

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Bakalářská práce

Hana Guřas, DiS.

Anglický jazyk se zaměřením na vzdělávání
Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Psychologické aspekty umírání

Olomouc 2019

vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 16.4.2019

.....

Hana Guřas, DiS.

Tímto chci poděkovat vedoucí práce PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za její odborné vedení a čas, který mi při konzultacích této práce věnovala. Zároveň děkuji svému manželovi, bez jehož velké podpory a trpělivosti by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

| | |
|---|----|
| UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI..... | 1 |
| ÚVOD | 5 |
| 1 UMÍRÁNÍ | 7 |
| 1.1 Stadia umírání | 7 |
| 1.2 Smrt jako stav i fáze života | 9 |
| 1.3 Smrt z biologického hlediska | 10 |
| 1.4 Smrt z psychologického hlediska | 11 |
| 1.5 Smrt ze spirituálního hlediska | 14 |
| 2 PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ UMÍRAJÍCÍHO..... | 16 |
| 2.1 Proces umírání..... | 16 |
| 2.2 Typy adaptace na stáří a umírání..... | 17 |
| 2.3 Význam situačního kontextu umírání | 18 |
| 2.4 Umírání a truchlení..... | 20 |
| 2.5 Kognitivní zpracování umírání..... | 21 |
| 2.6 Emoční prožitky spojené se smrtí a umíráním | 22 |
| 2.7 Potřeby umírajícího | 24 |
| 2.8 Vliv prostředí hospice na psychiku umírajícího..... | 25 |
| 3 STANOVENÍ CÍLE A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK..... | 27 |
| 4 POPIS METODY A VZORKU | 29 |
| 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU | 33 |
| 6 OVĚŘENÍ HYPOTÉZ | 39 |
| 7 DISKUSE | 45 |
| ZÁVĚR | 49 |
| SOUHRN | 51 |
| SUMMARY | 52 |
| LITERATURA | 53 |
| SEZNAM GRAFŮ A TABULEK..... | 57 |
| ANOTACE..... | 58 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 59 |
| PŘÍLOHY | 60 |

ÚVOD

Pro vyspělé státy je charakteristické, že se vlivem moderních technologií a vědeckého pokroku prodlužuje délka lidského života. Dnešní senior ještě v sedmdesáti letech může být úspěšný ve svém oboru, cestovat, a dokonce i mít děti, byť spíše prostřednictvím asistované reprodukce. Média přinášejí zprávy o tom, jakých pokroků je dosahováno v medicíně, jaké nemoci lze léčit. Je zdůrazňováno, že stáří má být aktivní. Všechny tyto jevy lze vnímat jako skrytý boj proti vlastní smrtelnosti, potřebu zavřít oči před tím, čemu nelze uniknout. Smrt a umírání jsou tabu, byť se týkají každého člověka.

Smrt představuje závěr lidského života, je zcela přirozená a je zapotřebí si vlastní smrtelnost uvědomovat, abychom mohli prožívat co nejvíce naplněný a kvalitní život, včetně stáří. To, jaké bude umírání člověka, závisí z velké části na tom, jaký přístup k tomuto procesu zaujme. Ze zájmu o danou problematiku, ale též z důvodu nízké osvěty, se bakalářská práce zabývá problematikou stáří a umírání. Cílem bakalářské práce je popsat přístup dnešního člověka ke stáří a umírání, se zřetelem k možným rozdílům mezi muži a ženami.

První dvě kapitoly jsou věnovány charakteristice procesu umírání a přiblížení psychického prožívání umírajícího. Na smrt je nahlíženo z roviny biologické, psychologické i spirituální. Uvedeny jsou fáze umírání dle Kübler-Rossové, pozornost je věnována potřebám umírajícího, včetně toho, jak jsou tyto potřeby saturovány v rámci paliativní a hospicové péče. Zmíněny jsou rozdíly v přístupu k umírání v minulosti i v dnešní době, na umírání je nahlíženo nejen z hlediska umírajícího, ale též jeho blízkých. Přiblížena je též etapa stáří, v níž je smrt nejčastěji situována. Přestože je v poslední době prosazován koncept aktivního stáří a stárnutí, ne každý jedinec je schopen prožít závěr života kvalitně. Uvedeny jsou Bromleyho strategie adaptace na stáří, zmíněno je, jak ke smrti přistupují lidé s ohledem na životní fázi, v níž se ocitají.

Při přiblížení teoretických východisek je vycházeno z dostupné české a zahraniční odborné literatury. Významným dílem je v tomto ohledu kniha od E. Kübler-Rossové *Hovory s umírajícími*, kdy autorka na základě své vlastní zkušenosti z pozice lékařky popsala stádia umírání, vyrovnávání se se smrtí, která jsou dodnes považována za platná. Zmínit je nutné také dvě významné knihy české autorky, která se s velmi citlivým přístupem ve svých knihách *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. a *Fenomén stáří* zabývá tím, jaké stáří a smrt může být, včetně toho, jak se proměnil přístup dnešní

společnosti k umírání, které se většinou odehrává o samotě, za plentou, v nemocničním pokoji. Uvedeny jsou také výsledky výzkumů společnosti STEN/MARK, mapující názory české veřejnosti na smrt, umírání, hospicovou péči či institut dříve vysloveného přání.

V praktické části práce je popsán realizovaný výzkum, jehož cílem bylo zjistit, jak se liší ženy a muži v jejich přístupu ke smrti a umírání. Výzkum byl koncipován jako kvantitativní, výzkumný soubor tvořilo 484 osob, které se zúčastnily anketního šetření. Stanoveno bylo celkem šest hypotéz, k jejich verifikaci byl užit chí-kvadrát.

Zjištěné výsledky jsou vztaženy k výzkumným otázkám, komparovány jsou s teoretickými východisky. Hlavní výsledky jsou shrnuty v závěru práce. Součástí bakalářské práce je i doporučení pro pracovníky paliativní a hospicové péče.

1 UMÍRÁNÍ

1.1 Stadia umírání

Bártlová (2005) vysvětluje, že mnozí vědci i lidé doprovázející druhé v jejich umírání vysledovali, že lze v tomto procesu rozlišit určité fáze, které se u mnoha lidí opakují a jsou pro umírání charakteristické. Psychologická stadia, patrně nejznámější, vytvořila dle autorky E. Kübler-Rossová, která vycházela z rozhovorů vedenými s umírajícími, zobecnila prožitky nemocných a formulovala křivku prožívání nemoci na psychické rovině, jako sled pěti fází.

Podle Kübler-Rossové (1992) je běžné a přirozené, že se člověk smrti bojí, nezřídka ji pojímá jako trest za své skutky, vinu. Navíc umírání dnešních lidí je podle autorky mnohem krutější, než tomu bylo v minulosti, neboť je osamělé a neosobní. Fáze, kterými umírající prochází, jsou podle autorky následující:

- zavírání očí před skutečností a osamění: umírající popírá a nechce vnímat, že umře, což je jediný způsob, jak lze ještě žít dále. Jedná se o reflexivní obranu, u které však většina umírajících nesetrvává dlouho. Podle autorky potřebují všichni vážně nemocní v některých okamžicích odsunout myšlenky na to, jak závažný je jejich stav, umožňuje jim to např. zažívat naději. Tato fáze je také obdobím velmi cenným pro ty, kteří se ocitají ve společnosti vážně nemocného nebo umírajícího, neboť je zdrojem sebepoznání a osobního růstu;
- zloba: poté, co jedinec přestane popírat skutečnost, dostavuje se hněv, kdy se jedinec ptá, proč se v dané situaci ocitá on sám, a ne někdo jiný. Tato etapa je podle autorky velmi obtížná pro blízké umírajících. Pociťovat hněv je též přirozené, neboť člověk je vytržen ze svého života, nemůže žít dál tak, jak by si přál, splnit povinnosti, které ve svém životě vnímá. Může závidět druhým jejich možnosti, které on sám již nemá. Často až agresivními projevy však dotýčný dává najevo sobě i druhým, že je ještě stále naživu. Autorka doporučuje dát prostor hněv vyjádřit, ventilovat. Mnohdy pak tyto hovory přecházejí v úvahu nad vlastním životem, reflexi potřeb, které člověk v závěru života má. Napomáhají smíření, k rozhodnutí, jak dále naložit se zbývajícím časem;
- vyjednávání: podle autorky se jedná o fázi méně známou, avšak velmi důležitou pro umírajícího. Autorka připodobňuje tuto etapu k dětskému vztekání, kdy

ovšem po rozhodném zamítnutí přání dítěte ze strany rodiče dítě změní taktiku, nabídne obchod, získání toho, co si přálo, výměnou za činnost, kterou může rodič uvítat. Nezřídka tímto způsobem dítě dosáhne toho, co od počátku požadovalo. Tato zkušenost značí, že je možné změnit zdánlivě nemožné, a umírající tak zcela přirozeně zkusí tuto strategii i v okamžiku, kdy se jeví, že nelze zvrátit jeho směřování ke smrti. Přání, která pacienti mají, bývají obdobná – prodloužit život co nejdéle je to možné, být alespoň pár dní bez bolestí apod. Podle autorky je obdobný nikoliv obsah, ale i průběh této fáze: dotyčný většinou slibuje řádné, příkladné chování, výměnou za čas navíc nebo čas kvalitního života, zároveň určuje, jak dlouhý by tento čas měl být a souhlasí s tím, že po jeho skončení může přijít smrt. Většinou je tento „obchod“ uzavírán s Bohem nebo jinou, vyšší instancí, tajně, nezřídka neverbálně, pouze v mysli umírajícího. Autorka doplňuje, že se opět může jednat o projev pocitů viny, kdy má ovšem smysl se touto problematikou zabývat, ulevit svědomí umírajícího, např. prostřednictvím kaplana nebo psychologa;

- **deprese:** jakmile jsou všechny předchozí fáze vyčerpány, je nutné čelit pravdě. Jedinec se začíná reálně zabývat ztrátou, plně jí čelí, s větší či menší realitou, již se neobelhává a zlost je také u konce, resp. u konce ve své původní síle. Člověk se také více zabývá dopadem skutečnosti na život svůj a nejbližších, reviduje veškeré výdaje, nejen pochopitelně výdaje finanční. První formu deprese provázejí podle autorky pocity zoufalství, studu a viny. Zde je velmi důležité, aby se umírajícímu dostávalo konkrétní pomoci v dílčích oblastech života (pomoc s dětmi, pomoc s vyřešením finančních záležitostí apod.). Dle téhož zdroje se též oslabí síla deprese, pakliže dotyčný může zažívat, že důležité otázky jeho života byly vyřešeny. To je také potřebné z hlediska možnosti věnovat patřičnou pozornost svému závěru života. Druhá forma deprese vychází nikoliv ze ztráty existující, minulé, ale ztráty budoucí. Vyznačuje se bolestí, často je prožívána soukromě, je žádoucí pomoci jedinci se smířením a důležitými záležitostmi v jeho vztazích;
- **souhlas:** tato fáze je určitým smířením. Jedinec je většinou vyčerpaný nemocí i svým bojem se smrtí a umíráním. Autorka uvádí, že v této fázi velmi často potřebují pomoc blízcí více než pacient sám. Pacient si často přeje být v klidu, komunikuje mnohdy spíše neverbálně, nemusí chtít návštěvy. Může však vítat krátké návštěvy, které pro něj nesou význam toho, že na něj není zapomenuto.

Podle autorky jen malá část umírajících nedospěje do této fáze, etapy, která je blízká ranému dětství, kdy dítě především přijímá, není od něj nic výrazněji očekáváno, je soustředěn na sebe. Jedinec může být relativně klidný, spokojený, což okolí mnohdy mylně interpretuje jako rezignaci, snaží se dotyčného aktivizovat, protože pro ně samotné je obtížné přijmout, že lze ze života odcházet tímto způsobem.

Bartoňová (2005) doplňuje, že se tato koncepce nesešla se všeobecným přijetím, kritizována je zejména univerzálnost, kdy nelze tyto fáze uplatnit u všech jedinců, a to i s ohledem na skutečnost, že se jedná o záležitost vysoce individuální. Navíc dle autorky se jedná o koncepci primárně zaměřenou na psychiku umírajícího, nejsou v ní zohledněny další faktory, a na umírání tedy není nahlíženo z širší perspektivy.

1.2 Smrt jako stav i fáze života

Kutnohorská (2007, s. 70) konstatuje, že *„smrt je jediná fakticita, která je člověku dána už v okamžiku zrození... Tato jistota je zahalena do nejistoty. Nikdo neví, kdy a jak přijde.“*

Naopak Kosová (2014, s. 102) uvádí následující: *„Smrt není náhodná, přichází tehdy, kdy má. Tuto větu mi jednou řekl pacient na onkologii. Byl to starší muž, který měl bohaté životní zkušenosti. Co se stane, když tuto větu přijmeme za svou? Většinou se zmírní náš strach ze smrti.“*

V moderních vyspělých zemích, k nimž patří i Česká republika, se stala smrt institucionalizovanou záležitostí, která probíhá velmi často v nemocnicích a jiných ústavech, kdy jedinec odchází ze života mnohdy sám, bez svých blízkých. V těchto společnostech je smrt tabuizována, vyvolává v lidech strach, což následně brání přirozeně projevit bolest, která se pojí se smrtí. Strach zde má podobu obranného mechanismu, je tak zčásti přirozený a pochopitelný, zároveň se jedná o strach pojící se spíše k umírání, které je vnímáno jako bolestné a dlouhé (Holásková, 2005).

Smrt se pojí se třemi základními znaky: smrt je univerzální, je nevyhnutelná pro všechna stvoření – nikoliv pouze pro člověka, ale též pro živočichy, rostliny apod. Je také nevratná, tedy jakmile člověk skutečně zemře, nemůže začít znovu žít. Třetím

atributem je nefunkčnost, kdy je smrt spojována se zastavením všech tělesných funkcí (Štaffová a Šiška, 2017).

1.3 Smrt z biologického hlediska

Medicína nejprve definovala smrt jako nezvratnou zástavu komplexně uspořádaného dění v organismu, později nastala specifikace na nezvratnou zástavu srdce a dechu, v současné době je smrt spojována s okamžikem nezvratitelné zástavy mozkového kmene. Pakliže přestane fungovat mozkový kmen, ztrácí se schopnost vědomí, schopnost dýchat, s čímž souvisí i zastavení krevního oběhu apod. V okamžiku, kde nastane nečinnost mozkového kmene, nenastává automaticky nečinnost jiných orgánů a tkání, ovšem je započat proces vedoucí k rozkladu celého organismu. V medicíně má toto vymezení smrti velký význam, neboť při určení smrti je možné např. odebírat tkáně a orgány k transplantačním účelům, jsou zastaveny pokusy oživit člověka, které jsou ve skutečnosti zcela zbytečné (Kocík, 2014).

V lékařství je smrt neurologickou diagnózou. Ve 44 % států z 80 zkoumaných postačí, aby smrt konstatoval pouze jeden lékař (což platí i pro Českou republiku), ve 34 % dalších zemích se musí jednat o dva lékaře, v 16 % je zapotřebí tří lékařů, nicméně vždy platí, že by měl smrt konstatovat lékař zkušený. Po konstатовání smrti následuje proces důkladného zkoumání. I když je nefunkční celý mozek, mohou se objevovat různé tělesné projevy, jako např. reflexní pohyby rukou nebo prstů. Při pochybách je nutné provést i laboratorní vyšetření, jakým je např. dlouhodobý EEG záznam (Koukolík, 2014).

