

**Filozofická fakulta**  
**Univerzity Palackého v Olomouci**  
Katedra psychologie

**KVALITA ŽIVOTA A STRACH ZE SMRTI**  
**THE QUALITY OF LIFE AND THE FEAR OF DEATH**

Magisterská diplomová práce

Jana Vybíralová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph. D.

Olomouc 2011

**Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně. Uvedla jsem všechny literární prameny a publikace, ze kterých jsem čerpala.**

V Olomouci 21. 3. 2011

.....

podpis

Děkuji:

**Mgr. Martinu Kupkovi, Ph. D.** za odborné vedení práce, cenné rady, podporu a trpělivost.

*Motto:*

*„Vědomí sama sebe je největší dar, poklad stejně cenný jako život. Dělá z nás lidské bytosti. Cena je ale vysoká: rána smrtelnosti. Naše existence je navždy ve stínu poznání, že rosteme a vzkvétáme a poté nevyhnutelně slábneme a umíráme.“*

*Irvin D. Yalom*

## Obsah:

Úvod .....	9
1. Kvalita života.....	10
1.1. Vymezení kvality života a její hlavní roviny .....	10
1.2. Životní spokojenost.....	14
1.3. Well-being .....	15
1.4. Měření životní spokojenosti.....	18
1.5. Determinanty životní spokojenosti .....	22
1.5.1. Sociodemografické faktory – pohlaví, věk.....	22
1.5.2. Mezilidské vztahy – rodina, zaměstnání.....	24
1.5.3. Socioekonomický status – povolání, příjem, vzdělání .....	25
1.5.4. Kulturní rozdíly .....	25
1.6. Koreláty životní spokojenosti .....	26
1.6.1. Osobnost .....	26
1.6.2. Zdravotní stav .....	26
1.6.3. Životní zvyklosti.....	27
2. Protektivní faktory .....	27
2.1. Nezdolnost v pojetí SOC (sence of coherence) .....	27
2.1.1. Srozumitelnost (comprehensibility) .....	28
2.1.2. Zvládnutelnost (manageability).....	29
2.1.3. Smysluplnost (meaningfulness).....	29
2.2. Nezdolnost typu hardiness.....	30
2.2.1. Ovládání dění (control).....	30
2.2.2. Odevzdanost a oddanost, osobní angažovanost (commintment).....	31
2.2.3. Výzva (challenge).....	31
2.2.4. Empirické výzkumy.....	32
2.3. Sociální opora .....	32

2.4. Sebehodnocení (self-esteem) .....	34
3. Smrt .....	36
3.1. Základní pojmy .....	37
3.1.1. Umírání .....	37
3.1.2. Mozková smrt .....	39
3.1.3. Sociální smrt .....	39
3.1.4. Klinická smrt .....	40
3.1.5. Náhlá smrt .....	41
3.1.6. Terminální stav .....	41
3.1.7. Eutanázie .....	42
3.1.8. Sebevražda .....	43
3.2. Smrt jako motivační činitel .....	43
3.2.1. Motivace .....	43
3.2.2. Motivace a smrt .....	46
3.3. Smrt a umírání z existenciálního pohledu .....	48
3.3.1. Existencialismus .....	49
3.3.2. Existencialismus a smrt .....	50
4. Strach .....	53
4.1. Strach ze smrti .....	54
4.2. Měření strachu ze smrti .....	59
Výzkumná část .....	62
5. Cíl výzkumu .....	62
5.1. Výzkumné otázky .....	62
5.2. Hypotézy .....	62
6. Výzkumný soubor .....	63
7. Výzkumné nástroje .....	68

7.1.	DŽS -Dotazník životní spokojenosti (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 1986).....	68
7.2.	CDS - Škála vyrovnanosti se smrtí (Coping with Death Scale, Bugen, 1980-81) ....	69
8.	Metody zpracování dat .....	70
9.	Symbolika výsledkové části .....	70
10.	Výsledky výzkumu .....	71
10.1.	Základní výstupy DŽS .....	71
10.2.	Základní výstupy CDS .....	74
11.	Koreláty .....	77
11.1.	DŽS a CDS .....	77
11.2.	CDS a víra.....	79
11.2.1.	CDS a víra – 1. skupina (N30).....	79
11.2.2.	CDS a víra – 2. skupina (N38).....	80
12.	Komparace.....	81
12.1.	CDS v 1. skupině a CSD ve 2. Skupině.....	81
13.	Test nezávislosti $\chi^2$ pro čtyřpolní tabulku (kontingenční tabulku 2x2) a $\Phi$ koeficient.	84
13.1.	CDS a víra – věřící a nevěřící z obou skupin .....	84
14.	K platnosti hypotéz.....	86
15.	Diskuze .....	88
16.	Závěr.....	91
17.	Souhrn.....	93
18.	Použitá literatura:.....	96
19.	Přílohy:	
	•Příloha č. 1: Zadání DP	
	•Příloha č. 2: Abstrakt	
	•Příloha č. 3: Dotazník životní spokojenosti (DŽS)	
	•Příloha č. 4: Škála vyrovnanosti se smrtí (CDS)	

- Příloha č. 5: Coping with Death Scale
- Příloha č. 6: Tabulka sběru dat 1. skupina (N30)
- Příloha č. 7: Tabulka sběru dat 2. skupina (N38)



# Teoretická část

## Úvod

*„Kvalita života člověka určuje kvalitu jeho smrti.“ Elisabeth Kübler-Ross*

Proč bylo jako téma této práce zvoleno spojení kvality života a strachu ze smrti? Obojí je pro život velmi důležité. Kdo z nás by nechtěl prožít svůj život kvalitně. Kvalita života je v současné době považována za indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví. Kvalita života vyjadřuje, jak člověk sám hodnotí svou životní situaci. Smrt je důležitým tématem, které se týká každého z nás. Přesto se mu mnoho z nás snaží všemožně vyhýbat a dělat, že se nás netýká. Lidé o smrti možná nemluví, což ale neznamená, že by o ní nepřemýšleli, že by ji nijak neprožívali. Často je takové činění spojeno se strachem. Možná je to pro mnohé tak ohrožující, že je lépe smrt nějakým způsobem vyloučit ze svého života. Jak kvalita života, tak smrt, jsou to propojené a spolu související pojmy, což se budeme snažit dokázat v této práci.

V první části diplomové práce se věnujeme problematice kvality života – životní spokojenosti, umírání a smrti, strachu ze smrti. Zaměřujeme se na problematiku smrti a umírání z existenciálního pohledu. Téma smrti vystupuje jakožto motivační činitel, který vede člověka k hlubší reflexi života.

V druhé, praktické části, bylo naším cílem nalezení souvislostí mezi indexem DŽS (Dotazník životní spokojenosti) a CDS (Coping with Death Scale); zodpovězení otázky, zda mají lidé starší 40 let větší strach ze smrti než lidé mladší 40 let; posledním cílem je zjistit, zda se bojí smrti méně lidé, kteří se považují za věřící, než lidé, kteří se za věřící nepovažují u vybraného vzorku respondentů. Statisticky zpracovaná data byla zanesena do tabulek a grafů a pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, F-testu, Studentova dvouvýběrového t-testu s rovností rozptylů a Testu nezávislosti  $\chi^2$  pro čtyřpolní tabulky (kontingenční tabulka 2x2), bylo zjišťováno, zda spolu statisticky významně souvisí a zda se námi stanovené hypotézy potvrdí či nikoliv.

# 1. Kvalita života

V této kapitole přiblížíme pojem kvalita života. K aktuálnosti tohoto tématu se vyjadřují Kebza a Šolcová (2003, s. 15): „Problematika kvality života patří v psychologii i v medicíně k nejdynamičtěji se rozvíjejícím. K jejímu studiu jsou zakládána samostatná výzkumná pracoviště, mezinárodní odborné společnosti, a ve světovém i českém odborném písemnictví se začíná objevovat další samostatná oblast výsledků teoretického i aplikovaného výzkumu.“ K rozvoji tohoto tématu v české a slovenské odborné literatuře přispěli mj. Kováč, Křivohlavý, Preiss, Hnilica, Mareš a další.

## 1.1. Vymezení kvality života a její hlavní roviny

Ke komplexní charakteristice zdravotního stavu již nepostačují dříve užívané postupy, navíc je třeba identifikovat a zhodnotit i psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského života, které se vztahují ke zdraví. Proto se k posouzení postavení individua na škále zdraví – nemoc a vystižení individuálních charakteristik začalo používat speciálního metodického postupu, který vychází z pojetí tzv. „kvality života“ (Kebza, 2005, s. 57).

Kvalita života může mít různé definice, proto je důležité ji odlišit od pojmů zdraví, spokojenosti, životní spokojenosti, osobní pohody. Dle WHO (in Kováč, 2004, s. 460): „Kvalita života je to, jak člověk vnímá svoje postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

Kebza (2005, s. 57) uvádí, že v roce 1993 předložila WHO jako první pracovní definici kvality života ve vztahu ke zdraví jako vnímání jedinců a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám.

„Kvalitu života pro daného člověka může představovat cokoli, čemu on sám přikládá důležitost.“ (Baštecká, 2001, s. 329)

Hartl, Hartlová (2000, s. 284) popisují kvalitu života jako: „Vyjádření pocitu životního štěstí; k nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost; psychol. jako míra seberealizace a duševní harmonie čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti; individuálně kvalitu života zvyšují, především ve stáří, plánované tělesné a duševní činnosti, aktivní životní styl.“

Kvalitu života v celé její komplexnosti zkoumali Holandští autoři Engel a Bergsma a na základě svých poznatků rozlišili tři hierarchicky odlišné sféry: makro-rovina, mezo-rovina a personální rovina (Křivohlavý, 2002, s. 163):

1. Makrouroveň - kvalita života velkých společenských útvarů (země, kontinenty).
2. Mezouroveň – kvalita života malých sociálních skupin (formální i neformální).
3. Osobní úroveň – kvalita života jedince (rovina, na kterou je v současné době soustředěna největší pozornost).
4. Rovina fyzické existence – lze přesně objektivně měřit a pozorovat, ale výsledky podle autorů postrádají širší souvislosti a komplexní pojetí při samotném popisu kvality života.

O medicínských přístupech ke kvalitě života se zmiňuje Kováč (2000, s. 35), člení se dále na klinické a výzkumné. Popisuje klinický přístup V. Zikmunda, že kvality života se dá dosáhnout těmito ukazateli:

1. Zmírňování utrpení (tělesného i duševního), především bolesti.
2. Dosahování nezávislosti jedince v každodenním životním koloběhu.
3. Způsobnost zvládat náročné situace, zátěž, stres.
4. Způsobnost žít ve vyhovujících společenských vztazích, zapojovat se do společenských aktivit.
5. Vlastní zabezpečování života uspokojováním konkrétních, především materiálních potřeb.
6. Spokojenost s vlastním životem, příležitostná radost z něčeho, zážitky štěstí.

Výzkumný přístup prezentuje WHOQOL (1997 in Kováč, 2000, s. 35). Předpokládá, že na kvalitě života se podílí šest oblastí (domén) s různým počtem indikátorů v nich, v takovéto struktuře:

**Tabulka č. 1: Domény a indikátory kvality života dle WHOQOL**

<b>Doména</b>	<b>Indikátory</b>
Tělesné zdraví	Energie a únava Bolest a dyskomfort Spánek a odpočinek
Psychické funkce	Obraz těla a fyzický vzhled Negativní emoce Pozitivní emoce Sebeúcta Myšlení, učení, paměť, pozornost
Úroveň nezávislosti	Mobilita Aktivity denního života Závislost na lécích a zdravotnických pomůckách Pracovní výkonnost
Sociální vztahy	Osobní vztahy Sociální opora Sexuální aktivita
Prostředí	Finanční zdroje Svoboda, bezpečí a bezpečnost Zdravotní a sociální péče Domácí prostředí Příležitost k získávání nových informací a dovedností Příležitost k trávení volného času Životní prostředí Doprava
Spiritualita	Vyznání, osobní přesvědčení

Kováč (2004, s. 462) dělí kvalitu života následovně:

1. Bazálně-všelidská – rozhodující pro všechny varianty současné populace, vytváří ji přinejmenším šest komponent (dobrý fyzický stav; normální psychický stav; vyrůstání ve funkční rodině; odpovídající materiálně-sociální zabezpečení; život chránící životní prostředí; získání schopností a návyků pro přežití)
2. Civilizačně-individuální – v současné době nejvíce zkoumaná úroveň kvality života, patří k ní nové kvality bazálních komponent (pevné zdraví; prožívání životní spokojenosti; uspokojivé sociální prostředí; úroveň společenského vývoje; přátelské prostředí; úroveň znalostí a kompetencí)
3. Kulturně-spirituální – meta-úroveň kvality života (bezproblémové stárnutí; úroveň kultivace osobnosti; společenské uznání; podpora závislým; podpora života; univerzální altruismus), má nejbližší k univerzálnímu psychoregulátoru kvality života na všech úrovních – smyslu života. Ten je v interakci se všemi komponentami kvality života.

**Obr. č. 1. Tříúrovňový a vícedimenzionální model kvality života (Kováč, 2004, s. 461)**

<b>Smysl životat</b>								
	<table border="1"> <tr><td>Bezproblémové stárnutí</td></tr> <tr><td>Úroveň kultivace osobnosti</td></tr> <tr><td>Společenské uznání</td></tr> <tr><td>Podpora závislým</td></tr> <tr><td>Podpora života</td></tr> <tr><td>Univerzální altruismus</td></tr> </table>	Bezproblémové stárnutí	Úroveň kultivace osobnosti	Společenské uznání	Podpora závislým	Podpora života	Univerzální altruismus	
Bezproblémové stárnutí								
Úroveň kultivace osobnosti								
Společenské uznání								
Podpora závislým								
Podpora života								
Univerzální altruismus								
Axiologické styly (dionýsovský, apolonský), životní styly (celibát, workoholismus), ideové styly (dogmatismus, liberalismus), kognitivní styly	<table border="1"> <tr><td>Pevné zdraví</td></tr> <tr><td>Prožívání životní spokojenosti</td></tr> <tr><td>Uspokojivé sociální prostředí</td></tr> <tr><td>Úroveň společenského vývoje</td></tr> <tr><td>Přátelské prostředí</td></tr> <tr><td>Úroveň znalostí a kompetencí</td></tr> </table>	Pevné zdraví	Prožívání životní spokojenosti	Uspokojivé sociální prostředí	Úroveň společenského vývoje	Přátelské prostředí	Úroveň znalostí a kompetencí	Vášně (sexuální, hráčská, cestování), koníčky (sport, tvořivost), zájmy (o věci, lidi, ideje)
Pevné zdraví								
Prožívání životní spokojenosti								
Uspokojivé sociální prostředí								
Úroveň společenského vývoje								
Přátelské prostředí								
Úroveň znalostí a kompetencí								
	<table border="1"> <tr><td>Dobrý fyzický stav</td></tr> <tr><td>Normální psychický stav</td></tr> <tr><td>Vyrůstání ve funkční rodině</td></tr> <tr><td>Odpovídající mater. sociální zabezpeč.</td></tr> <tr><td>Život chránící životní prostředí</td></tr> <tr><td>Získání schopností a návyků pro přežití</td></tr> </table>	Dobrý fyzický stav	Normální psychický stav	Vyrůstání ve funkční rodině	Odpovídající mater. sociální zabezpeč.	Život chránící životní prostředí	Získání schopností a návyků pro přežití	
Dobrý fyzický stav								
Normální psychický stav								
Vyrůstání ve funkční rodině								
Odpovídající mater. sociální zabezpeč.								
Život chránící životní prostředí								
Získání schopností a návyků pro přežití								

## 1.2. Životní spokojenost

„Lidé se celoživotně pokoušejí zkvalitňovat si život; zabývají se životní pohodou, spokojeností (subjective well-being, dále SWB) hledají způsoby jejího navození i uchování. Dosažení a udržení pozitivního stavu těla i mysli se zdá být pro lidský život všeobecným a důležitým zájmem. Povaha a podmínky životní pohody jsou určovány jak individuálně, tak daným sociokulturním zázemím, ekonomickými podmínkami a životním standardem.“ (Lašek, 2003, s. 215)

Životní spokojenost je jedním z klíčových pojmů v širší oblasti psychologie osobní pohody (well-being). Blatný (2005, s. 84) uvádí, že osobní pohoda je tvořena dvěma složkami – emoční a kognitivní. Do emoční komponenty řadí dlouhodobě prožívané emoce, jejich frekvenci a intenzitu, afekty, nálady a štěstí. Kognitivní komponenta představuje vědomé hodnocení vlastního života, to je životní spokojenost, spokojenost ve významných oblastech života a sebehodnocení.

Odlišování pojmů životní spokojenosti a SWB však není v odborné literatuře ani jednotné ani důsledné. Pro českou psychologii představuje určitý problém i skutečnost, že se dosud v odborném jazyce nevžil jednotný český ekvivalent pro SWB, i když patrně nejvýstižnější je překlad osobní pohoda. S pojmem osobní pohoda přicházejí Kebza a Šolcová (2003, s. 334).

Grob (in Lašek, 2003, s. 215) chápe subjektivní životní spokojenost jako: „komplexní pojem, zahrnující na jedné straně nízké sebehodnocení, malé uspokojení nebo negativní stránky života, na druhé štěstí a spokojenost se životem, sebou samým a pozitivní stránky života.“

Mohapl (in Baštecká, Goldman, 2001, s. 282) hovoří o pracích E. Dienera, který se zabýval životní spokojeností. Ten určil jednotlivé faktory, které mají vliv na pocit osobní pohody. Lze na ně pohlížet jako na podrobný soupis nárazníků, které tlumí, nebo zprostředkovávají (ne)příznivé vlivy prostředí:

1. Osobnost – celková životní spokojenost je v nejužším vztahu s vysokým sebehodnocením. Vysoká sebeúcta přináší spokojenost. Pokud jsou lidé nešťastní, jejich sebevědomí začíná klesat.

2. Příjem – má svůj význam do dosažení určité platové úrovně. Po jejím dosažení ztrácí samotná výška příjmu svoji naléhavost, ale stává se měřítkem společenského úspěchu. Záleží na srovnávání, pokud člověk ví, že jiný člověk má příjem ještě menší, může být spokojen.
3. Věk – nemá s celkovým skóre životní pohody téměř žádnou souvislost.
4. Pohlaví – mladší ženy jsou o něco šťastnější než mladší muži, starší ženy jsou méně šťastné než starší muži. Překřížení se objevovalo kolem 45 let věku.
5. Zaměstnání a vzdělání – nepochybný ničivý vliv na osobní pohodu má nezaměstnanost. Naopak spokojenost s prací významně souvisí s celkovou životní spokojeností.
6. Náboženství – se běžně dává do příznivé souvislosti s životní spokojeností. Jeden z výzkumů prokázal, že náboženství má pozitivní vztah k životní spokojenosti spíše u lidí mladších 65 let, nikoli u lidí starších.
7. Manželství a rodina – ženatí a vdané vykazují větší životní spokojenost. Spokojenost v manželství a rodině je jednou z nejdůležitějších součástí osobní pohody, samotné rodičovství na celkovou životní spokojenost vliv nemá.
8. Společenské kontakty – jsou doporučovány jako prostředek ke zlepšení pocitu štěstí. Milostný vztah i spokojenost s intimním životem významně předpovídají osobní pocit štěstí.
9. Životní události – i ty příjemné mohou snížit pocit životní spokojenosti, pokud vedou ke ztrátě pocitu, že člověk zvládá svůj život.
10. Biologické vlivy – zdraví má silný pozitivní vztah ke štěstí, pokud se člověk cítí subjektivně zdravý. Objektivní zdraví má kladnou vazbu ke štěstí slabší.

### **1.3. Well-being**

Světová zdravotnická organizace (WHO) (in Kebza, Šolcová, 2003, s. 334) hovoří o well-beingu jako o důležité charakteristice zdraví. Nejde již jen o přítomnost či nepřítomnost choroby či poruchy, ale též o „stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody (well-being).“ Je to nejčastější a relativně široký způsob výkladu tohoto pojmu.

Kebza (2005, s. 62) uvádí, že pojem osobní pohoda (well-being) je jednou z významných složek zdraví a je primárně založen psychology, ale zasahuje do řady dalších společenskovedních i přírodovědních oborů (filosofie, sociologie, pedagogika, medicína). Tento pojem je nejčastěji spojován se „satisfaction“ (spokojenost), „life satisfaction“ (životní spokojenost), „welfare“ (blaho), „pleasure“ (radost), „prosperity“ (úspěšnost, prosperita), „happiness“ (štěstí) a „health“ (zdraví).

V české terminologii se jako ekvivalent pojmu well-being nejčastěji používá životní pohoda. (Křivohlavý, 2004).

Levin, Chaters (in Kebza, 2005, s. 68) chápou osobní pohodu jako součást kvality života. Podle nich má kvalita života dvě základní dimenze – subjektivní a objektivní osobní pohodu:

- **Objektivní** osobní pohodu tvoří:
  1. Funkční kapacita organismu.
  2. Zdravotní stav.
  3. Socioekonomický status.
  
- **Subjektivní** pocit osobní pohody tvoří:
  1. Psychická osobní pohoda (emoční a kognitivní dimenze – pozitivní a negativní afektivita , štěstí, životní spokojenost, shoda mezi očekávanými a dosaženými životními cíli, psychosomatické symptomy, nálada).
  2. Sebeúcta (self-esteem).
  3. Sebeuplatnění (self-efficacy).
  4. Osobní zvládnání (personal kontrol, mastery).

Grob (in Lašek, 2003, s. 216) zmiňuje habituální a aktuální životní pohodu. Habituální životní pohody lze dosáhnout uspokojováním přirozených či získaných potřeb a motivů. Selhání jejich uspokojování vede k nepohodlí. Aktuální životní pohoda je závislá na aktivních faktorech, to jsou buď pozitivní zážitky nebo redukce zážitků nepříznivých.



Lašek (2003, s. 216) cituje Groba, který uvádí, že struktura SWB je tvořena dvěma hlavními komponentami:

1. SWB jako kognitivní zkušenost- lidé srovnávají aktuální stav s očekávaným nebo vytouženým, s ideální situací.
2. Emocionální stránka SWB – všechny aktuální každodenní zkušenosti, kdy zážitky jsou vyhodnocovány jako pozitivní či negativní.

Dále si Grob (in Lašek, 2003, s. 216) pokládá otázku, proč je pro člověka SWB důležité?

Uvádí 3 důvody:

1. Je důležité pro sebedefinici v každodenním životě.
2. Je to obecná indikace psychologického zdraví jedince.
3. Je motivační komponentou racionálního chování (pokud se lidé cítí špatně, motivuje je to tento stav změnit; pokud se cítí dobře, chtějí si tento stav uchovat – zůstat v pozitivní náladě je jeden z nejobecnějších cílů člověka).

Podle Ryffové a Keyesové (in Kebza, 2005, s. 69) má struktura osobní pohody šest základních dimenzí:

1. Sebe přijetí (sefl-acceptance) – pozitivní postoj k sobě, spokojenost se sebou samým, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace.
2. Pozitivní vztahy s druhými – vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých, schopnost empatie.
3. Autonomie – nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání.
4. Zvládnání životního prostředí (enviromental mastery) – pocit kompetence při zvládnání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje v okolním prostředí.
5. Smysl života (purpose in life) – pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů.
6. Osobní rozvoj (personal growth) – pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování.

„Z medicínského pohledu je pojem 'well-being' kromě této psychologické podstaty úzce propojen jednak s holisticky pojímaným zdravím, jednak s komplexně založeným pojetím životního stylu, zahrnujícím množství potenciálně působících rizikových i protektivních faktorů. Vliv životního stylu na zdraví včetně zprostředkující role osobní pohody je velmi aktuálním problémem mj. i proto, že uváděné procento úmrtí způsobených nevhodnými složkami životního stylu již před více než 15 lety přesáhlo v civilizovaných zemích hodnotu 50.“ (Kebza, Šolcová in Blatný, Dosedlová, Kebza, Šolcová, 2003, s. 16)

Kebza, Šolcová (in Blatný, Dosedlová, Kebza, Šolcová, 2003, s. 16) rovněž zmiňují tělesnou zdatnost (wellness, fitness) a její vliv na osobní pohodu. Pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na psychickou pohodu., zejména příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi a percepci stresu.

Vella-Brodrick, Allen (in Blatný, Dosedlová, Kebza, Šolcová, 2003, s. 70) uvádí: „Přes pluralitu názorů a přístupů k vymezení pojmu well-being se odborníci vcelku shodují v názoru, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Rovněž panuje shoda v tom, že osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (pozitivní emoce, negativní emoce) a vyznačuje se konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase. Vzletněji řečeno je osobní pohoda výživou mysli, těla a ducha.“

#### **1.4. Měření životní spokojenosti**

Dotazníků, které měří životní spokojenost a jejichž metodická kvalita je velmi rozdílná, existuje nespočet. Můžeme rozlišovat dotazníky pro měření životní spokojenosti ve specifické oblasti (zdraví, práce...) či dotazníky postihující spokojenost u určitých skupin pacientů (např. s chronickým onemocněním, nádorovým onemocněním).

Při vlastním měření kvality života se nejčastěji využívá dotazník nebo strukturovaný rozhovor.

Dotazníky můžeme rozdělit do dvou základních skupin na všeobecné a speciální (Slováček, 2004) dostupné na: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vz11\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf)

- Všeobecné dotazníky - mají širokou možnost použití u zdravých i nemocných lidí v populaci, získané výsledky je možné vzájemně srovnávat. Tyto dotazníky mají široké pojetí záběru kvality života a nemusejí být dostatečně citlivé ke změnám zdravotního stavu či k symptomům spojených s určitým onemocněním.
- Speciální dotazníky – jsou určeny pro použití ve specifických případech (přítomnosti konkrétních potíží) a obsahují položky zaměřené na hodnocení dopadů obtíží na život lidí. Výsledky je těžké srovnávat či zobecňovat.

Dragomirecká (2006) dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra-priloha/nemoc-a-kvalita-zivota-273383> rozlišuje úrovně, ve kterých kvalitu života sledujeme a měříme:

1. Osobní úroveň – je spojena s posouzením osobní pohody a životní spokojenosti u zdravých i nemocných jedinců, v klinické praxi souvisí s plánováním a hodnocení poskytované péče.
2. Skupina – lidí, u kterých se měří kvalita života, je vymezena určitým společným znakem (onemocněním, životní situací). Na základě těchto údajů je možné hodnotit cílené komplexní skupinové programy. U skupin pacientů je toto měření kvality života ukazatelem efektu léčby.
3. Populace – údaje o její kvalitě života jsou východiskem při stanovování priorit zdravotní a sociální péče, tvorbě preventivních programů a při realizaci opatření ke zlepšení podmínek.

Jedním z dotazníků, kterým lze kvalitu života měřit a je dále popsán v tomto textu, je Dotazník životní spokojenosti (DŽS) – jeho autory jsou Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler (1986). Dotazník vznikl v rámci výzkumného projektu na pacientech s onemocněním srdce a krevního oběhu v roce 1986 v Německu. Původně jej tvořilo osm škál. Postupně byl doplňován a jeho současná podoba má deset škál. Zdraví; Práce a mzdy; Finanční situace;

Volný čas; Manželství a partnerství; Vztah k vlastním dětem; Vlastní osoba; Sexualita; Přátelé, známí a příbuzní; bydlení. Respondent má na výběr ze sedmi možností. Výsledkem je 10 skóre z jednotlivých škál a celková spokojenost jako jejich součet. Do celkového skóre se nezapočítávají škály Práce a zaměstnání; Manželství a partnerství; Vztah k vlastním dětem.

Metod, kterými se kvalita života měří, je velké množství. Křivohlavý (2002, s. 165) je dělí na tři skupiny:

- Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.
- Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba.
- Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

1. Metody měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba:

- APACHE II (Acute Physiological and chronic Health Evaluation systém) – Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu. Vážnost onemocnění se posuzuje podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. Předpokládá se, že existuje vyšší míra korelace mezi údajem o vážnosti nemoci a úmrtností pacientů. Celkové skóre se pohybuje v rozmezí 0-71 bodů a čím vyšší je číselný údaj, tím větší je pravděpodobnost úmrtí pacienta.
- Karnofskyho index – indexem vyjadřuje lékař svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k danému datu. Lékař hodnotí na škále 0-100% , 100% značí normální zdravotní stav pacienta bez potíží, 0% značí smrt.
- Vizuální škálování celkového stavu pacienta – jde o vidění kvality pacientova života spíše jako jeho celkového stavu, než souboru jeho zdravotních problémů. 10 cm dlouhá ve 45° stoupající úsečka, označená dvěma extrémy – celkový pacientův stav je velmi dobrý, celkový pacientův stav je mimořádně špatný.
- Symbolické vyjádření kvality života – normalizované hodnocení pacientova života. K vyjádření kvality života hodnotitel používá soustavu křížků. Čím více křížků (1-4), tím je horší kvalita pacientova života.
- Slovní vyjádření kvality života – Index kvality života pacienta, Kritéria kvality pacientova života podle W. O. Spitzera

Způsob hodnocení kvality života druhými lidmi vykazoval přes všechny snahy někdy až dosti značné rozdíly v tom, jak kvalitu života hodnotil sám pacient.

