Proto považujeme za důležité vnímat a pozorovat kolem sebe mladé lidi a ukázat a nabízet jim pomoc. Informace o vnímání umírání a smrti může být užitečná také pro odborníky v oblasti zdravotnictví. Například může pomoci lékařům, psychologům lépe porozumět tomu, jakým

způsobem mladí lidé vnímají smrt a jakým způsobem se s ní vyrovnávají. Toto poznání může vést k zlepšení terapeutických přístupů a zlepšení kvality péče o pacienty.

Jak už bylo v této práci zmíněno, výzkumy se spíše zaměřují na dětské vnímání umírání a smrti a pozdní adolescence je dle našeho názoru opomíjena. Je důležité si uvědomit, že lidé v období pozdní adolescence jsou velmi citliví a vnímaví. Otvírá se jim pomalu svět dospělých a je na nás všech, abychom mladým lidem pomáhali k uznání vlastní hodnoty. Aby pochopili, že jsou jedineční a nepostradatelní. Aby nepropadali úzkosti, beznaději a zoufalství. Vychutnávali si vzácnost každého okamžiku a radovali se z maličností. Jen při takovém způsobu života jsou schopni pohlédnout smrti do očí a alespoň částečně se vyrovnat s vlastní smrtelností a smrtí svých blízkých.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BADENAS, Roberto, 2016. *Jak čelit utrpení: odvaha a naděje ve světě plném problémů*. Praha: Advent-Orion. ISBN 978-80-7172-731-6.
2. BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5402-4.
3. GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
4. GROLLMAN, Earl A, 2016. *Slon v pokoji: O smrti a zármutku pro dospívající*. Cesta domů. ISBN: 978-80-88126-13-3.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-132-7.
7. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.
8. KNOTOVÁ, Dana et al., 2014. *Úvod do sociální pedagogiky: Studijní texty pro studenty oboru sociální pedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 978-80-210-7077-6.
9. KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4650-0.
10. KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
11. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1284-0.
12. MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.
13. MUNZAROVÁ, Marta et al., 2008. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt? Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství*. ISBN 978-80-7195-258-9.
14. NEŠPOROVÁ, Olga, 2013. *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 978-80-7325-320-2.

15. OPATRNÝ, Aleš, 2017. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-269-1.
16. ŘÍČAN, Pavel, 2004. *Cesta životem*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-829-5.
17. ŘÍČAN, Pavel, 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-312-3.
18. SIEBEROVÁ, Jana, 2019. *Proč máme strach ze smrti?* Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-654-9.
19. SIEBEROVÁ, Jana, 2021. *Bůh je můj životní program*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-004-2.
20. ŠIKLOVÁ, Jiřina, 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-197-4.
21. ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7492-138-4.
22. THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
23. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
24. ULRICHOVÁ, Monika, 2014. *Hledání smyslu ve smrti a umírání: zdravotně sociální aspekty konce života v perspektivě existenciální analýzy*. Ostrava: Moravapress. ISBN 978-80-87853-21-4.
25. VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
26. VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
27. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0279-7.
28. VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.
29. WILSON, Edward O., 1993. *O lidské přirozenosti. Máme svobodnou vůli, nebo je naše chování řízeno genetickým kódem?* Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-076-3.

30. YALOM, Irvin D., 2008. *Pohled do slunce: o překonání strachu ze smrti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-376-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