Smrt lze dále klasifikovat, v medicíně se rozlišuje smrt přirozená (v důsledku přirozených příčin, jakou je např. nemoc), nepřirozená (otrava, úraz) a náhlá. V takovém případě se jedná o druh přirozené smrti, která se vyskytne do 1 hodiny od vzniku určitých symptomů. V České republice bývají nejčastěji příčinou smrti poruchy oběhového systému, dále malignity a úrazy. Dle statistiky se jedná o 720 úmrtí na 100 000 obyvatel za rok. K jistým známčkám smrti se řadí např. mrtvolné skvrny, posmrtná ztuhlost či zasychání sliznic (Kocík, 2014)

Existuje i termín klinická smrt, který dle Šeblové a Knora (2018) značí náhlou zástavu oběhu a dýchání, ovšem selhání funkce mozku je reverzibilní, stadium umírání je vratné. Co se týče stanovení okamžiku smrti, u osob neresuscitovaných je tímto

okamžikem srdeční zástava, u osob resuscitovaných se jedná o okamžik ukončení neúspěšné neodkladné resuscitace.

1.4 Smrt z psychologického hlediska

Z psychologického hlediska se smrt podle Holáskové (2005) pojí s představou největší ztráty, kterou je ztráta vlastní existence. Nicméně takto nahlížet na smrt je podle Langmeiera a Vágnerové (2006) možné až po dosažení určité úrovně kognitivních funkcí. Předškolní děti termín smrt znají, pojmají jej však odlišně, a to jako stav nehybnosti podobný spánku, nepřirazují ke smrti klíčový znak ireverzibility, což je dáno i postavami z pohádek a velkou fantazií, magickým myšlením. Přesto dítě v tomto věku zažívá strach ze smrti, nicméně jedná se o strach z bolesti, odloučení od rodičů apod. Teprve mezi 8.-9. rokem dítě začíná rozumět tomu, že smrt je nezvratná a univerzální, tedy že se týká i jeho. V souvislosti s tím může dítě začínat prožívat úzkost, což se projevuje jako strach ze tmy, různých nebezpečí, je pro ně obtížné být delší dobu od rodičů. V tomto období také nastává první vyrovnávání se se strachem ze smrti. Jak však autoři doplňují, pokud je dítě vážně nemocné, resp. ocitá se v terminálním stadiu nemoci, svoji smrt cítí, bojí se jí a pochopitelně potřebuje blízké k tomu, aby o ní mohlo hovořit, či svůj strach společně s nimi prožívat. V dospívání se proměňuje postoj ke smrti, která se jeví jako velmi vzdálená, neboť adolescent prožívá značnou omnipotenci, navíc je pro něj charakteristické abstraktní a filosofické uvažování, což se týká i tématu smrti. Ovšem pokud v této životní etapě musí dospívající smrti čelit, bývá mnohdy jeho prožívání nejvíce silné a dramatické, ve srovnání s jinými vývojovými obdobími. V mladé dospělosti je strach ze smrti umenšen, jedná se spíše o obavy z úmrtí někoho blízkého. Naléhavost získává téma smrti ve střední dospělosti, podle autorů se tato problematika reflektuje v prožívání nezřídka i silněji než ve vyšším věku, kdy je blížící se smrt mnohem reálnější.

Podle Haškovcové (2010) je smrt vytěšňována tím více, čím více se blíží. Dle autorky by však tomu tak nemuselo být, neboť je možné průběžně se se smrtí vyrovnávat po celý život, přijímat fakt její nevyhnutelnosti. Mnohdy se smrt stává hnacím motorem mnoha aktivit člověka, jeho tvořivosti, smrt dává životu smysl, nebo spíše vybízí k úvahám o smyslu života, a tak není nutné na smrt nahlížet pouze negativně. Smrt je prožívána silně a s odmítáním, pokud její blížící se příchod člověk neguje a nechce vnímat. S tímto postojem může vstupovat i do stáří jako závěrečné vývojové fáze života.

Autorka upozorňuje na skutečnost, že nelze ovšem odstranit smrt ze života, je možné ji pouze vytěsnit z vědomí, nepřipouštět si ji. S tímto přístupem ovšem nelze smrt přijmout, což je důležité pro prožití kvalitního a důstojného stáří, ale i důstojné smrti. Pokud se v posledních letech o smrti hovoří, je to často v souvislosti s eutanázií nebo tématem milosrdné smrti. Zabývat se výrazně svojí smrtí za plné produktivity, v mládí, je patologické, resp. ve většině tohoto období může být patologické, avšak zcela smrt ignorovat a tabuizovat není vhodné. Jsou období, která vybízejí k větší introspekci a úvahám o smrti. Jedná se o např. o momenty, kdy člověk sám se se smrtí setkává, je v ohrožení života, nebo mu zemře někdo blízký. Takové situace podle autorky přímo vybízejí k zamyšlení se nad smrtí, neboť tyto úvahy mohou změnit nasměrování života jedince, vést ke kvalitnímu a smysluplnému životu. Většinou však nastává opačný případ: člověk se od tématu smrti ještě více odvrací, popírá ji. Dle téhož zdroje „*nepřijme-li člověk faktum své konečnosti, nemůže přijmout ani odpovědnost za svůj život: zůstává dítětem, které se marně a zbytečně brání přirozenému běhu života.*“ (Haškovcová, 2010, s. 317).

Lidé se vyrovnávají se strachem ze smrti různě. Většinou se od smrti odvracejí a nechtějí si připustit, že sami jednou zemřou. To se může projevat přehnanou aktivitou, chováním, které není v souladu s kalendářním věkem jedince, přičemž toto chování může mít až obsedantně-kompulzivní charakter. Opakem je dekompenzace, tj. dostavuje se úzkost, deprese apod. Ve vyšším věku je nutné zaujmout ke stáří a smrti určitý postoj, byť se toto mnohdy odehrává na nevědomé úrovni: lze se obrátit k moudrosti stáří, objevovat krásy stáří a jeho kvality, je vhodné smířit se se smrtí a slabostí. Opakem je snaha vrátit čas zpátky či zastavit stárnutí ve snaze popřít nevyhnutelnost blížící se smrti. Stáří s sebou přináší důležitá vývojová témata, jakými jsou identita, ale též se jedná o fázi hledání smyslu života a reflexe životních hodnot. Slábne extravertní zaměření, člověk se více obrací do svého nitra. Je možné dále žít kvalitně, byť s menší energií a rychlostí. Charakteristikou stáří je bilancování. Jedinec vyhodnocuje svůj dosavadní život, zaměřuje se na to, čeho dosáhl a zda dosáhl cílů, kteří si v mládí stanovil. Zabývá se tím, jak řešil různé situace, jakých omylů se dopustil. Velká zaměřenost na možné neúspěchy vede k prožívání krize. Tato krize však může být i pozitivně zvládnuta, pokud se člověku podaří dívat se s určitou perspektivou do další budoucnosti, včetně přijetí skutečnosti, že život v určitý okamžik skončí (Langmeier a Krejčřiová, 2006).

Mezey et al. (2001) uvádějí, že prožívání strachu ze smrti se liší též v závislosti na jiných faktorech, než je jen věk a dosavadní způsob života či obecně integrita osobnosti, její zralost. Podle autorů bylo prokázáno, že věk je sice nejvíce spojen s rizikem prožívání strachu ze smrti, nicméně vliv mají i další charakteristiky, jako např. pohlaví či etnicita. V dospívání jsou více úzkostné dívky, tato životní etapa je pro ně náročnější, a dívky též prožívají v tomto období častěji a silněji strach ze smrti. Důležité je též, v jakém prostředí člověk žije, tj. zda je součástí určité komunity, má poměrně dobře rozvinutou sociální síť, nebo naopak pobývá v nemocničním zařízení nebo je sociálně izolován. Staří lidé pobývající v nemocničních zařízeních častěji čelí smrti a strachu ze smrti, více se smrtí zabývají. Fyzické a psychické obtíže korelují s vyšším nebo čtenějším strachem ze smrti, stejně jako způsob života ve smyslu víry nebo existence smyslu života. Neplatí však, že lidé, kteří pravidelně např. chodí do kostela, zažívají méně často nebo méně intenzivní strach ze smrti – důležité je, zda jsou skutečně věřící, což ovlivňuje jejich způsob nahlížení na smrt.

Haškovcová (2010, s. 320-322) soudí, že k nevhodnému přístupu ke smrti v moderních vyspělých státech přispívá jednak odritualizované umírání a odritualizovaná smrt, ale též výchova jedince, v níž je smrt tabu. Přibližně 80 % lidí v moderních vyspělých státech, včetně České republiky, umírá v institucích, byť se tento trend pozvolna mění. Umírá se za plentou, odděleně od těch, které smrt ještě nečeká, o samotě, bez přítomnosti nejbližších. Je to opak narození, neboť žádný člověk nepřichází na svět sám. Rodí se do náruče matky (zdravotníků), v současné době bývá stále častěji u porodu i otec. Lidé se podle autorky přesvědčují o tom, že smrt v profesionální institucionální péči je lepší, neboť je „řešena“ odborníky, kteří k ní mají příslušné vzdělání. Autorka však zdůrazňuje, že na smrt nemá vzdělání nikdo. Co se týče výchovy, pakliže se dítě i jen ze zvědavosti dotazuje na smrt, téma je rychle opouštěno, dítě je káráno, pokud se zeptá babičky, jestli brzo umře. Malé dítě se smrti nebojí, vnímá ji nejprve, byť tedy ne zcela správně, ve smyslu danosti smrti, jako přirozenou součást života. Postupně je však vedeno k tomu, aby se od smrti odvracelo a bálo se jí. Dítěti je odpírána účast na pohřbu, je před ním tajeno, když někdo zemře, včetně např. domácích mazlíčků. Pokud je dítěti vysvětlováno, proč např. prarodič zemřel, hovoří se o tom, že byl příliš starý a nemocný. Zde tak podle autorky vzniká obecně sdílená asociace smrti se stářím a nemocí. Smrt je přesouvána do oblasti medicíny, která ovšem není schopna plně obsáhnout celistvost

a význam smrti, neboť přístup medicíny, lékařů je zcela opačný: tendencí je nad smrtí vítězit, léčit, oddalovat smrt a umírání.

Haškovcová (2010, s. 322) soudí, že nahlížení na smrt jako na jev, který je nutné řešit, a to odborníky, je mylné. Podle autorky není ani „řešením“ víra, neboť i věřící mají obavu ze smrti, byť pomáhá, pokud člověk hluboce věří a nahlíží na smrt jako na součást života, vstup do další fáze bytí, kvalitativně odlišné. Soudobá společnost by však měla dle téhož zdroje více akcentovat filosofické nahlížení na smrt, tedy více se vzdělávat a přemýšlet o tom, jaký je smysl lidské existence, hledat smysl ve vlastním životě.

1.5 Smrt ze spirituálního hlediska

Spiritualita nabízí člověku možnost, že není ve světě sám, že každý je součástí většího společenství. Přináležet do tohoto širšího světa s sebou přináší nutnost hledat a nalézat smysl nikoliv pouze v životě pozemském, ukotveném ve fyzickém těle, ale též v tomto větším celku. Jedná se o jeden z klíčových prvků, kterým se vyznačují všechna náboženství a který je určitou formou obrany a pomoci jedinci při zvládnání náročných životních okamžiků a situací, k nimž patří umírání a smrt (Bryant, 2003).

Jak uvádí Křivohlavý (2002), příslušnost jedince k náboženství ještě nutně neznačí, že dotyčný neprožívá strach ze smrti. Autor rozlišuje tzv. vnější (extrinsickou) a vnitřní (intrinsickou) zbožnost. Extrinsická zbožnost se vztahuje k rovině chování, názorovému příklonu k určitému náboženství, zatímco intrinsická zbožnost se týká osobního vztahu k Bohu či jiné entitě, přičemž tento vztah je do určité míry obdobný vztahu, jaký člověk zaujímá k lidem ve svém okolí (přátelům, rodičům apod.). Vnější forma zbožnosti je vírou intelektuální: jedinec např. přijímá Desatero, žije podle něj. Vnitřní forma zbožnosti je osobní zkušeností s Bohem (Alláhem, Buddhou apod.). V křesťanském pojetí víry je pozemský život vnímán pouze jako jeden časový úsek, je bytím, kterém směřuje ke smrti, ovšem zároveň se k tomuto pojmání smrti přidružuje láska, víra, naděje. Člověk je ale také bytostí biologickou. Autor připomíná, že i Ježíš pocítil na určitou dobu strach ze smrti, skonu pozemského života, který měl podobu sebeobětování. Tato úzkost byla následně vystřídána nadějí přesahující tělesnou smrt. Křesťané si tyto události připomínají např. v rámci velikonočních svátků. Podle autora *„věřící lidé, kteří upínají více svůj zrak (a nejen zrak, ale i mysl, emoce a celé své bytí) k naději, která přesahuje fakt tělesné smrti (oddávají se do vůle Boží), mají tvář v tvář*

smrti podstatně menší míru úzkosti nežli ti, kteří se upínají k faktu utrpení, které je spojováno s umíráním.“ (Křivohlavý, 2002, s. 158).

Prokopová, která působí od roku 2002 v domácím hospici *Cesta domů* v Praze, v rozhovoru s Třešňákem (2019) uvádí, že víra automaticky neznamená snazší umírání, mohou nastat i případy, kdy je tomu zcela naopak: „*Věřící se mohou naopak strašně bát. Hodně záleží na konceptu víry, jestli je pro ně Bůh milosrdný, nebo trestající, který vidí každou špatnost. V tomhle nezáleží na vyznání, jde o vnitřní prožívání. Pokud někdo žil celý život ve strachu, že ho někdo vidí, tak mu to před smrtí obvykle moc nepomáhá.*“ (Třešňák, 2019, s. 20).

Ptáček, Bartůněk a kol. (2011) uvádějí, že každý člověk, který se ocitá v krizi vyvolané vážnou nemocí nebo umíráním, hledá ve svém životě smysl. Zohlednění spirituality v těchto okamžicích je podle autora cenné, neboť mimo jiné ovlivňuje tento aspekt rozhodování o léčbě, napomáhá jedinci učinit důležitá rozhodnutí. Autoři soudí, že hluboké spirituální přesvědčení a duchovní potřeby může prožívat každý člověk, tedy nikoliv pouze věřící. Spiritualitou se v souvislosti s umíráním a smrtí zabývá dle téhož zdroje také Světová zdravotnická organizace (WHO), která ji pojímá jako vztahování se k zážitkům přesahujícím smyslové vnímání, neztotožňuje ji s náboženstvím, byť pro některé jedince se může jednat o synonyma. Spiritualita umožňuje propojení roviny fyzické, psychické i sociální v životě člověka, je spojena s hledáním smyslu, ale i s potřebou odpuštění, smíření na konci života, potvrzením hodnoty a užitečnosti. Jak autoři dále doplňují, obsahem spirituální péče je doprovázení nemocných a umírajících a jsou v ní obsažena témata jako smysl života, vztahy, utrpení, smrt, umírání, strach apod.