## 2. Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba:

- Při tomto způsobu hodnocení si nejprve člověk sám určí pro něj nejdůležitější aspekty, oblasti, dimenze, hodnoty či cíle svého života a vyjadřuje svou spokojenost s jejich naplněním.
- Metoda SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) – neklade předem kritéria, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co považuje za důležité. Pojetí kvality života je individuální, je závislé na vlastním systému hodnot daného jedince, aspekty života jsou hodnoceny jako závažné a zjišťuje se jejich důležitost.

## 3. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II:

- Podstatou tohoto způsobu zjišťování kvalit života je subjektivní hodnocení spokojenosti dotazovaného a předem určenými dimenzemi, doménami či oblastmi života.
- MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) – hodnotí se nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života. Zjišťuje se spokojenost:
  - S vlastním zdravotním stavem.
  - Sebepojetím (sel-concept).
  - Sociálními vztahy.
  - Rodinnými vztahy.
  - Bezpečnostní situací.
  - Právním stavem.
  - Životním prostředím.
  - Finanční situací.
  - Náboženstvím (vírou).

- Účastí na aktivitách volného času.
- Zaměstnáním – prací (školou).

Cílem autorů MANSÁ je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu jeví v dané chvíli. Podle toho jak vypadá celkový obraz kvality života daného člověka, je možné zaměřit účelně jemu určenou efektivní pomoc a péči o něj (Křivohlavý, 2002, s. 176).

## **1.5. Determinanty životní spokojenosti**

Levin, Chatersová (in Kebza, 2005, s. 87) uvádí: „Mezi determinanty úrovně osobní pohody řadíme zdravotní stav (health status), objektivní ukazatele činnosti a fyzických funkcí, subjektivní posouzení celkového zdraví, socioekonomický status, věk. Toto pojetí determinant osobní pohody demonstruje vzájemnou propojenost zdraví a osobní pohody a s ní související nebezpečí tautologického vymezování zdraví osobní pohodou a naopak.“

### **1.5.1. Sociodemografické faktory – pohlaví, věk**

- **Pohlaví**

Většina výzkumů neprokázala žádné rozdíly mezi pohlavími, na globální životní spokojenost nemá pohlaví vliv. Ve dvou výzkumech byli spokojenější muži, v jiném výzkumu ženy. (Fahrenberg, 2001, s. 8).

Taktéž celkové závěry Hamplové (2004, s. 28) hovoří o tom, že pohlaví životní spokojenost výrazně neovlivňuje. Muži a ženy vykazují stejnou životní spokojenost.

Ryffová, Singer (in Kebza, 2005, s. 89) zkoumali vliv pohlaví na úroveň osobní pohody. Shrnutí výsledky shodující se ve všech jimi analyzovaných studiích, z nichž vyplývá, že ženy posuzují pozitivněji než muži své vztahy s druhými a svůj osobní rozvoj.

Výzkum životní spokojenosti u tří věkových skupin mužů a žen prováděl Lašek (2003, s. 221): „ Ve skupině mužů byly zjištěny významné rozdíly v oblasti sebeúcty - nejmladší muži jí mají nejvíce, nejstarší nejméně a radosti ze života, kde tuto skutečnost udávají nejvíce muži středního věku, nejnižší pak muži nejmladší. U žen bylo zjištěno, že se významně liší v pozitivním postoji k životu: nejvyšší mají ženy středního věku, nejnižší ženy nejstarší. V sebeúctě - nejvyšší nejmladší ženy, nejnižší nejstarší. V úrovni depresí – nejnižší mají ženy středního věku, nejvyšší ženy nejstarší. V radosti ze života – nejvíce ji pociťují ženy středního věku, nejméně ženy nejstarší.

- **Věk**

Souvisí životní spokojenost s věkem? Hamplová (2006, s. 16) uvádí, že lze očekávat pozitivní i negativní souvislost. Někteří autoři argumentují tím, že starší lidé vedou řádnější život, méně riskují, vyhýbají se fyzickým konfliktům, pijí méně alkoholu, jsou spokojenější se svým zaměstnáním, bývají ve vyšších pozicích a mívají vyšší příjmy. Méně riskantní životní styl a životní zkušenosti by napovídaly, že starší lidé budou spokojenější než mladší lidé. Ovšem s přibývajícím věkem přibývají i fyzické i psychické problémy. Některé studie mluví o tom, že negativní důsledky stárnutí převyšují nad pozitivními a že životní spokojenost klesá s věkem.

Celková životní spokojenost a celková spokojenost s rodinou klesá s přibývajícím věkem, potvrzuje Hamplová (2004, s. 22).

Lašek (2003, s. 221) ve své studii uvádí významné rozdíly v oblasti pozitivního postoje k životu. Nejvyšší hodnoty dosahují respondenti středního věku obou pohlaví, nejnižší nejstarší respondenti obou pohlaví. V oblasti somatických potíží dosahují nejvyšších hodnot respondenti středního věku, nejmenších respondenti nejmladší. Radost ze života nejvíce prožívají obě pohlaví středního věku, nejméně shodně nejmladší i nejstarší jedinci.

„Množství problémů, somatické obtíže, deprese a radost ze života nejsou závislé na věku, resp. v jejich výskytu nehraje věk roli; tyto více situační prvky životní spokojenosti mohou narůst, nebo se zmenšovat během krátké doby spíše ve formě krátko – či dlouhodobých zážitků a jejich důsledků ne v závislosti na dosaženém věku.“ (Lašek, 2003, s. 222).

Fahrenberg (2001, s. 9) zmiňuje, že čtyři studie žádnou závislost na věku neprokázaly, pět studií udávalo vyšší spokojenost ve vyšším věku, dvě uváděly nižší spokojenost s rostoucím věkem a další dvě více škálové vykazaly smíšené výsledky. Vychází tedy z předpokladu, že spokojenost v různých oblastech života se s věkem vyvíjí rozdílně. Celkově se ovšem zdá, že existuje trend k vyšší spokojenosti s přibývajícím věkem.

### **1.5.2. Mezilidské vztahy – rodina, zaměstnání**

Životní spokojenost souvisí nejen s tím, jak šťastní jsou lidé v rodině, ale i s tím, jak jsou spokojeni se svou prací. Problémy v práci ovlivňují nejen fyzické, ale i psychické zdraví a rodinnou pohodu. A naopak, problémy v rodině ovlivňují pracovní výkon.

Studie Priorové a Hayesové (in Kebza, 2005, s. 90) potvrdila pozitivní vztah mezi manželstvím a zdravím: lidé žijící v manželském vztahu vykazovali v průběhu celého výzkumu méně potřeb zdravotní a sociální péče než lidé žijící osaměle. V rámci souboru osaměle žijících osob byla zjištěna narůstající vulnerabilita ovdovělých žen starších 65 let a neprovdaných žen produktivního věku.

Diener (in Blatný, Dosedlová, Kebza, Šolcová, 2003, s. 85) zdůrazňuje, že globální životní spokojenost má úzkou souvislost s další kognitivní složkou osobní pohody, spokojeností v subjektivně významných oblastech života. Sem patří rodina, přátelé, zaměstnání, sociální postavení a ekonomický status.

„Výsledky týkající se rodinného stavu a sociální podpory jsou jednoznačné. Ve všech studiích bylo zjištěno, že osoby žijící s partnerem byly se svým životem spokojenější. Stejnou měrou to platí také pro osoby více sociálně podporované, ať už rodinnými příslušníky, nebo přáteli.“ (Fahrenberg, 2001, s. 10)

Se vzájemným projevováním citové náklonnosti, se sexuálním soužitím, se společným rozhodováním a se spokojeností s finančním hospodařením nejtěsněji souvisí spokojenost se soužitím v rodině (Plaňava, 2003, s. 391).



### **1.5.3. Socioekonomický status – povolání, příjem, vzdělání**

Ryffová, Singer (in Kebza, 2005, s. 89) konstatují, že s vyšší úrovní vzdělání se zvyšuje úroveň osobní pohody, a to zejména v dimenzi smyslu života. Zároveň uvádí, že s nižším postavením na společenském žebříčku klesá pravděpodobnost prožívání pocitu osobní pohody. Zajímavé jsou korelace mezi vzděláním a příjmem v českých podmínkách, byly dlouho nulové, neboť se v období socialismu jednotlivé příjmové skupiny lišily jen minimálně a ani v rámci těchto rozdílů nebylo vzdělání hlavním kritériem. Teprve ve druhé polovině 90. let se zde začíná objevovat relativně vyšší korelace pozitivní (Kebza, 2005, s. 89).

„Vysoký socioekonomický status, definovaný příjmem, vzděláním a povoláním, má zřetelně pozitivní vliv na životní spokojenost, přičemž obzvlášť těsná je souvislost mezi příjmem a pracovní spokojeností. Tato souvislost byla zjištěna téměř ve všech výzkumech.“ (Fahrenberg, 2001, s. 11)

Vzdělání je důležitým faktorem, který ovlivňuje životní spokojenost. Hamplová (2004, s. 16) hovoří o závěrech některých zahraničních prací. Podle nich vzdělanější lidé mají v průměru vyšší příjmy, což zvyšuje jejich životní standard a životní spokojenost. Lidé s vyšším vzděláním mívají vzdělání s vyšší prestiží a vyšší prestiž zvyšuje jejich životní spokojenost. Tito lidé mají vyšší pravděpodobnost, že si v případě ztráty zaměstnání snadněji najdou novou práci.

### **1.5.4. Kulturní rozdíly**

Fahrenberg (2001, s. 12) uvádí: „Kulturní rozdíly a hodnotové postoje s nimi spojené ovlivňují životní spokojenost. Citované výzkumy, z nichž je však reprezentativní pouze Herschbachova studie, dále ukazují, že k životní spokojenosti přispívají životní podmínky – příjem, sociální status.“

Meadows et al.(in Kebza, 2005, s. 91) zmiňuje výzkumy o dvou základních kulturách. Kultura individualistická – západní, kultura kolektivistická – východní. Pro studii použili socio-demograficky srovnatelné soubory z USA a Severní Korey. Osoby ze západního kulturního prostředí uváděly vyšší hodnoty pocitů osobní pohody.

## **1.6. Koreláty životní spokojenosti**

### **1.6.1. Osobnost**

Poslední dvacetiletí přineslo zvýšený zájem o osobnostní proměnné. Důvody zájmu o tyto proměnné vycházejí z faktu longitudinální stability životní spokojenosti a z teoretického předpokladu o emočních prožitcích jak faktoru primárně ovlivňujícím hodnocení vlastního života. Životní spokojenost vykazuje poměrně značnou stabilitu v čase, bylo zjištěno, že mezi nejlepšími prediktory současného hodnocení vlastního života se vždy objevuje životní spokojenost zjištěná v předchozím měření (Costa, McCrae, Zonderman in Blatný, Dosedlová, Kebza, Šolcová, 2003, s. 88). To znamená souvislost mezi dlouhodobou úrovní životní spokojenosti a stálými osobnostními charakteristikami.

Výzkum opakovaně prokázal, že extraverti a emočně stabilní osoby jsou spokojenější se životem, než introverti a osoby emočně nevyrovnané (Diener a kol. in Blatný, Dosedlová, Kebza, Šolcová, 2003, s. 89).

„Ve všech výzkumech byla prokázána podstatná souvislost mezi nespokojeností s životem a neuroticismem.“ (Fahrenberg, 2001, s. 13) Taktéž všechny studie k osobnostnímu typu extravertů dokládají souvislost s životní spokojeností. Extravertované, společenské osoby jsou s životem spokojenější než osoby introvertované.

### **1.6.2. Zdravotní stav**

Kebza (2005, s. 9) popisuje: „zdraví jako pojem, k němuž možno vztahovat řadu úrovní různých obsahů. Od zcela abstraktních („hlavní je zdraví“) po zcela konkrétní vztahující se ke zdravotnímu stavu člověka na individuální úrovni v určité situaci. Zdraví bylo ve všech kulturách kladeno na přední místa v hierarchii hodnot, neboť umožňuje nejenom naplnění života, dosažení a udržení stavu spokojenosti a štěstí, ale také plnohodnotné uplatnění ve společnosti. Ale vnímání a hodnocení zdraví se liší v různých populačních skupinách, neboť závisí na řadě okolností, mj. na věku, vzdělání a socioekonomickém statusu posuzovatelů.“

Fahrenberg (2001, s. 15) označuje zdravotní stav za patrně nejdůležitější faktor všeobecné životní spokojenosti. Očekává úzkou souvislost mezi spokojeností a subjektivními tělesnými obtížemi, což se ve všech studiích prokázalo. Také osoby, které trápí nějaké objektivní tělesné postižení či funkcionální omezení, jsou ve srovnání s osobami zdravými méně spokojené. Prokázal také, že nespokojení lidé častěji vyhledávají lékaře a častěji se také podrobují psychoterapii.

### **1.6.3. Životní zvyklosti**

V mnoha výzkumech bylo prokázáno, že aktivní trávení volného času (hobby, akce, spolky, fyzické aktivity) přispívá k životní spokojenosti. Chybějící kontrola jídelního chování a konzumu alkoholu, tabáku a drog se naopak pojí s vyšší nespokojeností, jak uvádí Fahrenberg (2001, s. 16),

## **2. Protektivní faktory**

### **2.1. Nezdolnost v pojetí SOC (sence of coherence)**

Profesor Aaron Antonovsky, izraelský sociolog věnující se medicíně, se zabýval neortodoxními otázkami zdraví a nemoci. Zajímaly ho sociální vlivy na zrod nemoci a udržení dobrého zdraví na druhé straně. Zaměřil se na salutogenezi, tj. hledání faktorů, které posilují zdravotní stav, usnadňují ozdravný proces v situaci nemoci a posilují zdraví (Křivohlavý, 1990, s. 512). Antonovskému nešlo o to, proč určitý člověk onemocněl, ale spíše o to, proč jiný neonemocněl, když se kolem něj prohnala epidemická vlna onemocnění. V tom spočívá studium nezdolnosti, toho „proč se někdo nedá“ za jinak stejně obtížných okolností.

Pojem je do české terminologie převáděn nejčastěji jako „smysl pro soudržnost“. „Tento SOC, charakterizující kompaktnost, soudržnost, kohesivitu atp. celkové životní orientace vyjadřuje, do jaké míry daná osoba má pohled a pocit důvěry v to, že dění v jejím vnitřním i vnějším světě je předvídatelné, zákonité a řízené určitým řádem, že existuje vysoká míra

pravděpodobnosti, že vše půjde dále tak, jak se dá rozumně očekávat.“(Křivohlavý, 1990, s. 513)

Křivohlavý (1990, s. 513) cituje Antonovského: „SOC je definován jako zobecněný, dlouhou dobu trvající způsob nazírání na svět a vidění vlastního života v něm. Má jak kognitivní, tak emocionální komponenty.“ Jde o bazální osobnostní strukturu člověka.

Antonovsky vycházel z vlastních poznatků týkajících se osob, vězněných v nacistických koncentračních táborech a na základě zjištěných rozdílů ve schopnosti čelit těmto extrémním podmínkám vyslovil předpoklad o třech hlavních složkách, které tvoří tento smysl pro soudržnost. Jeho koncepce je v literatuře považována za velmi inspirativní a stala se základem mnoha studií, sledujících vztah psychických dispozic ke zdraví a dalším proměnným (Kebza, Šolcová, 2008, s. 6).

Tři dimenze tvořící smysl pro soudržnost:

1. srozumitelnost (comprehensibility)
2. zvládnutelnost (manageability)
3. smysluplnost (meaningfulness)

### **2.1.1. Srozumitelnost (comprehensibility)**

Tato nejzákladnější dimenze se týká kognitivní stránky. Vyjadřuje dispozici chápat svět a vlastní místo v něm jako srozumitelný, poznatelný a uspořádaný celek, který funguje logicky, racionálně a s vysokou mírou předvídatelnosti (Kebza, Šolcová, 2008, s. 6).

Křivohlavý (1998, s. 84) rozlišuje kladný a záporný pól této dimenze:

1. Kladný pól – z hlediska vzdorování stresu a odolnosti k vyhoření. Daná osoba vidí celkový obraz světa a vlastní místo v tomto celku, celek i detaily jí dávají kognitivně dobrý smysl. V sociální oblasti jsou vztahy mezi lidmi chápány jako spíše přátelské.
2. Negativní pól – z hlediska zvládnání stresu a odolnosti vyhoření. Daná osoba vidí svět jako mozaiku nesourodých střípků, vše je chaotické, v celém dění neexistuje žádný

pořádek. Celkový obraz světa představuje velkou složitost a nepřehlednost. Sociální identifikace – poznání toho, kdo jsem – je téměř nemožná.

### **2.1.2. Zvládnutelnost (manageability)**

Zvládnutelnost vyjadřuje v návaznosti na srozumitelnost též schopnost ovlivňovat, kontrolovat a zvládat v tomto světě své životní role a cíle (Kebza, Šolcová, 2008, s. 6).

Křivohlavý (1998, s. 85) rozlišuje kladný a záporný pól této dimenze:

1. Kladný pól – z hlediska zvládání stresu a vzdorování vyhoření. Základem je povědomí o přiměřenosti vlastních sil a možností, tak možností a sil lidí kolem mne tam, kde jde o řešení dané situace. Jde o vysoký stupeň LOC (Locus of control – řízení vlastního chování z interních zdrojů).
2. Negativní pól – z hlediska boje se stresem a vyhořením. Dominuje představa nemožnosti zdolat úkol, z té pramení deprese, pocity úzkosti a strachu. Blízký je Rotterův externí LOC (představa, že vše je řízené z centrály mimo mne).

### **2.1.3. Smysluplnost (meaningfulness)**

Smysluplnost dotváří celek smyslu pro koherenci dispozicí chápat svou životní pozici a aktivitu jako hodnou úsilí o její pochopení a aktivní zvládání. Jde o úroveň nalezení smysluplnosti své existence (Kebza, Šolcová, 2008, s. 6).

Křivohlavý (1998, s. 83) rozlišuje kladný a záporný pól této dimenze:

1. Kladný pól – z hlediska vzdorování stresu a odolnosti k vyhoření. Člověk je přesvědčen, že problémy, které má, stojí za to, aby se jimi zabýval. Činnost sama mu dělá radost a on ji dělá rád.
2. Negativní pól – z hlediska vzdorování stresu a odolnosti k vyhoření. Tento pól je charakterizován odcizením, snížením kvality i kvantity sociální komunikace. Vede k zeslabení a ochuzování sociálních kontaktů a odumření emocionálních sociálních vztahů, tzn. člověk stojí stranou hlavního proudu dění.

## **2.2. Nezdolnost typu hardiness**

Mohapl (1992) uvádí, že u nezdolných osob se dá očekávat, že mají jasnou představu o svém hodnotovém systému, o svých cílech a schopnostech a že vykazují vysokou zaujatost svými záležitostmi – práce, rodina. Vykazují snahu adaptovat se spíše silově a cílevědomě. Mají pevné přesvědčení, že jejich existence je smysluplná a že určují svůj vlastní osud.

Pojmem „hardiness“ se rozumí být tvrdý, pevný, zdatný, houževnatý atd. Tímto termínem se označuje charakteristika, kdy člověk díky svému vlastnímu úsilí dovede houževnatě bojovat s obtížemi, s nimiž se v životě setkává. Křivohlavý (1991, s. 59) cituje Gentryho a Kobasovou, kteří o této charakteristice říkají, že je „aktivním zdrojem odporu pro lidi ve stresu.“

Kobasová se ve svých výzkumech zaměřila na vedoucí pracovníky střední sociální vrstvy, které rozdělila do dvou skupin. V první skupině byli jedinci, kteří prožili mnoho stresových životních událostí, ale nebyli nemocní. Druhou skupinu tvořili jedinci, kteří taktéž prožili mnoho stresových životních událostí, ale vykazovali vysokou nemocnost. Kobasová došla k závěru, že vyšší odolnost vůči rozvoji onemocnění je dána celkovou osobnostní dimenzí, kterou nazvala nezdolnost (hardiness).

Gentry a Kobasová (in Křivohlavý, 1991, s. 59) definují „hardiness“ jako amalgam tří různých osobnostních rysů:

1. ovládnání dění (control)
2. odevzdanost a oddanost, osobní angažovanost (commitment)
3. výzva (challenge)

### **2.2.1. Ovládnání dění (control)**

Jde o schopnost kontroly a řízení, tj. schopnost udržet vývoj událostí pod kontrolou, a to i v případě situací a událostí s nepříznivou charakteristikou vývoje (Kebza, Šolcová, 2008, s. 6).

Křivohlavý (1991, s. 60) rozlišuje kladný a záporný pól této dimenze:

1. Kladný pól – percipovaná schopnost řídit chod dění tváří v tvář různým životním situacím, mít na dění vliv a schopnost do určité míry řídit jeho běh. Řízení událostí není náhodné, vychází z životních plánů daného člověka.
2. Negativní pól – základní charakteristikou je pocit beznaděje, mírnější forma – pocit vlečení událostmi, na něž daná osoba nemá vliv. Prohloubení pocitu, že není nic platná snaha o změnu toho, co se děje.

### **2.2.2. Odevzdanost a oddanost, osobní angažovanost (commitment)**

Životní orientace, věrnost sobě a svým zásadám vyjadřuje důležitý předpoklad odolnosti plně se věnovat veškeré vykonávané činnosti (Kebza, Šolcová, 2008, s. 6).

Křivohlavý (1991, s. 61) rozlišuje kladný a záporný pól této dimenze:

1. Kladný pól – plné odevzdání se a oddání tomu, co člověk momentálně řeší, co dělá a co považuje za smysluplné a hodnotné. Tito lidé jsou hluboce zakořeněni v sobě a ve svých vztazích ke zcela konkrétnímu společenskému kontextu.
2. Negativní pól – odcizení (alienation), tj. odklon od života a všeho dění. Jde o nevykrytalizovanost hodnotového žebříčku, nerozhodnost a obecnou nedůvěru k lidem, věcem i hodnotám.

### **2.2.3. Výzva (challenge)**

Výzva je schopnost spatřovat v tlaku každodenních požadavků nikoli destruktivně působící zátěž a stres, ale spíše výzvu či příležitost ke změření sil ve smyslu sportovního utkání (Kebza, Šolcová, 2008, s. 6).

Křivohlavý (1991, s. 61) rozlišuje kladný a záporný pól této dimenze:

3. Kladný pól – představa dané osoby o tom, že je to spíše změna nežli setrvalý stav, což je charakteristikou jejich života. Změny v životě jsou chápány jako něco žádoucího, zajímavého a podněcujícího ke zdokonalení adaptivních forem.

4. Negativní pól – hlavní charakteristikou je „fatalismus“- obava a strach z toho, co bude, ze zásahu osudu.

#### **2.2.4. Empirické výzkumy**

Křivohlavý (1998, s. 86) zmiňuje výsledky prací, které ukázaly, že existuje vztah mezi touto osobnostní tvrdostí a určitými charakteristikami života lidí. V poslední době se objevují studie, které sledují vztah mezi nezdolností typu hardiness a syndromem psychického vyhoření. Potvrzuje se, že ti lidé, kteří jsou v této osobnostní dimenzi slabí a poddajní, častěji vyhoří. Charakteristika osobnostní tvrdosti a nepoddajnosti typu hardiness je tak dalším znakem lidí, kteří tak snadno psychicky nevyhoří.

První empirická práce Kobasové (in Křivohlavý, 1991, s. 62) ukázala, že je možné tímto způsobem prokázat vliv hardiness na zdravotní stav. Vedoucí pracovníci s vyšší mírou hardiness nebyli jen bezbrannými oběťmi hrozící změny, ale sami se aktivně podíleli na tom, co s nimi tato změna vykoná.

Ve světové i české literatuře byl potvrzen vztah odolnosti ve smyslu hardiness ke zvládnutí stresu a subjektivně hodnocenému zdraví, kdy lidé s vyšší úrovní nezdolnosti se cítili zdravější (Parkes in Kebza, 2005, s. 100).

### **2.3. Sociální opora**

„Vědomí, že druzí lidé jsou připraveni člověku pomoci, vytváří pocit sociální jistoty, která usnadňuje postoupení rizika a povzbuzuje člověka k tomu, aby se samostatně pokusil řešit problém, před nímž stojí.“ (Krause in Křivohlavý, 2001, s. 94)

Kebza, Šolcová (1999, s. 20) vysvětlují, že sociální integrace, sociální začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho pohody a zdraví. Díky sociálním vazbám k druhým osobám a společnosti je jedinci přístupná sociální opora, což je jakýsi sociální fond,



ze kterého může jedinec čerpat v případě potřeby. Jde o systém sociálních vztahů, jejichž prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostat nárokům a dosáhnout cílů.

Křivohlavý (1998, s. 91) cituje Cobba, který definoval sociální oporu jako „sdělení určené danému člověku, které ho vede k tomu, že ten pak věří, že někdo o něj má zájem, že se někdo o něho stará, že si ho někdo váží (cení a hodnotí ho kladně vzdor všemu, co bylo) a že tak on patří do sítě lidí, mezi nimiž panuje určitá sociální komunikace a vzájemnost pomoci.“

Křivohlavý (1998, s. 92) se také zmiňuje o sociální opoře jako o mimořádně důležitém faktoru při prevenci stresů, distresů a psychického vyhoření a při zvládnání těchto negativních jevů a terapii. Sociální a klinická psychologie popisuje tyto faktory jako tzv. „nárazníky“ (buffers), tj. brzdné síly, které tlumí prudké nárazy nepříznivých vlivů na daného člověka. Členové malé podpůrné skupiny mu pomáhají udržovat nebo dokonce i zlepšovat jeho fyzický, emocionální a mentální, případně i duchovní stav – tzv. „well-being“ (dobrý život).

Pinesová a Aronson (in Křivohlavý, 1998, s. 93) provedli výzkum, ve kterém se ukázalo, že míra sociální opory je přímo úměrná intenzitě rozvití příznaků syndromu vyhoření. Ti lidé, kteří mají silnou sociální oporu ve svém životě, mají relativně nejméně příznaků psychického vyhoření. Zde je jejich členění funkcí sociální opory:

1. Naslouchání
2. Potřeba sociálního zrcadla
3. Uznání
4. Povzbuzování
5. Soucítění – empatie
6. Emocionální vzpruha
7. Prověřování stavu světa
8. Dělbá práce
9. Spolupráce
10. Přejný prosociální postoj a nezištná pomoc

Výsledky této studie prokázaly, že jako nejvýše hodnocená se ukázala funkce číslo 1., tj. naslouchání. Všechny funkce sociální opory byly hodnoceny kladně, což znamená, že jsou považovány za důležité v rámci prevence emocionálního vyhoření. Také se ukázalo, že všech funkcí sociální opory si váží lidé tím více, čím více jsou ohroženi emocionálním vyhořením.

V knize Psychologie zdraví uvádí Křivohlavý (2001, s. 97) čtyři druhy sociální opory:

1. Instrumentální opora
2. Informační opora
3. Emocionální opora
4. Hodnotící opora

Křivohlavý dále zmiňuje, že se dostáváme do těžkých situací, které máme řešit. Při řešení nám může mnohé pomoci. Některé pomáhající věci jsou přímo v nás, v naší osobnosti - naše schopnosti řešit těžké situace, znalost strategií zvládnání nebo naopak naše zranitelnost (vulnerabilita).

Jiné jsou oproti tomu mimo nás. To, jak budeme danou těžkou situací řešit, závisí na sociálně-ekonomickém stavu, v němž se nacházíme nejen my, ale i společnost, v níž žijeme. Sociální opora mu může být pomocí buď přímou, nebo nepřímou – ovlivní jeho způsob zvládnání těžkosti (nemoci, stresové situace, prožívané katastrofy apod.) Sociální opora je Křivohlavým popisována jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů moderujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka, na jeho pohodu (well-being) a na kvalitu života

#### **2.4. Sebehodnocení (self-esteem)**

Sebepřijetí můžeme definovat jako internalizovaný citový vztah druhých k vlastní osobě, čímž vyjadřuje hodnocení z hlediska sociální žádoucnosti, přijatelnosti a hodnoty. Sebepřijetí vlastně znamená to, jak člověk přijímá sám sebe, nakolik je sám se sebou v souladu či v rozporu, jak se má či nemá rád, jak si sám sebe váží, jak proti sobě vzdoruje a protestuje, stydí se za sebe, cítí se provinile, zda a nakolik je tím, kým by chtěl nebo naopak nechtěl být. Ve výsledku jde o vztah člověka se sebou samým, jak se člověku se sebou samým žije a jakým je sám sobě partnerem. A právě z toho, jak člověk sám sebe přijímá, vychází jeho hodnocení o sobě.