31. ASADPOUR, Mohammad, Laya SABZEVARI, Asadollah EKRAMIFAR and Reza BIDAHI, 2016. *The attitude of medical students toward death: A cross-sectional study in Rafsanjan*. Indian Journal of Palliative Care [online]. [cit. 2024-01-08]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/304709022_The_Attitude_of_Medical_Students_Toward_Death_A_Cross_Sectional_Study_in_Rafsanjan
32. Co je hospicová péče, 2009-2021. *Osobní asistence* [online]. [cit. 2023-08-02]. Dostupné z: <https://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>
33. DEZUTTER, Jessie, Koen LUYCKX and Dirk HUTSEBAUT, 2009. „*Are you afraid to die?*“ *Religion and death attitudes in an adolescent sample*, Journal of Psychology and Theology [online]. [cit. 2024-01-10]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/224882582_Are_You_Afraid_to_Die%27_Religion_and_Death_Attitudes_in_an_Adolescent_Sample
34. Idea projektu. *Pozitivní stáří* [online]. [cit. 2023-08-30]. <https://www.pozitivnistari.cz/zkusebni-stranka/>
35. Jak se vyrovnat se ztrátou 5 fází smutku dle Elizabeth Kübler-Rossové, 2020. *Pečuj doma* [online]. [cit. 2024-01-25]. Dostupné z: <https://www.pecujdoma.cz/nase-sluzby/poradna/pece-v-dobe-koronaviru/jak-se-vyrovnat-se-ztratou-5-fazi-smutku-dle-elizabeth-kubler-rossove/>
36. KOLAŘÍKOVÁ, Marta, 2019. *Psychologie stárnutí a stáří*. Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě [online]. [cit. 2023-08-11]. Dostupné z: https://is.slu.cz/publication/38960/Psychologie_starnuti_a_stari.pdf
37. KOLÁŘOVÁ, Barbara, 2014. *Umírání a smrt očima dvou generací*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. Nepublikovaná bakalářská práce [online]. [cit. 2023-12-10]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/tzzlj/Diplomova_prace_Kolarova.pdf

38. KOMÁREK, Stanislav, 2012. Máme mluvit o umírání? *Hospodářské noviny* [online]. [cit. 2023-08-11]. Dostupné z: <https://nazory.hn.cz/c1-55139950-mame-mluvit-o-umirani>
39. KUPKA, Martin, 2011. *Psychologické aspekty paliativní péče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [online]. [cit. 2023-08-11]. ISBN 978-80-244-2931-1. Dostupné z: https://psych.upol.cz/fileadmin/userdata/FF/katedry/pch/vyzkum/Psychologicke_aspekty_paliativni_pece.pdf
40. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2011. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing [online]. [cit. 2023-08-11]. ISBN 978-80-247-6568-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/etika-v-osetrovatelstvi-1203125/>
41. KVAPILOVÁ, Barbora, 2023. *Strach ze smrti a postoje ke smrti u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Nepublikovaná bakalářská práce. [online]. [cit. 2023-12-28]. Dostupné z: https://theses.cz/id/q2me3o/Strach_ze_smrti_a_postoje_ke_smrti_u_adolescentu_Barbora_.pdf?lang=en
42. MACHŮ, Klára, 2012. *Postoje ke smrti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Nepublikovaná diplomová práce [online]. [cit. 2024-01-10]. Dostupné z: https://theses.cz/id/1c7e6o/Diplomov_prce_Klra_Mach_2012.pdf?info.
43. MACHŮ, Klára, 2016. *Spiritualita a postoje ke smrti* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Nepublikovaná disertační práce [online]. [cit. 2024-01-11]. Dostupné z: https://theses.cz/id/dnxnbe/Mach_disertace.pdf
44. MARKOVÁ, Monika, 2012. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing [online]. [cit. 2023-08-20]. ISBN 978-80-247-7348-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/sestra-a-pacient-v-paliativni-peci-1375502/>
45. MUNZAROVÁ, Marta, 2011. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing [online]. [cit. 2023-08-20]. ISBN 978-80-247-6535-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/eutanazie-nebo-paliativni-pece-1190330/>
46. Palliative care, 2023. *World health organization* [online]. [cit.2023-10-15]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
47. Poslední dny a týdny, 2023. *Umírání*. cz. [online]. [cit. 03.10.2023]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/posledni-dny-a-tydny>