2 PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ UMÍRAJÍCÍHO

2.1 Proces umírání

Jak uvádí Bártlová (2005), zatímco Kübler-Rossová se soustředila pouze na psychologický aspekt umírání, nahlížela na umírání především z hlediska umírajícího, umírání lze vnímat i v širším kontextu, který rozpracovali např. Glaser a Strauss v roce 1968 na základě pozorování umírajících v nemocnici. Též vytvořili fáze umírání, které označili jako kritické body. Prvním je okamžik, kdy je pacient označen klinickým personálem za umírajícího. Ze zdravého nebo nemocného jedince se stává umírající, mnohdy dříve, než je s tímto faktem seznámen dotyčný. Tím se ovšem výrazně mění jeho sociální status, neboť umírající nemá žádnou budoucnost, naději. Druhým kritickým bodem je okamžik, kdy se příbuzní a přátelé umírajícího začínají emočně připravovat na jeho smrt. Jak autorka doplňuje, pakliže je i umírající zpraven o tom, že umírá, může se i on sám emočně začít na smrt připravovat. Třetím bodem je situace, kdy je stanovena diagnóza úmrtí, nicméně dotyčný se ještě nezačal s touto skutečností vyrovnávat. Dochází k jakémusi zvolnění, neboť blízcí nevědí, jak k umírajícímu přistupovat, ošetrovatelský personál se často umírajícímu vyhýbá. Další čtyři body následují v rychlém sledu: pacient bývá umístěn na samostatný pokoj, je intenzivněji ošetřován, dostává léky tlumící bolest, může být provedeno poslední pomazání apod. Šestým bodem je čekání na smrt. V této době může s umírajícím pobývat někdo blízký, ve větší míře se mu věnuje sestra apod. Posledním bodem je smrt, od níž se odvíjí řada kulturních rituálů. Jak autorka uvádí, v případě, že je tento postup něčím narušen, nejsou zachovány dílčí kroky, stává se situace pro blízké nebo umírajícího nepřehledná. V opačném případě podle autorky platí, že *„je pro pacienta předem připravena scéna, aby sehrál svou sociální roli v institucionalizovaném dramatu umírání“* (Bartoňková, 2005, s. 69).

V lékařské terminologii se dle Kupky (2014) považuje za synonymum procesu umírání terminální stav, což značí, že dochází k progredujícím a ireverzibilním poruchám životně důležitých funkcí. V rámci tohoto procesu jsou rozlišovány tři stavy, a to pre finem, in finem a post finem. Pre finem začíná ve chvíli, kdy je zřejmé, že je nemoc jedince závažná a nelze ji dále léčit, tedy momentem je sdělení diagnózy. Tento stav může trvat i několik let, během nichž je patrná snaha o dosažení remise, nebo alespoň zmírnění obtíží. V této fázi reaguje pacient často velmi emočně a je důležité, aby na toto chování

dokázali lékaři poskytnout vhodnou odpověď. Zapotřebí je také věnovat pozornost sdělení diagnózy, tedy s citem a taktem, zároveň musí být pacient informován pravdivě. Situace by měla být pojímána s náležitou vážností, aby jedinec pochopil, jaký je její význam. Pacient musí být získán ke spolupráci. In finem lze již více spojovat s terminálním stádiem – předchozí fáze je v mnohém od něj odlišná. V institucionální zdravotní péči bývá zvykem přeložit pacienta do léčebny dlouhodobě nemocných, nicméně přednost by mělo mít přání pacienta, hospicová péče je vhodnější, důstojnější. Ve všech formách péče je však žádoucí, aby měl umírající možnost být se svými blízkými, i když není nutné, aby byl tento kontakt neustálý, neboť i umírající potřebuje prostor pouze pro sebe. Vždy je zapotřebí respektovat potřeby umírajícího. Několik dní před smrtí se může stav jedince výrazně zlepšit, jedná se o tzv. předsmrtnou euforii. Umírající je bdělý, dobře slyší, klade otázky, zajímá se o dění. Po čase však následuje smrtelné kóma, kdy jedinec nereaguje na okolí, může však slyšet. O této skutečnosti by měli být zpraveni blízcí. Fáze post finem již nebývá v centru pozornosti lékařů, pouze s výjimkou péče o mrtvé tělo. Jedná se však o čas důležitý pro blízké. V tomto okamžiku se také rozhoduje o tom, jakou podobu bude mít jejich zármutek. Při neoptimálním zvládnutí mohou blízcí zažívat dlouhá období vyznačující se úzkostnými a depresivními stavy. I blízcí potřebují mít možnost mluvit o svých prožitcích a potřebách.

To, jakým způsobem člověk umírá, závisí velkou měrou na lékařích, kteří mohou mít potřebu léčit i tehdy, když to není možné a vhodné – jedná se o marnou léčbu. K tomuto přístupu jsou však školeni, snaží se zachraňovat, a to až do posledního dechu pacienta. S paliativní medicínou se medicí během studia příliš nesetkávají, v praxi nemívají odvahu ji praktikovat, navíc současný stav ve zdravotnictví ji ani příliš neumožňuje – není např. v moci lékaře vést dlouhé rozhovory s umírajícím pacientem, což platí i pro sestry, často chybí paliatři (Antonová, Kubáčková, Marková a Slámová, 2018).

2.2 Typy adaptace na stáří a umírání

Švancara (1997, in Langmeier a Krejčířová, 2006) definoval předpoklady úspěšné adaptace na stáří jako zásadu pěti P, kdy se jedná o perspektivu (tedy orientaci na budoucnost vlastní, ale i širšího společenství), pružnost (jedná se o pohotovost přijímat nové podněty, měnit dosavadní životní návyky, být schopen sebekritiky apod.), prozíravost (důležité je umět si organizovat život dle vlastních schopností, zavčas

kompenzovat nedostatky a změny, které stáří přináší), porozumění pro druhé (tolerance odlišných názorů druhých) a potěšení (i ve stáří by měl člověk prožívat radost).

Bromley (1986, in Šimíčková Čížková a kol., 2003) definoval pět forem adaptace na stáří. Jedná se o konstruktivnost, závislost, obranný postoj, nepřátelství a sebenenávist. Ideální je konstruktivní strategie: jedinec si dokáže života užívat, udržuje stávající vztahy, navazuje i nové, má optimistický postoj vůči životu. Dokáže se přizpůsobovat, je snášenlivý, je smířen se stářím. Přijímá svůj dosavadní život, nelituje v něm výrazněji ničeho, přijímá také skutečnost, že zemře, nicméně dokáže nahlížet na budoucnost s perspektivou, nadějí, plány. Závislost značí nesoběstačnost, využívání druhých lidí. Vůči druhým zaujímá dotyčný nezřídka podezíravý postoj. Nic jej netěší, zajímá se o sebe, avšak není spokojený se sebou ani se svým životem. S druhými manipuluje, aby dosáhl co největšího vlastního prospěchu. Pakliže žil člověk aktivně a náhle se zhorší jeho stav či nastane penziování, dostavit se může obranný postoj, který se vyznačuje zvýšenou aktivitou, popíráním stáří a blízkosti smrti. Pokud zažíval dotyčný svůj život negativně i v předchozích fázích života, přenáší si tento životní styl a postoj i do stáří. Objevuje se závist vůči mladým lidem. Tito lidé žijí často velmi osaměle, nedostatečný je i kontakt s nejbližšími. Sebenenávist je strategií opačnou, neboť jedinec pocítuje nenávist především vůči sobě. Smrt pro něj může být vykopením, nebývá neobvyklé, že se na ni jedinec těší.

2.3 Význam situačního kontextu umírání

V minulosti lidé podle Kutnohorské (2007) měli ke smrti mnohem blíže, lidé neumírali o samotě, ale v okruhu blízkých, smrt byla rituálem, kterým končil život. Smrt tak nebyla odosobněná, byla záležitostí celé rodiny a de facto bylo i povinností celé rodiny i širšího sociálního okolí rozloučit se s umírajícím. Kübler-Rossová (1992) popisuje svůj osobní zážitek s tím, jak umíral sedlák ve vesnici, v níž žila. Jeho jediným přáním bylo zemřít doma, což se mu také splnilo. Volal k sobě své nejbližší příbuzné, aby s nimi projednal vše potřebné spojené s majetkem, sezval přátele i jejich rodiny, i s nimi se loučil. Když zemřel, zůstal v domě až do pohřbu, přičemž nebyly v domě činy žádné výraznější úpravy, nebyla ani vyčleněna speciální místnost, do níž by byl tento muž umístěn. Jak autorka uvádí, nedostalo se mu ani speciálního make-upu, zakryty byly pouze stopy největšího utrpení: jak autorka doplňuje, v současné době jsou realizovány úpravy vzhledu zemřelého tak, že budí zdání pokojného, příjemného spánku, nikoliv

skutečné smrti. V minulosti bylo běžné, že člověk umíral doma – mimo jiné se tak nemusel přizpůsobovat vnějšímu prostředí, adaptovat se na něj, snažit se usmívat na druhé, tedy upozadovat své potřeby v důsledku sociálního tlaku. Děti se všech těchto událostí účastnily, čímž se také přirozeně seznamovaly se smrtí.

V současné době lidé umírají nejčastěji v institucionální péči, tedy v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, domovech pro seniory apod. V těchto zařízeních umírá člověk sám, odsunut ze svého života a od svých blízkých. Dotyčnému je poskytována potřebná péče, která je profesionální a perfektní, chybí v ní však blízkost milujících osob. Tento přístup byl započat ve 20.-30. letech minulého století, a to na základě přesvědčení, že umírající potřebuje zejména klid. Smrt se stala abstraktním jevem (Kutnohorská, 2007).

Z výzkumu společnosti STEN/MARK (2013), realizovaného v roce 2013 na vzorku 1147 osob zastupujících veřejnost a 883 zdravotníků vyplynulo, že si většina respondentů (78 %) přála zemřít v domácím prostředí. Pokud upřednostňovali institucionální péči, častěji se jednalo o nemocnici (11 %) než hospice (9 %), a to více než např. domovy pro seniory nebo domovy s pečovatelskou službou. Ovšem lidé, kteří měli zkušenost s péčí o umírajícího, měli vysokoškolské vzdělání nebo byli věřící, dávali přednost hospici. Za nejméně přijatelné prostředí, v němž by lidé chtěli zemřít, byly označeny léčebny pro dlouhodobě nemocné (69 %). Pouze 7 % respondentů uvedlo, že nechce zemřít doma.

Každá z forem umírání (v rodinném prostředí nebo v institucionální péči) má podle Tomeše, Dragomirecké, Sedlárové a Vodáčkové (2015) své výhody i nevýhody a specifický význam pro umírajícího i jeho nejbližší. Lidé si nejčastěji přejí zemřít v domácím prostředí, avšak mají obavy o to, jakou zátěž to bude pro příbuzné představovat, ať již ve smyslu potřeby pečovat o nemocného, tak i z hlediska finančního. Zároveň se objevuje obava, a to i u blízkých, zda bude možné jedinci poskytnout potřebnou péči, tedy např. léčit dostatečně bolest a somatické komplikace. Rodiče si také mnohdy nepřejí, aby jim intimní péči poskytovaly jejich děti. Větší obavy ze zatížení vyjadřují dle autorů spíše ženy, přičemž autoři se opírají o výzkumné šetření realizované ve Velké Británii v roce 2013. Starší lidé v této studii preferovali nemocniční péči, což ovšem mohlo být dáno nedostatkem informací o hospicích, kdy např. pro čínskou minoritu představoval hospic „odkladiště, kde už člověka nečeká nic dobrého“ (Tomeš, Dragomirecká, Sedlárová a Vodáčková, 2015, s. 101).

2.4 Umírání a truchlení

V obecné rovině lze podle Kupky (2014) rozlišit čtyři hlavní přístupy umírajícího ke svému umírání: jedinec informaci o své diagnóze i skutečnosti, že nemoc nelze léčit, rozumově i emočně přijme a v takovém případě je i více či méně aktivní, tedy zajímá se o to, co může učinit, jaký bude další postup léčby a péče, jaké má možnosti, co jej čeká apod. Druhým případem je přijetí informace pouze v rozumové rovině, nikoliv emoční. Slovní sdělení je přijato, navenek se může jedinec chovat zcela normálně, resp. tak, jako by mu nebyla sdělena závažná informace. Dotyčný je statečný, ovšem jen zdánlivě, neboť informace nebyla plně přijata a nebylo tedy ani započato s jejím zpracováváním. Další variantou je odmítnutí sdělení v rozumové i emoční rovině. Jedinec skutečnost masivně popírá, tvrdí, že se jedná o omyl, směje se, bagatelizuje sdělení apod. Poslední formou je přijetí informace v rovině emoční, nikoliv však kognitivní: dochází tedy k argumentaci na rozumové úrovni, i když jedince pláče, zlobí se apod.

Baštecká a kol. (2005) uvádějí, že truchlení ze strany pozůstalých značí přijetí ztráty jako skutečnosti, prožitek bolesti zármutku, přizpůsobení se situaci a prostředí, které jsou nové, bez blízké osoby, ukončení psychologického vztahu se zesnulým a vložení energie do nových úkolů a vztahů. Truchlení by podle autorů mělo vést ke smíření se smrtí a smrtelností, ovšem roli hraje to, jakým způsobem blízká osoba zemřela, jaký vztah s ní pozůstalý měl, jakou osobností se pozůstalý vyznačuje. Důležité jsou i společenské okolnosti, tedy např. zda měl zesnulý děti, zda má děti pozůstalý apod. Pokud byla smrt přirozená, mělo by po čase nastat smíření s touto skutečností. Jak autoři dále uvádějí, v minulosti bylo truchlení záležitostí široké rodiny, komunity. Ta je v současné době nahrazena např. osobou psychologa. Ten nabízí možnost hovořit o mnoha tématech, do podrobností, dále poskytuje dlouhodobou oporu a praktickou pomoc. V případě potřeby lze podávat i léky, ovšem smutek ke smrti patří, zvažovat lze také psychoterapii.

Dle Špatenkové (2013) existuje také anticipované truchlení, tedy poskytované ještě v době, kdy nemocný žije, realizované souběžně s doprovázením umírajícího. Vhodné je přistoupit k němu např. v situaci, kdy umírá dítě. Platí však, že se nejedná o náhražku truchlení, které nastává poté, co skutečně blízká osoba zemře. Jak autorka dále uvádí, nebývá neobvyklé, že člověk vyhledá odbornou pomoc a začíná truchlit i dlouho poté, co blízká osoba zemřela.

2.5 Kognitivní zpracování umírání

Termín kognitivní je odvozen od latinského výrazu *cognosco, cognoscere*, který lze přeložit jako poznávat, zkoumat, činit známým apod. Kognitivní schopnosti značí nástroje ke zpracování informací. Jsou spojeny s myšlením a vnímáním jevů vnějšího a vnitřního světa (Preiss a Křivohlavý, 2009).