„Self-esteem“ je anglický termín u nás znám jako sebeocenění či sebehodnocení. Hartl a Hartlová (2000, s. 523) definují: „Sebeocenění je hodnota, jakou jedinec přisuzuje sám

sobě.“ Může být vysoké nebo nízké, neuroticky kolísající či nejisté a vyvíjí se prostřednictvím hodnocení, které dítěti poskytují rodiče a další klíčové osobnosti.

Křivohlavý (2004, s. 171) uvádí, že zjednodušený pohled se dívá na self-esteem jako na zvažování hodnoty vlastní osoby. Jde o to, co se oceňuje, o které hodnoty nám jde. Kdo zde stanoví, co bude považováno za důležité a „hodnotné“? V určitých kruzích je to společnost, daná kultura, která může oceňovat např. míru společenského úspěchu, danou bohatstvím či dosaženým stupněm na společenském žebříčku. Takto je to v kulturách, které upřednostňují individualismus a soupeření. Falešně se nám také může stát self-esteem měřítkem toho, jak je člověku „dobře“.

Rosenberg (in Blatný, Osecká, 1997, s. 314) popisuje sebepojetí jako strukturu znalostí o sobě. Tato struktura obsahuje dimenze deskriptivní a dimenze hodnotící. Fenomenologickým obrazem hodnotících aspektů já je vysoké nebo nízké sebehodnocení. Sebehodnocení tak může být chápáno jako relativně samostatná složka sebepojetí. Vyjadřuje celkový obraz o hodnotě vlastního já, kterou si lidé v průběhu života vytvářejí.

Vědomí vlastní ceny ovlivňuje zpětně obsah sebepojetí. Greenwald, Belleza a Banaji (in Blatný, Osecká, 1997, s. 314) uvádějí, že vysoké sebehodnocení kladně koreluje s počtem emočně pozitivních výpovědí o sobě v různých oblastech sebezpoznání. Sociální úzkost je spojena s nízkou produkcí znalostí o vlastním já.

Campellová (in Blatný, Osecká, 1997, s. 314) ve svých výzkumech zjistila, že lidé s vysokým sebehodnocením mají jasně definovaný obraz já, který je opřený o větší extremitu a jistotu v sebeuposuzování.

Za produkt sociálního učení v procesu interakce osoba – svět je tradičně považováno sebepojetí. Sebehodnocení je jako jedna ze složek sebepojetí chápáno jako výsledek sociálního srovnávání a sebeuposuzování na základě pozorování vlastní činnosti (Markus, Wurf in Blatný, Osecká, 1994, s. 481).

„V současné době je sebehodnocení spojováno převážně s negativní emotivitou. Emoce není tedy chápána jako důsledek sociálního usuzování, naopak, ovlivňuje posuzování ostatních lidí i sebe, i posuzování ostatních lidí k sobě.“ (Campellová, Fehr in Blatný, Osecká, 1994, s. 482)

Pro sledování vztahu k sobě vytvořil Rosenberg škálu sebehodnocení. Škála byla původně koncipována jako jednodimenzionální, ale při faktorové analýze se v ní vydělují dva faktory. Jeden faktor je tvořen pozitivně formulovanými položkami, druhý faktor negativně formulovanými položkami. Například Stolin (in Osecká, Blatný, 1997, s. 481) se domnívá, že jde o sebeúctu a sebesnižování.

Blatný a Osecká ve svém výzkumu analyzovali strukturu Rosenbergovy škály sebehodnocení u univerzitních studentů a zjistili, že sebehodnocení v tomto souboru je dvojdimenzionální až třídimenzionální. Izolovali pozitivní a negativní složku sebehodnocení, které jsou tvořeny pozitivně, resp. negativně formulovanými položkami. Jako třetí faktor se vyděluje z pozitivně formulovaných položek složka založená na srovnání s druhými lidmi (Osecká, Blatný, 1997, s. 482).

### 3. Smrt

*„Smrt. Tou nejzřejmější, nejsnáze představitelnou základní záležitostí je smrt. Ted' existujeme, ale jednoho dne existovat přestaneme. Smrt přijde a není před ní úniku. Je to strašná pravda a my na ni reagujeme smrtelnou hrůzou. Klíčovým existenciálním konfliktem je napětí mezi vědomím nevyhnutelnosti smrti a přáním nadále existovat.“*

*Irvin D. Yalom*

Moderní medicínskou definici smrti stanovila v roce 1968 komise harvardské lékařské fakulty, která dospěla k závěru, že člověk je „z právního hlediska mrtev, jestliže došlo k nevratnému zániku všech mozkových funkcí včetně funkcí mozkového kmene.“ (Largo, 2008, s. 411).

Z lékařského hlediska, uvádí Vokurka a Hugo (2000, s. 408): „je smrt stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídicích krevní oběh a dýchání. Zánik jedince, u něhož vymizí známky života a jeho funkce.“ Smrt mozku se prokazuje pomocí EEG a arteriografie mozkových tepen.

„V běžné nemocniční praxi se definitivní smrt konstatuje tehdy, jestliže se v průběhu resuscitace neobnoví spontánní činnost srdce.“ (Hanuš in Baštecká, 2003, s. 154).

Haškovcová (2000, s. 74) popisuje smrt jako individuální zánik organismu, tedy také člověka. Rychlost skonu je různá, proto rozlišuje smrt náhlou, rychlou a smrt pomalou. Smrt avizovaná se v relativně dlouhém čase ohlašuje prostřednictvím nejrůznějších obtíží. Umírající strádá a jeho okolí má čas připravit se na extrémní ztrátu. Podle toho, ve kterém věku smrt přichází, rozlišujeme smrt předčasnou nebo přiměřenou, tzn. v pozhnaném věku.

Se skutečností, že lidé jsou si vědomi konečnosti svého bytí, psychologie spojuje důležité vlastnosti lidské psychiky. „Nejde jen o holý biologický fakt, že organismus umírá a ukončuje tak naši životní cestu. Člověk o smrti také předem ví, tímto uvědoměním platí za uvědomělou existenci, za svou tvořivost, za štěstí, jímž je lidský vztah, za řeč a poezii a za všechno, co zakládá jeho lidství. A toto vědomí smrti zároveň hluboce ovlivňuje – ať chceme nebo nechceme – všechno naše jednání, cítění a myšlení.“ (Říčan, 2004, s. 363).

Haškovcová (1975, s. 159) hovoří o tom, že lidský život nemůže být definován beze smrti. Smrt k němu patří, od začátku až do konce. Člověk nemůže volit své zrození ani svoji nesmrtelnost. Smrt je něco, co je naprosto skutečné, jedna z mála fakticit, která je v životě jistá.

### **3.1. Základní pojmy**

#### **3.1.1. Umírání**

„Každé umírání znamená loučení. Loučení se vším, co měl člověk rád, a se všemi, které měl rád.“ (Haškovcová, 2000, s. 24).

Haškovcová (1985, s. 294) zmiňuje pojem umírání jako synonymum terminálního stavu. Dochází k postupujícímu nezvratnému selhávání životně důležitých funkcí, jehož výsledkem je zánik individua. Lze říci, že terminální stav je faktickým umíráním, tedy procesem, kdy se

kruh života svírá a postižený člověk je v situaci extrémního osamění, které vnímá málo nebo téměř vůbec ne.

Umírání je jednou z nejvýraznějších změn stavu v lidském životě (Baštecká, 2003, s. 270). Někdy bývá přirovnáván k porodu, protože v obou případech jde o velký a nebezpečný přechod, který na jedné straně vede ke vzniku poznatelného života, na druhé straně k jeho zániku. Baštecká (2003, s. 270) popisuje dobré umírání babičky Boženy Němcové:

- Člověk si plně uvědomuje, že zemře, a je se smrtí smířen.
- Má čas uspořádat si dny, které mu zbývají.
- Smíří se se životem, Pánem Bohem a s lidmi.
- Uvede do pořádku majetek a vztahy.
- Nemá bolesti, jen postupně slábne.
- Je obklopen rodinou.
- Zemře, jako když usne.

Umírání je podle Psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2000, s. 654) proces končící smrtí. Popisují pět stádií umírání Elisabeth Kübler-Rosové:

1. Popření a vytěsnění – obrana proti šokující zprávě, dává čas přijmout jiné, méně vyhraněné obrany.
2. Hněv – pocity vzteku a nenávisti proti komukoli a čemukoli v okolí, v okamžiku, kdy situaci nelze popřít.
3. Smlouvání - nemocný se snaží získat ústupky, oddálení, za nejrůznější sliby.
4. Deprese – hluboký zármutek jako určitá předehra k tomu, co se stane dále.
5. Smíření – dochází k němu, pokud nemocný cítí určitou podporu ze strany okolí, přičemž nejde o rezignaci a vzdávání se.

Pattison v roce 1977 (in Hartl, Hartlová, 2000, s. 655) uvedl jiná 3 stádia umírání:

1. Akutní krize – nesmírná úzkost při vědomí nevyhnutelnosti smrti.
2. Chronická, žití/umírání – lítost nad obrovskou ztrátou.
3. Terminální – stažení se do sebe, rezignace, přijetí osudu.
- 4.

### **3.1.2. Mozková smrt**

Do poloviny 20. století byl člověk prohlášen za mrtvého, pokud jeho srdce a plíce přestaly pracovat, nereagoval-li na žádné podněty z vnějšku a pokud měl povolenou čelist a otevřené oči (Mumford, 1999, s. 19). Kolektiv autorů (2009, s. 291) popisuje, jak se v 50. a 60. letech 20. století lékařům podařilo pomocí dokonalejších technologií intenzivní péče stvořit „živou mrtvolu“, mrtvého člověka s bijícím srdcem. Dýchací přístroj umožňuje dodávání okysličené krve do srdce, které díky tomu nadále pumpuje krev do mrtvého mozku. Dřívější důraz na nevratnou zástavu krevního oběhu jako příčinu smrti se díky tomu přesunul na nevratnou ztrátu vědomí spojenou se stejně nevratnou zástavou dechu. Potřebnou a postačující podmínkou pro stanovení smrti jedince je tedy „smrt mozku“, resp. mozkového kmene. Ten se nachází ve spodní části mozku, v oblasti krční části míchy. Udržuje základní tělesné funkce nezbytné pro život – jako je činnost srdce, krevní tlak a dýchání – a také udržuje bdělost, tj. vědomí (Kolektiv autorů, 2009, s. 289).

Vokurka, Hugo (2000, s. 408) uvádí: „Smrt mozku s nevratným poškozením jeho funkcí může nastupovat již po pěti minutách, během nichž je mozek bez kyslíku. Postižený je v hlubokém bezvědomí, nereaguje na podněty, vymizí základní reflexy.“ Mozková smrt se prověřuje pomocí EEG a arteriografie mozkových tepen. Její stanovení je zodpovědnou záležitostí a bývá důležité z hlediska dárcovství orgánů, které díky možnému udržování krevního oběhu a dýchání nebývají poškozeny.

### **3.1.3. Sociální smrt**

Sociální smrt je stav, kdy došlo k částečnému odumření mozku, jeho vyšších součástí, zatímco nižší části řídící krevní oběh a dýchání jsou zachovány. Postižený jedinec sám dýchá a má zajištěn i oběh krve, ale ostatní funkce má velmi poškozené až zničené. Jedná se především o funkce rozumové a komunikaci s lidmi (Vokurka, Hugo, 2000, s. 408).

Kolektiv autorů (2009, s. 289) uvádí, že jde o tzv. „trvalý vegetativní stav“, trvalé bezvědomí, kdy jsou nevratně poškozeny mozkové hemisféry, zatímco mozkový kmen, odolnější vůči anoxii, je zachován. Pacient samovolně dýchá, polyká, reaguje na bolest, je bdělý, občas má otevřené oči, ale svým chováním nevykazuje žádné známky vědomí. Tento stav může trvat i celé roky. O omezení léčby rozhoduje lékař, což zpravidla vede k rozporu s rodinnými

příslušníky, kteří chtějí léčbu zachovat i přes to, že je pacient v terminálním stádiu. Tyto sporné situace může řešit etická komise nemocnice.

Podle Vágnerové (2007, s. 433) může skutečné biologické smrti předcházet smrt sociální. U dlouhodobě hospitalizovaného člověka ve vážném zdravotním stavu dochází ke ztrátě většiny sociálních rolí a kontaktů. Člověk je za takových okolností někdy považován za mrtvého dříve, než skutečně zemře.

### **3.1.4. Klinická smrt**

„Klinická smrt je zástava činnosti srdeční a dechu, mozku až po několika minutách nedostatku kyslíku. Vždy spojená s otázkami filozofickými a etickými.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 546)

Některé výzkumy ukazují, že přibližně 20 % jedinců, kteří jsou úspěšně resuscitováni, se vrací zpět do života s příběhem, zážitkem změněného stavu vědomí. Blackmorová (1993, s. 15) popisuje Near Death Experience (NDE) - prožitek blízkosti smrti, který uvádějí někteří lidé po prodělání klinické smrti. Není vědecky prokázán, hovoří o něm však takové množství lidí, že jej lékařská obec nemůže ignorovat, a tak se její skeptičtější část alespoň pokouší jej vysvětlit přirozenými jevy. NDE se v základních rysech shodují po celém světě, to však může potvrdit existenci posmrtného života, stejně jako jeho iluzornost, jelikož všichni máme stejné mozky, hormony a nervovou soustavu.

Prožitek blízkosti smrti často vykazuje společné znaky (Kolektiv autorů, 1992, s. 24):

- Zážitek opuštění těla a vznášení se nad ním z pozice nezúčastněného vnějšího pozorovatele.
- Postupné zalévání blaženými pocity míru a klidu.
- Vstup do tmy, většinou do tunelu, kterým dotyčný proletí neuvěřitelnou rychlostí k oslnivému světlu, někdy s vidinou postavy, která v něm stojí a vítá jej.
- Okamžitý přehled celého dosavadního života.
- Klid a připravenost vstoupit do světla, nechť vrátit se.
- Výskyt určité hranice (voda, mlha, dveře, plot, čára).



- Odbourání strachu ze smrti díky tomuto zážitku, který je zároveň považován za nejvýznamnější v životě.
- Nevyjádřitelnost prožitku.

Lidem, kteří NDE prožili a kterým změnila život, ale je asi nakonec lhostejné, zda šlo o halucinaci nebo skutečnost. Pro ně byla dost skutečná na to, aby jim otevřela oči, dala jim naději a zbavila je strachu.

### **3.1.5. Náhlá smrt**

Onemocnění srdce a cév jsou nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích. Kautzner popisuje, že „nejdramatičtější formou úmrtí je náhlá srdeční smrt (NSS). Z klinického hlediska se obvykle za náhlou smrt považuje úmrtí z přirozených příčin, které se vyskytne do 1 hodiny od vzniku symptomů. Je-li nemocný nalezen mrtev, smrt se považuje za náhlou, pokud byl příslušný jedinec v průběhu předchozích 24 hodin živ a bez potíží.“ Dostupné na: <http://www.ikem-kardiologie.cz/pro-pacienty/co-u-nas-lecime/nahla-srdecni-smrt.html>.

Na základě zkušeností získaných záznamem EKG při resuscitacích se předpokládá, že většina náhlých úmrtí je důsledkem závažných srdečních arytmií jako je fibrilace komor.

### **3.1.6. Terminální stav**

Období selhávání základních životních funkcí – dýchání a krevního oběhu, směřující ke smrti (Vokurka, Hugo, 2000, s. 437).

Haškovcová (2002, s. 204) uvádí: „Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt. Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání však v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav.“

### 3.1.7. Eutanázie

Vokurka, Hugo (2000, s. 115) popisují eutanázii jako usmrcení pacienta s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení. V ČR je zakázána.

Eutanázii lze rozdělit na aktivní a pasivní (Haškovcová, 2000, s. 104):

1. Aktivní eutanázii většina lidí chápe jako smrt z milosti, akt vykoná lékař u nevléčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní uvážlivou a svobodnou žádost. Důraz je kladen na aktivní roli lékaře, odtud název strategie přeplněné stříkačky. O eutanázii nevyžádané mluvíme v tom případě, kdy pacient není schopen validním a předepsaným způsobem o eutanázii požádat, lze však předpokládat, že kdyby mohl, s eutanázií by souhlasil. Eutanázie nedobrovolná je nevyžádaná a nechtěná. Rozlišit od sebe poslední dvě uvedené je v některých případech nemožné.
2. Pasivní eutanázie je odnětí nebo přerušení léčby, bývá označována jak strategie odkloněné stříkačky. Dochází k ní pokud již byly vyčerpány všechny dosažitelné formy pomoci.

Zvláštní formou eutanázie je asistovaná sebevražda. Nevléčitelně nemocný, který strádá bolestmi, jeho onemocnění má špatnou prognózu, žádá lékaře o pomoc, případně o konkrétní prostředek k realizaci odchodu ze života. Akt ukončení života nevykoná lékař, ale pacient sám za jeho asistence.

Prenatální eutanázií jsou označovány interrupce ze sociálních důvodů.

Sociální eutanázie hovoří o tom, že by bylo mravné, spravedlivé a žádoucí, aby každý občan obdržel kdykoli a kdekoli takovou péči, která odpovídá současným poznatkům vědy a špičkové medicíny. Praktické zkušenosti jsou ovšem jiné, lidem se dostává redukováne péče, a to s ohledem na omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje (Haškovcová, 2000, s. 105).

Hodně lidí se shoduje v názoru, že milosrdné ukončení života za nesnesitelné trýzně a bolesti je čin humánní, nicméně jen málokdo je ochoten stát se vykonavatelem tohoto milosrdenství. Většina států legalizaci eutanázie odmítá kvůli její zneužitelnosti. Uzákoněnou beztrestnost eutanázie má Holandsko, v České republice je eutanázie i asistovaná sebevražda trestným činem (Haškovcová, 2002, s. 224).

### **3.1.8. Sebevražda**

Hartl, Hartlová (2000, s. 525) vysvětlují sebevraždu jako poruchu pudu sebezáchovy. Jde o úmyslné ukončení vlastního života, obvykle jako reakce na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života. Vyskytuje se u duševních onemocnění, u dětí z chorobného strachu před trestem nebo hněvem rodičů, v pubertě nešťastná láska, později neschopnost řešit konflikty. Dělí sebevraždu na:

1. Autoagresivní – drasticky provedená, chápána jako sebetrestající čin, často duševní onemocnění.
2. Bilanční – racionální čin, únik z neřešitelné situace, smrt přináší výhodu rodině či celku.
3. Kryptogenní – jedinec má úmysl zemřít, ale volbou způsobu smrti to utajuje.
4. Rituální – jako výraz poslušnosti sektě, většinou hromadná, ve snaze předejít ohlášený den zkázy světa.

## **3.2. Smrt jako motivační činitel**

### **3.2.1. Motivace**

Všechno, co člověk dělá a jak se chová, má nějaké pohnutky. Otázkou je, proč se chová právě takovým způsobem. Abychom tomu porozuměli, musíme se zabývat pohnutkami lidského chování nebo jednání. Motivace označuje všechny podněty vedoucí k určitému chování. Slovo motivace je odvozeno z latinského *movere*, což znamená hýbat, pohybovat. Psychologický slovník definuje motivaci jako „intrapyschický proces zvýšení nebo poklesu

aktivity, mobilizace sil, energizace organismu; projevuje se napětím, neklidem, činností směřující k porušení rovnováhy.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 328)

Motiv popisují Hartl a Hartlová (2000, s. 327) jako pohnutku, příčinu činnosti, jako jednání člověka zaměřené na uspokojení určité potřeby. Síla motivu ovlivňuje intenzitu a kvalitu chování. Projevuje se vytrvalostí, důkladností a rázností. Síla motivů určuje, kterou činnost provedeme jako první a kterou odložíme na pozdější dobu (Plháková, 2003, s. 319).

Homola (1977, s. 11) považuje motivaci za hypotetickou konstrukci. Říká, že ji nelze přímo pozorovat, a že se odvozuje z různých projevů lidí a ze změn v jejich chování. Lidé jednají různě ve stejných situacích nebo také stejně v různých situacích. To se dá vysvětlit různými pohnutkami, motivy, které se u těchto jedinců nabízejí.

„Vyjdeme-li ze základních parametrů chování, které jsou v relaci k otázce, proč se individuum chová tak, jak se chová, můžeme motivaci označit za proces, který určuje směr, sílu a trvání chování. Současně je však nutné poukázat na rozdíl pojmů motivace a motiv, neboť první vyjadřuje proces a druhý hypotetickou dispozici k tomuto procesu.“ (Nakonečný, 1995, s. 75)

Plháková (2003, s. 319) definuje motivaci jako souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního. Některé motivy se neprojevují zvýšenou aktivitou, projevují se tím, že buď chceme něco získat, nebo se pokoušíme něčemu vyhnout. Při zkoumání motivace psychologové pátrají po příčinách lidského chování a prožívání.

Lidské motivy, podle Plhákové (2003, s. 320), dělíme do čtyř velkých okruhů:

1. Sebezáchovné motivy – mají jasný biologický základ.
2. Stimulační motivy – potřeba optimální úrovně aktivace a variabilních vnějších podnětů, jsou pravděpodobně vrozené, protože jejich uspokojování je podmínkou optimálního „neporuchového“ psychického fungování.
3. Sociální motivy – regulují a ovlivňují mezilidské vztahy.
4. Individuální psychické motivy – hledání životního smyslu, obrana sebepojetí, potřeba svobodně se rozhodovat a jednat.

Svébytným problémem je motivace agresivního chování, sociální a individuální motivy se formují v rámci celkového mentálního vývoje pod vlivem společenských tlaků.

V roce 1954 vydal Abraham Maslow knihu „Motivace a osobnost“, ve které uvedl hierarchii potřeb. V oblasti fyziologických pohnutek používá pojem potřeba jako synonymum pro drive, dalšími synonymy jsou touha a motiv. Předpokládá, že jádro lidských potřeb je determinované, ovšem s vrozenými potenciály dalšího rozvoje a formování vnějšími vlivy. Člověk má přitom možnosti, které nenalzáme u jiných živočišných druhů – seberealizace či sebeaktualizace. Nosná teorie motivace by měla vycházet především ze zkoumání zdravých a silných osob (Plháková, 2003, s. 368).

Maslowova pyramida potřeb:

1. Fyziologické potřeby – žízeň, hlad, sex, spánek, jsou homeostatické.
2. Potřeby bezpečí – jistota, stabilita, spolehlivost, osvobození od strachu, úzkosti a chaosu, potřeba struktury, pořádku, zákona, mezí, silného ochránce.
3. Potřeby lásky, náklonnosti, sounáležitosti – potřeba někam patřit.
4. Potřeby uznání – potřeby dosažení úspěšného výkonu a prestiže.
5. Potřeby seberealizace – třída potřeb, která se týká žádosti člověka po sebenaplnění, jeho tendence uskutečnit své možnosti. Patří sem potřeby vědění, porozumění a estetické potřeby.

První čtyři úrovně hierarchie souhrnně označuje jako nedostatkové neboli deficientní (D – potřeby). Fungují na principu udržování vnitřní tělesné nebo psychické rovnováhy - dělí je na vyšší a nižší:

- Nižší – fyziologické potřeby a potřeby bezpečí
- Vyšší – potřeby lásky, sounáležitosti a uznání – duševní pohoda, rozvoj osobnosti jedince. Také ony fungují na principu redukce napětí, které jedinec pociťuje, nejsou-li uspokojeny - “černé díry“ žádající naplnění.

Pátá úroveň – potřeby seberealizace se od deficientních zásadně liší. Jedná se o růstové potřeby, s jejichž uspokojováním se intenzita nesnižuje, ale spíše roste, Maslow (in Plháková, 2003, s. 369) je označuje jako metapotřeby, metamotivaci či potřeby bytí (B – potřeby).

Neuspokojené potřeby nižší úrovně vždy zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými potřebami úrovně vyšší. Teprve když je nižší potřeba ratifikována, může dominovat vyšší potřeba. Bezpečí je nadřazenější či silnější, víc tlačící, vitálnější potřeba než např. láska a potřeba potravy je obvykle silnější než obojí. Seberealizace teda vyžaduje gratifikaci všech ostatních potřeb: „zdraví lidé měli dostatečně uspokojené základní potřeby bezpečí, spolupatičnosti, lásky, úcty a sebeúcty, takže jsou primárně motivovaní ve směru sebeuskutečňování.“ (Maslow, 2000, s. 54)

Chování motivované systémem potřeb vede k instrumentálnímu chování, tedy k akcím, jimiž se vypořádáváme s vnějšími i vnitřními tlaky (coping acts). Potřeby se mohou projevit také expresivním chováním, které však nevede k jejich uspokojení.

Dva typy hodnot:

1. D – hodnoty
2. B – hodnoty – potřeby bytí, upokojevaním metapotřeb se realizují hodnoty bytí (krása, dobrota, hravost, pravda a soběstačnost). Maslow (2000, s. 102) uvádí, že pozoruhodnou B-hodnotou je bez úsilí, což je lehkost, nepřítomnost námahy, snažení nebo náročnosti, milost, dokonalé, překrásné fungování.

### **3.2.2. Motivace a smrt**

Každý z nás se někdy setkal se smrtí. Ať už ve vlastní rodině, ve svém okolí nebo v médiích. Na každého člověka setkání se smrtí působí jinak. Jeden bere smrt jako součást životního koloběhu a nijak zvlášť se nad ni nepozastavuje, druhý, se smrti bojí, třetího motivuje k tomu, aby se dozvěděl něco víc o tom, co může po ukončení života následovat. Dle mého názoru si v přímé konfrontaci se smrtí lépe povedou ti lidé, kteří se se smrtí nesetkávají poprvé, mají pozitivní nebo negativní zkušenost. Mohou to být ti lidé, kteří se považují za věřící a lidé, které dřívější setkání se smrtí motivovalo ke změně vlastního života. Motivovalo ke změně ve smyslu pozitivním. Jako příklad můžeme uvést založení organizace na podporu léčby leukémie, pokud mi na tuto nemoc zemřelo dítě nebo charitativní akce na podporu léčby rakoviny prsu, vytváření programů pro věkovou skupinu 18-25 let na téma „Bezpečná jízda“ v případě, že se člověk dostal do kontaktu se smrtí v souvislosti se silničním provozem. Motivace v negativním smyslu může znamenat naprostý rozklad osobnosti, který může vést

v nejzazších situacích k sebevražednému jednání. Jako příklad můžeme uvést úmrtí dítěte, kdy matka nechce dál žít bez něj.

V příbězích krásné literatury jsme svědky charakterových proměn mnoha hlavních hrdinů, kdy při konfrontaci se smrtí v její nejsiřší podobě, dochází ke změně postojů a přesvědčení, př. Inkviziční procesy, totalitní Rusko. Dále nás také dějiny učí, že i historicky doložené osobnosti, pokud jsou silně motivovány svým přesvědčením, své rozhodnutí ani pod hrozbou smrti nezmění., jako příklad můžeme uvést G. Bruna či J.Husa. Hranice mezi tím kdy člověk je smrtí motivován, ať ke změně či obhájení svých názorů, je velmi tenká a širší pojednání si patrně zaslouží na poli filozofickém, jak pravil klasik – teprve smrt dá životu smysl. Co je smyslem života? To je nejspíš jedna ze základních otázek filozofie, na kterou se nedá jednoznačně odpovědět.

Křivohlavý (2006, s. 42) uvádí, že samotné slovo „smysl“ má podle slovníku spisovné češtiny několik významů. Často se tímto slovem rozumí myšlenkový obsah určitého výrazu, slova nebo věty, dále důležitost například nějaké dějinné události, účelu, případně důvodu jednání. V neposlední řadě se jedná o vyjádření celkového zaměření existence.

Frankl (in Drapela, 1997, s. 148) uvádí, že hledání smyslu v životě je hlavní odpovědností každého člověka. Smysl nelze do situace vložit uměle. Je již přítomen v každé situaci, s níž se jedinec setkává, a je třeba jej v této situaci objevit. Životní smysl není abstraktní, ale tak jedinečný a konkrétní jako sama situace. Člověk musí být otevřen situacím, s nimiž se setkává, a odkrývat ten smysl, který odpovídá každé situaci a jeho účasti na ní.

Frankl (in Drapela, 1997, s. 149) zmiňuje to, že jedinec může objevit smysl v životě trojím způsobem:

1. Vykonáním činu.
2. Prožitím hodnoty.
3. Utrpením.

Smysl obsahuje každá situace. A proto, že situace se stále mění a vyvíjejí, mění se i smysl přítomného okamžiku. Frankl (in Drapela, 1997, s. 148) hovoří o tom, že smysl nikdy nechybí.