48. Proč víra a náboženství nejsou totéž, 2016. *Manipulátoři* [online]. [cit. 2023-09-06]. Dostupné z: <https://manipulatori.cz/proc-vira-a-nabozenstvi-nejsou-totez/>
49. SKÁLA, Bohumil, Ondřej SLÁMA, Jiří VORLÍČEK a Ladislav KABELKA, 2011. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. *Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře* [online]. [cit. 2023-08-30]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008-2012/paliativni-pece-2011.pdf>
50. SLÁMA, Ondřej, 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. [cit. 2023-09-02]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>
51. SNOPEK, Petr, 2022. Smrt a péče na konci života pohledem studentů. *Zdravotnícke štúdie* [online]. [cit. 2023-08-11]. Dostupné z: http://zdravotnickestudie.ku.sk/wp-content/uploads/2022/08/09_Smrt-a-pece-na-konci-zivota_48-52.pdf
52. Standardy hospicové paliativní péče, 2016. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. [cit. 2023-08-02]. Dostupné z: <https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2021/06/STANDARDY-2016.pdf>
53. STONE, James L., Joe LEVINNESS and George E. PATAKI, 2000. *Crisis Counseling Guide to Children and Families in Disasters* [online]. [cit. 2023-09-20]. Dostupné z: <https://www.eird.org/herramientas/eng/documents/emergency/education/crisisguide.pdf>
54. V čem se liší hospic a paliativní péče? 2020. *Péče.cz* [online]. [cit. 2023-08-15]. Dostupné z: <https://pece.cz/blog/v-čem-se-lisi-hospic-paliativni-pece.html>
55. WONG, Paul T. P., Gary T. REKER a Gina GESSER, 1994. *The Death Attitude Profile Revised: A multidimensional measure of attitudes towards death* [online], [cit. 2023-09-23]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/266261246_The_Death_Attitude_Profile_Revised_A_multidimensional_measure_of_attitudes_towards_death.
56. ZACHAROVÁ, Eva, 2012. Základy vývojové psychologie. *Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě* [online]. [cit. 2023-09-21]. Dostupné z: <https://projekty.osu.cz/svp/opory/lf-zacharova-zaklady-vyvojove-psychologie.pdf>

ZÁKONY

57. ČESKÁ REPUBLIKA, 1993. Úplné znění ústavního zákona č. 2/1993 – Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky*: Praha: Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
Č.	Číslo
Čl.	Článek
ČR	Česká republika
DAP-R	Deeth Attitude Profile-Revised
Hod.	Hodina
Např.	Například
Odst.	Odstavec
%	Procento
Resp.	Respektive
Σ	Suma
Sv.	Svatý
WHO	Světová zdravotnická organizace
Tzv.	Takzvaný

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů	47
Graf č. 2: Věk respondentů	48
Graf č. 3: Víra respondentů.....	48
Graf č. 4: Náboženské přesvědčení.....	49
Graf č. 5: Největší obavy v souvislosti s umíráním.....	50
Graf č. 6: Informace o paliativní péči	51
Graf č. 7: Informace o hospicové péči	51
Graf č. 8: Zkušenost s péčí o umírajícího člověka.....	52
Graf č. 9: Poskytovatelé služeb nevléčitelně nemocnému umírajícímu člověku	53
Graf č. 10: Poskytovatelé služeb nevléčitelně nemocnému umírajícímu člověku - kumulovaně.....	54
Graf č. 11: Přístup k vlastní smrti	55
Graf č. 12: Vliv víry na přístupové přijetí vlastní smrti.....	56

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Rozdělení jednotlivých položek dotazníku DAP-R.....	45
Tabulka č. 2: Přístup k vlastní smrti	54
Tabulka č. 3: Vliv víry na přístupové přijetí vlastní smrti.....	56
Tabulka č. 4: Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku.....	57
Tabulka č. 5: Test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku.....	58

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jmenuji se Hana Burešová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Jeho vyplnění je zcela dobrovolné. Dotazník se zaměřuje na vnímání umírání a smrti z pohledu pozdních adolescentů a poslouží pouze k mému kvantitativnímu výzkumu. Skládá ze dvou částí. První část sbírá identifikační a faktické údaje o Vás a Vašich zkušenostech. Druhá část pojímá standardizovaný dotazník DAP-R (Death Attitude profile – Revised), který se skládá z několika tvrzení, která se vztahují k různým postojům ke smrti.

Pokud je Vám méně než 15 let a více jak 20 let, dotazník nevyplňujte.

Děkuji za Váš drahocenný čas! – Hana Burešová

1. část dotazníku

Prosím vyberte pouze jednu odpověď. Svoji odpověď označte křížkem, případně vepište do volného řádku.