Při úvahách o smrti a umírání se dostává do popředí myšlenka na to, co znamená „dobrá smrt“. Většinou je tento termín spojen se čtyřmi atributy, kterými jsou domácí prostředí, přítomnost blízkých osob, udržení soukromí a zachování důstojnosti. Lidé, kteří mají možnost volit, jakým způsobem budou umírat, tyto aspekty zohledňují, věnují však pozornost i tomu, jak bude zajištěna péče o jejich zdraví, zvládnání bolesti apod. Do procesu úvah o umírání vstupují i představy, které bývají nezřídka nereálné, resp. nemusí vycházet z dostatku informací. Pokud mají lidé zkušenost s péčí o umírajícího v domácím prostředí, méně často se kloní k umírání v domácím prostředí (Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová a Vodáčková, 2015).

S tím, jak se rozvíjí kognitivní schopnosti, mění se i náhled na smrt a umírání. Děti do tří let nedokáží rozlišit mezi mrtvým a živým, ve věku 3-6 let již dochází k většímu porozumění smrti, která je pojímána jako fyzická nebo mentální nepřítomnost. V mladším školním věku, tj. na 1. stupni základní školy, již dítě začíná rozumět i tomu, že se jedná o ireverzibilní jev. V dospívání bývá téma umírání otázkou filosofických úvah. S tím, jak člověk stárne, začíná se smrti více bát, což také znamená, že se jí nechce příliš zabývat (Kuzníková a kol., 2011).

Z výzkumu společnosti STEN/MARK (2013) vyplynulo, že lidé neradi o těchto tématech hovoří, pokud však prožívají nemoc, jsou hovorům na téma smrti a umírání více nakloněni. Častěji se danou oblastí zabývají lidé v pozdní dospělosti, s nižším vzděláním nebo ti, kteří mají zkušenost s umíráním blízké osoby. Ovšem výzkumem bylo zjištěno, že 61 % respondentů o těchto tématech s nikým nehovořilo, a to z různých důvodů: zejména pro mladší jedince se jedná o téma neaktuální, smrt je nahlížena jako událost, která se jich zatím netýká. Celkem 33 % respondentů uvádělo, že se obávají, že na sebe přivolají něco zlého, resp. že si tímto způsobem smrt přivolají, dalších 22 % osob uvedlo, že nemá k dispozici nikoho, s kým by mohli o smrti a umírání hovořit. Většina respondentů se klonila k názoru, že je na místě se touto problematikou zabývat v případě, kdy je člověk vážně nemocný, případně starší 60 let. Více než polovina respondentů,

konkrétně 61 % dotázaných, uvedlo, že by v takovém případě uvažovali o závěti, vysokoškolští respondenti zvažovali také zajištění rodiny, např. formou pojištění, ale i tím, kdo by za měl rozhodovat v případě, že oni sami toho nebudou schopni. V těchto situacích by se měl podle respondentů nalézt také prostor pro rozhovory o pohřbu, ovšem nejčastěji to byli lidé starší 60 let, kteří v této oblasti netušili, čemu by bylo vhodné věnovat pozornost.

I když v České republice není legální eutanazie, kdy se jedná o vědomé ukončení života druhé osoby, a to takové, která trpí nevléčitelnou chorobou a vyjeví přání, aby byl tento akt vykonán (Kupka, 2014), dostupný je institut dříve vysloveného přání, který dle Ptáčka, Bartůňka a kol. (2014) umožňuje člověku předem vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas s postupem budoucí léčby. Kromě toho má jedinec možnost učinit předběžné prohlášení týkající se toho, jak mají být jeho záležitosti spravovány, pokud nebude způsobilý k jejich provádění, což se tedy netýká pouze oblasti zdraví. Nicméně platí, že pokud se významně změní skutečnosti, za jakých bylo učiněno předběžné prohlášení nebo dříve vyslovené přání, soud je může změnit nebo zrušit. Dříve vyslovené přání musí být realizováno písemnou formou, podpis pacienta musí být úředně ověřen, navíc musí být pacient písemně poučen lékařem o důsledcích jeho rozhodnutí. Dříve vyslovené přání také nemusí být respektováno, nastal-li v medicíně pokrok do té míry, že lze předpokládat, že by pacient s léčbou následně souhlasil.

Kromě toho má pochopitelně každý člověk možnost svůj život dobrovolně ukončit prostřednictvím suicidia, které dle Matouškové (2013) mívá nejčastěji podobu spontánně emocionální, jako důsledek nezdaru, zklamání v osobním životě apod. Rozlišuje se také sebevražda biologická, mající souvislost s nemocí (deprese), strachem z bolesti, bezmocností. Někteří odborníci považují za sebevraždu eutanazii, která je formálně vnímána jako sebevražda s asistencí. Poslední velkou skupinu tvoří sebevraždy ideologické.

2.6 Emoční prožitky spojené se smrtí a umíráním

Téma smrti a umírání vyvolává v člověku mnoho negativních emocí, k nimž patří např. úzkost, zoufalství, dominuje strach. Tento strach může s věkem slábnout, nicméně platí, že se jedná o záležitost velmi individuální a to, jak člověk téma smrti či umírání, včetně umírání vlastního, prožívá a hodnotí, závisí na mnoha faktorech. Významné jsou

v tomto ohledu životní zkušenosti, míra aktuální zátěže, stabilita hodnot, spokojenost s vlastním životem apod. (Kuzníková a kol., 2011).

Umírající zažívají také existenciální úzkost, mnohdy si však nedokáží uvědomit, že se o ni jedná. Mohou tvrdit, že se smrti nebojí, ve skutečnosti jsou však velmi úzkostní, neklidní, ve velmi silné panice, kterou je zapotřebí dokonce i tlumit léky, takže v takovém případě jedinec velkou část času spí. Umírání bývá emočně obtížné zejména pro osoby, které mají dojem, že své životní dílo nestihly dokončit. V tomto okamžiku se však naskýtá prostor vyřešit neoptimální sociální vztahy, vyříkat si a napravit to, co se dosud jedinci nepovedlo. Někteří lidé umírají s nadějí, zejména v případech, kdy očekávají, že smrtí život nekončí a shledají se se svými nejbližšími, kteří již zemřeli dříve. Přímo před smrtí většinou nebývá prostor pro dlouhé hovory na téma umírání, neboť se jedinec nachází ve stavu, kdy toho není schopen. Zlobu a nespokojenost, zhrzenost, zažívají lidé, kteří usilovali celý život o zdravý životní styl, omezovali se ve svém způsobu života, přesto je zasáhla i v relativně nízkém věku nevyлéčitelná choroba. Jedná se o osoby, pro které bylo a je důležité mít život pod kontrolou, což ovšem nelze, stejně jako nelze mít pod kontrolou proces umírání. Bezmoc často překvapí i osoby, které žily v přesvědčení, že jsou připraveny na smrt, včetně např. sepsání závěti, dlouhodobé emoční přípravy na odchod ze života. Bývá také náročné vyrovnat se s bezmocností ve smyslu neschopnosti plně ovládat své tělo (Třešňák, 2019).

Kellehear (2014) konstatuje, že emoce, které jsou označovány jako negativní (strach, smutek, hněv) a které k umírání a smrti patří, jsou přirozenými emocemi, které provázejí člověka po celý jeho život. Do určité míry jsou spojeny i s pozitivními emocemi – láskou, nadějí. Je tedy zcela běžné a normální, že tyto emoce prožívají ti, co umírají, ale i jejich blízcí a osoby pečující, včetně těch, kteří nemocné ošetřují profesionálně. Tyto emoce lze podle autora vnímat jako spojité, v kruhu, kdy při akceptaci smrti se tento kruh uzavírá a smutek či strach jsou nahrazeny smyslem, láskou. Negativní emoce jsou spojeny se ztrátou, nicméně zemřít je zároveň posledním úkolem každého člověka. Při přijetí této skutečnosti dochází k přijetí vlastní osoby, dosavadní existence. Nezdaří-li se to, nastupuje rezignace, zoufalství, kdy se s těmito pocity odchází ze života velmi těžko.

2.7 Potřeby umírajícího

Základní potřeba umírajícího se týká toho, jakým způsobem by mělo umírání probíhat, tedy např. v jakém prostředí, jaký by měl být kontakt s blízkými apod. Většinou si člověk přeje umírat v okruhu svých nejbližších, v domácím prostředí. Velmi důležitá bývá pro umírající saturace potřeby autonomie, do maximální možné míry, kontrola nad tím, jak bude s dotyčným zacházeno, co bude zažívat. Umírající si přeje být soběstačný, velmi zásadní je potřeba sebeúcty a důstojnosti. Pro umírající bývá velmi důležité, aby nebyli na obtíž druhým, zejména osobám blízkým. K dalším potřebám patří potřeba rozloučit se s důležitými životními osobami, učinit to, co dosud nebylo realizováno, pro jedince je však významné a je možné mu i zprostředkovat či umožnit, aby byl určitý takto vnímaný úkol splněn. U věřících se jedná o potřebu komunikace s duchovním, i bez víry mají umírající potřebu spirituální podpory. Dále se jedná o potřebu uspořádat si své záležitosti, včetně záležitostí finančních (Kalvach, 2010).

Haškovcová (2007) řadí k potřebám umírajícího potřebu nezůstat sám, což v praxi znamená např. možnost komunikovat s druhými, pokud se jedinec ocitá ve zhoršeném stavu, je důležité, aby s ním býval někdo druhý, byť jen v jeho přítomnosti, bez vedení rozhovoru. Dále se jedná o potřebu soukromí a intimity. Jak autorka uvádí, do této oblasti patří i možnost zažívat intimní okamžiky se svými blízkými, v soukromí, dle potřeb umírajícího. Důležité je, aby měl umírající možnost hovořit o své situaci, a to pravdivě, ovšem je důležité, aby vždy zůstávala naděje. Jedná se také o potřebu hovořit o smyslu vlastního života, včetně toho, co se jedinci povedlo, a naopak zdařilo méně. Je nezbytné, aby měl umírající prostor mluvit o své situaci, umírání, strachu z něj apod., tedy aby mohl vyjádřit své pocity, projevit je ve svém chování. Umírající také potřebují porozumět tomu, jaký smysl má umírání. Věřící v tomto ohledu mohou využít duchovního, v hospicích nebo i v institucionální péči by měli být k dispozici psychologové, jako členové multidisciplinárního týmu. Umírající také podle autorky potřebují ujištění, že blízcí unesou bolest ze ztráty, pokud má dotyčný děti, je pro něj nezbytné vědět, jak budou zaopatřeny. Dále se jedná o potřebu truchlit, připravit se na vlastní smrt, potřebu rituálů, dle toho, jaké jsou pro jedince významné, také o potřebu ujištění, že smrt nebude bolet a že pečující osoby udělají vše pro to, aby tomu tak bylo. Umírající by měl mít možnost co nejvíce rozhodovat o své situaci, závěr života by měl být co nejvíce kvalitní, ale i zajímavý, je důležité zjišťovat přání a potřeby umírajícího a snažit se je naplnit. Umírající také potřebuje být akceptován takový, jaký je.

2.8 Vliv prostředí hospice na psychiku umírajícího

Hospicová péče může mít podle Kupky (2014) tři hlavní formy: jedná se o domácí hospicovou péči, stacionární hospicovou péči a lůžkovou hospicovou péči. O domácí hospicové péči by dle autora mělo být uvažováno vždy, když o ni projeví jedinec zájem, důležité je též, aby s ní souhlasili blízcí, neboť ti musí zajistit potřebnou pomoc a kooperaci s odborníky. Autor uvádí, že je rozlišována home help, tedy péče, kterou provádějí blízcí formou laické pomoci, a dále home care zajišťovaná profesionály. Stacionární hospicová péče znamená denní pobyt pacienta v zařízení hospicové péče. Může být využívána přechodně, např. při aplikaci chemoterapie, když je prožívaná bolest jedince příliš silná, může mít i formu respitní péče, která má význam pro pečující blízké. Lůžková hospicová péče je realizována v malých zařízeních, lůžek bývá 20-30. Je možné formy hospicové péče střídat, tedy využít na krátkou dobu např. lůžkovou hospicovou péči a následně přejít do péče domácí. Péče o umírajícího v domácím prostředí může mít podle Kalenské a Čiháka (2015) podobu domácí péče (umírajícímu je k dispozici neustále na telefonu sestra, která jej také ošetřuje, ale lékař je dostupný pouze v ordinacní hodiny) a domácí hospicové péče neboli mobilní hospicové péče (mobilní hospic), kdy je jedinci nepřetržitě k dispozici multidisciplinární tým, v němž je kromě sestry také lékař, psycholog, duchovní. Mobilní hospice jsou podle Garkische (2018) v současné době v České republice více podporovány. Péče o umírajícího je v nich finančně méně nákladná než lůžková hospicová péče, navíc lépe saturuje potřeby pacienta a jeho blízkých.

Hospic mívá podle Haškovcové (2007) podobu, která je blízká rodinnému prostředí. Nejedná se tedy o strohý a neútulný nemocniční pokoj, ale místnost příjemně vybavenou, s možností zařídit si ji dle přání jedince. Ten má v hospici značnou volnost, opět oproti nemocničnímu prostředí: může usínat a vstávat, kdy chce, nosí běžné oblečení, stravuje se dle potřeby. Pracovníci hospice jsou snadno k dispozici, jedince však neobtěžují, dávají mu prostor trávit čas v hospici dle vlastní potřeby a přání blízkých, kteří navíc nejsou omezeni v tom, v jaké míře, v jakém čase apod. mohou jedince navštěvovat. Toto uzpůsobení umožňuje saturaci potřeb jedince, tedy plně vychází z toho, v jakém stavu a situaci se umírající ocitá.

Hospic je podle Šafránkové a Nejedlé (2006) jedinečný v tom, že poskytuje péči o veškeré potřeby umírajícího (psychické, sociální, biologické, spirituální), zároveň

blízkost, která se jedinci v hospici dostává, porozumění a prostor k tomu zemřít tak, jak dotyčný potřebuje, navozuje bezpečí, klid a autonomii. Hospic připomíná domov. Zachována je základní lidská důstojnost, umírající zažívá závěr svého života v prostředí, které se vyznačuje láskou a hlubokým pochopením, což umožňuje jedinci soustředit se na to, co je pro něj v dané situaci nejdůležitější.

3 STANOVENÍ CÍLE A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Výzkumný problém zněl: Genderová specifika přístupu ke smrti a umírání.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se liší ženy a muži v jejich přístupu ke smrti a umírání.

Stanoveny byly následující výzkumné otázky (VO):

VO1: Mají muži častěji strach z umírání než ženy?

VO2: Trvá ženám vyrovnání se se smrtí blízkého člověka déle než mužům?

VO3: Umírají ženy raději doma než muži?

VO4: Domnívají se ženy častěji než muži, že pohřeb nebo jiný obřad sloužící k poslednímu rozloučení usnadní truchlení?

VO5: Příkladají muži častěji význam vyřešení majetkových a dědických záležitostí z hlediska usnadnění umírání než ženy?

VO6: Přiklánějí se ženy častěji k možnosti využití institutu dříve vysloveného přání než muži?

Dále byly stanoveny vždy ke každé výzkumné otázce hypotézy (H), a to ve formě nulové a alternativní hypotézy. Znění hypotéz bylo následující:

H₁₀: Muži mají strach z umírání stejně často jako ženy.

H_{1A}: Muži mají častěji strach z umírání než ženy.

H₂₀: Ženy stejně jako muži nejčastěji uvádějí, že jim vyrovnání se se smrtí blízkého člověka trvalo déle než 1 rok.