Proč se tedy zabývat smrtí? Yalom (2006, s. 39) udává dva argumenty:

- Život a smrt jsou spolu vzájemně propojeny; existují současně, nikoli následně; smrt se neustále ozývá pod slupkou života a má obrovský vliv na prožívání a chování.
- Smrt je prapůvodním zdrojem úzkosti a jako taková je prvotním pramenem psychopatologie.

Martin Heidegger (in Yalom, 2006, s. 40) se zabýval otázkou, jak může myšlenka na smrt zachránit člověka. Přišel na to, že uvědomění si vlastní smrti funguje jako pobídka, která nás posune z jednoho způsobu bytí do způsobu vyššího. Rozlišil dva základní způsoby bytí ve světě:

1. Stav zapomnětlivosti bytí – svět věcí, každodenní zábava, starosti o způsob existence věcí.
2. Stav uvědomování si bytí – podiv nad tím, že věci jsou, člověk si je neustále vědom bytí, pouze zde člověk může ovládnout sílu, jak sám sebe změnit.

Lukasová (in Křivohlavý, 1994, s. 89) konstatuje, že život je smysluplný vzdor tomu, že je pomíjivý. Životní okamžiky jsou neopakovatelné a zároveň nenávratné. Nebýt smrti, na vše by bylo dost času. Ale právě povědomí konečnosti života vede k hledání jeho nejvhodnější náplně. Smrt nečiní život nesmyslným, právě naopak. Vede nás k hledání smysluplnosti života.

„Smrt děsí člověka tam, kde ho trápí svědomí – povědomí o tom, že nevyužil možnosti žít smysluplně, že nenaplnil svůj život smysluplnou činností.“ (Frankl in Křivohlavý, 1994, s. 89)

### **3.3. Smrt a umírání z existenciálního pohledu**

Yalom (2006, s. 7) uvádí: „S každým nádechem zaháníme smrt, jež nás neustále napadá...Smrt nakonec musí zvítězit, neboť je nám souzena zrozením, a než svou kořist pozře, jen si s ní chvíli pohrává. Přesto dál žijeme, samý zájem a plno ochoty, jak dlouho to jenom jde, jako když vyfukujeme mýdlovou bublinu, aby vydržela co nejdéle a byla co největší, i když víme s naprostou jistotou, že nakonec praskne.“



### 3.3.1. Existencialismus

Existencialismus je filozoficky proud 20. stol., který specifickým způsobem tlumočil situaci své doby. Rodil se v krizi a za krize, vrcholu dosáhl od let čtyřicátých do šedesátých. Vznikl v době první světové války, v situaci kritických událostí národních i společenských dějin. Dějinné pozadí tohoto myšlení je výlučně spjato s extrémní situací. Existencialismus do středu svého zájmu zasadil lidskou existenci chápanou jako jedinečnou, nezaměnitelnou v cokoli jiného. Existenciální filozofie znamená obrat k člověku samotnému, snaží se postihnout základní témata, jež souvisí s lidským bytím. Existenciální filozofie má výrazně estetický charakter, její myslitelé se vyjadřují převážně formou filozofující beletrie.

Žádný z existencialistů nevytvořil souvislou estetickou teorii, jejich úvahy jsou roztroušeny v celém díle a mnohdy zaklíněny uvnitř filozofických úvah. Přes výraznou nesourodost a nejednotnost spojuje představitele existencialismu kladení otázky po lidské existenci, lidském bytí ve světě a mezi lidmi. Na život pohlížejí jako na to, co člověk sám musí svým způsobem učinit pro sebe. Přestože existencialismus přijímá hrůzu a základní nesmyslnost života, vytváří jistou filozofii naděje založenou na úsilí člověka dosáhnout autentické lidské existence. Za zakladatele existencialismu je všeobecně považován dánský myslitel Soren Kierkegaard. Dále je existencialismus spojován se jmény F. Nietzsche, K. Jaspers, F. M. Dostojevský, M. Heidegger, G. Marcel, J. P. Sartre, A. Camus, E. Husserl. Dostupné na: <http://existencialismus.navajo.cz/>.

„Pojetí smysluplnosti je doma v existenciální filozofii a fenomenologii. Jedna ze základních vět existencialistického pojetí života člověka zní: Přirozenost člověka je charakterizována hledáním lásky a smysluplnosti života tváří v tvář smrti.“ (Kenyon in Křivohlavý, 2006, s. 129).

Existenciální přístup je jedním z mnoha psychoterapeutických přístupů. Stanovisko existenciální terapie říká, že to, co nás sužuje, vychází nejen z naší biologické genetické živné půdy (psychofarmakologie), nejen z našeho zápasu s potlačenými instinktivními tužbami (Freud), nejen ze zvnitřnění významných dospělých (objektové vztahy) nejen z narušení forem myšlení (KBT), nejen z úlomků zapomenutých traumatických vzpomínek nebo z aktuálních životních krizí včetně těch, jež se týkají zaměstnání a vztahu s blízkými osobami, ale také z konfrontace s naší vlastní existencí (Yalom, 2008, s. 146).

Hartl, Hartlová (2000, s. 148) definují existencialismus jako hnutí zdůrazňující lidskou subjektivitu, jako vrhnutí do života bez vlastního rozhodnutí, bez vědomí smyslu života.

Existenciální psychologie se liší od jiných psychologických systémů, uvádí Hall a Lindzey (2002, s. 196), v několika základních směrech:

1. Odmítá princip kauzality, v lidské existenci neexistuje skutečný příčinně-následný vztah.
2. Je v úplném protikladu k dualismu duše a těla, myslí lidská bytost, ne mozek.
3. Nezahrnuje do svojí teorie pojem nevědomí a odmítá jakékoliv vysvětlení poukazující na skryté důvody lidského chování.
4. Nedůvěřuje teoriím, teorie jako prekoncepce nám brání v tom, abychom byli k světu úplně otevření.
5. Odmítá považovat jedince za věc, odmítá myšlenku jeho usměrňování, kontrolování, formování či vykořisťování, lidé jsou svobodní a zodpovědní za svoji existenci.

„Zkoumat do hloubky z existenciálního pohledu neznamena, že se zkoumá minulost; spíše to znamená, že se odloží stranou každodenní záležitosti a přemýšlí se hluboce o existenciální situaci člověka. Znamená to přemýšlet mimo čas, přemýšlet o vztahu mezi nohama a půdou pod nimi, mezi lidským vědomím a okolním prostorem; znamená to nepřemýšlet o tom, jak se člověk stal tím, kým je, nýbrž o tom, že vůbec je. Minulost – to jest vlastní vzpomínky na minulost – je důležitá jen do té míry, nakolik je součástí současné existence člověka a nakolik přispěla k tomu, jak se člověk v současnosti vyrovnává se základními záležitostmi.“ (Yalom, 2006, s. 19).

### **3.3.2. Existencialismus a smrt**

„Vědomí sama sebe je největší dar, poklad stejně cenný jako život. Dělá z nás lidské bytosti. Cena je ale vysoká: rána smrtelnosti. Naše existence je navždy ve stínu poznání, že rosteme a vzkvíváme a poté nevyhnutelně slábneme a umíráme.“

(Yalom, 2008, s. 9)

Existenciální přístup v psychologii přikládá smrti takový význam, že ji zařadila mezi čtyři základní záležitosti. Konfrontace člověka s těmito životními skutečnostmi vytváří existenciální dynamický konflikt. Klíčovým existenciálním konfliktem je napětí mezi vědomím nevyhnutelnosti smrti a přáním nadále existovat:

„Smrt. Tou nejzřetelnější, nejsnáze představitelnou základní záležitostí je smrt. Teď existujeme, ale jednoho dne existovat přestaneme. Smrt přijde a není před ní úniku. Je to strašná pravda a my na ni reagujeme smrtelnou hrůzou.“ (Yalom, 2006, s. 16)

V pojetí Bosse (in Haškovcová, 1975, s. 26) je smrt nepřekonaná hranice pobytu člověka. Ve smrti nalezne lidský pobyt jako tělesné bytí ve světě, jímž tento pobyt je, svůj definitivní konec. Rostliny a zvířata neumírají v pravém slova smyslu, pouze se mění. Jedině člověk umírá oním význačným způsobem a o své smrti již dříve ví. Za znak lidské existence je od nejstarších dob pokládáno vědomí vlastní smrtelnosti.

Yalom (2006, s. 41) hovoří o tom, že život bez jakékoli myšlenky na smrt ztrácí něco ze své intenzity. Život se scvrkává, je-li smrt popřena. Freud (in Yalom, 2006, s. 42) vidí přínos války v tom, že opět do života přivádí smrt: „Život se stal vskutku opět zajímavým; znovu získal svůj plný obsah.“ Život je ochuzen, je-li smrt vyloučena a člověk ztrácí ze zřetele, co je v sázce.

Základním rozporem člověk je, že každý z nás je jak andělem, tak zvířetem. Jsme smrtelné bytosti, které si samy sebe uvědomují, tudíž víme, že jsme smrtelní. Popření smrti na jakékoli úrovni je popřením vlastní základní podstaty a přináší stále rozsáhlejší omezení pro uvědomování a prožívání. Přijetí myšlenky smrti nás zachraňuje, působí jako katalyzátor, který nás vrhá do autentičtějšího způsobu žití a zvyšuje naši radost ze života. Důkazem jsou svědectví lidí, kteří se se smrtí osobně setkali (Yalom, 2006, s. 43).

Hall a Lindzey (2002, s. 204) zdůrazňují, že existenciál smrtelnosti dělá člověka zodpovědného za co možná nejúplnější naplnění každého okamžiku existence a za využití svých předpokladů. Tvrdí, že lidskou existenci skutečně lze označit jako „bytí po smrti“. Vědomí smrti nám nenechává žádnou jinou volbu, než žít s ní v určitém druhu permanentního vztahu.

„Všichni víme, že v základních hranicích existence se nijak nelišíme od ostatních lidí. To na vědomé úrovni nikdo nepopírá. Přesto hluboko, přehluboko v hloubi duše každý z nás věří, že zákon smrti platí pro ostatní, ale určitě ne pro nás. Občas to člověka zaskočí, když toto naše přesvědčení vklouzne do vědomí a nás překvapí vlastní iracionalita.“ (Yalom, 2006, s. 126).

Hraniční situace je krizový prožitek, který člověka vede ke konfrontaci s jeho existenciální situací ve světě. Konfrontace s vlastní smrtí je nepřekonatelná hraniční situace, která má sílu způsobit obrovskou změnu, obrovský posun v tom, jak člověk žije ve světě. Smrt působí jako katalyzátor, který může člověka posunout z jednoho stavu bytí do stavu vyššího; ze stavu úvah o tom, jaké věci jsou, do stavu úvah, že jsou. Když si člověk smrt uvědomí, většinou se přestane zabývat malichernostmi a tím jeho život získá hloubku a vážnost a zcela jinou perspektivu (Yalom, 2006, s. 168).

Kierkegaard (in Yalom, 2006, s. 171) hovoří o tom, že smrt nám připomíná, že život nelze odložit. A že ještě existuje čas na život. Má-li člověk to štěstí, že se setká s vlastní smrtí a že zakusí život jako možnost možností. Uvědomí si, že dokud žije, může svůj život měnit, dokud – ale pouze dokud – nepřijde poslední okamžik (Heidegger in Yalom, 2006, s. 171).

Haškovcová (1975, s. 19) uvádí, že smrt jako přírodní proces není tragická, život i smrt jsou přírodě lhostejny. To pouze lidská reflexe odvodila ze smrti tragický život. Je nutné se smrtí zabývat, poznat ji, popsat ji a pochopit v jejích rozmanitých polohách jako dimenzi života. Jen pokud člověk vydrží vědění toho, že je smrtelný a že je nejisté pouze to, kdy se smrt stane nevyhnutelnou možností lidské existence, pozná svou odpovědnost za každý okamžik svého života.

Josselson (2009, s. 69) zmiňuje, že Yalom definuje postoj existenciálního terapeuta termíny opravdovost a soucit. Jeho ústřední metaforou je však být spolucestujícím. My všichni, ať jsme pacienti, terapeuti nebo prostě lidské bytosti, se musíme smířit se svou nevyhnutelnou smrtí, s naší osamělostí ve vesmíru, my všichni musíme hledat v životě smysl, přijmout svou svobodu a převzít zodpovědnost za života, které žijeme. Moudrý terapeut uznává, že jsou otázky, které musíme řešit společně. Terapeut je v Yalomově pojetí obyčejný člověk.

„Tohle musíte vědět, nemějte ale strach. Když se plně otevřete vyššímu vědomí a nebudete se bát, bude a vás přeneseno vyšší chápání, kterého se může dostat každému. Není třeba se obracet na žádného gurua, nemusíte jezdit do Indie, nepotřebujete k tomu ani kurz meditace. Nemusíte dělat nic než se naučit být v tichu se svým Já. To nestojí ani za feník. Navažte kontakt se svým vnitřním Já a zbavíte se veškerého strachu, jednou z možností, jak nemít strach, je vědět, že smrt neexistuje a že všechno, co nás v životě potká, slouží pozitivnímu smyslu. Odložte proto svou negativitu a začněte chápat život jako výzvu, jako místo zkoušek, na nichž si máte ověřit svou sílu a vnitřní schopnosti.“ (Kübler-Ross, 1997, s. 53)

## 4. Strach

Strach a úzkost jsou psychické jevy, s nimiž se běžně ve svém životě setkáváme a které nás provázejí celý život.

Plháková (2005, s. 405) konstatuje, že strach patří mezi základní lidské city. Je to záporný cit, který vzniká v nebezpečných situacích, když je ohrožena sebezáchova nebo duševní integrita. Hrozba ztráty, majetku nebo citového vztahu, evokuje strach. Strach může mít různou intenzitu od mírných obav po panickou hrůzu. Strach se vždy vztahuje ke konkrétnímu objektu či situaci a poměrně často se může změnit v hněv. Z evolučního hlediska má strach ochrannou funkci, protože vede k úniku z nebezpečné situace, k obraně nebo k vyhnutí se věcem a situacím, které by člověku mohly ublížit (Plutchik in Plháková, 2005, s. 405).

Úzkost popisuje Plháková (2005, s. 405) jako neurčitý pocit obav či ohrožení, který se neváže k žádnému konkrétnímu objektu či události. Prožitkově se podobá strachu, ale její neurčitost z ní činí velmi nepříjemný stav. Rozdíl mezi oběma city je ve stanovení příčin vnitřní nepohody. V případě strachu ji obvykle snadno dokážeme najít, v případě úzkosti nikoliv.

„Strach je nelibá emoce, nepříjemný prožitek s neurovegetativním doprovodem, zpravidla zblednutím, chvěním, zrychleným dýcháním, bušením srdce, zvýšením krevního tlaku

a pohotovosti k obraně či útěku. Jde o normální reakci na skutečné nebezpečí nebo ohrožení.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 567).

Strach se vyvíjí s věkem, od jednoduchých úlekových reakcí kojence, k reakcím na složitější situace (neznámé prostředí, nečekaný smyslový podnět). Strach se postupně mění s prožitými zkušenostmi a více se váže na představivost. Přestože strach se původně vyvinul jako negativní, varující emoce, pro mnohé lidi jsou určité formy strachu příjemné a často si jej úmyslně vyvolávají – sledováním, čtením či vyprávěním hrůzostrašných příběhů (hororů), ale také provozováním tzv. extrémních sportů. Strach také podporuje sugestibilitu, člověka, který má strach, snadno oklamou jeho smysly, takže věří, že vidí nebo slyší něco hrůzného – rčení říká, že strach má velké oči. Právě sugestibilita strachu je jedním z hlavních kořenů vzniku různých pověstí, strašidelných příběhů, historek o zjevení apod. Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Strach>.

#### **4.1. Strach ze smrti**

„Není snadné žít každý okamžik s plným vědomím smrtelnosti. Je to stejné, jako kdybychom se pokoušeli dívat zpřímá do slunce: sneseme jen jistou dávku. Jelikož nemůžeme žít ztuhlí strachem, vytváříme si postupy, jak hrůzu se smrti utlumit. Promítáme se do budoucnosti prostřednictvím svých dětí, bohatneme, stáváme se slavnými, ještě většími, vymýšlíme si nutkavé obranné rituály nebo přijmeme nedotknutelnou víru v posledního zachránce.“ (Yalom, 2008, s. 11).

Podle Feifela (in Cicirelli, 1998, s. 713) je jednou z lidských charakteristik „schopnost porozumět konceptu objektivní smrti, chápání omezeného prostoru v běhu života, a emocionálně na to reagovat.“ Osobní porozumění je primárně kognitivní proces, vyhodnocení objektů a událostí v prostředí. Osobní porozumění ale následně vyvolává i emoce - zvláště emoce negativní, které mohou dát vzniknout různým podobám strachu ze smrti. Strach ze smrti není „jednou“ emocí, ale spíše komplexem řady strachů (Cicirelli, 1998, s. 713).

Čeho konkrétně se ale na tomto procesu bojíme? Ztráty kontroly nad tělem, odloučenosti od našich blízkých, toho, co bude potom, až umřeme? Tyto obavy mohou být a často také bývají značně nekonkrétní, abstraktní, neuchopitelné, což by značilo spíše zařazení do konceptu úzkosti.

Často zkoumanou proměnnou v tomto kontextu je věk. Soudí se, že strach ze smrti se stoupajícím věkem klesá (Russac, 2007), ne všechny výzkumy to ale potvrzují např. Hunt (2000), Siscoe et al. (1992) (in Kourakis, 2008) naopak potvrzují lineární asociaci mezi strachem ze smrti a věkem.

Jenže strach ze smrti je někdy takové povahy a intenzity, že jsou aktivovány obranné mechanismy, které myšlenky a emoce spojené se smrtí odsunou mimo vědomou rovinu. Nejčastějšími takovými mechanismy jsou popření a racionalizace.

Strach ze smrti má stejně jako jakýkoliv jiný postoj 3 základní složky (Vágnerová, 2007, s. 430):

1. Citová - většinou strach, úzkost, hrůza, odpor.
2. Kognitivní (rozumová) - většinou slabá v důsledku vytěsnění smrti ze společnosti, což vede k nedostatku informací a zkušeností, které jsou nahrazeny intenzivnějším emočním hodnocením, mj. zjednodušujícím a nepřesným.
3. Konativní - tj. chování, které z postoje ke smrti vyplývá.

Strach ze smrti patří mezi náročné životní situace, tudíž vede ke vzniku obranných mechanismů. Ty se snaží udržet psychickou rovnováhu, ať už formou útoku nebo úniku. Každý jedinec si volí strategii, která je pro něj typická a která se mu osvědčila (Vágnerová in Kübler-Ross, 1995, s. 215):

- Agresivita je zaměřena proti zdánlivým viníkům, např. vůči bohu, nekompetentním zdravotníkům, zdravým lidem.
- Zvýšená aktivita se uskutečňuje např. skrze hledání nějaké zázračné nauky nebo medicíny.
- Popření a vytěsnění reálné situace z vědomí.

- Únik do fantazie.
- Substituce, tj. nahrazení preferovaných osobních hodnot, včetně života, např. duchovní oblastí.
- Alkohol, drogy, léky.
- Regrese, pokles na závislejší úroveň, vyžadující oporu či autoritu, od které se očekává obrana před smrtí, čímž se dotyčný zbaví vlastní zodpovědnosti.
- Izolace, spojená s rezignací a apatií.

Vágnerová (in Kübler-Ross, 1995, s. 214) dále hovoří o tom, že strach ze smrti je spojen se strachem z:

- Definitivního konce vlastní existence.
- Úplné ztráty identity.
- Nemožnosti jakékoliv další seberealizace.
- Zmizení ze světa.
- Nemohoucnosti, odkázanosti na druhé.
- Nezajištěnosti blízkých.
- Bolesti.
- Neznáma.

Zahrnuje však i své konkrétnější podoby, jako je hrůza z pekelných útrap nebo z nejrůznějších nadpřirozených bytostí. Lidé mají také často strach z pohřbení zaživa. Bylo zdokumentováno mnoho takových případů, z nichž asi nejhorší je představa, že se probudíme v rakvi. Proto existuje několik možných opatření, jak podobným situacím předejít, jako je probodnutí srdce jehlou, oddělení hlavy od trupu, zvon s táhlem vedoucím do hrobu atp.

Niemeyer, Werth (in Vágnerová, 2007, s. 432) tvrdí, že strach ze smrti závisí na mnoha různých faktorech:



1. Věk – obecně lze říci, že s postupujícím věkem strachu ze smrti ubývá.
2. Gender – ženy se bojí smrti méně než muži a snáze se s představou vlastního konce vyrovnávají. Svůj strach ze smrti dovedou také snadněji projevit, mluvit o ní a hledat v této situaci oporu u blízkých lidí.
3. Osobnostní vlastnosti a dispozice k určitému ladění – sklon k depresivní ruminaci či úzkostné anticipaci budoucího ohrožení posiluje i strach z konce života.
4. Míra obtížnosti současného života – čím je život těžší a naděje na zlepšení méně reálná, tím bývá strach ze smrti menší. Starý člověk, který je ve svých životních možnostech zásadním způsobem limitován, přijme snadněji smrt jako východisko nebo vykoupení.
5. Vyrovnanost s vlastním životem – dosažení pocitu integrity a naplněnosti vlastního života. Strach ze smrti zvyšuje představa nesplněné povinnosti, například péče a závislého a bezmocného partnera.
6. Stabilita hodnot a identifikace s určitým životním názorem snižují strach ze smrti – významnou roli zde hraje náboženská orientace, víra. Věřící lidé se v průměru méně obávají smrti a snadněji se s ní vyrovnávají. Smrt pro ně znamená přechod na jinou, duchovní formu existence.

Yalom (2006, s. 61) uvádí výsledky některých studií strachu ze smrti. Vyšla najevo tato zjištění:

- Zbožní věřící lidé se méně bojí smrti.
- Mladí lidé, kteří ztratili jednoho z rodičů, mají větší strach ze smrti.
- Většina studií vykazuje malé rozdíly ve věku.
- Středoškolští studenti mají závažné obavy související se smrtí.
- Ženy mají větší vědomý strach ze smrti než muži.

Kladné korelace byly prokázány mezi strachem se smrtí a depresí, brzkou životní ztrátou, absencí náboženského přesvědčení a volbou povolání. Také se ukázalo, že značná část úzkosti

ze smrti leží mimo vědomí; že úzkost ze smrti narůstá, když se člověk přesunuje z vědomé k nevědomé zkušenosti; že nás úzkost pronásleduje ve snech; že se staří lidé bojí smrti více, jsou-li duševně nezralí nebo mají málo životních aktivit; a také, neúzkost ze smrti, jak vědomá, tak nevědomá, souvisí s neuroticismem (Yalom, 2006, s. 64).

„Postoj k vlastní smrti bývá převážně emotivní, pokud není potlačen. Zpravidla nejde ani o obavu a úzkost vztaženou k faktu životního konce, spíše jde o strach z utrpení, které může přinášet umírání. Staří lidé se bojí ztráty autonomie, bezmocnosti, bolesti a dlouhodobého trvání takového deprimující stavu.“ (Vágnerová, 2007, s. 432).

Yalom (2008, s. 86) konstatuje, že smrt je osud. Touha přežít a děs ze zmaru tu budou vždycky. Jsou instinktivní a mají významný vliv na to, jak člověk žije. Za mnohá staletí si lidé vypracovali obrovskou spoustu metod, vědomé i nevědomé, ke zmírnění strachu ze smrti. Některé fungují, jiné jsou chatrné a neúčinné.

Křivohlavý (1994, s. 26) hovoří o tom, že v souvislosti s umíráním se setkáváme se strachem ze smrti. Tento stav nazývá složitým jevem a diagnostikuje v něm řadu složek:

- Strach z bolesti.
- Strach z opuštěnosti.
- Strach ze změny vzezření.
- Strach ze selhání.
- Strach z utrpení.
- Strach z regresu.
- Strach ze ztráty samostatnosti.
- Strach o rodinu.
- Strach z nedokončení práce či životního díla.

„Věřím, že bychom se ke smrti měli postavit stejně, jako se stavíme k jiným druhům strachu. Měli bychom uvažovat o to, že jednou nastane náš konec, obeznámit se s ním, rozpitvat a zanalyzovat ho, vyvozovat z něj závěry a zbavit se hrozivých zkrslení smrti z doby našeho dětství. Nedochoázejme k závěru, že smrt je příliš bolestivá, abychom ji snášeli, že nás myšlenka na ni zničí, že pomíjivost je třeba popřít, protože jinak by pravda zbavila život smyslu. Přímy pohled na smrt, s něčí pomocí, nejen že strach z ní snižuje, ale dělá život pronikavějším, vzácnějším, vitálnějším. Takový přístup ke smrti vede k návodu na život.“

(Yalom, 2008, s. 199)

## 4.2. Měření strachu ze smrti

Snahou odborníků je strach ze smrti nějakým způsobem změřit, postihnout jeho míru a podobu. Využívají k tomu nejrůznější nástroje – rozhovor, dotazníky, rozličné projektivní metody aj. Měří strach ze smrti obecně, popř. se snaží zachytit míru strachu v rámci různých oblastí, do nichž strach ze smrti člení. Dotazníků zaměřených na strach ze smrti existuje velké množství. V našem výzkumu jsme použili Bugenovu Škálu vyrovnanosti se smrtí (CDS).

K hodnocení postojů vůči smrti lze použít Bugenovu Škálu vyrovnanosti se smrtí (Coping with Death Scale) (CDS; Bugen, 1980-81) Bugenova Škála vyrovnanosti se smrti byla vyvinuta, aby hodnotila zvládací schopnosti nabyté v kurzech nauky o smrti. CDS je třiceti položkovým měřítkem zvládacích dovedností spojovaných s vlastní smrtí a se smrtí druhých. Účastníci označují své odpovědi na stupnici podobné té Likertově od 1 (vůbec nesouhlasím) do 7 (naprosto souhlasím). Vzorové položky obsahují: „Mám dobrý pohled na smrt a umírání“, „Chápu vlastní strach spojený se smrtí“, „Vím, koho kontaktovat, když se smrt objeví“ a „Umím komunikovat s umírajícím“. V presentované studii byly odpovědi shrnuty a rozděleny podle čísla položky, aby poskytly průměrné skóre u každého účastníka. Vyšší skóre znamená lepší zvládací schopnosti (Reimer, 2007, s. 83).

Dalším výzkumným nástrojem je Revidovaný Profil postoje vůči smrti (Death Attitude Profile-Revised) (DAPR; Wong, Reker, & Gesser, 1994). Wong a spol. vyvinuli originální Profil postoje vůči smrti, aby rozšířili měření postojů vůči smrti o pozitivní dimenzi, jako např. přijetí smrti. V souladu s existujícím teoretickým rámcem, který předpokládá, že jednotlivci jsou motivováni k hledání osobního významu (Frankl in Reimer, 2007, s. 86), mají

osoby, jež si utvořily význam skutečnosti vlastní mortality, větší pravděpodobnost dosáhnout nějaké úrovně přijetí smrti. Úzkost ze smrti a přijetí smrti se mohou objevit opakovaně. Wong, Reker, and Gesser (in Reimer, 2007, s. 86) tvrdí, že „by nebylo přínosné studovat strach ze smrti izolovaně. Je možné, že stejná úroveň strachu ze smrti může znamenat různé postoje vůči smrti. Proto typy různých postojů vůči smrti zachycují jednotlivé rozdíly lépe než význam jediného postoje vůči smrti.“ DAPR je 32 - položkovou stupnicí, která hodnotí pět dimenzí postoje vůči smrti: strachu ze smrti, vyhýbání se smrti, neutrální přijetí, přijetí přibližování a únikové přijetí. Těchto pět dimenzí zastupuje jak pozitivní postoje vůči smrti (podstupnice přijetí), tak negativní postoje (stupnice strachu a vyhýbání se). Vzorové položky zahrnují „Smrt je bez pochyb pochmurná zkušenost“ (strach ze smrti), „Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.“ (vyhýbání se smrti), „Smrt není ani dobrá ani špatná.“ (neutrální přijetí), „Věřím, že po smrti budu v nebi.“ (přijetí přibližování), „Smrt ukončí všechny mé potíže.“ (únikové přijetí). Účastníci označují své odpovědi na 7-mi bodové stupnici, podobné Likertově stupnici, od „naprosto nesouhlasím“ po „naprosto souhlasím“. Výsledky každé podstupnice byly sečteny a rozděleny podle počtu položek, tak aby byly u každého účastníka vytvořeny průměrné výsledky podstupnice. Vyšší skóre znamená větší přijetí, strach či vyhýbání (Reimer, 2007, s. 87).