1. Pohlaví

muž

žena

2. Kolik je Vám let

3. Čeho se nejvíce na umírání obáváte?

strachu z bolesti

strachu, že budu na obtíž rodině nebo svým blízkým

strachu ze ztráty důstojnosti

strachu z křehkosti a bezmocnosti

strachu z osamění

strachu ze ztráty soběstačnosti

- nemám strach ze smrti, věřím v posmrtný život
- nepřemýšlím nad tím
4. Jste věřící
- ano
- ne
5. Hlásíte se ke konkrétní církvi nebo náboženské společnosti (skupině)?
- ano
- ne
6. Máte informace o paliativní péči?
- ano, mám
- někdy jsem o ní slyšel/a, ale nevím, co znamená
- ne, nikdy jsem o ní neslyšel/a
7. Víte, co je to hospicová péče?
- ano, vím
- slyšel/a jsem o ní, ale nevím o ní nic bližšího
- ne, nikdy jsem o ní neslyšel/a
8. Máte osobní zkušenost s péčí o nevléčitelně nemocného umírajícího člověka?
- ano
- ne
9. Pokud jste v předešlé otázce odpověděl(a) ano, kde k této péči docházelo? (zde můžete uvést více než jednu odpověď)
- v domácím prostředí
- v hospici
- v nemocnici
- v sociálním zařízení
- jiné zařízení (*prosím dopište*)

Dotazník Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R)

Tento dotazník obsahuje několik tvrzení, která se vztahují k různým postojům ke smrti. Pečlivě si přečtete každé prohlášení a poté označte, do jaké míry s ním souhlasíte nebo nesouhlasíte. Jestliže nevíte, označte „nevím“. Přesto kolonku „nevím“ používejte výjimečně. Pro můj výzkum je důležité, abyste pracovali s každým tvrzením a na každé odpověděli. Mnoho tvrzení se bude zdát navzájem podobných, ale všechna jsou nezbytná, aby ukázala jemné rozdíly v postojích.

1	2	3	4	5
souhlasím	Spíše souhlasím	nevím	Spíše nesouhlasím	nesouhlasím

10.	Smrt je bezpochyby hrozivá zkušenost.	1	2	3	4	5
11.	Vyhlídka na mou vlastní smrt ve mně vzbuzuje úzkost.	1	2	3	4	5
12.	Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.	1	2	3	4	5
13.	Věřím, že po smrti budu v nebi.	1	2	3	4	5
14.	Smrt ukončí všechna moje trápení.	1	2	3	4	5
15.	Smrt by měla být nahlížena jako přirozená, nepopíratelná a nevyhnutelná skutečnost.	1	2	3	4	5
16.	Jsem rozrušený/á z konečnosti smrti.	1	2	3	4	5
17.	Smrt je vstupem na místo konečného uspokojení.	1	2	3	4	5
18.	Smrt nabízí možnost úniku z tohoto hrozného světa.	1	2	3	4	5
19.	Kdykoliv mi na mysl přijde myšlenka na smrt, snažím se ji odehnat.	1	2	3	4	5
20.	Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení.	1	2	3	4	5
21.	Snažím se nemyslet na smrt.	1	2	3	4	5
22.	Věřím tomu, že nebe bude mnohem lepší místo než tento svět.	1	2	3	4	5
23.	Smrt je přirozená součást života.	1	2	3	4	5
24.	Smrt je sjednocení se s Bohem a věčné blaho.	1	2	3	4	5
25.	Smrt přináší příslib nového a blaženého života.	1	2	3	4	5
26.	Smrti bych se nebál/a, ani ji nevítal/a.	1	2	3	4	5
27.	Mám intenzivní strach ze smrti.	1	2	3	4	5
28.	Zcela se vyhýbám myšlenkám na smrt.	1	2	3	4	5

29.	Téma života po smrti mě hodně znepokojuje.	1	2	3	4	5
30.	Fakt, že smrt bude znamenat konec všeho tak, jak to znám, mě děsí.	1	2	3	4	5
31.	Těším se na znovushledání se svými milovanými, až zemřu.	1	2	3	4	5
32.	Pohlížím na smrt jako na úlevu od pozemského trápení.	1	2	3	4	5
33.	Smrt je jednoduše součástí procesu života.	1	2	3	4	5
34.	Vidím smrt jako přechod na věčné a požehnané místo.	1	2	3	4	5
35.	Snažím se nemít nic společného s tématem smrti.	1	2	3	4	5
36.	Smrt nabízí úžasné osvobození duše.	1	2	3	4	5
37.	Víra v posmrtný život mi při střetávání se smrtí dává pocit klidu.	1	2	3	4	5
38.	Vidím smrt jako úlevu z tíhy tohoto života.	1	2	3	4	5
39.	Smrt není ani dobrá, ani špatná.	1	2	3	4	5
40.	Těším se na život po smrti.	1	2	3	4	5
41.	Trápí mě nejistota plynoucí z toho, že nevím, co přijde po smrti.	1	2	3	4	5