H_{2A}: Ženy uvádějí častěji než muži, že jim vyrovnání se se smrtí blízkého člověka trvalo déle než 1 rok.

H₃₀: Ženy preferují stejně často jako muži umírání doma než v nemocnici (případně hospici, LDN nebo jiném zařízení).

H3_A: Ženy preferují častěji než muži umírání doma než v nemocnici (případně hospici, LDN nebo jiném zařízení).

H4₀: Ženy se domnívají stejně často jako muži, že pohřeb nebo jiný obřad sloužící k poslednímu rozloučení usnadní truchlení.

H4_A: Ženy se domnívají častěji než muži, že pohřeb nebo jiný obřad sloužící k poslednímu rozloučení usnadní truchlení.

H5₀: Muži se domnívají stejně často jako ženy, že by se v případě umírání cítili připravenější na smrt v případě, že by byly vyřešeny jejich majetkové a dědické záležitosti.

H5_A: Muži se domnívají častěji než ženy, že by se v případě umírání cítili připravenější na smrt v případě, že by byly vyřešeny jejich majetkové a dědické záležitosti.

H6₀: Ženy zvažují stejně často jako muži využití institutu dříve vysloveného přání.

H6_A: Ženy zvažují častěji než muži využití institutu dříve vysloveného přání.

Formulace hypotéz vycházela z dílčích šetření, která v letech 2011-2015 na téma smrti a umírání prováděla agentura STEN/MARK, a to ve spolupráci s organizací *Cesta domů*, za podpory Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a Ministerstva zdravotnictví ČR. Data k formulování hypotézy týkající se závěti vycházela ze zjištění Rosena (2011), dle kterého se muži a ženy v četnosti uzavírání závěti neliší, liší se však v tom, komu případně svůj majetek odkazují: u žen se častěji jedná o oblast zdravotnictví, ochranu životního prostředí, muži odkazují svůj majetek ve prospěch organizací zajišťujících vzdělávání.

4 POPIS METODY A VZORKU

Výzkum byl koncipován jako kvantitativní. Reichel (2009) vysvětluje, že v tomto typu výzkumu badatel pracuje s daty, která lze měřit, třídít. Zároveň je možné ověřovat formulované hypotézy. Sběr a analýza dat probíhá s využitím standardizovaných postupů. V kvantitativním výzkumu je zkoumáno několik aspektů u velkého počtu objektů, respondentů, získané výsledky lze generalizovat.

Metodou výzkumu byla anketa vlastní konstrukce, jejíž podoba je uvedena v oddílu příloh (Příloha č. 1). Při jejím sestavování bylo vycházeno ze stanovených výzkumných otázek a hypotéz. Konstrukce ankety vycházela z doporučení Gavory (2008), podle kterého je vhodné dodržet určité schéma ankety, resp. dotazníku, tj. v úvodu seznámit respondenty s cílem výzkumu, způsobem využití získaných dat a též s vyplňováním dotazníku (ankety). Pořadí jednotlivých položek může být libovolné, otázky náročnější k zodpovězení, např. otázky intimní, citlivé, je vhodné umístit do druhé části dotazníku (ankety). V závěru je vhodné poděkovat respondentům za účast.

Anketu tvořil úvod, v němž byli respondenti seznámeni se skutečností, že budou získaná data užita pro účely bakalářské práce. Na konci ankety byly uvedeny tři identifikační otázky, zjišťující věk respondentů, jejich pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání. Odpovědi na tyto otázky umožnily blíže charakterizovat výzkumný soubor, zjištění pohlaví respondentů bylo důležité pro ověření hypotéz.

Před sběrem dat byl proveden předvýzkum, který dle Dismana (2011) umožňuje otestovat nástroj, který má být ve výzkumu užít, tedy vytvořenou anketu. Předvýzkumu se zúčastnily tři ženy a tři muži z okruhu blízkých osob autorky práce. Na základě jejich zpětné vazby byla pozměněna formulace otázky č. 6 tak, aby bylo její znění pro respondenty srozumitelné (jednalo se o bližší vysvětlení institutu dříve vysloveného přání). Osoby, které se předvýzkumu zúčastnily, nebyly následně zařazeny do výzkumného souboru.

Ke sběru dat byl využit webový portál www.vyplnto.cz, na kterém je možné umístit anketu či dotazník, které vyplňují lidé, jenž webovou stránku navštíví. Je možné přesně vymežit okruh osob, které se mají výzkumu zúčastnit (tj. zadat omezení věkem apod.). Jediné kritérium, které bylo stanoveno, se týkalo věku, kdy byla anketa určena pro osoby starší 18 let. Anketa byla na serveru umístěna v období od 23. března do 2.

dubna roku 2019. Následně byl sběr dat ukončen, výsledky byly získány formou excelové tabulky.

Výběr respondentů do výzkumného souboru tedy byl příležitostný, výzkumný soubor tvořily osoby, které server navštívily a rozhodly se anketu vyplnit. Navíc byla k získání osob do výzkumného souboru užita technika sněhové koule: anketa byla administrována autorkou práce v okruhu blízkých osob, které šířily odkaz na anketu mezi své blízké a známé.

Analýza dat byla provedena v programu Microsoft Office, Excel. K vyhodnocení anketních položek byla užita popisná statistika, zjišťována byla absolutní a relativní četnost odpovědí. K ověření hypotéz byl užit chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku.

Chráška (2016) vysvětluje, že v úvodu musí nejprve badatel formulovat nulovou a alternativní hypotézu (v rámci nulové hypotézy je formulován předpoklad, že mezi zkoumanými jevy neexistují statisticky významné rozdíly, alternativní hypotéza vyjadřuje předpoklad, že mezi zkoumanými jevy statisticky významné rozdíly existují). O přijetí nebo zamítnutí hypotéz je následně rozhodnuto na základě výpočtu testového kritéria χ , které se počítá jako:

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

kde: χ – testové kritérium,

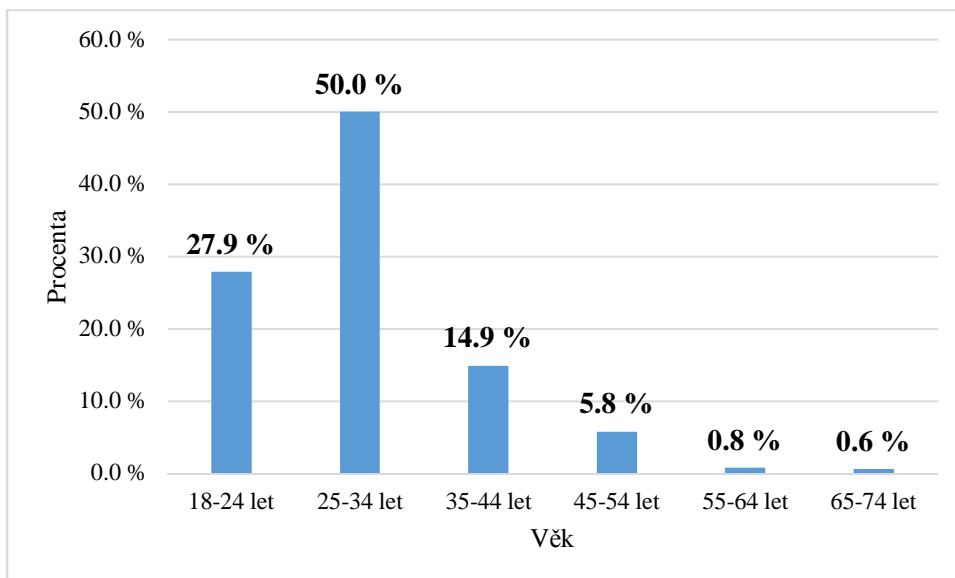
P – pozorovaná četnost,

O – očekávaná četnost

Σ – součet výpočtů pro každé pole tabulky Chráška (2016, s. 66).

Výzkumný soubor tvořilo celkem 484 respondentů. Ve výzkumném souboru převažovaly ženy, kterých bylo 349 (72,1 %), mužů bylo 135 (27,9 %).

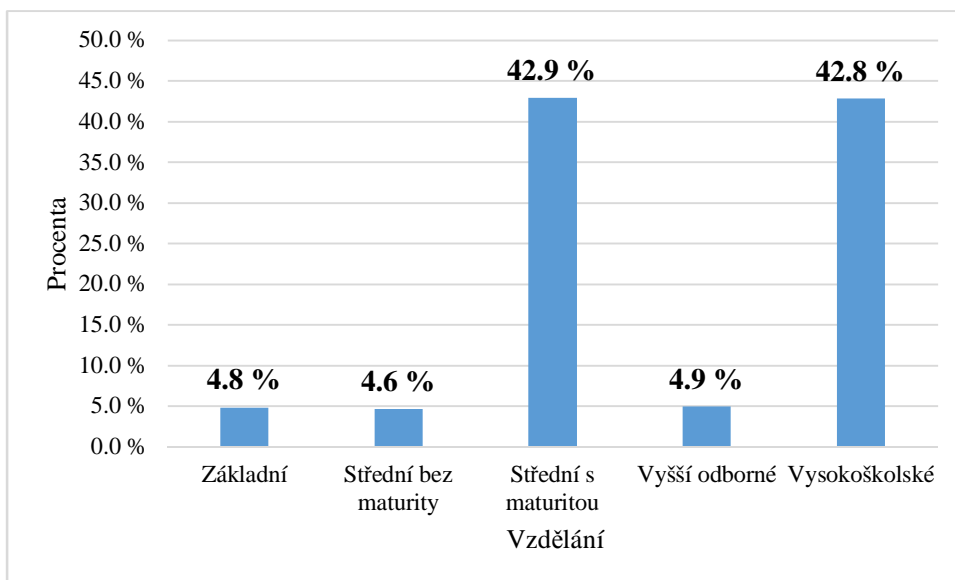
Rozložení výzkumného souboru, a to konkrétně z hlediska věku respondentů, je uvedeno v grafu 1.



Graf 1. Věk respondentů

Z grafu 1 je zřejmé, že nejpočetněji byli ve výzkumném souboru zastoupeni respondenti ve věku 25-34 let, kterých bylo 242 (50 %). Druhou nejpočetněji zastoupenou skupinu tvořily osoby ve věku 18-24 let, kterých bylo 135 (27,9 %). Pouze 4 (0,8 %) respondenti uvedli, že je jim 55-64 let a v seniorském věku, tj. ve věku 65-74 let, byli jen 3 (0,6 %) osoby.

Graf 2 zachycuje vzdělání respondentů.



Graf 2. Vzdělání respondentů

V grafu 2 si lze povšimnout, že nejčastěji, a to přibližně stejnou měrou, byli ve výzkumném souboru zastoupeni respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou

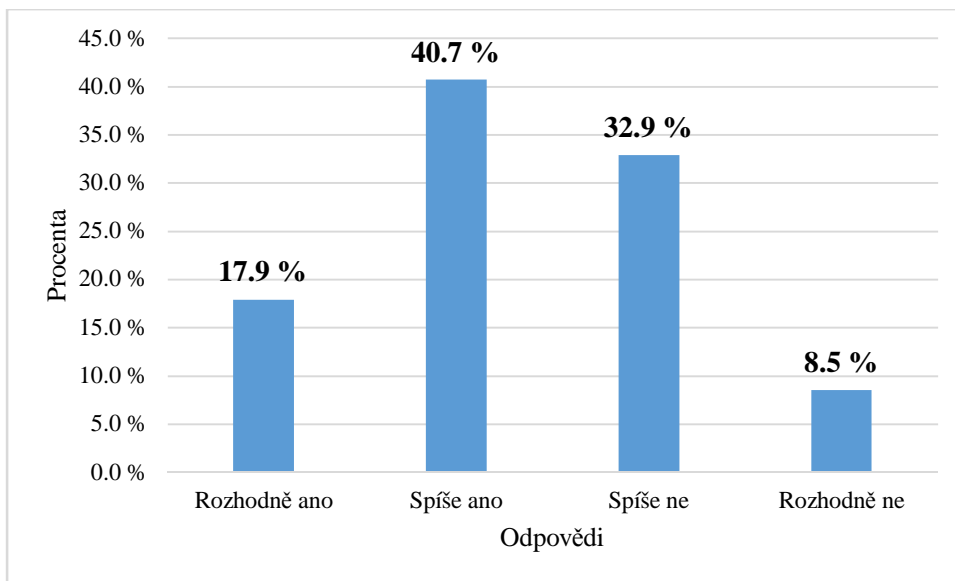
(208 (42,9 %) respondentů) a dále s vysokoškolským vzděláním (207 (42,9 %) respondentů). Pouze základní vzdělání jako nejvyšší dosažené uvedlo 23 (4,8 %) osob, středoškolské vzdělání bez maturity 22 (4,6 %) osob a vyšším odborným vzděláním disponuje 24 (4,9 %) respondentů.

S ohledem na zvolenou metodu výběru respondentů nelze považovat výzkumný soubor za reprezentativní, což je patrné i z charakteristiky výzkumného souboru, kdy zastoupení respondentů zejména z hlediska vzdělání a věku neodpovídá rozložení v populaci.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V kapitole jsou prezentovány zjištěné výsledky. Výsledky jsou prezentovány v pořadí, v jakém byly v anketě jednotlivé položky uspořádány, a to graficky, s doplněním o slovní komentář.

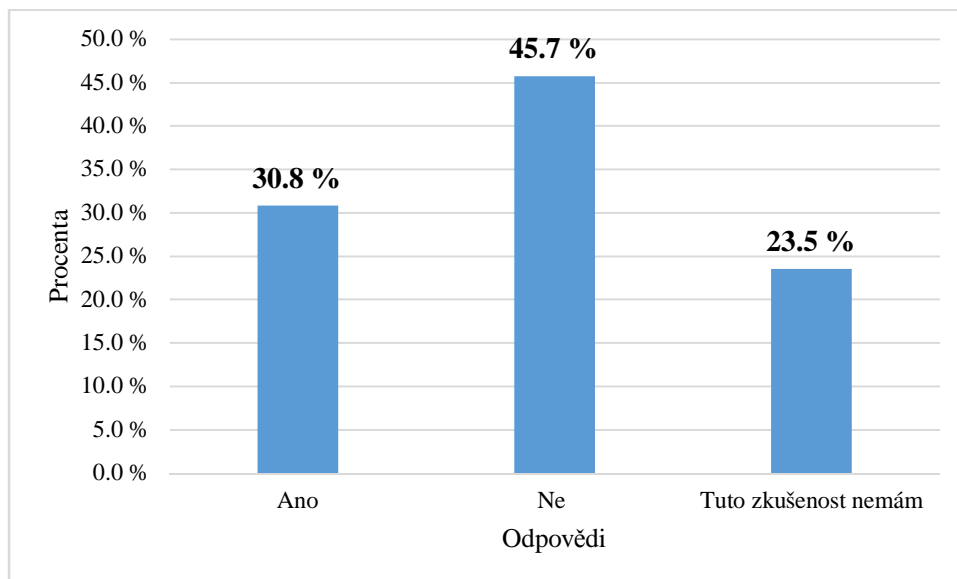
Otázka č. 1: Máte strach z umírání?