Někteří autoři (Holmes, Anderson, 1980; Thorson, Horacek, Kara, 1987, in Abdel-Khalek, 1998) využívají jednoduchou metodu pro zjišťování míry strachu ze smrti, kdy použijí pouze jednu položku - jednu sebesuzující otázku typu: „Jak moc se bojíte smrti?“ nebo jeden výrok: „Bojím se smrti“ s různě širokou škálou nabídek odpovědí. Ukazuje se, že jejich výsledky jsou velmi podobné těm, jakých dosahují vícepoložkové nástroje (Abdel-Khalek, 1998).

V literatuře je stále nejoblíbenější Templerův Death Anxiety Scale (DAS, 1970). Tento sebesuzující výzkumný nástroj se skládá z 15 položek zahrnující rozličné oblasti životních zkušeností s možnostmi odpovědí ano-ne („Velmi se bojím smrti“, „Pohled na mrtvé tělo je pro mě děsivý“). Je stručný a má jednoduché přímočaré bodování (Templer et al., 2006, s. 209).

Pojetí strachu ze smrti jako komplexu emocí odpovídá tzv. multidimenzionální model strachu ze smrti. Z této teorie vychází dotazník The Multidimensional Fear of Death Scale“(MFODS) se 42 položkami (in Templer a kol., 2006, s. 209-226). Zahrnuje v sobě 3 komponenty –

intrapersonální, interpersonální a transpersonální. Komponentě, která se vztahuje k sobě, odpovídá strach ze ztráty sebenaplnění a strach ze sebezániku, komponenta vztahující se k druhým zahrnuje strach ze ztráty sociální identity a strach z důsledků pro rodinu a přátele, transcendentální komponenta pak strach z trestu po smrti a z transcendentálních důsledků. Multidimenzionální model strachu ze smrti je potvrzen i výzkumně.

## **Výzkumná část**

### **5. Cíl výzkumu**

V teoretické části diplomové práce se zaměřujeme na problematiku smrti a umírání v souvislosti s kvalitou života - životní spokojeností. Charakterizujeme determinanty a koreláty životní spokojenosti.

Cílem této práce je zmapovat vzájemné souvislosti kvality života – životní spokojenosti a míru zvládnání strachu ze smrti.

#### **5.1. Výzkumné otázky**

1. Souvisí kvalita života – životní spokojenost se strachem ze smrti?
2. Mají lidé starší 40 let větší strach ze smrti než lidé mladší 40 let?
3. Bojí se smrti méně lidé, kteří se považují za věřící, než lidé, kteří se za věřící nepovažují?

#### **5.2. Hypotézy**

1. Předpokládáme statisticky významnou pozitivní korelaci mezi životní spokojeností (měřeno dotazníkem DŽS) a zvládnáním strachu ze smrti (měřeno škálou CDS).
2. Předpokládáme, že lidé starší 40 let budou mít statisticky významně vyšší strach ze smrti (měřeno škálou CDS) než lidé mladší 40 let.
3. Předpokládáme, že lidé, kteří se považují za věřící, budou mít statisticky významně nižší strach ze smrti (měřeno škálou CDS) než lidé, kteří se za věřící nepovažují.

## 6. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily 2 skupiny respondentů. 1 skupinu (N30) tvořili respondenti mladší 40 let. 2 skupinu (N38) tvořili respondenti starší 40 let. Obě skupiny respondentů zastupují muži i ženy, pocházející z různých částí Moravy. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná, výběr respondentů nebyl náhodný, byl dán jejich ochotou spolupracovat. Dotazníky byly distribuovány osobně autorkou. Výzkum probíhal od ledna do listopadu roku 2010.

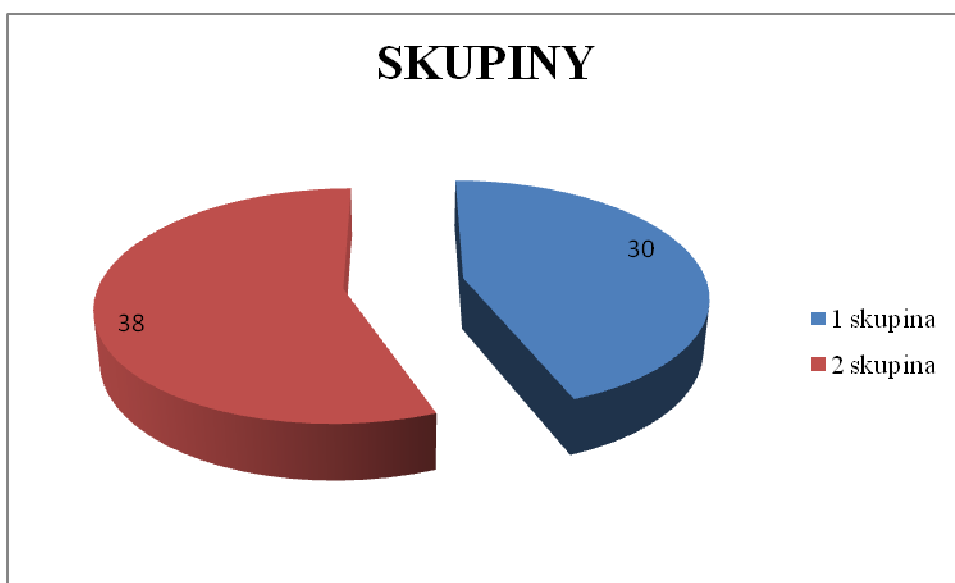
Průměrný věk respondentů ve skupině č. 1 do 40 let je 31 let v rozsahu 20-39 let. Průměrný věk respondentů ve skupině č. 2 nad 40 let je 56 let v rozsahu 43-80 let.

Popisné charakteristiky obou skupin výzkumného souboru shrnují tabulky č. 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7 a grafy č. 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7.

**Tabulka č. 1: 2 skupiny respondentů – N30, N38**

Skupina	Četnost
1	30
2	38

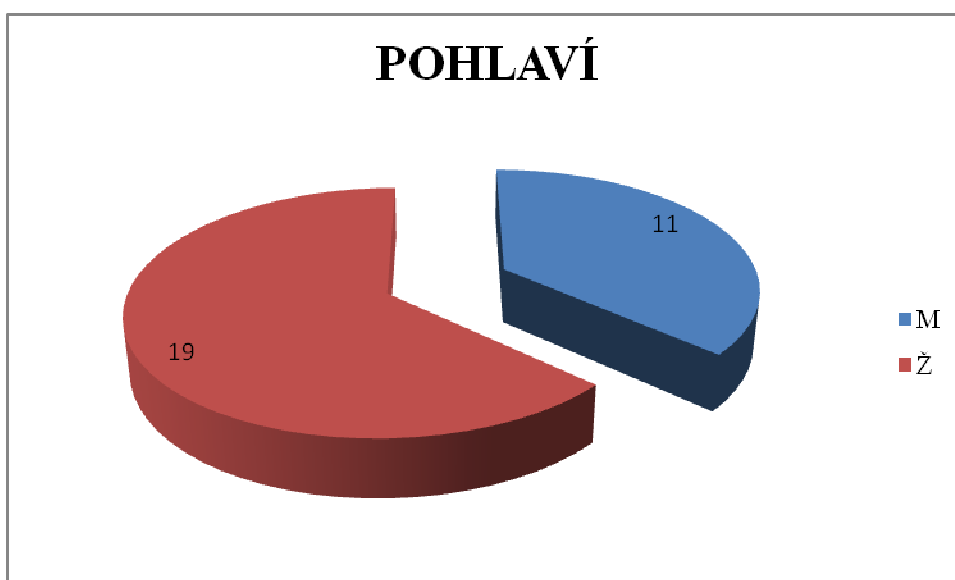
**Graf č. 1: 2 skupiny respondentů – N30, N38**



**Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů 1. skupiny (N30)**

Pohlaví	Četnost
muži	11
ženy	19

**Graf č. 2: Pohlaví respondentů 1. skupiny (N30)**

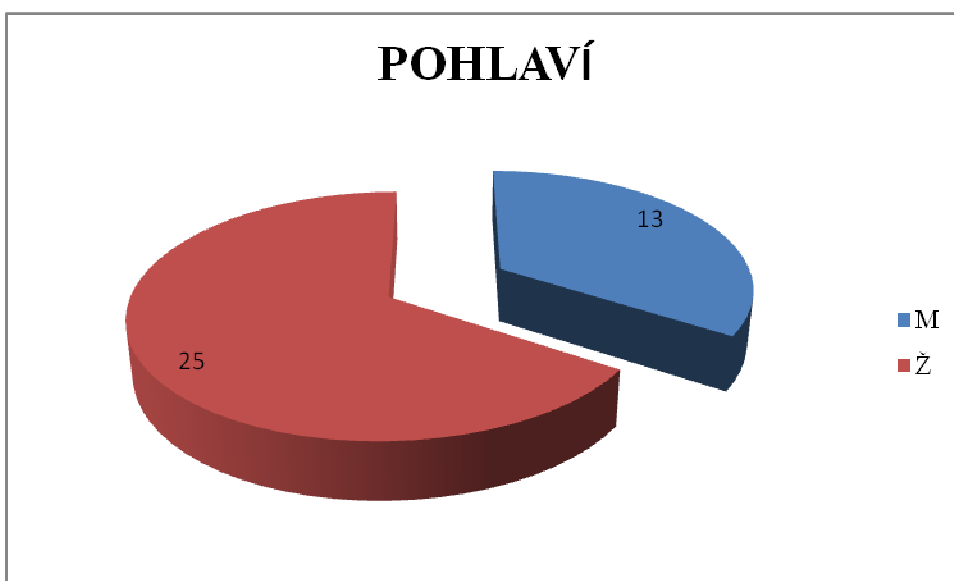


**Tabulka č. 3: Pohlaví respondentů 2. skupiny (N38)**

Pohlaví	Četnost
muži	13
ženy	25



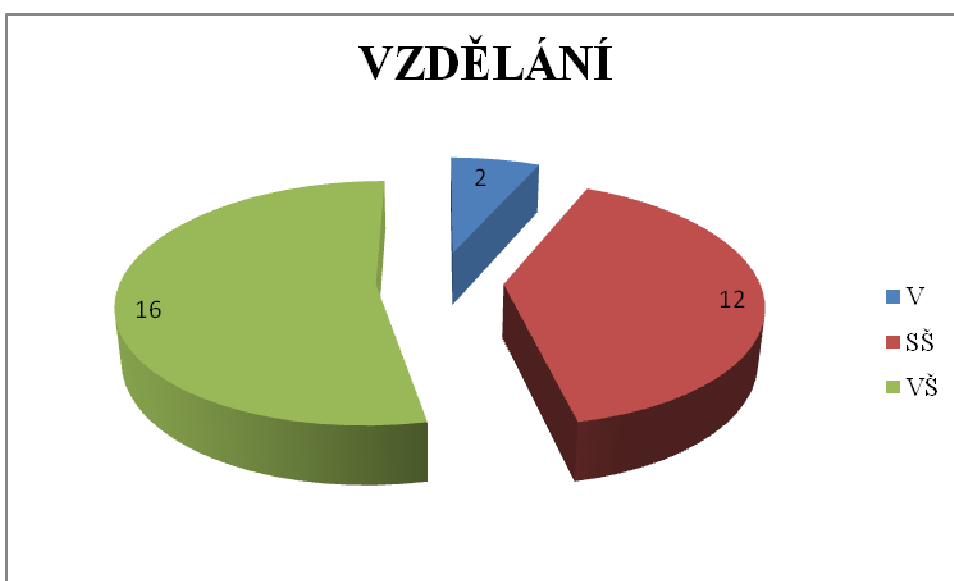
**Graf č. 3: Pohlaví respondentů 2. skupiny (N38)**



**Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů 1. skupiny (N30)**

Vzdělání	Četnost
vyučen	2
středoškolské	12
vysokoškolské	16

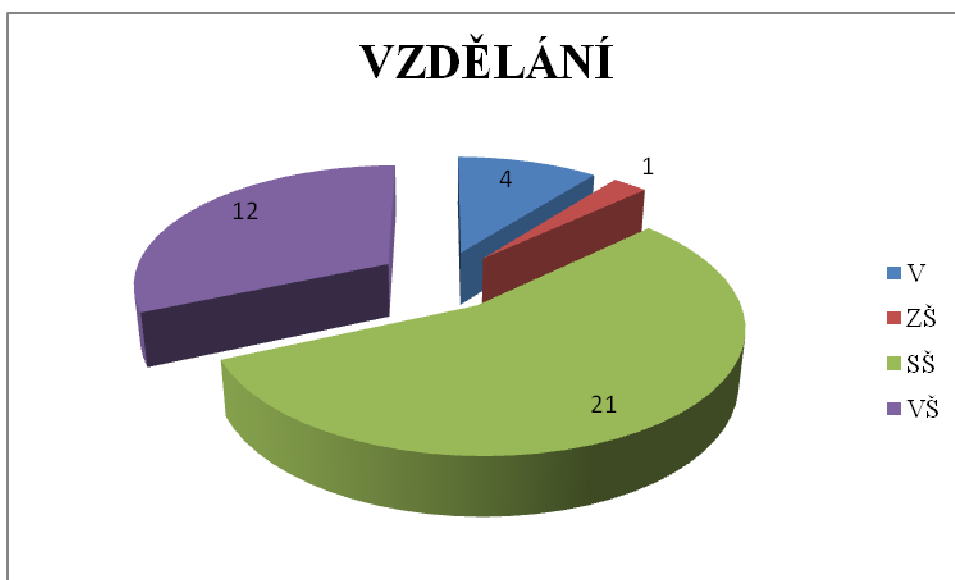
**Graf č. 4: Vzdělání respondentů 1. skupiny (N30)**



**Tabulka č. 5: Vzdělání respondentů 2. skupiny (N38)**

Vzdělání	Četnost
základní	1
vyučen	4
středoškolské	21
vysokoškolské	12

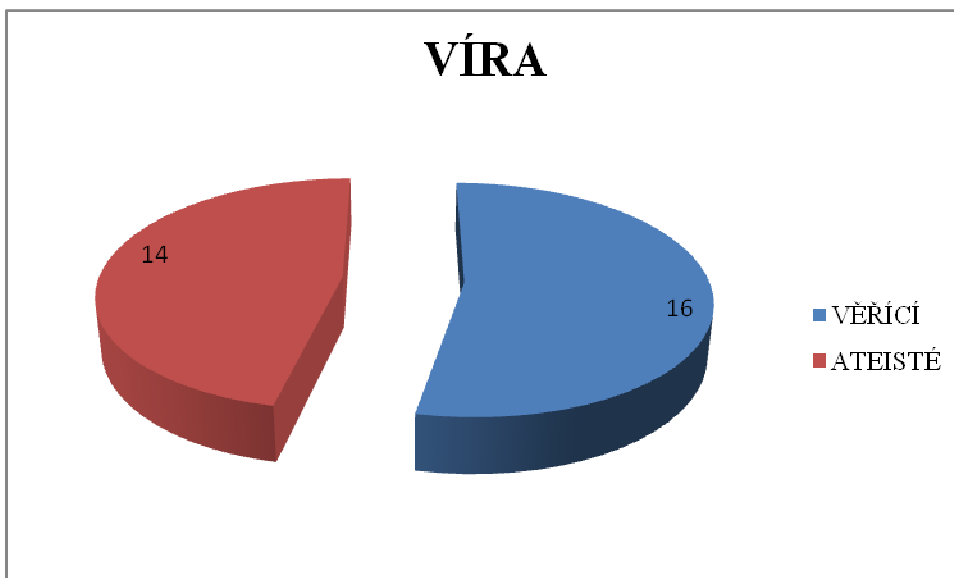
**Graf č. 5: Vzdělání respondentů 2. skupiny (N38)**



**Tabulka č. 6: Víra respondentů 1. skupiny (N30)**

Víra	Četnost
věřící	16
ateisté	14

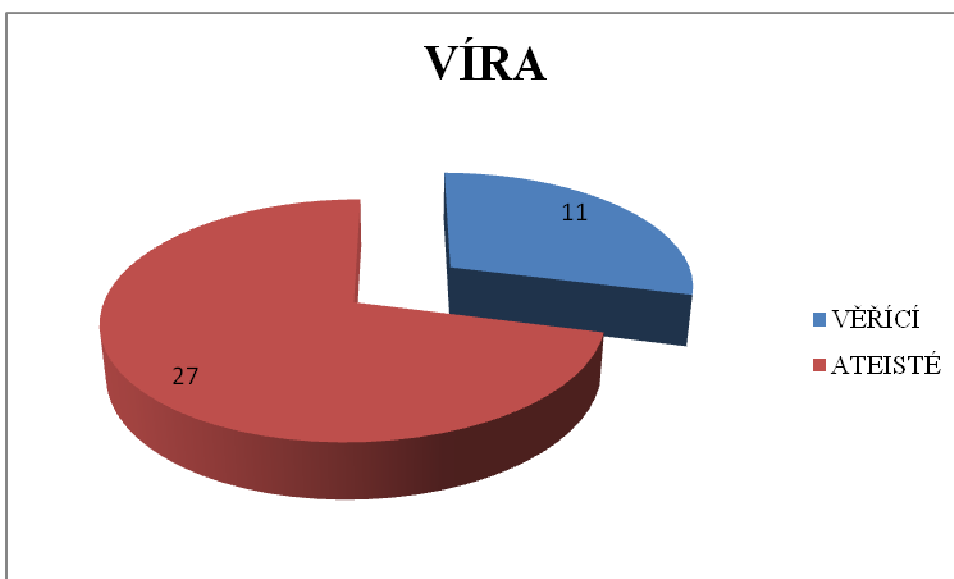
**Graf č. 6: Víra respondentů 1. skupiny (N30)**



**Tabulka č. 7: Víra respondentů 2. skupiny (N38)**

Víra	Četnost
věřící	11
ateisté	27

**Graf č. 7: Víra respondentů 2. skupiny (N38)**



## 7. Výzkumné nástroje

### 7.1. DŽS -Dotazník životní spokojenosti (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 1986)

Dotazník vznikl v rámci výzkumného projektu na pacientech s onemocněním srdce a krevního oběhu v roce 1986 v Německu. V překladu Kateřiny Rodné a Tomáše Rodného vyšel v Testcentru v roce 2001.

Původně obsahoval osm škál, ke kterým byly později dvě škály přidány:

- ZDR - Zdraví
- PAZ - Práce a zaměstnání
- FIN - Finanční situace
- VLC - Volný čas
- MAN - Manželský a partnerský život
- DET - Vztah k vlastním dětem
- VLO - Vlastní osoba
- SEX - Sexualita
- PZP - Přátelé, známí, příbuzní
- BYD - Bydlení

Každá z deseti škál obsahuje sedm položek, na něž respondenti odpovídají výběrem jedné ze sedmi možností:

- „velmi nespokojen (a)“
- „nespokojen (a)“
- „spíše nespokojen (a)“
- „ani spokojen (a) ani nespokojen (a)“
- „spíše spokojen (a)“
- „spokojena (a)“
- „velmi spokojen (a).“

DŽS postihuje individuální obraz celkové životní spokojenosti, díky reprezentativním normám lze porovnávat osoby či skupiny. Respondenti líčí především aktuální stav, některé položky ale obsahují i retrospektivní a prospektivní řazení. Škálové hodnoty charakterizují relativně trvalé sebeposouzení.

Výsledkem je 10 skóru ze součtu jednotlivých škál a celková spokojenost jako jejich součet. Čím vyšší hodnota, tím větší je celková životní spokojenost. Do celkového skóru se nezapočítávají škály: Práce a zaměstnání; Manželství a partnerství; Vztah k vlastním dětem.

Součástí DŽS je vyplnění informace o pohlaví, dosaženém vzdělání, rodinném stavu, počtu členů domácnosti a zaměstnání. Tyto údaje se do celkového skóre nezapočítávají.

DŽS je standardizovaný dotazník s jednoznačnými pravidly pro vyhodnocování, proto má vysokou vyhodnocovací objektivitu.

## **7.2. CDS - Škála vyrovnání se smrtí (Coping with Death Scale, Bugen, 1980-81)**

Bugenova Škála vyrovnání se smrtí byla vyvinuta k hodnocení zvládacích schopností nabytých v kurzech nauky o smrti. CDS je třiceti položkovým měřítkem zvládacích dovedností spojovaných s vlastní smrtí a se smrtí druhých. Respondenti označují své odpovědi na stupnici od 1 (vůbec nesouhlasím) do 7 (naprosto souhlasím).

CDS hodnotí postoje vůči smrti ze širšího hlediska. Měří pozitivní a negativní postoje vůči vlastní smrti a umírání ostatních. K názorům respondentů na smrt a jejich pocitům ze smrti, hodnotí položky v CDS specifické chování týkající se smrti. Stupnice zvládnutí smrti je slibným měřítkem obsáhlých postojů týkajících se smrti, obzvláště pak těch týkajících se vnímané způsobilosti ke smrti.

Výsledkem je součet všech 30 položek, z nichž otázky č. 13 a č. 24 prochází konverzí - obrací se jejich číselná hodnota. Čím je vyšší celkové skóre, tím lepší jsou zvládací schopnosti daného respondenta (Reimer, 2007, s. 83).

## 8. Metody zpracování dat

Dotazníky byly vyhodnoceny dle metodických pokynů vedoucího práce. Každému z vyplněných dotazníků bylo přiřazeno pořadové číslo. Do zpracování nebyly zahrnuty dotazníky (N12) s chybějícími údaji.

Data byla přenesena do programu Microsoft Office Excel a následně zpracována do tabulek a grafů. U všech proměnných byly spočítány základní statistické charakteristiky: aritmetický průměr, směrodatná odchylka, medián, modus, minimální a maximální získaná hodnota.

Vyhodnocení dotazníků proběhlo pomocí parametrické statistické metody korelace Pearsonova koeficientu, pomocí Fisherova F-testu a Studentova t-testu s rovností rozptylů taktéž v programu Microsoft Office Excel. Poslední použitou metodou je Test nezávislosti  $\chi^2$  pro čtyřpolní tabulku (kontingenční tabulku 2x2) a  $\Phi$  koeficient.

## 9. Symbolika výsledkové části

- DŽS – Dotazník životní spokojenosti
- CDS – Coping with Death Scale (Škála vyrovnanosti se smrtí)
- ZDR – zdraví
- PAZ – práce a zaměstnání
- FIN – finance
- VLC – volný čas
- MAN – manželství a partnerství
- DET – vztah k vlastním dětem
- VLO – vlastní osoba
- SEX – sexualita
- PZP – přátelé, známí, příbuzní
- BYD – bydlení
- SUM - celková spokojenost

## 10. Výsledky výzkumu

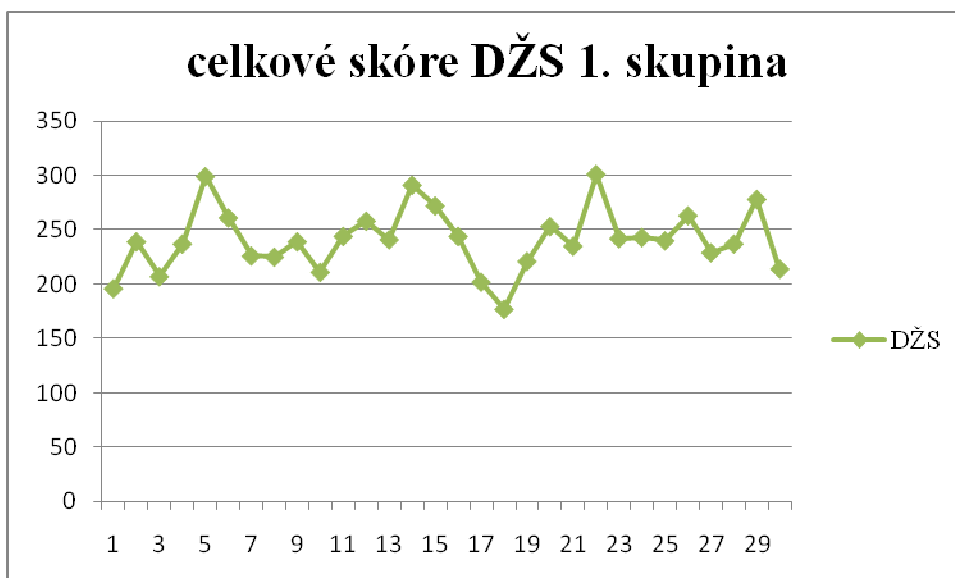
Výsledky statistického zpracování dat u souborů v 1. skupině u 30 respondentů, ve 2. skupině u 38 respondentů, přinášíme v následujících tabulkách a grafech.

### 10.1. Základní výstupy DŽS

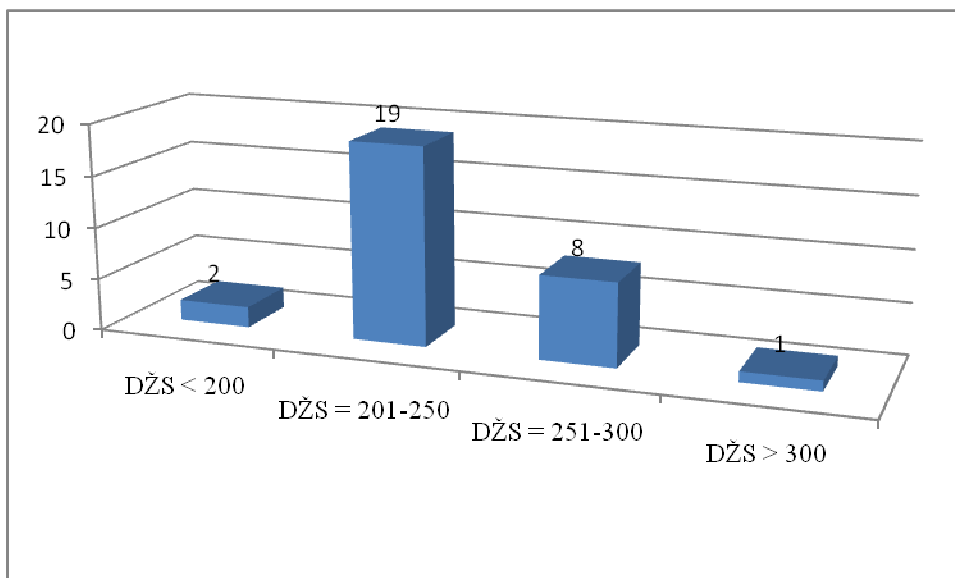
**Tabulka č. 8: Výstupy DŽS dotazníků 1. skupiny (N30)**

Aritmetický průměr	240,83
Směrodatná odchylka	29,16
Medián	239,5
Modus	239
Minimální hodnota	177
Maximální hodnota	301

**Graf č. 8: Výstupy DŽS dotazníků 1. skupiny (N30) – celkové skóre**



**Graf č. 9: Výstupy DŽS dotazníků 1. skupiny (N30) – bodové zastoupení**



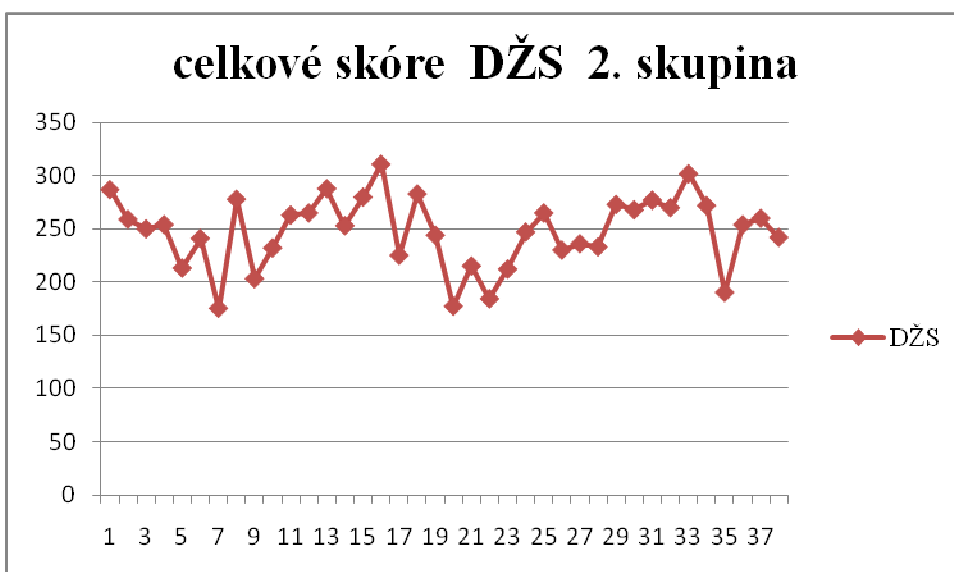
Data z Dotazníků DŽS (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 1986) u 1. skupiny respondentů byla zanesena do tabulky uvedené v příloze. V grafu č. 9 vidíme míru životní spokojenosti u celého souboru respondentů (N30). Čím vyšší hodnota, tím větší je celková životní spokojenost. Nižší životní spokojenost, DŽS < 200 bodů, popisujeme u 7% respondentů. 63% účastníků výzkumu se pohybuje v rozmezí DŽS 201-250 bodů, což můžeme definovat jako střední hranici životní spokojenosti. Vyšší životní spokojenost, DŽS 251-300 bodů, vykazují 27% respondentů, DŽS > 300 bodů 1% respondentů.