Graf 3. Otázka č. 1

Z grafu 3 vyplývá, že většina respondentů má strach z umírání. Odpověď „rozhodně ano“ uvedlo 87 (17,9 %) respondentů, možnost „spíše ano“ zvolilo 197 (40,7 %) respondentů. Pouze 41 (8,5 %) respondentů „rozhodně“ nemá strach z umírání.

Otázka č. 2: Trvalo Vám vyrovnat se se smrtí blízkého člověka déle než jeden rok?



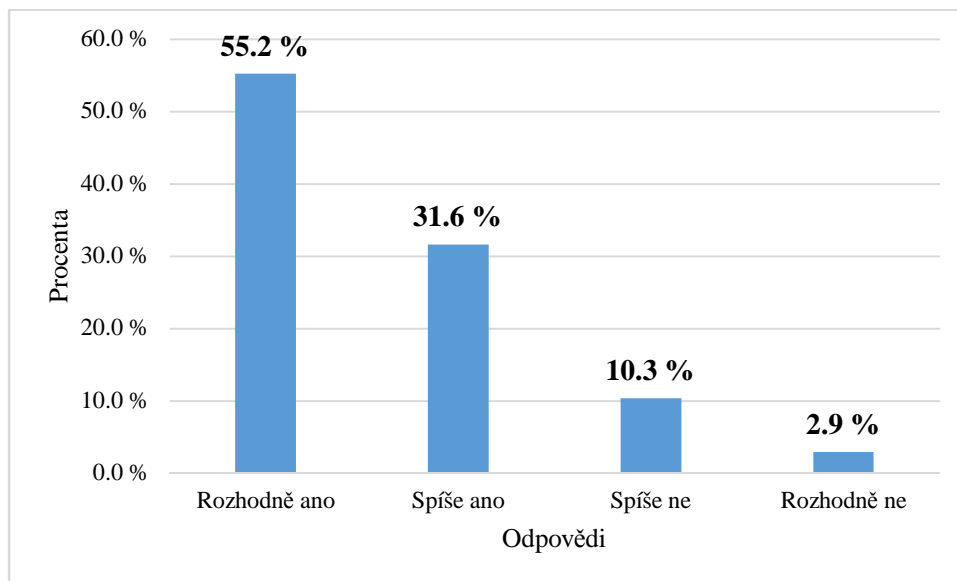
Graf 4. Otázka č. 2

V grafu 4 si lze povšimnout, že nejčastěji respondenti volili zápornou odpověď (jednalo se o 221 (45,7 %) respondentů), vyjadřující, že jim vyrovnávání se se smrtí blízké osoby netrvalo déle než rok.

Souhlasnou odpověď uvedlo 149 (30,8 %) osob a dále 114 (23,5 %) respondentů nemá zkušenost se smrtí blízké osoby, resp. vyrovnávání se se smrtí blízké osoby.

Otázka č. 3: Umíral/a byste raději doma než v nemocnici (případně hospici, LDN nebo jiném zařízení)?

U této otázky opět respondenti volili ze čtyř možných odpovědí, které byly „rozhodně ano“, „spíše ano“, „spíše ne“ a „rozhodně ne“. Přehled zjištěných výsledků je uveden v grafu 5.

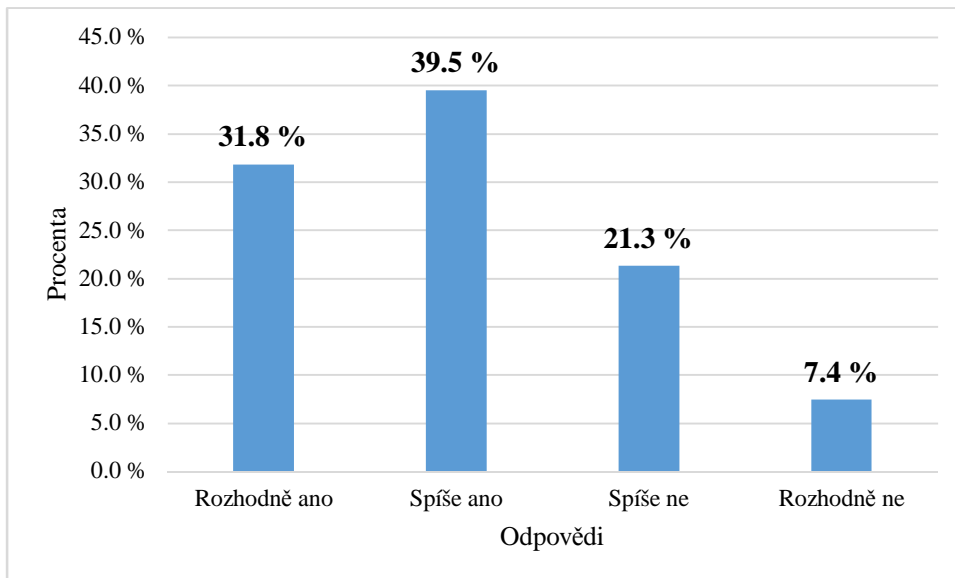


Graf 5. Otázka č. 3

Z grafu 5 zřetelně vyplývá, že většina respondentů dává přednost umírání v domácím prostředí.

Odpověď „rozhodně ano“ uvedla většina respondentů (267 (55,2 %) respondentů), dalších 153 (31,6 %) osob se přiklonilo k variantě odpovědi „spíše ano“. Odpověď „rozhodně ne“ uvedlo jen 14 (2,9 %) respondentů.

Otázka č. 4: Domníváte se, že pokud se uskuteční pohřeb nebo jiný obřad sloužící k poslednímu rozloučení, usnadní to pozůstalým truchlení?

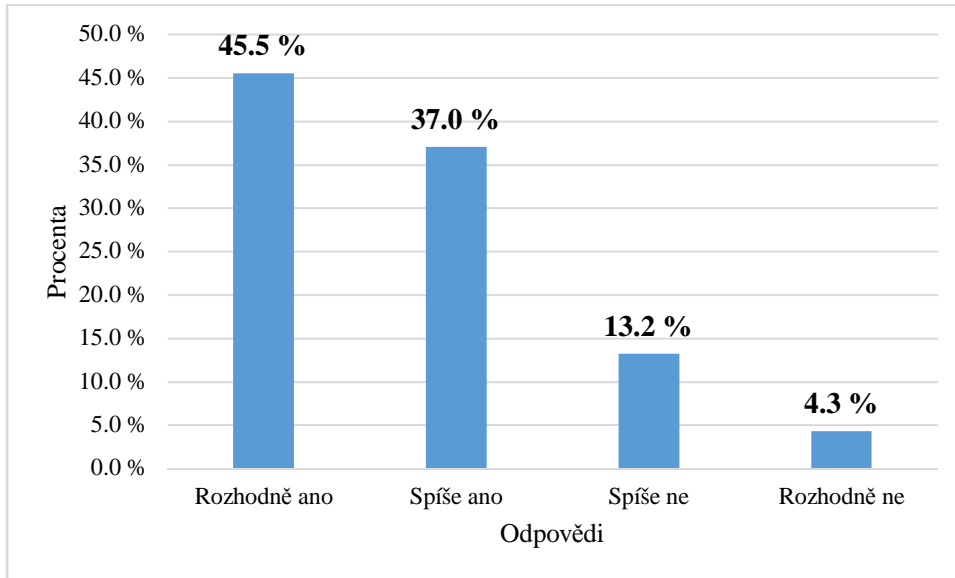


Graf 6. Otázka č. 4

V grafu 6 si lze povšimnout, že s výrokem souhlasila většina respondentů. Celkem 154 (31,8 %) respondentů zvolilo možnost „rozhodně ano“ a dalších 191 (39,5 %) osob uvedlo variantu odpovědi „spíše ano“.

Dále 103 (21,3 %) respondentů odpovědělo „spíše ne“ a 36 (7,4 %) respondentů odpovědělo „rozhodně ne“.

Otázka č. 5: Domníváte se, že v případě umírání byste se cítil/a lépe, jistější, vyrovnanější/připravenější na smrt v případě, kdyby byly Vaše majetkové či dědické záležitosti vyřešeny?



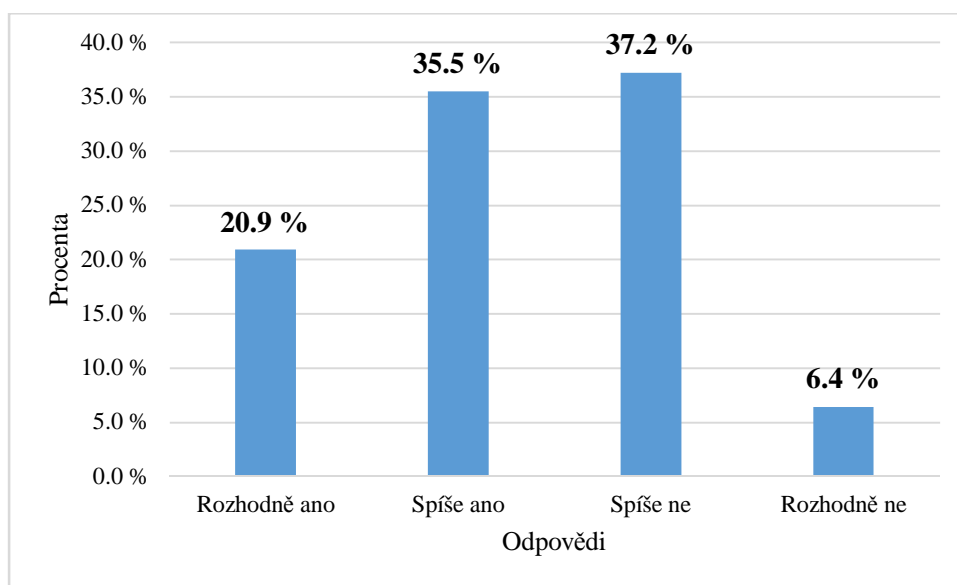
Graf 7. Otázka č. 5

Také s touto otázkou většina respondentů souhlasila, tedy uváděli, že by bylo pro ně snazší přijmout smrt v případě vyřešení svých finančních záležitostí.

Odpověď „rozhodně ano“ uvedlo 220 (45,5 %) respondentů, variantu „spíše ano“ 179 (45,5 %) respondentů. Odpověď „rozhodně ne“ uvedlo 21 (4,3 %) respondentů.

Otázka č. 6: V ČR je zavedena možnost určit si, jak mají zdravotníci postupovat v případě, kdy o sobě jedinec nebude schopen z různých důvodů rozhodovat (jedná se např. o neprovedení resuscitace při zástavě srdce). Zvažujete využití této možnosti, jak rozhodnout o Vaší léčbě v době, kdy již nebudete aktuálně schopen/schopna o jejím poskytnutí rozhodovat?

V otázce č. 6 byli respondenti dotazováni na svůj postoj k dříve vyslovenému přání, ve smyslu úvah o učinění tohoto prohlášení pro případ, že se jedinec ocitne v situaci, kdy nebude schopen o sobě plně rozhodovat, tedy ani např. prohlásit, že si nepřeje resuscitaci či jiné zdravotní úkony, které by jej mohli udržet při životě, a to i v případě, kdy by následný život nebyl pro jedince dostatečně důstojný, kvalitní apod. Zjištěné výsledky jsou uvedeny v grafu 8.



Graf 8. Otázka č. 6

Většina respondentů uvedla na závěrečnou anketní otázku souhlasnou odpověď, nicméně velký počet respondentů s výrokem nesouhlasil. Celkem 101 (20,9 %) respondentů zvolilo odpověď „rozhodně ano“, naopak kategorické „ne“ uvedlo jen 31 (6,4 %). Dále 172 (35,5 %) respondentů se rozhodlo pro odpověď „spíše ano“, odpověď „spíše ne“ uvedlo 180 (37,2 %) respondentů.

6 OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

H₁₀: Muži mají strach z umírání stejně často jako ženy.

H_{1A}: Muži mají častěji strach z umírání než ženy.

Při ověření hypotézy č. 1 byly srovnávány odpovědi mužů a žen, kdy za souhlasnou odpověď byly považovány varianty odpovědí „určitě ano“ a „spíše ano“, za zápornou odpověď byly považovány volby možností „spíše ne“ a „rozhodně ne“. Přehled zjištěných výsledků (pozorované a očekávané četnosti odpovědí) jsou uvedeny v tabulce 1.

Tabulka 1. Ověření hypotézy č. 1

| Respondenti | ANO | NE | Celkem |
|---------------|------------------------------|------------------------------|------------|
| | Skutečná (očekávaná) četnost | Skutečná (očekávaná) četnost | |
| Ženy | 211 (204,79) | 138 (144,21) | 349 |
| Muži | 73 (79,21) | 62 (55,79) | 135 |
| Celkem | 284 | 200 | 484 |

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 1,634$. Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrátu pro hladinu významnosti 0,05 a 1 stupeň volnosti $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 1,634 je menší než kritická hodnota. Z tohoto důvodu **byla přijata nulová hypotéza** a zamítnuta byla alternativní hypotéza (tj. nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými proměnnými).

Na základě ověření hypotézy č. 1 lze tvrdit, že muži mají strach z umírání stejně často jako ženy.

H2₀: Ženy stejně jako muži nejčastěji uvádějí, že jim vyrovnání se se smrtí blízkého člověka trvalo déle než 1 rok.

H2_A: Ženy uvádějí častěji než muži, že jim vyrovnání se se smrtí blízkého člověka trvalo déle než 1 rok.

V tabulce 2 jsou podány zjištěné výsledky vztahující se k verifikaci hypotézy č. 2, přičemž zohledněny byly pouze varianty odpovědí „ano“ a „ne“.

Tabulka 2. Ověření hypotézy č. 2

| Respondenti | ANO | NE | Celkem |
|---------------|------------------------------|------------------------------|------------|
| | Skutečná (očekávaná) četnost | Skutečná (očekávaná) četnost | |
| Ženy | 125 (107,52) | 142 (159,48) | 267 |
| Muži | 24 (41,48) | 79 (61,52) | 103 |
| Celkem | 149 | 221 | 370 |

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 17,091$. Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrátu pro hladinu významnosti 0,05 a 1 stupeň volnosti $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 17,091 je větší než kritická hodnota. Z tohoto důvodu **byla přijata alternativní hypotéza** a zamítnuta byla nulová hypotéza (tj. byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými proměnnými).

Na základě ověření hypotézy č. 2 lze tvrdit, že ženy uvádějí častěji než muži, že jim vyrovnání se se smrtí blízkého člověka trvalo déle než jeden rok.

H3₀: Ženy preferují stejně často jako muži umírání doma než v nemocnici (případně hospici, LDN nebo jiném zařízení).

H3_A: Ženy preferují častěji než muži umírání doma než v nemocnici (případně hospici, LDN nebo jiném zařízení).

Tabulka 3 zachycuje výsledky vztahující se k verifikaci hypotézy H3, opět se stejným sloučením kladných a záporných odpovědí, jako tomu bylo v případě ověřování hypotézy H1.

Tabulka 3. Ověření hypotézy č. 3

| Respondenti | ANO | NE | Celkem |
|---------------|------------------------------|------------------------------|------------|
| | Skutečná (očekávaná) četnost | Skutečná (očekávaná) četnost | |
| Ženy | 316 (302,85) | 33 (46,15) | 349 |
| Muži | 104 (117,15) | 31 (17,85) | 135 |
| Celkem | 420 | 64 | 484 |

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 15,482$. Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrátu pro hladinu významnosti 0,05 a 1 stupeň volnosti $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 15,482 je větší než kritická hodnota. Z tohoto důvodu **byla přijata alternativní hypotéza** a zamítnuta byla nulová hypotéza (tj. byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými proměnnými).

Na základě ověření hypotézy č. 3 lze tvrdit, že ženy preferují častěji než muži umírání doma než v nemocnici (případně hospici, LDN nebo jiném zařízení).

H4₀: Ženy se domnívají stejně často jako muži, že pohřeb nebo jiný obřad sloužící k poslednímu rozloučení usnadní truchlení.

H4_A: Ženy se domnívají častěji než muži, že pohřeb nebo jiný obřad sloužící k poslednímu rozloučení usnadní truchlení.

Tabulka 4 zachycuje přehled zjištěných výsledků, vztahujících se k ověření hypotézy H4.

Tabulka 4. Ověření hypotézy č. 4

| Respondenti | ANO | NE | Celkem |
|---------------|------------------------------|------------------------------|------------|
| | Skutečná (očekávaná) četnost | Skutečná (očekávaná) četnost | |
| Ženy | 247 (248,77) | 102 (100,23) | 349 |
| Muži | 98 (96,23) | 37 (38,77) | 135 |
| Celkem | 345 | 139 | 484 |

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 0,157$. Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrátu pro hladinu významnosti 0,05 a 1 stupeň volnosti $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 0,157 je menší než kritická hodnota. Z tohoto důvodu **byla přijata nulová hypotéza** a zamítnuta byla alternativní hypotéza (tj. nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými proměnnými).

Na základě ověření hypotézy č. 4 lze tvrdit, že se ženy domnívají stejně často jako muži, že pohřeb nebo jiný obřad sloužící k poslednímu rozloučení usnadní truchlení.

H5₀: Muži se domnívají stejně často jako ženy, že by se v případě umírání cítili připravenější na smrt v případě, že by byly vyřešeny jejich majetkové a dědické záležitosti.

H5_A: Muži se domnívají častěji než ženy, že by se v případě umírání cítili připravenější na smrt v případě, že by byly vyřešeny jejich majetkové a dědické záležitosti.

V tabulce 5 jsou prezentovány výsledky vztahující se k verifikaci hypotézy H5.

Tabulka 5. Ověření hypotézy č. 5

| Respondenti | ANO | NE | Celkem |
|---------------|---------------------------------|---------------------------------|------------|
| | Skutečná (očekávaná) četnost | Skutečná (očekávaná) četnost | |
| Ženy | 293 (287,71) | 56 (61,29) | 349 |
| Muži | 106 (111,29) | 29 (23,71) | 135 |
| Celkem | 399 | 85 | 484 |

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 1,986$. Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrátu pro hladinu významnosti 0,05 a 1 stupeň volnosti $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 1,986 je menší než kritická hodnota. Z tohoto důvodu **byla přijata nulová hypotéza** a zamítnuta byla alternativní hypotéza (tj. nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými proměnnými).

Na základě ověření hypotézy č. 5 lze tvrdit, že se muži domnívají stejně často jako ženy, že by se v případě umírání cítili připravenější na smrt v případě, že by byly vyřešeny jejich majetkové a dědické záležitosti. Jak je také patrné z tabulky 5, byly to ženy, které častěji uváděly, že by snáze přijaly smrt v případě předchozího vyřešení svých majetkových či jiných záležitostí, byť tedy tento rozdíl není statisticky významný.

H₆₀: Ženy zvažují stejně často jako muži využití institutu dříve vysloveného přání.

H_{6A}: Ženy zvažují častěji než muži využití institutu dříve vysloveného přání.

Tabulka 6 zachycuje výsledky spojené s ověřením hypotézy č. 6.

Tabulka 6. Ověření hypotézy č. 6

| Respondenti | ANO | NE | Celkem |
|---------------|---------------------------------|---------------------------------|------------|
| | Skutečná (očekávaná) četnost | Skutečná (očekávaná) četnost | |
| Ženy | 204 (196,85) | 145 (152,15) | 349 |
| Muži | 69 (76,15) | 66 (58,85) | 135 |
| Celkem | 273 | 211 | 484 |

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 2,136$. Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrátu pro hladinu významnosti 0,05 a 1 stupeň volnosti $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$.

Vypočítaná hodnota testového kritéria 2,136 je menší než kritická hodnota. Z tohoto důvodu **byla přijata nulová hypotéza** a zamítnuta byla alternativní hypotéza (tj. nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými proměnnými).

Na základě ověření hypotézy č. 6 lze tvrdit, že ženy zvažují využití institutu dříve vysloveného přání stejně často jako muži.

7 DISKUSE

První výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, zda mají muži častěji strach z umírání než ženy. Péče o umírající vždy byla a je záležitostí primárně ženy. Ženy jsou častěji také ošetřovatelkami, pečovatelkami apod. Pochopitelně čelit vlastní smrti je odlišné od pečování o umírajícího. Muže charakterizuje síla, výkon, mužnost, která se procesem umírání ztrácí, oslabuje. O mužích se také soudí, že jsou oproti ženám více racionální. Bylo tedy předpokládáno, že pro muže je obtížnější o smrti uvažovat, představovat si ji apod. Výzkumem bylo zjištěno, že strach z umírání má 58,6 % respondentů. **Hypotéza „H1_A: Muži mají častěji strach z umírání než ženy“ však potvrzena nebyla.** To tedy svědčí o tom, že téma umírání je obtížné pro obě pohlaví, tedy i pro ženy, které jsou zvyklé zvládat náročné životní situace. Smrt a umírání jsou však jedinečnými jevy, na které se nelze připravit, které znamenají pro nevěřícího prázdnotu, konec dosavadního života, blízkých vztahů apod. Dle Kupky (2014) je strach ze smrti všudypřítomný a v mnoha lidských výtvořech, včetně činnosti umělecké, lze spatřovat obranu proti smrti či úzkosti ze smrti. Jak autor uvádí, mnoho životní energie člověk investuje do toho, aby vytěšňoval myšlenky na smrt. Jeví se tedy jako pochopitelné, že z umírání tedy mají stejnou měrou strach muži i ženy.

Druhá výzkumná otázka zněla: Trvá ženám vyrovnání se se smrtí blízkého člověka déle než mužům? Respondenti odpovídali na otázku, zda jim trvalo vyrovnání se se smrtí blízké osoby déle než jeden rok. Kladnou odpověď podalo 30,8 % respondentů. Zároveň byla formulována hypotéza „H2_A: Ženy uvádějí častěji než muži, že jim vyrovnání se se smrtí blízkého člověka trvalo déle než 1 rok.“ Hodnota testového kritéria $\chi^2 = 17,091$, tj. **hypotéza H2 byla potvrzena.** Toto zjištění jsou v souladu s výsledky výzkumu, který realizovali Moss, Resch a Moss (1997, in Berzoff a Silverman, 2004) na vzorku 212 osob středního věku, kterým zemřeli rodiče. Dcery oproti synům zažívaly výrazně silnější emoční rozladění, hněv, mnohem méně byly schopny přijmout skutečnost, že rodič zemřel, déle se vyrovnávaly se ztrátou, déle pociťovaly spojení se svým rodičem oproti synům, kteří naopak ve větší míře pociťovali vinu za to, že rodičům více před jejich smrtí nepomáhali a méně s nimi trávili čas. Jak doplňují Berzoff a Silverman (2004), tato zjištění nejsou překvapující, pakliže nahlížíme na smrt jako zrcadlo života. Umírání a smrt jsou záležitostmi velmi emočně sycenými,

jsou stresující, ambivalentní, a v takto prožívaných stavech má člověk větší tendenci přiklonit se ke společensky zakotveným stereotypům a očekáváním.

Třetí výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, zda **umírají ženy raději doma než muži**. Na otázku, zda by respondenti chtěli zemřít raději v hospici než jiném zařízení, odpovědělo kladně 86,8 % respondentů. **Hypotéza „H3_A: Ženy preferují častěji než muži umírání doma než v nemocnici (případně hospici, LDN nebo jiném zařízení).“ byla potvrzena.** Tento předpoklad vycházel z obdobných výzkumů. Společností STEN/MARK (2013) bylo zjištěno, že se ženy obávají častěji než muži odloučení od svých blízkých v důsledku úmrtí, irský výzkum dle Tomeše, Dragomirecké, Vodáčkové a Sedlárové (2015) prokázal, že ženy více preferují umírání v domácím prostředí, byť obecně muži i ženy dávají přednost závěru života v domácím prostředí než v cizím zařízení, kterým je i hospic. Opět je vycházeno z předpokladu, že pro ženu jsou blízké emoční stavy důležité. Jejich zpretrhání či oslabení tím, že je žena umístěna např. do hospice, může být ženou prožíváno velmi těžce. Ženy také bývají více fixované na domov, domácnosti, o kterou většinou pečují. Domov je také bezpečným prostorem pro děti, tedy patrně má pro ženu velký význam, což by mohlo být vysvětlením zjištění, že ženy častěji preferují umírání v domácím prostředí.

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: Domnívají se ženy častěji než muži, že pohřeb nebo jiný obřad sloužící k poslednímu rozloučení usnadní truchlení? Celkem 71,3 % respondentů se domnívalo, že pohřeb nebo jiný obřad může usnadnit truchlení. K výzkumné otázce se vztahovala **hypotéza „H4_A: Ženy se domnívají častěji než muži, že pohřeb nebo jiný obřad sloužící k poslednímu rozloučení usnadní truchlení.“ nebyla potvrzena.** Toto zjištění ovšem není příliš překvapující. Odtruchlit smrt blízké osoby může trvat i velmi dlouho, především se však jedná o individuální záležitost, kterou bude každý člověk prožívat jinak. Vliv má i vztah pozůstalého k zesnulému. Navíc platí, že smutek spojený se smrtí může být prožíván různě, vracet se v určitých „vlnách“, připomenout zesnulého mohou různé životní události. Nelze tedy v tomto případě patrně vycházet primárně z možných genderových rozdílů, neboť tato situace je velmi specifická, individuálně prožívaná.

Pátou výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, zda muži přikládají častěji význam vyřešení majetkových a dědických záležitostí z hlediska usnadnění umírání než ženy. K vyřešení majetkových či dědických záležitostí zaujalo kladný postoj 82,5 % respondentů. K otázce se vztahovala **hypotéza „H5_A: Muži se domnívají častěji než ženy,**

že by se v případě umírání cítili připravenější na smrt v případě, že by byly vyřešeny jejich majetkové a dědické záležitosti.“, která též **nebyla potvrzena**. Tento výsledek lze považovat za překvapující. Muži jsou většinou těmi, kdo zajišťují rodinu finančně, mají na starosti důležité dokumenty, byť se pochopitelně jedná o určitý genderový stereotyp. Přesto patrně nelze upřít mužům větší akcent na racionální oblast rozhodování. Lze se tedy domnívat, že i ženy zohledňují při úvahách o své smrti, pokud takto uvažují, potřebu zajistit blízké, ulehčit jim od starostí, navíc genderové stereotypy se proměňují a dnes jsou často ženy živitelkami rodin, uzavírají hypotéky apod. Je tedy možné, že vyrovnané odpovědi mužů a žen reflektují proměnu ve společnosti, v níž se ženy častěji účastní na finančních záležitostech rodiny.

Šestá výzkumná otázka zněla: Přiklánějí se ženy častěji k možnosti využití institutu dříve vysloveného přání než muži? Zde již bylo vycházeno ze zjištění výzkumu, společnosti STEM/MARK (2015), v němž nejčastěji ženy a vysokoškoláci odpovídali, že si dovedou představit, že by tento dokument sepsali. Celkem 56,4 % respondentů o formulování institutu dříve vysloveného přání uvažuje. Nicméně **hypotéza „H6A: Ženy zvažují častěji než muži využití institutu dříve vysloveného přání.“ nebyla potvrzena**. Vysvětlením může být obecně nechuť zabývat se tímto tématem, což je charakteristické pro mladší generace (STEM/MARK, 2013), kdy tedy výzkumný soubor tvořily z velké části lidé ve věku 25-34 let.

Zde je nutné zdůraznit limity výzkumu. Výzkumný soubor nelze považovat za reprezentativní. Byl složen velkou měrou z vysokoškolsky vzdělaných osob a též osob patřících do etapy mladé dospělosti. Je možné, že by starší generace či lidé s nižším vzděláváním odpovídali jinak. Lze uvažovat o tom, že tabu spojené se smrtí a umíráním se nevyhýbá ani vědcům: na toto téma existuje jen velmi málo výzkumů, a tak i nemožnost generalizovat zjištěné výsledky neznáčí, že by výzkum nebyl přínosem. Naopak, bylo by žádoucí, aby se těmto tématům, včetně zjištění, které nejsou v souladu s dosavadním stavem poznání, věnovaly další výzkumy. Je možné, že právě lidé s vyšším vzděláním a lidé mladého věku patří k těm, které smrt ochromuje nejvíce. Většina respondentů přiznávala, že má strach ze smrti, byť se s ní dosud v blízkém sociálním okolí nesečkala téměř čtvrtina respondentů.

Z tohoto hlediska považuji za přínosné, že měli respondenti výzkumu možnost více se touto problematikou zabývat. Poměrně vysoký počet získaných respondentů svědčí o zájmu veřejnosti přemýšlet o tomto těžkém tématu, byť bylo uváděno, že lidé

mají tendenci spíše jej přehlížet a nepřipouštět si jej. Na smrt a umírání se nelze připravit. Dle mého názoru však je dobré neztrácet tyto jevy ze zřetele: s vědomím konce života lze lépe a odpovědněji plánovat a žít vlastní život, případně čelit obtížným emocím, které se v souvislosti se smrtí a umíráním mohou vynořit. Pro respondenty mohly být také některé informace nové (např. informace o dříve vysloveném přání či zdůraznění, že lze během života sepsat u notáře závěť.). Na tuto krátkou anketu tak lze nahlížet jako na jeden z prostředků osvěty, která je nutná.

Na základě zjištěných výsledků lze také uvést doporučení pro pracovníky paliativní a hospicové péče, ale i rodiny pozůstalých. Je žádoucí, aby rodiče dětí nečinili ze smrti tabu. Lze s patřičnou emocí prožít zármutek nad ztrátou domácího mazlíčka, ve většině případů není nutné vyčlenit děti z účasti na pohřbu blízké osoby. O smrti a umírání je zapotřebí hovořit, stejně jako se hovoří o narození a radostných událostech. Zároveň by bylo zapotřebí, aby pracovníci hospicové a paliativní péče, kteří jsou v terénu, byli více aktivní v seznamování veřejnosti s možnostmi umírání, nutností přijímat danost smrti po celý život, de facto se na ni připravovat, ve smyslu prožívání života kvalitního. Tito lidé mají veřejnosti mnohé co sdělit, čímž by se mohla umenšit obava a strach většiny lidí ze smrti a umírání. Platí také, že v případě smrti a umírání, nikoliv tedy pouze v rovině hypotetických úvah, ztrácí veškeré vědecké poznání svůj význam. Je důležité být tady a teď a tyto okamžiky prožít, byť mohou být velmi bolestné, nemožné vydržet. Jsou však reálné, tak jako je reálný život sám o sobě.