**Tabulka č. 9: Výstupy DŽS dotazníků 2. skupiny (N38)**

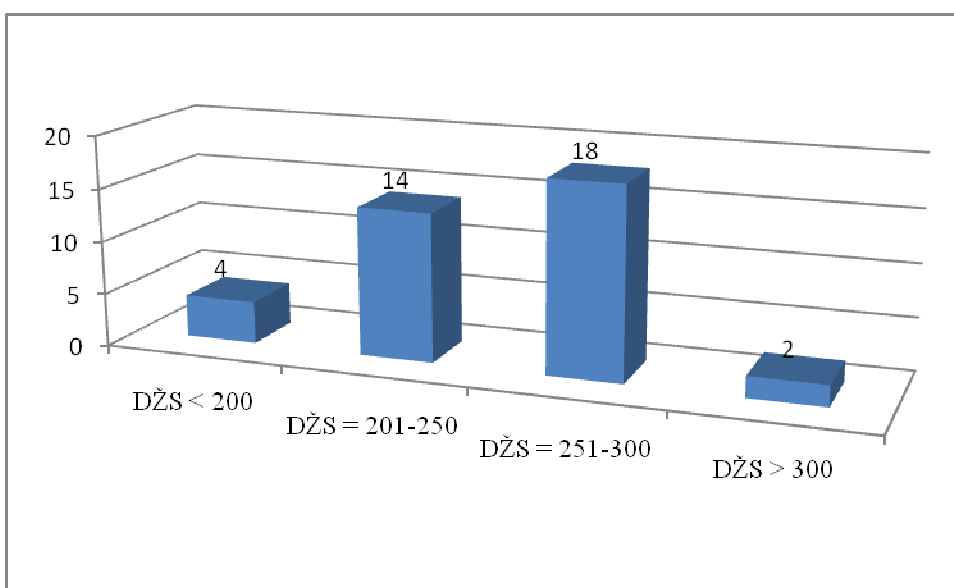
Aritmetický průměr	247,66
Směrodatná odchylka	33,81
Medián	253,5
Modus	254
Minimální hodnota	175
Maximální hodnota	311



**Graf č. 10: Výstupy DŽS dotazníků 2. skupiny (N38) – celkové skóre**



**Graf č. 11: Výstupy DŽS dotazníků 2. skupiny (N38) – bodové zastoupení**



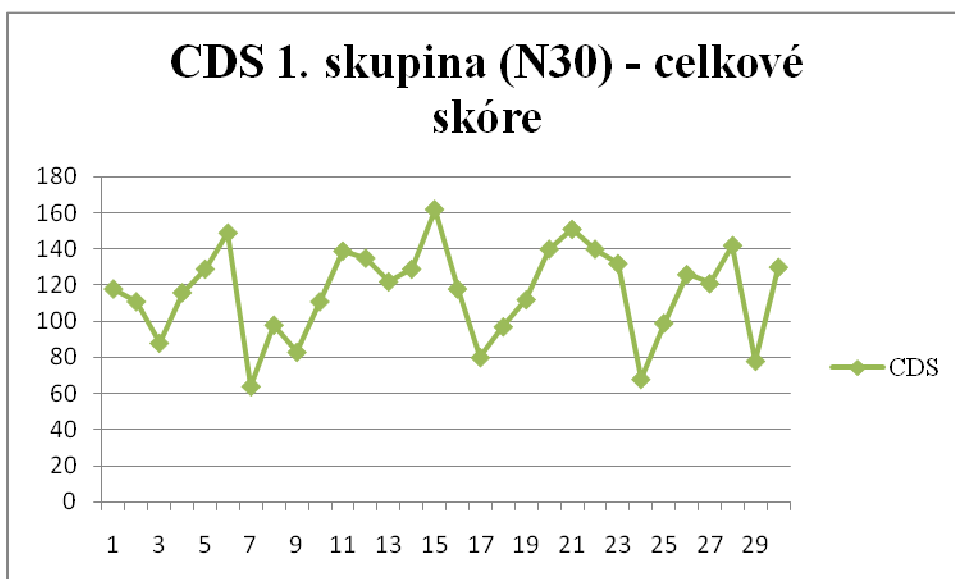
Data z Dotazníků DŽS (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 1986) u 2. skupiny respondentů byla taktéž zanesena do tabulky uvedené v příloze. Graf č. 11 popisuje míru životní spokojenosti u celého souboru respondentů (N38). 11% účastníků výzkumu vykazuje nižší životní spokojenost, DŽS < 200 bodů. Ve střední hranici, DŽS 201-250 bodů, se pohybuje 37% respondentů. DŽS 251-300 bodů, vyšší míru životní spokojenosti, popisujeme u 47% účastníků výzkumu; DŽS > 300 bodů u 5% respondentů.

## 10.2. Základní výstupy CDS

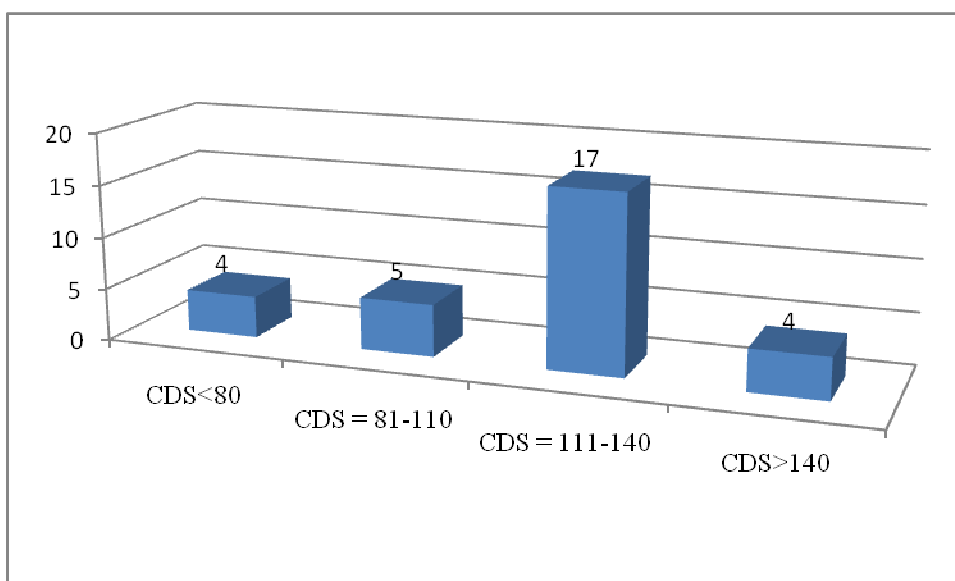
Tabulka č. 10: Výstupy CDS dotazníků 1. skupiny (N30)

Aritmetický průměr	116,26
Směrodatná odchylka	25,44
Medián	119,5
Modus	118
Minimální hodnota	64
Maximální hodnota	162

Graf č. 12: Výstupy CDS dotazníků 1. skupiny (N30) – celkové skóre



**Graf č. 13: Výstupy CDS dotazníků 1. skupiny (N30) – bodové zastoupení**

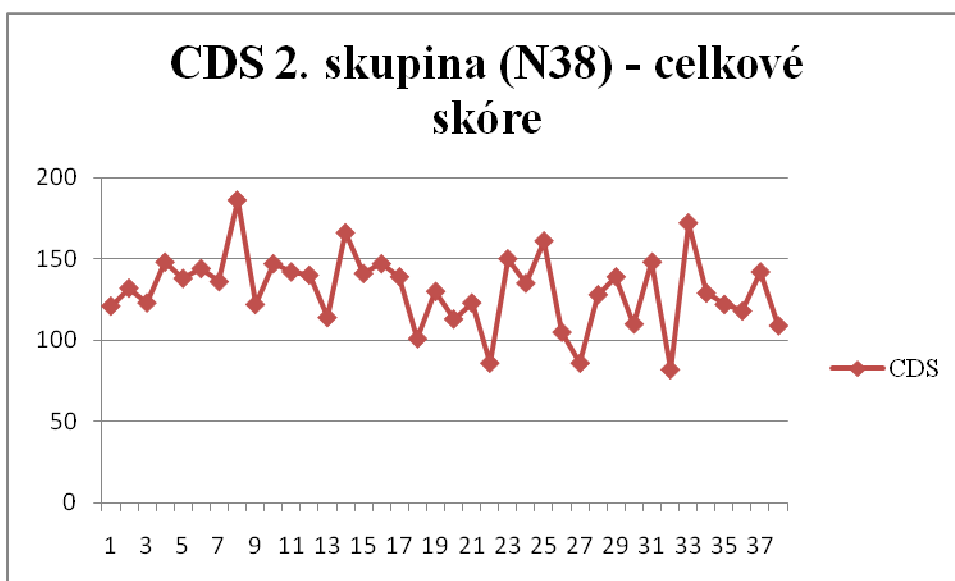


Získaná data z Dotazníků CDS (Bugen, 1980-81) u 1. skupiny respondentů byla zanesena do tabulky uvedené v příloze. Graf č. 13 znázorňuje míru strachu ze smrti všech účastníků výzkumu (N30). Čím je vyšší celkové skóre, tím lepší jsou zvládací schopnosti daného respondenta. CDS < 80 bodů, tzn. nízkého bodového hodnocení, dosáhlo 13% respondentů. Skóre CDS 81-110 bodů, střední pásmo, jsme zaznamenali u 17% účastníků výzkumu. 57% respondentů dosáhlo dobrých výsledků, CDS 111-140 bodů; výborných potom 13% zkoumaného vzorku respondentů.

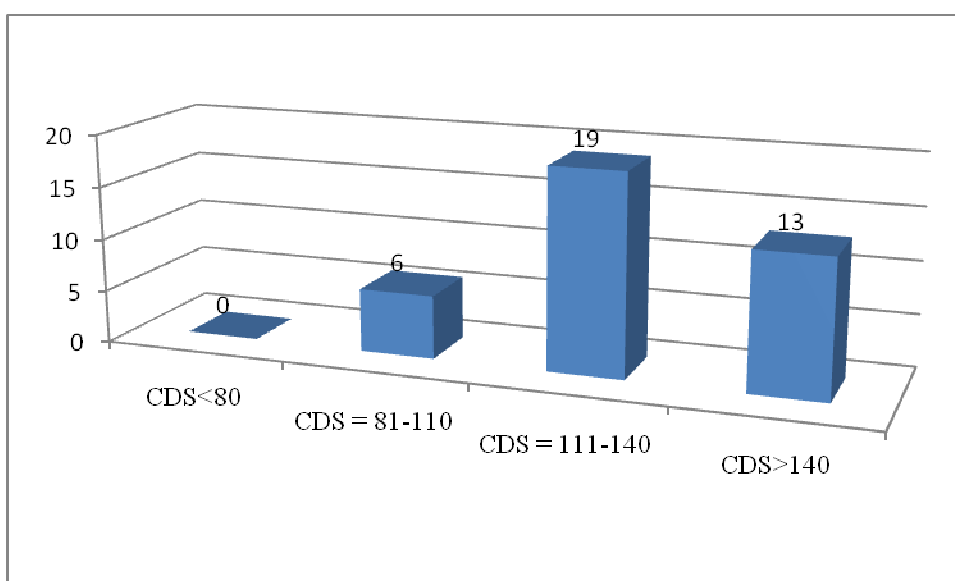
**Tabulka č. 11: Výstupy CDS dotazníků 2. skupiny (N38)**

Aritmetický průměr	130,92
Směrodatná odchylka	22,79
Medián	133,5
Modus	123
Minimální hodnota	82
Maximální hodnota	186

**Graf č. 14: Výstupy CDS dotazníků 2. skupiny (N38) – celkové skóre**



**Graf č. 15: Výstupy CDS dotazníků 2. skupiny (N38) – bodové zastoupení**



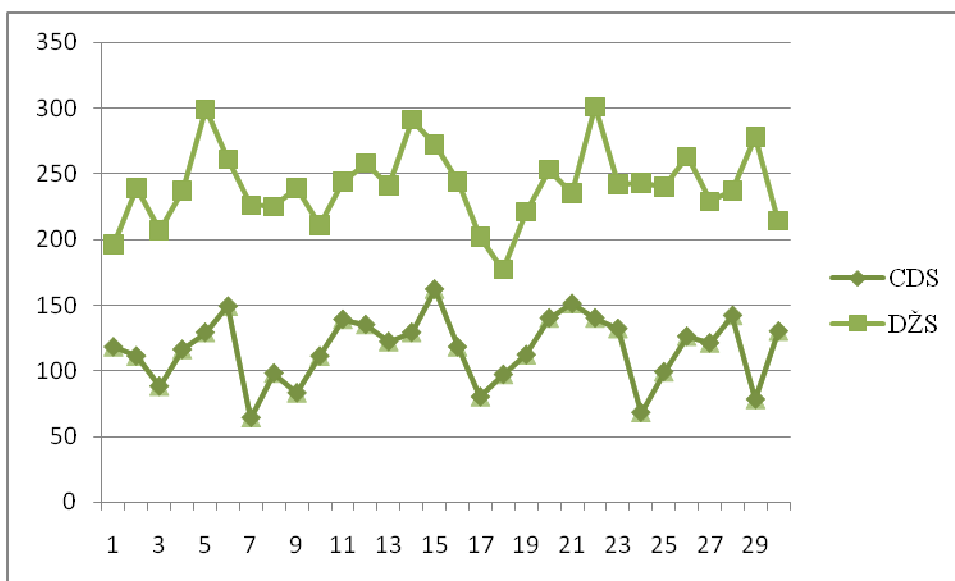
Získaná data z Dotazníků CDS (Bugen, 1980-81) u 2. skupiny respondentů byla zanesena do tabulky uvedené v příloze. V grafu č. 15 vidíme míru strachu ze smrti všech účastníků výzkumu (N38). V této skupině respondentů nikdo nedosáhl skóru CDS < 80, nízkého bodového ohodnocení. 16% účastníků výzkumu vykazuje střední pásmo, CDS 81-110 bodů. CDS 111-140 bodů, dobrých výsledků, dosáhlo 50% respondentů; výborných potom 34% zkoumaného vzorku respondentů.

## 11. Koreláty

Po vyhodnocení jednotlivých dotazníků a zanesení dat do přehledných tabulek a grafů byly pomocí programu Microsoft Office Excel propočítány korelace mezi životní spokojeností a strachem ze smrti; mezi strachem ze smrti a vírou a mezi strachem ze smrti ve skupině 1. a 2., tzn. lidé pod 40 let a nad 40 let. K výpočtům jsme použili Pearsonův korelační koeficient a na hladinách významnosti  $\alpha = 0,05$  ( $r = 0,349$  pro 1. skupinu,  $r = 0,304$  pro 2. skupinu) a  $\alpha = 0,01$  ( $r = 0,448$  pro 1. skupinu,  $r = 0,393$  pro 2. skupinu) jsme zjišťovali, zda spolu výše uvedené kategorie statisticky významně souvisí.

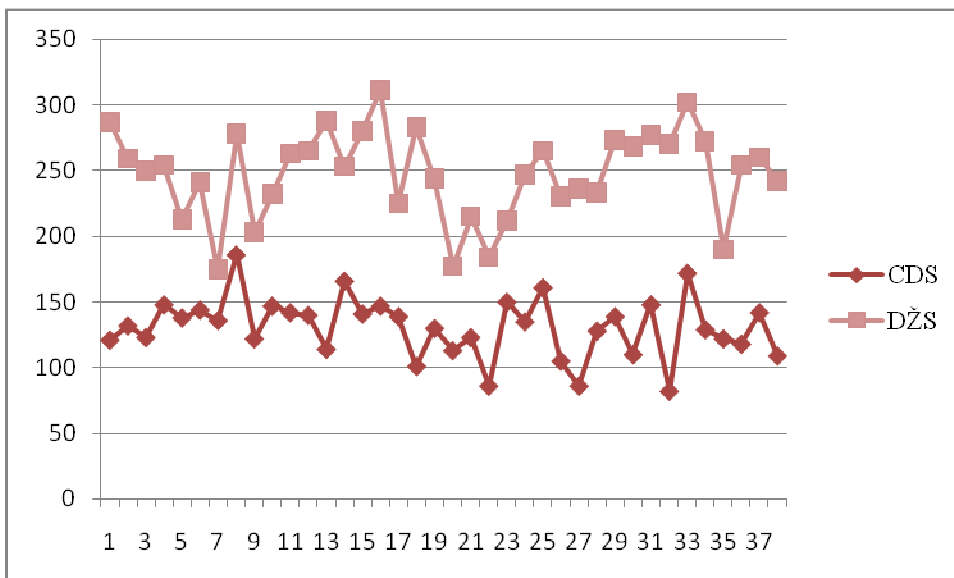
### 11.1. DŽS a CDS

Graf č. 16: Korelace životní spokojenosti a strachu ze smrti v 1. skupině (N30)



Na 5 % hladině významnosti bylo prokázáno, že kvalita života – životní spokojenost má statisticky významný vliv na míru zvládnání strachu ze smrti u dané skupiny respondentů ( $r = 0,394$ ).

**Graf č. 17: Korelace životní spokojenosti a strachu ze smrti v 2. skupině (N38)**

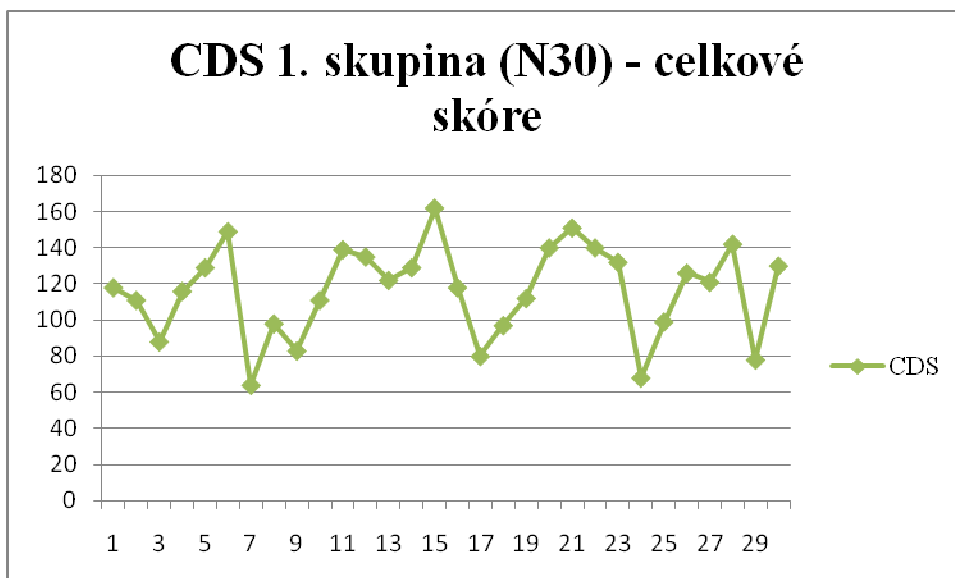


Na 5 % hladině významnosti nebylo prokázáno, že kvalita života – životní spokojenost má statisticky významný vliv na míru zvládnání strachu ze smrti u dané skupiny respondentů ( $r = 0,283$ ).

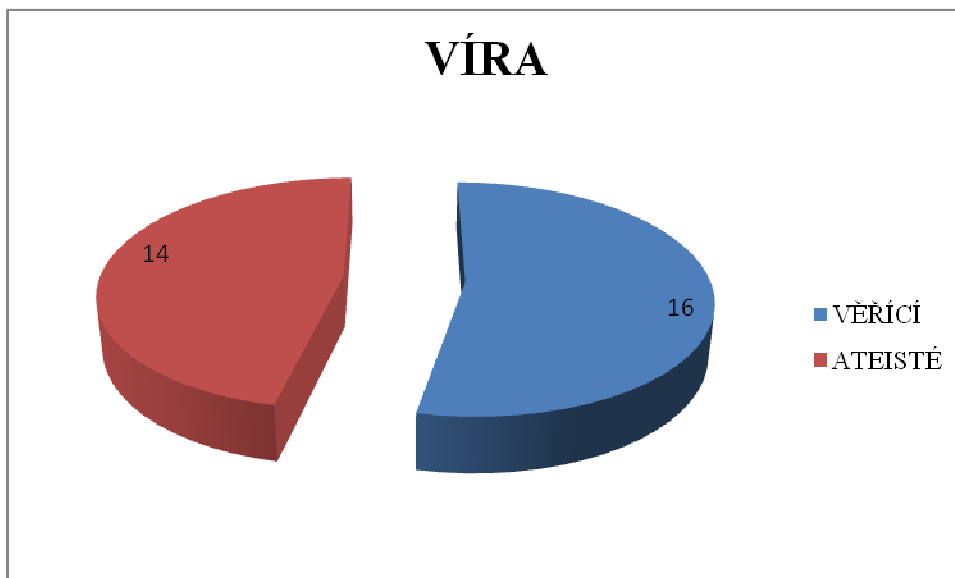
## 11.2. CDS a víra

### 11.2.1. CDS a víra – 1. skupina (N30)

Graf č. 19: Výstupy CDS dotazníků 1. skupiny (N30) – celkové skóre



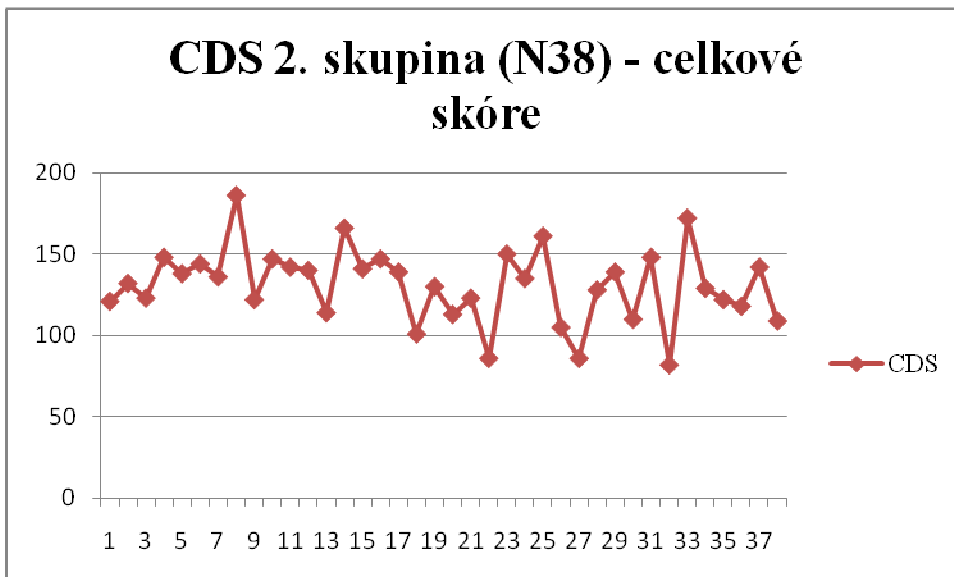
Graf č. 20: Víra respondentů 1. skupiny (N30)



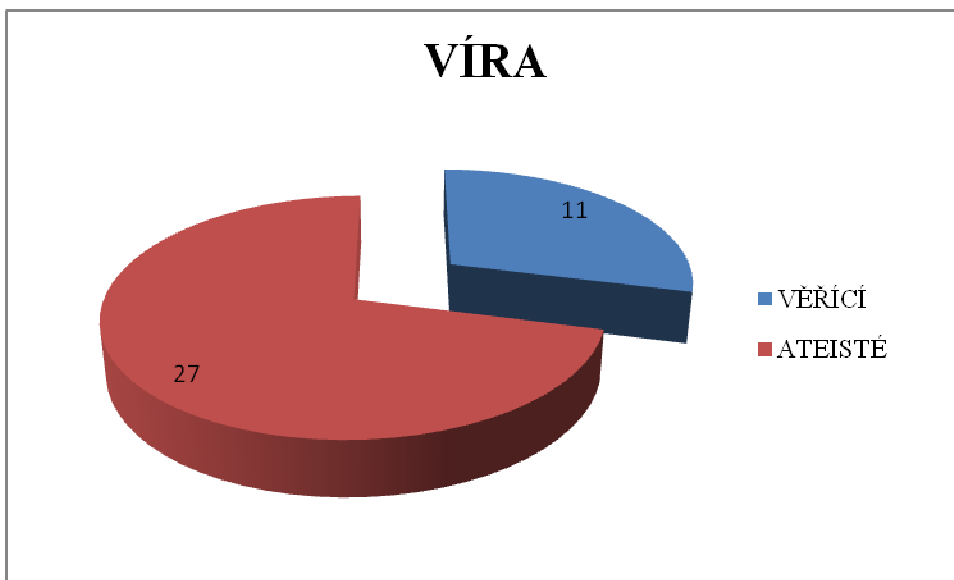
Po převedení alternativních znaků (víra, nevíra) na znaky metrické nebyla na 5% hladině významnosti prokázána statisticky významná souvislost mezi vírou či nevírou a zvládním strachu ze smrti ( $r = -0,116$ ).

### 11.2.2. CDS a víra – 2. skupina (N38)

Graf č. 21: Výstupy CDS dotazníků 2. skupiny (N38) – celkové skóre



Graf č. 22: Víra respondentů 2.skupiny (N38)



Po převedení alternativních znaků (víra, nevíra) na znaky metrické nebyla na 5% hladině významnosti prokázána statisticky významná souvislost mezi vírou či nevírou a zvládním strachu ze smrti ( $r = 0,116$ ).



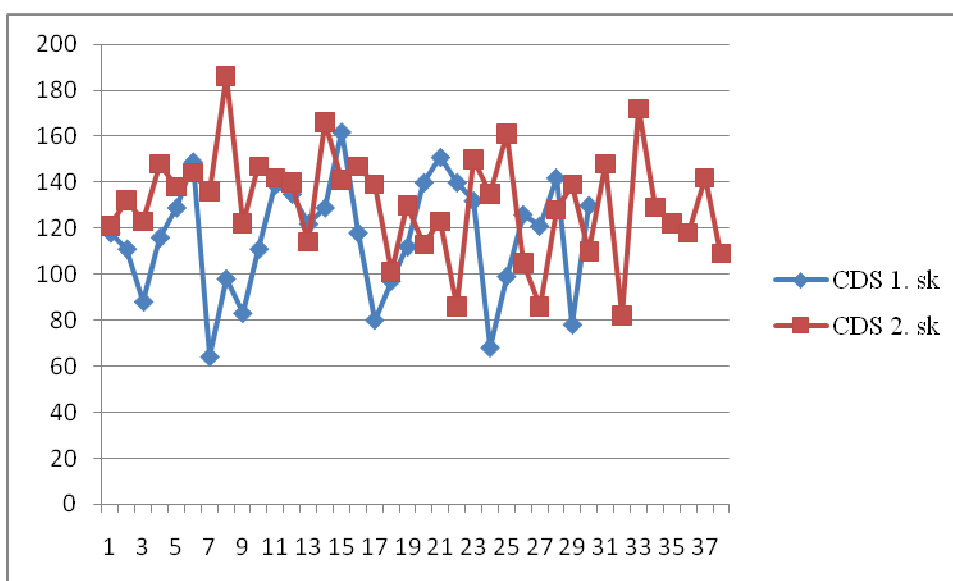
## 12. Komparace

### 12.1. CDS v 1. skupině a CSD ve 2. Skupině

Studentovy t-testy zjišťují, zda existuje signifikantní rozdíl mezi dvěma výběry v aritmetických průměrech. Před těmito t-testy je nutné provést dvouvýběrový F-test ke zjištění rozdílu mezi rozptyly sledovaných výběrů. Podle výsledku F-testu se rozhodneme, jaký typ t-testu je vhodné použít – dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů nebo dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů (Reiterová, 2006, s. 36).

Naším úkolem bylo zjistit, zda lidé starší 40 let (2. skupina) budou mít statisticky významně vyšší strach ze smrti (měřeno škálou CDS) než lidé mladší 40 let (1. skupina). K výpočtu Dvouvýběrového Fisherova F-testu pro rozptyl jsme použili program Microsoft Office Excel, taktéž k výpočtu Studentova t-testu - Dvouvýběrového t-testu s rovností rozptylů.

**Graf č. 18: Porovnání výsledků CDS - bodové zastoupení všech respondentů (1. a 2. skupina)**



**Tabulka č. 12: Popisná statistika výstupů CDS (1. a 2. skupina)**

	POPISNÁ STATISTIKA		
	<i>1.sk. CDS</i>		<i>2.sk. CDS</i>
Stř. hodnota	116,2667	Stř. hodnota	130,9211
Chyba stř. hodnoty	4,644347	Chyba stř. hodnoty	3,698329
Medián	119,5	Medián	133,5
Modus	118	Modus	123
Směr. odchylka	25,43814	Směr. odchylka	22,79803
Rozptyl výběru	647,0989	Rozptyl výběru	519,7504
Špičatost	-0,54452	Špičatost	0,352976
Šikmost	-0,4277	Šikmost	-0,09172
#REF!	98	#REF!	104
Minimum	64	Minimum	82
Maximum	162	Maximum	186
Součet	3488	Součet	4975
Počet	30	Počet	38
Hladina spolehlivosti (95,0%)	9,498757	Hladina spolehlivosti (95,0%)	7,493527

Reiterová (2006, s. 37) hovoří o tom, že F-test zpracovává rozptyly, zjišťuje, zda je signifikantní rozdíl mezi rozptyly dvou výběrů. Používá se v tom případě, když potřebujeme rozhodnout, který Studentův t-test použijeme. Ve výsledcích se objeví aritmetický průměr, rozptyl, počet pozorování, rozdíl (počet stupňů volnosti). Fisherovo F, P ( $F \leq f$ ) (1) je pravděpodobnost, která se srovnává s hladinou významnosti  $\alpha$ . Pokud je  $P < 0,05$  existuje signifikantní rozdíl mezi rozptyly sledovaných výběrů. Signifikantní rozdíl také zjistíme porovnáním F a F krit (1) – je-li  $F > F$  krit (1) pak je signifikantní rozdíl mezi rozptyly.

Výsledek Fisherova F-testu ovlivňuje výběr Studentova t-testu. Při prokázání signifikantního rozdílu mezi rozptyly sledovaných výběrů použijeme ke zjištění rozdílu mezi průměry Studentův test s nerovností rozptylů. V opačném případě použijeme test s rovností rozptylů.

V našem výzkumu je  $F < F$  krit (1) =  $F$  1,245 <  $F$  krit 1,776, což znamená, že k dalším výpočtům použijeme Studentův dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů.

**Tabulka č. 13: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl**

<b>Dvouvýběrový F-test pro rozptyl</b>		
Stř. hodnota	116,2667	130,9211
Rozptyl	647,0989	519,7504
Pozorování	30	38
Rozdíl	29	37
<b>F</b>	<b>1,245019</b>	
P (F<=f) (1)	0,262244	
<b>F krit (1)</b>	<b>1,774545</b>	

Vypočítanou hodnotu Studentova t ( $t_{stat}$ ) v absolutní hodnotě porovnáme s hodnotu  $t_{krit}$  (2), která představuje tabulkovou kritickou hodnotu. Je-li  $t_{stat} > t_{krit}$  (2), potom je signifikantní rozdíl v průměrech sledovaných výběrů.

V našem případě je  $t_{stat} > t_{krit}$  (2),  $t_{stat} 2,501 > t_{krit} 1,997$ , z čehož vyplývá, že je signifikantní rozdíl mezi 1. a 2. skupinou ve výsledcích CDS. Původní předpoklad, že lidé nad 40 let (2. skupina) budou mít statisticky významně větší strach ze smrti, se nepotvrdil. Podle střední hodnoty můžeme konstatovat, že statisticky významně větší strach ze smrti mají lidé pod 40 let (1. skupina).

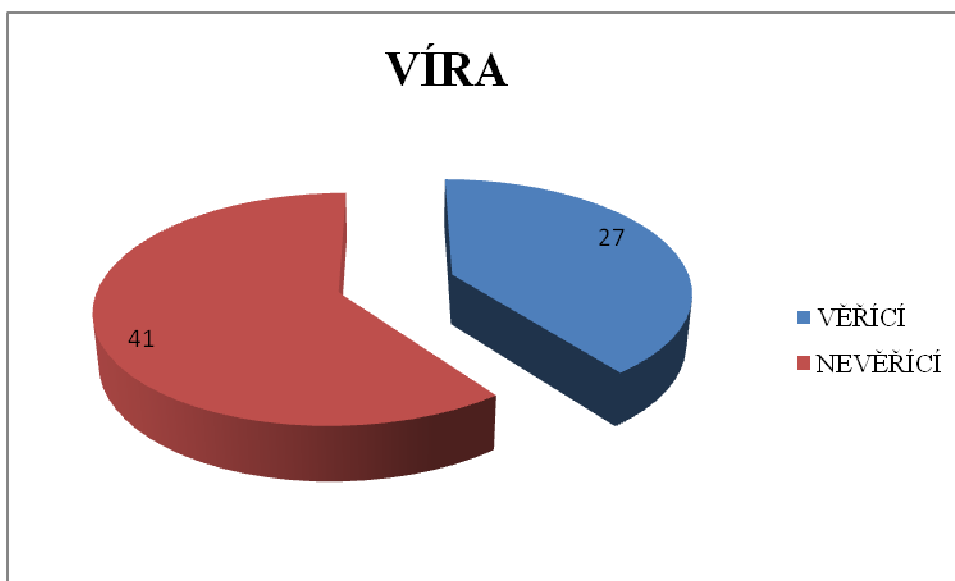
**Tabulka č. 14: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů**

<b>Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů</b>		
Stř. hodnota	116,2667	130,9211
Rozptyl	647,0989	519,7504
Pozorování	30	38
Společný rozptyl	575,7065	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	66	
<b>t Stat</b>	<b>-2,50072</b>	
P (T<=t) (1)	0,007442	
t krit (1)	1,668271	
P (T<=t) (2)	0,014885	
<b>t krit (2)</b>	<b>1,996564</b>	

### 13. Test nezávislosti $\chi^2$ pro čtyřpolní tabulku (kontingenční tabulku 2x2) a $\Phi$ koeficient

#### 13.1. CDS a víra – věřící a nevěřící z obou skupin

Graf č. 19: Rozdělení na věřící a nevěřící – součet obou skupin



Pro zjištění souvislostí mezi vírou a mírou zvládnání strachu ze smrti jsme použili Test nezávislosti  $\chi^2$  pro čtyřpolní tabulku (kontingenční tabulku 2x2) a  $\Phi$  koeficient (Reiterová, 2004, s. 64).

Test nezávislosti  $\chi^2$  se používá v takovém případě, kdy máme rozhodnout, zda existuje významná souvislost mezi dvěma alternativními jevy, které mohou nabývat jen dvou možných hodnot (pohlaví – muž, žena, stav- svobodný, ženatý). Sečetli jsme proto všechny věřící a všechny nevěřící respondenty z obou skupin a bodové výstupy CDS jsme převedli na alternativní jev tak, že jsme ve skupinách věřících a nevěřících účastníků výzkumu vypočítali medián. Poté jsme sečetli v obou skupinách počet respondentů nad mediánem a pod mediánem a tím jsme získali potřebná data do čtyřpolní tabulky.

**Tabulka č. 12: Kontingenční tabulka 2x2**

Víra	CDS nad mediánem	CDS pod mediánem	$\Sigma$
Věřící	a 13	b 14	27
Nevěřící	c 19	d 22	41
$\Sigma$	32	36	68

Podle vzorce  $\chi^2 = n \cdot (a \cdot d - b \cdot c)^2 / (a+b) \cdot (a+c) \cdot (b+d) \cdot (c+d)$  vypočítáme hodnotu  $\chi^2$ , čímž zjistíme, zda je mezi oběma proměnnými nenáhodný vztah (signifikantní rozdíl mezi danými četnostmi). Vypočítanou hodnotu  $\chi^2$  porovnáme s tabulkovou hodnotou  $\chi^2_{\alpha}(v)$ , kde  $v = 1$  a na základě porovnání přijmeme nebo zamítneme nulovou hypotézu o tom, že výběry pocházejí z téže populace. Vztah mezi koeficientem  $\Phi$  a  $\chi^2$  se dá vyjádřit jako  $\Phi = \sqrt{\chi^2 / n}$ .

Dosazením číselných hodnot do rovnice jsme získali hodnotu  $\chi^2 = 0,0213$  a  $\Phi = 0,0177$ .

Tabulková hodnota je  $\chi^2_{\alpha}(v) = \chi^2_{0,05}(1) = 3,84 \rightarrow$  pokud je  $\chi^2 > \chi^2_{0,05}(1)$  potom je signifikantní rozdíl mezi skupinou věřících a nevěřících. V našem případě je  $\chi^2 < \chi^2_{0,05}(1) - 0,0213 < 3,84$ , což znamená, že není signifikantní rozdíl mezi skupinou věřících a nevěřících respondentů. Tudíž neexistuje statisticky významná souvislost mezi vírou a zvládnutím strachu ze smrti.

## 14. K platnosti hypotéz

Stanovili jsme tři hypotézy H1 – H3.

**H 1:** Předpokládáme statisticky významnou pozitivní korelaci mezi životní spokojeností (měřeno dotazníkem DŽS) a zvládáním strachu ze smrti (měřeno škálou CDS).

1. Pomocí statistické analýzy bylo zjištěno, že životní spokojenost u respondentů v 1. skupině má na 5% hladině významnosti statisticky významný vliv na zvládání strachu ze smrti ( $r = 0,394$ ).

Hypotéza se potvrdila.

2. U respondentů ve 2. skupině jsme pomocí statistické analýzy došli k závěru, že životní spokojenost na 5% hladině významnosti nemá statisticky významný vliv na zvládání strachu ze smrti (0,283).

Hypotéza se nepotvrdila.

**H 2:** Předpokládáme, že lidé starší 40 let budou mít statisticky významně vyšší strach ze smrti (měřeno škálou CDS) než lidé mladší 40 let.

Pomocí statistické analýzy bylo zjištěno, že je signifikantní rozdíl mezi 1. a 2. skupinou respondentů ve výsledcích CDS ( $t_{stat} 2,501 > t_{krit} 1,997$ ). Podle střední hodnoty můžeme konstatovat, že statisticky významně větší strach ze smrti mají lidé mladší 40 let (1. Skupina respondentů).

Hypotéza se nepotvrdila.

**H 3:** Předpokládáme, že lidé, kteří se považují za věřící, budou mít statisticky významně nižší strach ze smrti (měřeno škálou CDS) než lidé, kteří se za věřící nepovažují.

1. Mezi vírou a zvládáním strachu ze smrti jsme pomocí Testu  $\chi^2$  pro čtyřpolní tabulku nenalezli statisticky významnou souvislost ( $\chi^2 = 0,021$  a  $\Phi = 0,017$ ).
2. Na základě statistické analýzy můžeme říci, že mezi vírou a zvládáním strachu ze smrti nebyla na 5% hladině významnosti nalezena statisticky významná souvislost (1. skupina  $r = -0,116$ ; 2. skupina  $r = 0,116$ ).

Hypotéza se nepotvrdila.

## 15. Diskuze

.Cílem naší práce bylo zmapovat kvalitu života a míru zvládnání strachu ze smrti a nalezení souvislostí mezi kvalitou života a mírou zvládnání strachu ze smrti u dvou, věkově rozdílných, skupin respondentů. Dále jsme pátrali po tom, u koho je strach ze smrti větší, zda u respondentů mladšího věku (1. skupina pod 40 let věku – N30) nebo u respondentů staršího věku (2. skupina nad 40let věku – N38). Zajímalo nás také, jestli míra zvládnání strachu ze smrti může být ovlivněna tím, zda je respondent věřící či nikoliv. Stanovili jsme tři hypotézy a naším úkolem bylo je potvrdit nebo vyvrátit.

Na začátku výzkumné práce bylo respondentům, mužům i ženám z různých částí Moravy, rozdáno 100 kusů dotazníků. 50 ks respondentům mladším 40 let a rovněž 50 ks respondentům starším 40 let. Zpět se nám vrátilo použitelných 68 ks dotazníků, 30 ks od respondentů mladších 40 let a 38 ks od respondentů starších 40 let. Zbývajících 20 ks dotazníků se nám nevrátilo vůbec a 12 ks dotazníků bylo vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. Chybně vyplněné dotazníky pocházely od respondentů, kteří pocházejí z blízkého okolí autorky. Domníváme se, že se tito lidé z osobních důvodů nechtěli příliš odhalit, proto nevyplnili mnohdy i polovinu Dotazníku životní spokojenosti, tudíž se tyto dotazníky staly nepoužitelné k dalšímu zkoumání.

H 1: Předpokládáme statisticky významnou pozitivní korelaci mezi životní spokojeností (měřeno dotazníkem DŽS) a zvládnáním strachu ze smrti (měřeno škálou CDS). Tato hypotéza se potvrdila pouze u 1. skupiny respondentů, zatímco u 2. skupiny respondentů potvrzena nebyla. Měli bychom si položit otázku proč právě u této skupiny tomu tak není.

H 2: Předpokládáme, že lidé starší 40 let budou mít statisticky významně vyšší strach ze smrti (měřeno škálou CDS) než lidé mladší 40 let. Hypotéza se nepotvrdila. Niemeyer, Werth (in Vágnerová, 2007, s. 432) popisují, že s přibývajícím věkem strachu ze smrti ubývá, což potvrzuje naše výsledky. Rovněž Yalom (2006, s. 61) uvádí výsledky některých výzkumů strachu ze smrti, kde bylo zjištěno, že mladí lidé, kteří ztratili jednoho z rodičů, mají větší strach ze smrti a že středoškolští studenti mají závažné obavy související se smrtí.



H 3: Předpokládáme, že lidé, kteří se považují za věřící, budou mít statisticky významně nižší strach ze smrti (měřeno škálou CDS) než lidé, kteří se za věřící nepovažují. Hypotéza se nepotvrdila. Přitom Yalom (2006, s. 61) uvádí, že zbožní věřící lidé mají menší strach ze smrti. Ellison (in Křivohlavý, 2001, s. 77) zmiňuje, že lidé s hlubším náboženským přesvědčením vykazují vyšší míru spokojenosti se životem a vyšší kvalitu života.

Došli jsme k názoru, že výsledky mohou být zkreslené hned z několika důvodů. V dotaznících DŽS dosáhla 1. skupina respondentů průměrné hodnoty 241 bodů a 2. skupina 248 bodů, což považujeme za střední hranici životní spokojenosti. V dotaznících CDS byla průměrná hodnota u 1. skupiny respondentů 116 bodů, u 2. skupiny 131 bodů. Oba průměry značí velmi dobrý výsledek. Můžeme se domnívat, že je to z toho důvodu, že se výzkumu účastnili pouze dobrovolníci. Bylo by jistě zajímavé nechat dotazníky DŽS a CDS vyplnit i ty respondenty, kteří by se dobrovolně do výzkumu neangažovali.

Jedním z dalších zajímavých témat pro diskuzi by mohlo být pohlaví a vzdělání respondentů. V našem výzkumu převládalo v obou skupinách ženské pohlaví, v 1. skupině potom vysokoškolské respondenty a ve 2. skupině respondenty středoškolské. Bylo by zajímavé porovnat skupinu mužů se skupinou žen, případně i stejného vzdělání. Zůstává otázkou, jak by která z těchto skupin dopadla v našem výzkumu.

Přínosné by bylo i použití výsledků jednotlivých subškál DŽS ve vztahu k míře zvládnutí strachu ze smrti. V našem výzkumu jsme pracovali pouze s celkovým skóre životní spokojenosti. Zajímavé by bylo zjistit, která z 10 subškál by měla ke strachu ze smrti nejbližší vztah.

Rovněž by mohlo být přínosné zjistit, zda kvalitu života a míru zvládnutí strachu ze smrti může ovlivňovat smysl života, jak ho popisuje Frankl. Smysl života je podle Frankla (in Tavel, 2007, s. 27) spojený s pocitem žít pro něco nebo pro někoho. Nenaplněná touha po smyslu se u člověka v citové oblasti projevuje pocitem pustoty a prázdnoty, což se odráží i na tělesné kondici. „Vůle ke smyslu je touha člověka co možná nejsmysluplněji naplnit svou existenci.“ (Frankl in Tavel, 2007, s. 20) Tavel (2007, s. 22) dále uvádí, že vůle ke smyslu je vůle vidět, organizovat a vykládat jednotlivé podněty jako smysluplné celky.

Kvalita života je multidimenzionální, tudíž se jí můžeme zabývat z mnoha pohledů – psychologického, medicínského či sociologického. Naše měření proběhlo jednorázově, proto je platné pouze pro dané životní období respondentů. Celkové skóre v DŽS mohlo být ovlivněno osobními či sociálními problémy, situačními vlivy nebo třeba ekonomickou krizí.

Jak tedy přistupovat ke strachu ze smrti? Yalom (2008, s. 199) uvádí: „Nedocházejme k závěru, že smrt je příliš bolestivá, abychom ji snášeli, že nás myšlenka na ni zničí, že pomíjivost je třeba popřít, protože jinak by pravda zbavila život smyslu. Takové popření si vždycky vyžádá svou cenu – zúžení našeho vnitřního života, rozostření naší vize, otupení naší racionality. Náš sebeklam nás nakonec dostihne.“ Přímý pohled na smrt strach z ní snižuje a dělá život pronikavějším, vzácnějším a vitálnějším.

Není tajemstvím, že lidé, kteří se dozvědí nevyléčitelnou diagnózu, prochází 5. stádií umírání (Kübler-Ross). Yalom (2006, s. 45) popisuje, jak tito lidé využívají svou krizi jako příležitost ke změně. Šokující posuny a vnitřní změny označuje za osobní růst:

- Přeskupení životních hodnot: trivializace nepodstatných věcí.
- Pocit osvobození: schopnost záměrně nedělat to, co dělat nechtějí.
- Zesílený prožitek žití v okamžité přítomnosti spíše než odkládání života do důchodu nebo do nějakého jiného okamžiku v budoucnosti.
- Radostné ocenění základních životních věcí: změny ročních období, větru, padajícího listí, uplynulých Vánoc.
- Hlubší komunikace s milovanými lidmi než před krizí.
- Méně obav z mezilidských vztahů, méně strachu z odmítnutí, větší ochota riskovat než před krizí.

K tomu můžeme dodat pouze to, že je velká škoda, že k osobnímu růstu a zlepšení kvality života byli tito lidé „dohnáni“ až nevyléčitelnou nemocí. Od pradávna je zřejmé, že beze smrti by nebylo života. Každý z nás se s ní musí vyrovnat, pokud možno důstojně. Způsob, jakým se se smrtí vyrovnáme je závislý na naší výchově, okolí a zevních vlivech. Přesto záleží hlavně na našem pohledu na svět, jak nám zprostředkuje tento citlivý a osobní okamžik. Záleží jen na nás, jestli budeme umět až do svého konce žít kvalitní život.

## 16. Závěr

Diplomová práce se skládá ze dvou základních částí. První, teoretická část zahrnuje obecné informace vztahující se k problematice životní spokojenosti, kvality života, smrti a strachu ze smrti. Druhá, praktická část, mapuje vzájemné souvislosti kvality života – životní spokojenosti a míru zvládání strachu ze smrti.

Výzkumný soubor tvořily 2 skupiny respondentů. 1 skupinu (N30) tvořili respondenti mladší 40 let. 2 skupinu (N38) tvořili respondenti starší 40 let. Obě skupiny respondentů zastupují muži i ženy, pocházející z různých částí Moravy. Použitými metodami byly Dotazník životní spokojenosti (DŽS) a Škála vyrovnanosti se smrtí (CDS). Ke statistickému zpracování dat jsme použili program Microsoft Excel k výpočtům popisné statistiky, Pearsonova korelačního koeficientu, Studentova t-testu a Testu nezávislosti  $\chi^2$ .

Na 5 % hladině významnosti bylo prokázáno, že kvalita života – životní spokojenost má statisticky významný vliv na míru zvládání strachu ze smrti u 1. skupiny respondentů ( $r = 0,394$ ), to znamená u respondentů pod 40 let věku. U 2. skupiny, respondentů nad 40 let věku, nebylo prokázáno na 5 % hladině významnosti, že kvalita života – životní spokojenost má statisticky významný vliv na míru zvládání strachu ze smrti ( $r = 0,283$ ).

Po převedení alternativních znaků (víra, nevíra) na znaky metrické náš výzkum prokázal, že nebyla na 5% hladině významnosti prokázána statisticky významná souvislost mezi vírou či nevírou a zvládáním strachu ze smrti (1. skupina  $r = -0,116$ ; 2. skupina  $r = 0,116$ ). Pro zjištění souvislostí mezi vírou a mírou zvládání strachu ze smrti jsme použili i Test nezávislosti  $\chi^2$  pro čtyřpolní tabulku. V tomto případě jsme proti sobě postavili věřící a nevěřící z obou skupin dohromady. Ani tentokrát nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi vírou a mírou zvládání strachu ze smrti.

Pomocí Studentových t-testů byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi 1. a 2. skupinou ve výsledcích CDS. Původní předpoklad, že lidé nad 40 let (2. skupina) budou mít statisticky významně větší strach ze smrti, se nepotvrdil. Podle střední hodnoty můžeme konstatovat, že statisticky významně větší strach ze smrti mají lidé pod 40 let (1. skupina).

V našem výzkumu byla prokázána souvislost kvality života s mírou zvládnání strachu ze smrti. Naopak nebyla prokázána souvislost mezi vírou respondentů a mírou zvládnání strachu ze smrti a nebyl prokázán ani větší strach ze smrti i věkově starších respondentů.

Strach ze smrti je důležitým tématem. Je to strach, s nímž se musíme vyrovnat všichni. To, jak to zvládneme, ovlivňuje náš přístup k životu. Připustíme-li si svoji smrtelnost a dokážeme-li ji vhodně zpracovat, pak náš život může být v mnohém obohacen. Přestaneme se zabývat nedůležitými věcmi, budeme v pokoji žít obklopeni lidmi, s nimiž je nám dobře. Nezvládneme-li to, svazující úzkost nám nedovolí dosáhnout toho, po čem toužíme, nebudeme moci plně rozvinout svůj potenciál. Můžeme se stát zatrpklými, nesnášenlivými vůči druhým, náš život bude plný strachu, konfliktů, zaslepené víry v určitý světonázor. To, jak strach ze smrti dokážeme zpracovat, v mnohém ovlivňuje právě kvalita a smysl života.

Kvalita života je nepostradatelným aspektem ovlivňující naše zdraví. Kvalita života je subjektivním hodnocením důležitosti jeho jednotlivých složek a spokojeností s nimi. Je ovlivňována hodnotovým systémem konkrétního člověka, jeho životním stylem, ale také situací, ve které se zrovna nachází. Významný vliv na ni má také to, jak je schopen člověk odolávat zátěži a řešit kritické situace, jak se dokáže vyrovnat se stresem, který přináší každodenní život a to jakou sociální oporu mu poskytují druzí lidé.

## 17. Souhrn

*„A smrt nebude mít žádnou moc.*

*Ti, kteří zemřeli, s lidem větru a měsíce splynou. Až maso z kostí opadá a kosti v prach se rozpadnou. Jen hvězdy zářící zbudou z jejich těl. Ani v šílenství rozum je neopustí. Mořská hlubina na hladinu je pustí. I když milenci zmizí, láska zůstane. A smrt nebude mít žádnou moc.“*

*Dylan Thomas*

Diplomová práce se věnuje kvalitě života a její souvislosti se zvládáním strachu ze smrti.

V úvodní, teoretické části, popisujeme kvalitu života, životní spokojenost, well-being, determinanty a koreláty životní spokojenosti. Zmiňujeme také protektivní faktory, mezi které patří nezdolnost v pojetí SOC (sence of coherence), nezdolnost v pojetí hardiness, sociální opora a sebehodnocení. Definujeme smrt a pojmy s ní související, smrt jako motivačního činitele a smrt z existenciálního pohledu, dále potom strach a strach ze smrti.

Praktická část naší práce přináší odpovědi na stanovené hypotézy.

Výzkumný soubor tvořily 2 skupiny respondentů. 1 skupinu (N30) tvořili respondenti mladší 40 let. 2 skupinu (N38) tvořili respondenti starší 40 let. Obě skupiny respondentů zastupují muži i ženy, pocházející z různých částí Moravy. V obou skupinách bylo více respondentů ženského pohlaví, ve skupině č. 1 převažovalo vysokoškolské vzdělání, ve skupině č. 2 vzdělání středoškolské. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná, výběr respondentů nebyl náhodný, byl dán jejich ochotou spolupracovat. Dotazníky byly distribuovány osobně autorkou. Výzkum probíhal od ledna do listopadu roku 2010.

Data byla přenesena do programu Microsoft Office Excel a následně zpracována do tabulek a grafů. U všech proměnných byly spočítány základní statistické charakteristiky a vyhodnocení dotazníků proběhlo pomocí parametrické statistické metody Pearsonova korelačního koeficientu, Studentova t-testu a Testu nezávislosti  $\chi^2$  pro čtyřpolní tabulku, rovněž v programu Microsoft Office Excel.

Z výsledků dotazníků DŽS jsme zjistili průměrnou hodnotu životní spokojenosti zkoumaných souborů. 1. skupina dosáhla průměrné hodnoty 241 bodů, 2. skupina měla průměrné hodnoty 248 bodů, což můžeme považovat za střední hranici životní spokojenosti v obou skupinách.

Dotazníky CDS nám ukázaly míru zvládnání strachu ze smrti. Skupina č. 1 dosáhla průměrné hodnoty 116 bodů, 2. skupina 131 bodů. Oba tyto průměry považujeme za velmi dobrý výsledek.

Ze tří stanovených hypotéz se nám potvrdila pouze jedna a to jen u jedné skupiny respondentů.

V první hypotéze jsme se domnívali, že životní spokojenost (měřeno DŽS) bude mít přímý vliv na zvládnání strachu ze smrti (měřeno škálou CDS). Pomocí statistické analýzy, Pearsonova korelačního koeficientu, bylo zjištěno, že životní spokojenost, u respondentů pod 40 let věku, v 1. skupině má na 5% hladině významnosti statisticky významný vliv na zvládnání strachu ze smrti ( $r = 0,394$ ). Naopak u 2. skupiny se nám tato hypotéza nepotvrdila. U 2. skupiny, respondentů nad 40 let věku, jsme pomocí statistické analýzy došli k závěru, že životní spokojenost na 5% hladině významnosti nemá statisticky významný vliv na zvládnání strachu ze smrti (0,283).

Druhá hypotéza předpokládala, že lidé starší 40 let (2. skupina respondentů) budou mít statisticky významně vyšší strach ze smrti (měřeno škálou CDS) než lidé mladší 40 let (1. skupina respondentů). Studentův t-test s rovností rozptylů nám v našem případě ukázal, že je  $t_{stat} > t_{krit} (2)$ ,  $t_{stat} 2,501 > t_{krit} 1,997$ , z čehož vyplývá, že je signifikantní rozdíl mezi 1. a 2. skupinou ve výsledcích CDS. Původní předpoklad, že lidé nad 40 let věku (2. skupina) budou mít statisticky významně větší strach ze smrti, se nepotvrdil. Podle střední hodnoty můžeme konstatovat, že statisticky významně větší strach ze smrti mají lidé pod 40 let věku (1. skupina).

V poslední, třetí hypotéze, jsme se domnívali, že lidé, kteří se považují za věřící, budou mít statisticky významně nižší strach ze smrti (měřeno škálou CDS) než lidé, kteří se za věřící nepovažují. Alternativních znaky (víra, nevíra) jsme nejprve převedli na znaky metrické, poté náš výzkum potvrdil, pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, že nebyla na 5% hladině významnosti prokázána statisticky významná souvislost mezi vírou či nevírou a zvládnáním

strachu ze smrti (1. skupina  $r = -0,116$ ; 2. skupina  $r = 0,116$ ). Pro zjištění souvislostí mezi vírou a mírou zvládnání strachu ze smrti jsme použili i Test nezávislosti  $\chi^2$  pro čtyřpolní tabulku. V tomto případě jsme proti sobě postavili věřící a nevěřící z obou skupin dohromady. V našem případě je  $\chi^2 < \chi^2_{0,05(1)} = 3,84$ , což znamená, že není signifikantní rozdíl mezi skupinou věřících a nevěřících respondentů. Tudíž neexistuje statisticky významná souvislost mezi vírou a zvládnáním strachu ze smrti. Ani tentokrát se nám tedy hypotéza nepotvrdila.

Výsledky dotazníkového šetření jsou vzhledem k nízkému počtu respondentů pouze informativní. Naším záměrem bylo upozornit na souvislost kvality života se strachem ze smrti, s mírou zvládnání tohoto strachu. Téma strachu ze smrti považuji za zajímavé a prospěšné, protože strach ze smrti je v pozadí mnoha dalších strachů a obav. Vědomí vlastní smrtelnosti je přirozeně spojeno s obavami, ale tyto obavy nás vedou, pokud je dokážeme vhodně zpracovat, k plnějším prožitím života. Obecně můžeme říci, že zvyšování odolnosti vůči zátěži, nezdolnosti a posilování sociální opory vede ke zlepšení kvality života. Člověk s vyšší odolností je schopen lépe snášet zatížení, stres, lépe se vyrovnává s kritickými situacemi. Důraz by měl být kladen především na sebevýchovu v oblasti hodnot, hodnotové orientace, morálky, utváření a posilování pozitivních vztahů, sociálních vazeb a sociální opory. Těmito postupy lze dosáhnout větší životní spokojenosti a tím také zvýšení celkové kvality života.

## 18. Použitá literatura:

- Abdel-Khalek, A.M. (1998). Single-versus multi-item scales in measuring death anxiety, *Death Studies*, Vol. 22, No. 8, 763-772.
- Baštecká, B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., Šolcová, I. (2003). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: MSD.
- Blatný, M., Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, roč. XXXVIII, č. 6, s. 481 – 488.
- Blatný, M., Osecká, L. (1997). Vztah sebehodnocení a struktury významu já. *Československá psychologie*, roč. XLI, č. 4, s. 314 - 322.
- Cicirelli, V.G. (1998). Personal Meaning of Death in Relation to Fear of Death, *Death Studies*, Vol. 22, 713-733.
- Drapela, V.J. (1997). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Braehler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Překlad a úprava K. Rodná, T. Rodný Praha: Testcentrum.
- Hall, C.S., Lindzey, G. (2002). *Psychológia osobnosti*. Bratislava: SPN.
- Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd.
- Haškovcová, H. (2002). *Lékařská etika*. Praha: Galén.
- Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie*. Praha Galén.
- Haškovcová, H. (1975). *Rub života - líc smrti*. Praha: Orbis.
- Haškovcová, H. (1985). *Spoutaný život*. Praha: Panorama.
- Hartl, P., Hartlová Z. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.



- Josselson, R. (2009). *Irvin D. Yalom. O psychoterapii a lidském bytí*. Praha: Portál.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá Psychologie*, roč. LII, č. 1, s. 1-19.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, roč. XLVII, č. 4, s. 333 – 345.
- Kolektiv autorů. (2009). *Mozek*. Brno: Jota.
- Kolektiv autorů. (1992). *Posmrtný život*. Praha: Cesty.
- Kourakis, A. (2008). *The Relationship Between Predisposition to Death and Past Life Regrets with Respect to Death Anxiety among Male Veterans*, Disertační práce. Florida State University.
- Kováč, D. (2004). K pojmo-logike kvality života. *Československá psychologie*, roč. XLVIII, č. 4, s. 460 – 464.
- Kováč, D. (2001). Kvalita života – naléhavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie*, roč. XLV, č. 1, s. 34 - 44.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (1994). *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů.
- Křivohlavý, J. (1990). Nezdolnost v pojetí SOC. *Československá psychologie*, roč. XXXIV, č. 6, s. 511 – 517.
- Křivohlavý, J. (1991). Nezdolnost typu hardiness. *Československá psychologie*, roč. XXXV, č. 1, s. 59 – 65.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.

- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence: Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S. (1995). *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů.
- Kübler-Ross, E. (1995). *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: EM Reflex.
- Kübler-Ross, E. (1997). *O smrti a životě po ní*. Praha: Aquamarin.
- Largo, M. (2008). *Jak odejít na věčnost, ilustrovaná encyklopedie příčin úmrtí*, Area: Praha.
- Lašek, J. (2003). Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů. *Československá psychologie*, roč. 48, č. 3, s. 215 – 223.
- Miovský, M. (2006). *Diplomové práce v oboru psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého Filozofická fakulta.
- Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Mumford, J. (1999). *Smrt – konec, anebo počátek?* Praha: Ivo Železný.
- Nakonečný, M. (1995). *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář.
- Plaňava, I. a kol. (2003). Manželská spokojenost a partnerské interakce. *Československá psychologie.*, roč. XLVII, č. 5, s. 385 – 391.
- Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Reimer, S. E. (2007). *A Test of a Model of Positive and Negative Death Attitudes Among Family Caregivers of the Elderly*. Disertační práce. Ohio State University.
- Reiterová, E. (2004). *Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého Filozofická fakulta.

- Reiterová, E. (2006). *Statistické techniky a možnosti realizace výzkumu v psychologii*. Olomouc: Univerzita Palackého Filozofická fakulta.
- Russac, R.J., Gatliff, C., Reece, M., Spottswood, D. (2007). Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects, *Death Studies*, Vol. 31, 549-561.
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Tavel, P. (2007). *Smyl života podle Viktora Emanuela Frankla*. Praha: Triton.
- Templer, D.I., Awadalla, A., Al-Fayez, G. (2006). Construction of Death Anxiety Scale – Extended, *Omega*, Vol. 53, No. 3, 209-226.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Venkrbcová, J. (2009). *Instrumentárky a syndrom vyhoření*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Vokurka, M., Hugo, J. (2000). *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf.
- Yalom, I.D. (2008). *Pohled do slunce. O překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál.
- Yalom, I.D. (2006). *Léčba Schopenhauerem*. Praha: Portál.
- Yalom, I.D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

## **Elektronické zdroje:**

- Dragomirecká, E. Nemoc a kvalita života. [on-line] [cit. 2011 - 03-16] Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra-priloha/nemoc-a-kvalita-zivota-273383> -
- Kautzner, J. Náhlá srdeční smrt. [on-line] [cit. 2011 - 03-13] Dostupné na: <http://www.ikem-kardiologie.cz/pro-pacienty/co-u-nas-lecime/nahla-srdecni-smrt.html>,
- Navajo. Otevřená encyklopedie. [on-line] [cit. 2011 - 03-17] Dostupné na: <http://existencialismus.navajo.cz/>

- Slováček L. a kol., Kvalita života nemocných jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. [on-line] [cit. 2011 - 03-15] Dostupné na: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vz11\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf)
- Templer, D.I. Death Anxiety Scale. [on-line] [cit. 2011 - 03-14] Dostupné na: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=17&sid=e9644e4e-4a9c-42b3-a18e-59d37581f089%40sessionmgr13&vid=10&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=sih&AN=22848185>
- Wikipedia. Otevřená encyklopedie. [on-line] [cit. 2011 - 03-17] Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Strach>

## Příloha č. 1: Zadání DP:

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2009/2010

Studijní program: Psychologie  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

### Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
VYBÍRALOVÁ Jana	U Tenisu 35, Přerov	I09128

#### TÉMA ČESKY:

KVALITA ŽIVOTA A STRACH ZE SMRTI

#### NÁZEV ANGLICKY:

THE QUALITY OF LIFE AND THE FEAR OF DEATH

#### VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Autorka diplomové práce se zaměří na problematiku smrti a umírání z existenciálního pohledu. Téma smrti bude vystupovat jakožto motivační činitel, který povede člověka k hlubší reflexi života. Směr výzkumu se bude týkat vzájemné souvislosti kvality života - životní spokojenosti a strachu ze smrti. Autorka použije výzkumné nástroje k postižení obou témat - především dotazník Životní spokojenosti a metodu Škála zvládání smrti.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Haškovecová, H. (1975). Rub života - líc smrti. Praha: Orbis  
Haškovecová, H. (2000). Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén.  
Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada.  
Křivohlavý, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál.  
Křivohlavý, J., Kraczmarczyk, S. (1995). Poslední úsek cesty. Praha: Návrat domů.  
Yalom, I. (2006). Existenciální psychoterapie. Praha: Portál.  
Yalom, I. (2008). Pohled do slunce. Praha: Portál

Podpis studenta:

*Jana Vybíralová*

Datum:

*13. 11. 2009*

Podpis vedoucího práce:

*M. Kupka*

Datum:

*15. 11. 2009*

Podpis vedoucího katedry:

.....

Datum:

*14. 2. 2010*

Podpis děkana:

*Vybíralová*

Datum:

*18. 02. 2010*



## **Příloha č. 2: Abstrakt**

**Vysoká škola:** Univerzita Palackého v Olomouci

**Fakulta:** Filozofická

**Katedra:** Psychologie

**Školní rok:** 2010/2011

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Jméno:** Jana Vybíralová

**Obor:** Psychologie – jednooborová, kombinovaná

**Rok imatrikulace:** 2006

**Vedoucí práce:** Mgr. Martin Kupka, Ph. D.

**Počet stran:** 100

**Počet příloh:** 9

**Počet titulů literatury:** 57

#### **Název diplomové práce: Kvalita života a strach ze smrti**

Diplomová práce sleduje problematiku kvality života – životní spokojenosti a strachu ze smrti. Jejím cílem je nalezení souvislostí mezi indexem DŽS (Dotazník životní spokojenosti) a CDS (Coping with Death Scale); zodpovězení otázky, zda mají lidé starší 40 let větší strach ze smrti než lidé mladší 40 let; posledním cílem je zjistit, zda se bojí smrti méně lidé, kteří se považují za věřící, než lidé, kteří se za věřící nepovažují. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část obsahuje vymezení základních pojmů, které jsou dále zmiňovány ve výzkumné části. Na teoretickou část práce navazuje kvantitativní výzkum, který spojuje výše uvedená témata. Výsledná data jsou statisticky vyhodnocena.

**Klíčová slova:** smrt, strach, strach ze smrti, kvalita života, well-being, determinanty životní spokojenosti

#### **Title of the theses: The quality of life and the fear of death**

Theses is concerned with questions of life quality – well-being and fear of death. The first goal of theses is to find connection between DŽS index (answer sheet of well-being) and CDS (Coping with Death Scale). Second goal is to answer the question, if people older 40 years are more afraid of death compared with younger people (less than 40 years). And the last goal is to discover if people who think about themselves that they are believer are less afraid of death. Theses is divided into two parts, theoretic and experimental. Theoretic part contains basic definitions, which are used later in experimental part. Next to theoretic part there is a quantitative research which connects the named themes. Resulting data are evaluated by statistics.

**Key words:** death, fear, fear of death, life quality, well – being, determinants of well-being

### Příloha č. 3: Dotazník životní spokojenosti (DŽS)

## DOTAZNÍK

### Dotazník životní spokojenosti

J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler

Zaškrtněte prosím u každého z tvrzení na následujících stranách vždy to číslo, které nejvíce odpovídá vaší spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení.

Příklad:	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)		spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S počasím jsem ...				X			

Pokud tedy – jako v tomto případě – nejste s počasím ani spokojen(a), ani nespokojen(a), zaškrtněte prosím ④. U každého tvrzení zaškrťávejte prosím pouze jedno políčko.

ZDRAVÍ	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)		spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...							
Se svou duševní kondicí jsem...							
Se svou tělesnou kondicí jsem...							
Se svou duševní výkonností jsem...							
Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...							
Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...							
Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl(a) nemocný(á), jsem ...							

PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ (osoby v důchodu: hodnotte prosím své bývalé zaměstnání)	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)		spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým postavením na pracovišti jsem...							
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem...							
S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem...							
S možnostmi postupu, které mám na svém pracovišti, jsem...							
S atmosférou na pracovišti jsem...							
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem...							
S pestrostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem...							



FINANČNÍ SITUACE	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svým příjmem / platem jsem...							
S tím, co vlastním, jsem...							
Se svým životním standardem jsem...							
S hmotným zajištěním své existence jsem...							
Se svými budoucími možnostmi výdělku jsem...							
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem...							
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří jsem...							

VOLNÝ ČAS	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S délkou své každoroční dovolené jsem...							
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...							
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...							
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...							
S pestrostí svého volného času jsem...							

MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ (Vyplňte prosím pouze pokud máte stálého partnera / partnerku)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S požadavky, které na mne klade mé manželství / partnerství, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							
S upřímností a otevřeností svého partnera / partnerky jsem...							
S pochopením, které má pro mne můj partner / partnerka, jsem...							
S něžností a náklonností, kterou mi můj partner / partnerka projevuje, jsem...							
S bezpečím, které mi poskytuje můj partner / partnerka, jsem...							
S ochotou pomoci, kterou mi projevuje můj partner / partnerka, jsem...							



VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM (Vypíňte pouze pokud máte vlastní děti)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na to, jak s dětmi vzájemně vycházíme, jsem...							
Když myslím na úspěchy svých dětí ve škole a zaměstnání, jsem...							
Když myslím na to, kolik radosti mám ze svých dětí, jsem...							
Když myslím na námahu a výdaje, které mě mé děti stály, jsem...							
S vlivem, který mám na své děti, jsem...							
S uznáním, kterého se mi od mých dětí dostává, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							

VLASTNÍ OSOBA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...							
Se způsobem, jak jsem až doposud žil, jsem...							
Se svým vnějším vzhledem jsem...							
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...							
Se svým charakterem (povahou) jsem...							
Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem...							
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...							

SEXUALITA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svou tělesnou přitažlivostí jsem...							
Se svou sexuální výkonností jsem...							
S četností svých sexuálních kontaktů jsem...							
S tím, jak často se mi můj partner / má partnerka tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem...							
Se svými sexuálními reakcemi jsem...							
Když myslím na to, jak otevřeně mohu mluvit o sexuální oblasti, jsem...							
Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodíme, jsem...							

PŘÁTELÉ, ZNÁMÍ A PŘÍBUZNÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem...							
S kontaktem se svými příbuznými jsem...							
S kontaktem se svými sousedy jsem...							
S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...							
Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...							
Se svou společenskou angažovaností jsem...							
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...							

BYDLENÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S velikostí svého bytu jsem...							
Se stavem svého bytu jsem...							
S výdaji za svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem...							
S polohou svého bytu jsem...							
S dosažitelností dopravních prostředků jsem...							
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě...							
Se standardem svého bytu jsem...							

Odpovězte, prosím, na následující otázky tak, že zaškrtnete hodící se odpověď.

Pohlaví:  muž  žena

Věk: ..... let

Dosažené vzdělání:

- nedokončené základní vzdělání  
 základní  
 vyučen bez maturity  
 vyučen s maturitou  
 ukončené středoškolské vzdělání  
 ukončené vysokoškolské vzdělání

Rodinný stav:

- ženatý / vdaná  
 svobodný(á)  
 vdovec / vdova  
 rozvedený(á)

Domácnost:

- žiji sám / sama  
 žiji s partnerem / partnerkou

Jste zaměstnaný(á)?

- ano  
 ano, ve vlastní firmě  
 v domácnosti

– anebo jste:

- žák / žákyně  
 student / studentka  
 v učení  
 v důchodu  
 nezaměstnaný(á)

Zaměstnání: .....

Děkujeme za vaši spolupráci.

**Příloha č. 4: Škála vyrovnanosti se smrtí (CDS)**

**COPING WITH DEATH SCALE**

**ŠKÁLA VYROVNANOSTI SE SMRTÍ**

VĚK : .....

DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ: .....

POHLAVÍ : muž  žena

OZNAČIL/A BY JSTE SE ZA VĚŘÍCIHO ČLOVĚKA ? ano  ne

SETKAL/A JSTE SE VE SVÉM NEJBLIŽŠÍM OKOLÍ SE SMRTÍ ? ano  ne

Přečtěte si, prosím, pečlivě každý výrok a potom označte míru Vašeho souhlasu či nesouhlasu s ním. Zakroužkujte, prosím, vždy to číslo, které Vás dle uvážení nejlépe charakterizuje. Hodnoty 1 a 7 odpovídají krajním možnostem. Hodnota 4 značí nerozhodnost v dané otázce. Výzkum je anonymní, garantujeme Vám, že demografické údaje nebudou zneužity.

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
vůbec nesouhlasím	spíše nesouhlasím		nemohu se rozhodnout		spíše souhlasím	zcela souhlasím

1.	Přemýšlet o smrti je ztráta času	1	2	3	4	5	6	7
2.	Mám dobré vyhlídky na smrt a umírání	1	2	3	4	5	6	7
3.	Smrt je oblast, kterou se dá zabývat s pocitem bezpečí	1	2	3	4	5	6	7
4.	Mám přehled o službách nabízených pohřebními ústavami	1	2	3	4	5	6	7
5.	Vím o různých možnostech nakládání s mrtvolami	1	2	3	4	5	6	7
6.	Vím o všech možných emocích, které jsou charakteristické pro truchlení	1	2	3	4	5	6	7
7.	Vědomí nevyhnutelnosti vlastní smrti nijak neovlivňuje můj způsob života	1	2	3	4	5	6	7
8.	Cítím se připraven/a čelit své vlastní smrti	1	2	3	4	5	6	7
9.	Cítím se připraven/a čelit svému umírání	1	2	3	4	5	6	7
10.	Rozumím svým obavám, které souvisí se smrtí	1	2	3	4	5	6	7
11.	Vím, co obnáší příprava pohřbu	1	2	3	4	5	6	7
12.	V poslední době mi už nedělá problémy přemýšlet o smrti	1	2	3	4	5	6	7
13.	Můj postoj k životu se v poslední době změnil	1	2	3	4	5	6	7
14.	Dokážu vyjádřit své obavy spojené s umíráním	1	2	3	4	5	6	7
15.	Dokážu vyjádřit míru své odvahy umírat a zemřít	1	2	3	4	5	6	7
16.	V současné době žiji svůj život tak, jak nejlépe dovedu	1	2	3	4	5	6	7
17.	Kvalita mého života je důležitější než jeho trvání	1	2	3	4	5	6	7

18.	Můžu mluvit o své smrti s rodinou a přáteli	1	2	3	4	5	6	7
19.	Vím, koho kontaktovat v případě úmrtí	1	2	3	4	5	6	7
20.	Budu schopen/a vyrovnat se s budoucími ztrátami	1	2	3	4	5	6	7
21.	Cítím se schopen/a vyrovnat se se smrtí svých blízkých	1	2	3	4	5	6	7
22.	Vím, jak naslouchat druhým, i nemocným v terminálním stadiu	1	2	3	4	5	6	7
23.	Vím, jak mluvit s dětmi o smrti	1	2	3	4	5	6	7
24.	Může se mi stát, že v přítomnosti truchlícího řeknu něco nevhodného	1	2	3	4	5	6	7
25.	Jsem schopen/a, když je to potřebné, trávit čas s umírajícím člověkem	1	2	3	4	5	6	7
26.	Mohu lidem pomoci s jejich myšlenkami a pocity, které se týkají umírání	1	2	3	4	5	6	7
27.	Byl/a bych schopen/a mluvit s přítelem nebo členem rodiny o jeho smrti	1	2	3	4	5	6	7
28.	Dokáži zmírnit úzkost okolí, když se probírá smrt a umírání	1	2	3	4	5	6	7
29.	Dokáži komunikovat s umírajícím	1	2	3	4	5	6	7
30.	Dokáži lidem říci, předtím než já nebo oni zemřou, o tom, jak moc je mám rád/a	1	2	3	4	5	6	7

**Příloha č. 5: Coping with Death Scale**

**COPING WITH DEATH SCALE**

Bugen (1980-81)

*Instructions:* Please rate, on a scale from 1 to 7, how much you agree with each statement.

1	2	3	4	5	6	7
Do not agree						agree
at all						completely

1. Thinking about death is a waste of time. 1 2 3 4 5 6 7

2. I have a good perspective on death and dying. 1 2 3 4 5 6 7

3. Death is an area that can be dealt with safely. 1 2 3 4 5 6 7

4. I am aware of the full array of services from funeral homes. 1 2 3 4 5 6 7

5. I am aware of the variety of options for disposing of bodies. 1 2 3 4 5 6 7

6. I am aware of the full array of emotions that characterize human grief. 1 2 3 4 5 6 7

7. Knowing that I will surely die does not in any way affect the conduct of my life. 1 2 3 4 5 6 7

8. I feel prepared to face my death. 1 2 3 4 5 6 7

9. I feel prepared to face my dying process. 1 2 3 4 5 6 7

10. I understand my death-related fears. 1 2 3 4 5 6 7

11. I am familiar with funeral prearrangement. 1 2 3 4 5 6 7
12. Lately I find it O.K. to think about death. 1 2 3 4 5 6 7
13. My attitude about living has recently changed. 1 2 3 4 5 6 7
14. I can express my fears about dying. 1 2 3 4 5 6 7
15. I can put words to my gut-level feelings about death and dying. 1 2 3 4 5 6 7
16. I am making the best of my present life. 1 2 3 4 5 6 7
17. The quality of my life matters more than the length of it. 1 2 3 4 5 6 7
18. I can talk about my death with family and friends. 1 2 3 4 5 6 7
19. I know who to contact when death occurs. 1 2 3 4 5 6 7
20. I will be able to cope with future losses. 1 2 3 4 5 6 7
21. I feel able to handle the death of others close to me. 1 2 3 4 5 6 7
22. I know how to listen to others, including the terminally ill. 1 2 3 4 5 6 7
23. I know how to speak to children about death. 1 2 3 4 5 6 7
24. I may say the wrong thing when I am with someone mourning. 1 2 3 4 5 6 7
25. I am able to spend time with the dying if I need to. 1 2 3 4 5 6 7

26. I can help people with their thoughts and feelings about death and dying. 1 2 3 4 5 6 7

27. I would be able to talk to a friend or family member about his or her death. 1 2 3 4 5 6 7

28. I can lessen the anxiety of those around me when the topic is death and dying. 1 2 3 4 5 6 7

29. I can communicate with the dying. 1 2 3 4 5 6 7

30. I can tell people, before I or they die, how much I love them. 1 2 3 4 5 6 7

*Scoring:* Reverse score items 13 and 24, then total all items.



**Příloha č. 6: Tabulka sběru dat – 1. skupina**

<b>subjekt</b>	<b>pohlaví</b>	<b>věk</b>	<b>vzdělání</b>	<b>víra</b>	<b>DŽS</b>	<b>CDS</b>
1	M	32	VŠ	A	118	196
2	Ž	32	SŠ	A	111	239
3	M	20	SŠ	V	88	207
4	Ž	28	VŠ	V	116	237
5	M	30	VŠ	A	129	299
6	Ž	26	VŠ	A	149	261
7	Ž	22	VŠ	A	64	226
8	M	33	VŠ	V	98	225
9	Ž	26	VŠ	V	83	239
10	Ž	27	VŠ	A	111	211
11	Ž	38	VŠ	A	139	244
12	Ž	26	VŠ	V	135	258
13	Ž	33	VŠ	A	122	241
14	M	39	VŠ	V	129	291
15	Ž	39	VŠ	V	162	272
16	Ž	39	VŠ	A	118	244
17	Ž	25	SŠ	V	80	202
18	M	27	SŠ	V	97	177
19	M	20	SŠ	V	112	221
20	Ž	37	SŠ	V	140	253
21	Ž	31	SŠ	A	151	235
22	M	29	SŠ	A	140	301
23	M	22	SŠ	V	132	242
24	Ž	25	SŠ	V	68	243
25	Ž	39	SŠ	A	99	240
26	M	29	V	V	126	263
27	M	31	V	V	121	229
28	Ž	39	SŠ	A	142	237
29	Ž	39	VŠ	A	78	278
30	Ž	39	VŠ	V	130	214

**Příloha č. 7: Tabulka sběru dat – 2. skupina**

subjekt	pohlaví	věk	vzdělání	víra	DŽS	CDS
1	Ž	46	SŠ	A	121	287
2	M	55	V	A	132	259
3	M	57	V	A	123	250
4	Ž	76	SŠ	V	148	254
5	M	65	V	A	138	213
6	Ž	54	SŠ	V	144	241
7	Ž	62	V	A	136	175
8	Ž	72	ZŠ	V	186	278
9	Ž	58	VŠ	A	122	203
10	M	75	VŠ	A	147	232
11	M	51	VŠ	A	142	263
12	Ž	56	VŠ	V	140	265
13	Ž	55	VŠ	A	114	288
14	M	56	VŠ	A	166	253
15	Ž	71	VŠ	A	141	280
16	M	58	VŠ	V	147	311
17	Ž	46	VŠ	A	139	225
18	M	55	VŠ	A	101	283
19	Ž	46	SŠ	A	130	244
20	Ž	43	SŠ	A	113	177
21	Ž	55	SŠ	V	123	215
22	Ž	52	VŠ	V	86	184
23	M	55	VŠ	V	150	212
24	M	58	SŠ	A	135	247
25	Ž	51	SŠ	A	161	265
26	Ž	55	SŠ	A	105	230
27	Ž	45	SŠ	A	86	236
28	M	50	SŠ	A	128	233
29	M	80	SŠ	A	139	273
30	Ž	56	SŠ	V	110	268
31	Ž	56	SŠ	A	148	277
32	Ž	55	SŠ	A	82	270
33	Ž	51	SŠ	A	172	302
34	Ž	44	SŠ	A	129	272
35	Ž	55	SŠ	A	122	190
36	M	44	SŠ	A	118	254
37	Ž	47	SŠ	V	142	260
38	Ž	54	SŠ	V	109	242

**Příloha č. 8: Tabulka sběru dat – DŽS 1. skupina**

subjekt	DŽS	ZDR	PAZ	FIN	VLC	MAN	DET	VLO	SEX	PZP	BYD
1	196	36	27	26	24	28	30	24	28	26	32
2	239	40	23	30	31	35	42	35	31	34	38
3	207	27	27	29	28	28	28	26	28	32	37
4	237	35	34	30	32	43	28	33	36	32	39
5	299	46	41	30	49	45	28	45	39	45	45
6	261	34	42	39	28	41	28	37	41	38	44
7	226	37	28	26	32	28	28	29	18	42	40
8	225	40	40	30	33	37	28	34	32	28	28
9	239	35	38	22	30	27	28	36	45	28	43
10	211	30	30	19	36	29	28	26	29	42	29
11	244	35	32	28	32	35	42	39	36	34	40
12	258	30	30	34	37	47	28	33	41	37	46
13	241	40	33	31	32	26	28	35	28	36	39
14	291	43	16	41	43	45	46	36	44	37	47
15	272	43	40	41	30	45	44	38	41	37	42
16	244	38	33	29	28	28	39	36	33	38	42
17	202	36	18	30	24	28	28	28	22	34	28
18	177	22	21	22	31	28	28	23	25	31	23
19	221	36	19	35	31	28	28	25	27	25	42
20	253	35	21	37	30	45	44	31	38	38	44
21	235	38	28	27	29	45	41	27	40	39	35
22	301	43	48	45	49	49	28	40	45	36	43
23	242	39	34	19	32	42	28	40	34	43	35
24	243	39	34	18	33	13	28	39	27	41	46
25	240	41	36	29	41	33	49	28	19	41	41
26	263	42	33	32	28	47	28	41	46	38	36
27	229	28	24	16	34	39	46	40	42	32	37
28	237	27	43	33	39	31	36	28	32	36	42
29	278	44	47	43	45	49	36	39	45	18	44
30	214	28	33	40	32	32	30	24	23	30	37

**Příloha č. 9: Tabulka sběru dat – DŽS 2. skupina**

subjekt	DŽS	ZDR	PAZ	FIN	VLC	MAN	DET	VLO	SEX	PZP	BYT
1	287	35	42	42	42	42	42	42	42	42	42
2	259	39	36	27	38	46	39	40	40	34	41
3	250	29	30	26	41	47	39	38	38	37	41
4	254	31	28	32	42	40	43	37	28	42	42
5	213	17	39	28	39	32	29	40	26	32	31
6	241	34	27	15	33	31	46	37	38	41	43
7	175	14	33	21	35	24	25	25	25	31	24
8	278	31	46	42	44	28	47	43	28	46	44
9	203	28	26	19	38	48	45	34	20	39	35
10	232	33	32	31	35	35	32	35	29	32	37
11	263	37	39	39	42	39	38	39	39	31	36
12	265	34	34	40	43	46	41	34	41	30	43
13	288	44	34	39	39	18	43	45	37	36	39
14	253	38	41	32	38	28	32	43	27	38	37
15	280	42	35	40	43	44	37	41	28	39	47
16	311	42	45	48	49	46	48	44	40	42	46
17	225	33	36	29	27	33	32	31	32	34	39
18	283	42	49	41	46	48	44	35	36	38	45
19	244	39	31	36	35	29	34	33	28	34	39
20	177	27	42	25	21	18	34	27	27	23	27
21	215	29	41	23	43	24	33	27	27	23	27
22	184	31	25	18	30	28	28	23	28	29	25
23	212	31	38	33	26	26	42	29	22	31	40
24	247	30	39	37	36	42	37	29	36	39	40
25	265	30	40	39	47	40	43	32	31	38	48
26	230	30	42	41	37	31	28	26	26	34	36
27	236	29	42	45	20	37	14	31	24	41	46
28	233	27	21	34	39	46	48	21	35	35	42
29	273	38	39	42	42	28	40	41	28	40	42
30	268	36	39	28	42	44	49	39	40	38	45
31	277	31	26	31	40	39	49	32	28	38	49
32	270	41	39	42	38	42	42	35	35	36	43
33	302	41	43	46	44	38	49	41	41	44	45
34	272	31	41	47	30	49	44	34	44	42	44
35	190	33	33	20	34	12	23	15	26	35	27
36	254	27	45	39	27	42	43	37	39	42	43
37	260	38	38	32	38	23	45	42	35	33	42
38	242	34	37	37	23	36	44	31	42	38	37