ZÁVĚR

V bakalářské práci byla věnována pozornost problematice smrti a umírání, kdy na tyto jevy bylo nahlíženo zejména z hlediska umírajícího. Jedná se o témata, která jsou, jak bylo několikrát zmíněno, ve společnosti tabu. Za jeden z hlavních přínosů bakalářské práce lze vnímat možnost danou respondentům zamýšlet se nad tím, jak oni sami na smrt nahlízejí, jak ji prožívají.

Je nutné, aby smrt a umírání nebyly tabu, není k tomu důvod a není to vhodné, neboť v takovém případě člověk věnuje mnoho energie únikům před svým strachem, což brání žít plnohodnotný život, seberealizovat se, otevřeně očekávat a přijímat vše, co budoucnost přináší. Budoucnost, která může být dlouhá, ale i velmi krátká. Bezesporu platí, že je dobré každý okamžik života prožívat tak, jako by měl být posledním.

V bakalářské práci jsou uvedeny výsledky vlastního výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak se liší ženy a muži v jejich přístupu ke smrti a umírání. Výzkumný soubor tvořilo 484 osob, kterým byla předložena krátká online anketa. Ze stanovených šesti hypotéz byly s využitím chí-kvadrátu potvrzeny pouze dvě: výzkumem bylo zjištěno, že se oslovené ženy vyrovnávaly častěji než muži s úmrtím blízké osoby déle než rok a dále že ženy preferují častěji než muži umírání v domácím prostředí, ve srovnávání s nemocnicí, LDN či hospicem.

Naopak nebylo prokázáno, že muži mají častěji strach z umírání než ženy, dále že se ženy se domnívají častěji než muži, že pohřeb nebo jiný obřad sloužící k poslednímu rozloučení usnadní truchlení, ani že se muži se domnívají častěji než ženy, že by se v případě umírání cítili připravenější na smrt v případě, že by byly vyřešeny jejich majtkové a dědické záležitosti. Nebylo též prokázáno, a to v rozporu s dříve realizovaným výzkumem společnosti STEN/MARK, že ženy zvažují častěji než muži využití institutu dříve vysloveného přání.

Většina zjištění výzkumu jsou však v souladu s výsledky výzkumu vedenými v minulosti na toto téma. Tato skutečnost svědčí o tom, že téma smrti a umírání zasahuje každého člověka, bez ohledu na gender. Za pozornost stojí, že velká část respondentů je mladého věku, tedy ocitá se v etapě mladé dospělosti, v níž jedinec o smrti a stáří příliš nepřemýšlí. Přesto tito respondenti mají zkušenost se smrtí blízkých, projevíli zájem výzkumu se zúčastnit, kdy v poměrně krátké době, v níž byl výzkum realizován, byla získána data od velkého počtu respondentů.

Výzkumný soubor nebyl reprezentativní, tedy nelze zjištěné výsledky generalizovat. Přesto však přináší údaje, které nejsou příliš k dispozici, neboť těmto tématům je věnována jen velmi malá pozornost v rámci výzkumných šetření. Na tento výzkum by bylo vhodné navázat rozsáhlejší studií, v níž by bylo cenné zabývat se např. tím, jak přistupují lidé k otázce závěti. Její sepsání není v České republice příliš běžné, byť se může jednat o způsob, jak následně zamezit soudním sporům, především však neodvést pozornost a vlastní Já od toho, co je v takovém okamžiku klíčové, tedy ztráta blízké osoby.

Lze také doufat, že anketní šetření bylo přínosné pro respondenty výzkumu, kteří měli možnost alespoň na chvíli se zastavit a věnovat pozornost tomu, co patrně často ze svého vědomí vytěsňují. Bezesporu je nutné v době, v níž je kladen důraz na mládí a krásu, připomínat, že mladý život není věčný a je jen krátkou etapou v celém lidském životě, který je rozmanitý a v každé jeho fázi lze nalézt bohatství a krásu. Nutností je však přijímat realitu takovou, jaká je, tedy přijímat i život s jeho koncem, smrtí.

SOUHRN

Bakalářská práce pojednává o problematice smrti a umírání. O smrti je pojednáno z hlediska biologického, psychologického i spirituálního. Přiblížen je proces umírání, nahlížení na smrt a umírání v soudobé společnosti, v komparaci s přístupem v minulosti. Pozornost je věnována paliativní a hospicové péči. Součástí práce je i popis výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak se liší ženy a muži v jejich přístupu ke smrti a umírání. Výzkumný soubor tvořilo 484 respondentů, kteří odpovídali na 6 otázek v rámci online ankety. Ze šesti stanovených hypotéz byly pomocí chí-kvadrátu potvrzeny dvě: výzkumem bylo zjištěno, že se oslovené ženy vyrovnávaly častěji než muži s úmrtím blízké osoby déle než rok a dále že ženy preferují častěji než muži umírání v domácím prostředí, ve srovnávání s nemocnicí, LDN či hospicem. Většina respondentů má strach ze smrti, přestože se velká část respondentů ocitá v období mladé dospělosti, v níž bývá strach ze smrti oproti lidem starším menší. Přesto i tito lidé znají prožitek bolesti ztráty ze smrti, téměř třetina respondentů se vyrovnávala se ztrátou blízké osoby více než rok. Většina respondentů se také nebrání sepsání dříve vysloveného přání.

SUMMARY

The bachelor thesis deals with the issue of death and dying. The death is dealt with in biological, psychological and spiritual terms. The process of dying and looking at death and dying in contemporary society is compared with the approach in the past. Attention is paid to palliative and hospice care. The thesis also includes a description of the research aimed at finding out how women and men differ in their approaches to death and dying. The research sample consisted of 484 respondents, who answered 6 questions within the online survey. Of the six hypotheses identified, two were confirmed by chi-square: research has found that women were more likely touched with a close person's death for more than a year than men, and that women prefer to die at home more than men, compared to hospital, LDN or hospice. Most respondents are afraid of death, although a large proportion of respondents find themselves in a period of young adulthood, in which the fear of death is lower than in older age. Yet, even these people know the pain of the loss caused by death, almost a third of the respondents have been dealing with the loss of their loved ones for over a year. Most respondents also do not oppose writing a living will.

LITERATURA

Knihy:

1. ANTONOVÁ, R., KUBÁČKOVÁ, P., MARKOVÁ, A. a R. SLÁMOVÁ. 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. 1. vyd. Brno: Edika. 158 s. ISBN 978-80-266-1279-7.
2. BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BAŠTECKÁ, B. a kol. 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd. Praha: Grada. 299 s. ISBN 80-247-0708-X.
4. BERZOFF, J., SILVERMAN, P. R. (Eds.). 2004. *Living with Dying: A Handbook for End-of-life Healthcare Practitioners*. 1st ed. New York: Columbia University Press. 896 p. ISBN 0-231-12794-4.
5. BRYANT, C. D. 2003. *Handbook of Death and Dying*. 1st ed. Thousand Oaks, London: Sage. 1088 p. ISBN 0-7619-2514-7.
6. DISMAN, M. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum. 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
7. GAVORA, P. 2008. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 4. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského. 269 s. ISBN 978-80-223-2391-8.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
10. HOLÁSKOVÁ, K. 2005. Gerontopsychologie. In ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2., nezměn. vyd. Olomouc: Ostravská univerzita, s. 128-154. ISBN 80-244-0629-2.
11. CHRÁSKA, M. 2010. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 254 s. ISBN 978-80-247-5326-3.

12. KALVACH, Z. 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů. 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.
13. KELLEHEAR, A. 2014. *The Inner Life of the Dying Person*. 1st ed. New York, NY: Columbia University Press. 304 p. ISBN 978-0-231-16784-0.
14. KOCÍK, M. 2014. Smrt. In LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a kol. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 647-648. ISBN 978-80-247-5067-5.
15. KOSOVÁ, M. 2014. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2.
16. KOUKOLÍK, F. 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 227 s. ISBN 978-80-246-2464-8.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
18. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. 1992. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Nové Město nad Metují: Signum unitatis. 135 s. ISBN 80-854-39-04-2.
19. KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
20. KUZNÍKOVÁ, I. a kol. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
21. LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
22. MATOUŠKOVÁ, I. 2013. *Aplikovaná forenzní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4580-0.
23. MEZEY, M. D. (Ed.). (2001). *The Encyclopedia of Elder Care: The Comprehensive Resource on Geriatric and Social Care*. 1st ed. New York: Springer. 908 p. ISBN 0-8261-1368-0.
24. PREISS, M. a J. KŘIVOHLAVÝ. 2009. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1. vyd. Praha: Grada. 205 s. ISBN 978-80-247-2738-7.
25. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

26. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada. 519 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
27. REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada. 306 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
28. ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. 212 s. ISBN 80-247-6866-3.
29. ŠEBLOVÁ, J. a J. KNOR. 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. 479 s. ISBN 978-80-271-0596-0.
30. ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. a kol. 2003. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. 171 s. ISBN 80-244-0629-2.
31. ŠPATENKOVÁ, N. 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3736-2.
32. ŠTAFFOVÁ, K. a J. ŠIŠKA. 2017. Pozitivní ovlivňování truchlícího procesu u osob s mentálním postižením. In HUTYROVÁ, Miluše a Veronika RŮŽIČKOVÁ (Eds.). *VI. Olomoucké speciálněpedagogické dny: sborník příspěvků z konference: XVII. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami: IV. konference mladých vědeckých pracovníků. Koheze speciální pedagogiky v současnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 73-87. ISBN 978-80-244-5256-2.
33. TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K. a D. VODÁČKOVÁ. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2015. 166 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

Časopisy:

34. TŘEŠŇÁK, P. 2019. Zdravě jde jít jenom do smrti. S psychosociální pracovnící Cesty domů Jindřiškou Prokopovou o tom, co lidé řeší na konci života. *Respekt*. roč. 30, č. 6, s. 20-21. ISSN 1801-1446.

Internetové zdroje:

35. GARKISCH, D. 2018. Umírání bude v Česku příjemnější. *Naše zdravotnictví*. [online] 24. 1. 2018 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.nasezdravotnictvi.cz/aktualita/umirani-bude-v-cesku-prijemnejsi-nastartuji-mobilni-hospice-revoluci>
36. KALENSKÁ, R. a O. ČIHÁK. 2015. Domácí hospice pomáhají umírajícím i jejich rodinám, říká Krejčí. *Český rozhlas plus*. [online] 23. 6. 2015 [cit. 2019-04-03]. Dostupné z: <https://plus.rozhlas.cz/domaci-hospice-pomahaji-umirajicim-i-jejich-rodinam-rika-krejci-6542418>
37. ROSEN, M. J. Men v. Women: Who are the Best Planned Giving Prospects? *Michael Rosens Says...* [online] 2011 [cit. 2019-04-03]. Dostupné z: <https://michaelrosensays.wordpress.com/2011/07/01/men-v-women-who-are-the-best-planned-giving-prospects/>
38. STEN/MARK. Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II: Závěrečná zpráva. *Cesta domů*. [online] 2013 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>
39. STEN/MARK. Dříve vyslovená přání. *Cesta domů*. [online] 2013 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

| | |
|--|----|
| Graf 1. Věk respondentů | 31 |
| Graf 2. Vzdělání respondentů | 31 |
| Graf 3. Otázka č. 1 | 33 |
| Graf 4. Otázka č. 2 | 34 |
| Graf 5. Otázka č. 3 | 35 |
| Graf 6. Otázka č. 4 | 36 |
| Graf 7. Otázka č. 5 | 37 |
| Graf 8. Otázka č. 6 | 38 |
| | |
| Tabulka 1. Ověření hypotézy č. 1 | 39 |
| Tabulka 2. Ověření hypotézy č. 2 | 40 |
| Tabulka 3. Ověření hypotézy č. 3 | 41 |
| Tabulka 4. Ověření hypotézy č. 4 | 42 |
| Tabulka 5. Ověření hypotézy č. 5 | 43 |
| Tabulka 6. Ověření hypotézy č. 6 | 44 |

ANOTACE

| | |
|------------------------------------|--|
| Jméno a příjmení: | Hana Guřas, DiS. |
| Katedra: | Katedra psychologie a patopsychologie |
| Vedoucí práce: | PhDr. Kamila Holásková, Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2019 |
| Název práce: | Psychologické aspekty umírání |
| Název v angličtině: | Psychological aspects of dying |
| Anotace práce: | Bakalářská práce pojednává o problematice smrti a umírání. Pozornost je věnována stádiím umírání, přístupu umírání v soudobé společnosti a paliativní a hospicové péči. Popsán je výzkum, jehož cílem bylo zjistit, jak se liší ženy a muži v jejich přístupu ke smrti a umírání. Výzkumný soubor tvořilo 484 osob, k ověření hypotéz byl užit chí-kvadrát. Součástí práce je i doporučení pro praxi. |
| Klíčová slova: | Hospic, pacient, smrt, stáří, truchlení, umírání |
| Anotace v angličtině: | The bachelor thesis deals with the issue of death and dying. Attention is paid to the stages of dying, approach to dying in the contemporary society and palliative and hospice care. There is a research described to determine how women and men differ in their approaches to death and dying. The research sample consisted of 484 persons, chi-square was used to verify the hypotheses. The thesis also includes recommendations for practical care. |
| Klíčová slova v angličtině: | Death, dying, hospice, mourning, old age, patient |
| Přílohy vázané v práci: | Příloha č. 1: Anketa |
| Rozsah práce: | 59 stran |
| Jazyk práce: | Český |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Anketa

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Anketa

ANKETA

Dobrý den,

žádám Vás touto cestou o vyplnění krátké ankety na téma umírání. Data budou využita v bakalářské práci věnované tomuto tématu.

Velmi Vám děkuji za Váš čas a ochotu podělit se o názory na téma, které je citlivé a ve společnosti často tabu, byť se týká každého z nás.

Otázka č. 1: Máte strach z umírání?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

Otázka č. 2: Trvalo Vám vyrovnat se se smrtí blízkého člověka déle než jeden rok?

- a) ano
- b) ne
- c) tuto zkušenost nemám

Otázka č. 3: Umíral/a byste raději doma než v nemocnici (případně hospici, LDN nebo jiném zařízení)?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

Otázka č. 4: Domníváte se, že pokud se uskuteční pohřeb nebo jiný obřad sloužící k poslednímu rozloučení, usnadní to pozůstalým truchlení?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano

- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

Otázka č. 5: Domníváte se, že v případě umírání byste se cítil/a lépe, jistější, vyrovnanější/připravenější na smrt v případě, kdyby byly Vaše majtkové či dědické záležitosti vyřešeny?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

Otázka č. 6: V ČR je zavedena možnost určit si, jak mají zdravotníci postupovat v případě, kdy o sobě jedinec nebude schopen z různých důvodů rozhodovat (jedná se např. o neprovedení resuscitace při zástavě srdce). Zvažujete využití této možnosti, jak rozhodnout o Vaší léčbě v době, kdy již nebudete aktuálně schopen/schopna o jejím poskytnutí rozhodovat?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

Věk:

- a) 18-24 let
- b) 25-34 let
- c) 35-44 let
- d) 45-54 let
- e) 55-64 let
- f) 65 a více let

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské