

## Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ u personálu v hospici

Petr Novák

Katedra psychologie FF UP, Olomouc  
*petr22novak@seznam.cz*

*Abstrakt:* V současné době je tematika umírání tabuizována a smrt je všeobecně vytěsňena na periferii. Mimo centrum zájmu jsou však vytěsňováni i samotní umírající, pro něž je tato fáze života doprovázena ztrátou sociální opory a sociální izolací ústící do bezútěšné osamělosti. Mnohý terminálně nemocný člověk umírá dříve smrtí sociální, než smrtí fyzickou. Tento celospolečenský trend nazírání na umírající má v myšlence „dobré smrti“, která je sdílena hospicovým personálem, silného oponenta. Metodologickým rámcem této studie je teorie sociálních reprezentací francouzského psychologa Serge Moscoviciho. Sociální reprezentace však nejsou jen modely reality, ale i samotným procesem její konstrukce. Významové universum sociálně reprezentovaného jevu „osamělost umírajících“ bylo v rámci kvalitativního výzkumu identifikováno pomocí metody strukturální analýzy volných asociací. Všeobecně je asociativní metoda vhodnou alternativou za interview, pokud je předmět výzkumu neuvědomovaný, špatně reflektovaný, popřípadě pokud se jedná o choulostivé a tabuizované téma, jak je tomu v našem případě. Strukturálně – tematická analýza prokázala značné rozdíly v chápání procesu umírání a fenoménu smrti mezi populacemi personálu v hospici a v nemocnici. Sociální reprezentace těchto jevů jsou sdíleny a předávány ve značně odlišné podobě. Praxe přístupu k umírajícím je jiná a odpovídá normám dané instituce.

*Klíčová slova:* hospic, osamělost, sociální reprezentace, umírání

### Úvod

Každý, kdo někdy viděl umírat člověka, se jistě nemohl ubránit otázkám, jakými jsou například: Jaké je to, zemřít? Co prožívá umírající v hodině smrti? Kam směřuji? Mohu také já někdy zemřít? I přes hluboký niterný zájem o toto téma dochází často k tomu, že se o smrti mlčí, že mají lidé zábrany o smrti mluvit nebo o ní jen přemýšlet. Důvody tohoto fenoménu tabuizované smrti jsou kulturní i individuálně psychologické. V podstatě se však jedná jen o jednu bazální úzkost – strach z vlastní konečnosti, z definitivní ztráty „já“. Mluvit, stejně jako přemýšlet o smrti nás vystavuje velmi nepříjemnému střetu s tímto sebeohrožujícím neznámem. Dostáváme se tak na dosah smrti vlastní, s kterou zatím nejsme s to se konfrontovat. Svou vlastní smrtelnost si na emocionální rovině jen těžko dokážeme připustit. Smrt je něco, co leží mimo naši vědomou zkušenost, tak proč se s ní tedy zabývat, když máme ještě tolik času. Jednoho dne však přece jen staneme na nejzazším výběžku života a zahledíme se do temnot. Jako hospicový dobrovolník jsem se měl možnost setkat s mnoha umírajícími lidmi. Málokdo z nich však věděl, jak strávit zbytek svého života co nejsmysluplněji.

V hospici jsem viděl mnoho nepřipravených. Tito lidé se chovali, jako by měli žít ještě nejméně sto let. Většina z nich umírala poprvé nebo si na svou předchozí smrt nepamatovala a měla veliký strach. Strach, který rozpoutává obava z „už nebytí“. Stojí za zmínku, že myšlenka na kvalitativně podobný stav „ještě nebytí“ nikoho nezúzkostňuje. Strach ze smrti je však tím větší, čím umírající pociťuje svou osamělost a pomalé vyřazování ze společnosti „živých – se smrtí aktuálně se nekonfrontujících“. Kontakt s umírajícím nám vlastně připomíná naši smrtelnost, a proto se ho často snažíme uklidit do skrytu některé k tomu určené instituce. S tendencí vytěšňovat smrt z našeho života dochází tedy k pomalému, ale o to pečlivějšímu vytěšňování dosud živých lidí na periferii společnosti a zájmu. Odsuzujeme je tedy k bezútěšné osamělosti. Velmi často se nám stává, že ve svém vlastním životě zapomínáme na to, že v naší blízkosti může někdo trpět ještě více, obzvláště neslyšíme-li ho naříkat. Tato práce se tak má stát výkřikem osaměle umírajících, na které nesmíme zapomenout, protože by to samé mohlo potkat i nás.

### **Proč lidé v dnešní době umírají osamoceni?**

Mezi všemi živými bytostmi vědí pouze lidé, že zemřou. Pouze my máme možnost svůj konec předvídat a plně si uvědomit, že se tak může stát kdykoli. Smrt, jedno z bazálních bio-sociálních nebezpečí v životě člověka, se podobně jako jiné animální aspekty, ať už hovoříme o procesu či pouhé myšlence, zvýšenou měrou přesouvá do zákulisí života naší západní společnosti. Pro umírající to však, bohužel, znamená, že i oni jsou se stejnou důsledností vykazováni do ústraní a tím prakticky izolováni. Nemluvíme zde ale jen o definitivním konci života – o smrti. Většina z nás umře postupně, zestárne, zeslábne. Nechceme zpochybnit důležitost posledních hodin, avšak k rozloučení s umírajícím by mělo dojít mnohem dříve. Již samotná přítomnost závažné nemoci vyřazuje zpravidla stárnoucího člověka ze společenství živých. Je pořád ještě jedním z nás – mladých, krásných, úspěšných? Úpadek jeho fyzické stránky jej od nás izoluje. Schopnost, především však možnost kontaktu a citového vztahu slábnou, ačkoli jeho potřeba afiliace a společenství s ostatními lidmi nevyhasíná. Tím nejtěžším pro člověka, který se ocitne v takovéto situaci, je právě to nenápadné vyřazování stárnoucích umírajících lidí ze společenství živých. Někdejší vztahy a náklonnosti chladnou a ti, kteří dávali životu smysl a bezpečí, se pomalu někam vytrácejí. Tento krutý proces již předem odsuzuje člověka k vyloučení ze společnosti – sociální smrti. Je smutnou skutečností, že právě ve vyspělé technické západní společnosti umírají její členové dříve sociálně než fyzicky (Elias, 1998).

Francouzský badatel Philippe Ariès (2000) se ve svých studiích k dějinám smrti pokusil popsat změny postoje lidí ke smrti v historické perspektivě. Ve starověku nebyla smrt stejně jako život událostí, která je pouze záležitostí jednotlivce. Solidarita jedince se společností byla naopak posilována neodmyslitelnými obřady a rituály. Proti mocným a všudypřítomným přírodním silám bylo bojováno ve skupině. Smrt opravdu velmi často obcházela kolem lidí ve značné blízkosti. Tím se však stávala jaksi důvěrně známou, obecně přijímanou. Ve 20. století dochází v chápání smrti k zásadnímu obratu. Smrt se stává špinavou a odpudivě ošklivou. Medicína, s puncem pozitivisticky laděné přírodní vědy, začíná smrt považovat za porážku, snaží se včas od umírajícího odvrátit a ušetřit pohledu na něj i celou společnost. Smrt se zakrývá, dochází k její institucionalizaci a umírá se za plentou. O smrti se mlčí – stává se

„zakázanou“. Zaručí nám však naše „vítězná medicína“ tím, že životu přidá na délce, že do těchto přidaných let, po které oddálí naši smrt, vloží dostatečné množství kvalitního a plnohodnotného života?

Až příliš často se dnes člověk stává osamoceným a ve svém životě záměrně nezávislým individuem. Nejsmysluplnějším, co si dokážeme představit, je honba za našimi vlastními izolovanými zájmy. Téměř vždy považujeme náš vlastní, na ostatních lidech nezávislý, smysl za cíl našeho směřování. Pokud budeme sebe sama nahlížet jako bytosti existující pouze pro sebe, nastavíme kormidlo směřování našeho života k neodvratné samotě, jež je tak charakteristická pro naši individualizovanou společnost materiálního úspěchu. Fenomén *osamělosti v umírání* je tak prostě jen důsledkem důrazu, s nímž v této době vystupuje do popředí i osamělé bloudění životem (Elias, 1998). Smrt by neměla být spojena s nadějí, že ji lékaři v neosobních technických institucích odsunou do nekonečna, ale nadějí, že smrt vytvoří z našeho života smysluplnou totalitu a období našeho umírání bude též etapou našeho závěrečného osobnostního růstu.

### **Emocionální stav umírajícího člověka**

Neoddělitelnou součástí lidské psychiky jsou naše emoce. Při každé změně v organismu člověka, která dosáhne určité prahu intenzity, dojde také k ovlivnění emoční sféry a ta zpětně působí na somatické dění. Emoce se tak stávají významným mostem mezi kognitivní a vegetativní úrovní (Honzák, 1997). Proto nelze u osob v terminální fázi nemoci jejich emocionální stránku podceňovat a opomíjet už jen proto, že se významnou měrou podílejí na kvalitě zbývající části jejich života. Emoční problémy se však neobjevují jen v samém závěru, ale jsou výrazně přítomné už v době seznámení nemocného s nepříznivou prognózou jeho nemoci a mnohdy ještě dříve.

K lepšímu pochopení emocionálního stavu nemocného nám může být nápomocen známý model vyrovnávání se člověka s terminálním onemocněním, který navrhla americká lékařka švýcarského původu Elisabeth Kübler-Rossová (1969, 1995, 2003). Přijetí smrti je individuální proces, který probíhá u každého jedinečně a neopakovatelně. Přesto však lze vyzorovat určité specifické znaky a fáze, které jsou společné většině umírajících. Tyto fáze se mohou překrývat a může také dojít k návratu k předchozí, již prožité fázi tohoto procesu. Stavby rozlady, smutku, deprese a zoufalství jsou však střídány různě dlouhými obdobími spokojenosti, naděje a radosti. Určujícím faktorem emocionálního stavu pacienta je však konkrétní průběh jeho nemoci. Jestliže se nám nemocný snaží své negativní pocity a obavy sdělit, neměli bychom jej zahánět do samoty slovními obraty typu: „na takové věci nesmíš myslet“. Člověk v takové situaci nemůže dost dobře nemyslet na věci, které ho zúzkostňují a které ho bezprostředně ohrožují na životě. Jsou ústředním motivem jeho myšlenek (Haškovcová, 2007). Obecně zde platí pravidlo emocionální indukce. Strach jednoho člověka indukuje v druhém též strach, jakožto i naděje jednoho navozuje pocit naděje v druhém. Umírající člověk prožívá mnoho negativních emocí, kterými jsou úzkost a strach, ale i velmi nepříjemné pocity viny, bolesti a zlosti.

V souvislosti s umíráním se nesetkáváme jenom s ontologickým strachem ze smrti, ale se značně velkou paletou obav. Umírající může trpět například strachem z bolesti a utrpení, ztráty samostatnosti a důstojnosti, strachem o rodinu nebo ze selhání či nedokončení životního díla. Jedním z nejzávažnějších strachů (který, bohužel kvůli současnému trendu odsunování a tabuizování smrti, často dochází naplnění) je strach z *osamělosti*. Všichni mě opustí, odejdou, zapomenou a já budu ve chvíli pro mě nejtěžší zcela sám. Přesáhne-li strach určitou subjektivně únosnou hranici, hovoříme o panice, která je přitom silně sociálně nakažlivá (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995). J. Křivohlavý (2003) uvádí, že míra utrpení a bolesti je přímo úměrná míře jeho obav a strachu a dává ji také do souvislosti se subjektivně vnímanou absencí sociální opory. Sociální opora se tak stává jedním z nejdůležitějších pozitivních faktorů, které jsou s to modifikovat a moderovat nepříznivý vliv různých zatěžujících životních situací na emocionální stav člověka a tím velmi zvyšovat kvalitu jeho života.

### Hospicová myšlenka

M. Svatošová (1995, 1996, 1998) mluví o hospici jako místu, kde jde především o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých jedním z nejtěžších úseků života. Pacientovi by se zde měla poskytovat paliativní (útěšná), především symptomatická, léčba a péče. Současně by se také nemělo zapomínat na celý komplex bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb člověka. Hospic neslibuje uzdravení, ale nebere také nikomu jeho naději. Osobní blízkost druhého člověka je nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti. Jako se nikdo nerodí sám, tak by sám neměl ani umírat. Přítomnost druhých lidí činí z procesu narození i našeho odchodu ze života sociální akt. Ten, spolu se znalostí laskavého doprovázení umírajících, pak skutečně může vytvořit reálný předpoklad pro „dobrou smrt“ a důstojné umírání (Haškovcová, 2007).

Koncepci fungování hospice shrnuje M. Kupka (2008) v myšlence, která se snaží pomoci umírajícím a jejich příbuzným prožít tyto obtížné chvíle jejich života pokud možno bezbolestně, klidně a v bezpečí za přítomnosti druhých lidí (rodina, profesionální pracovníci, laičtí pomocníci atd.). Tato myšlenka by měla vycházet z úcty k člověku a jeho životu. Charakterizuje hospicovou péči jako zvláštní typ péče zdravotnické, kde prvořadým úkolem není neudržitelné prodlužování života nemocného, ale je jím zkvalitnění jeho zbývající části. Východiskem základní hospicové myšlenky je přístup k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, které by mělo být v hospici zaručeno, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována její neopominutelná lidská důstojnost a v posledních, mnohdy nejtěžších, chvílích života nezůstane osamocena.

Personál v hospici tvoří tým odborníků, který se svou strukturou snaží pokrýt veškeré potřeby klienta. Skladba zdravotnických pracovníků je obdobná jako v nemocnici. V čele stojí lékař, který je však závislý na bezchybné práci zdravotních sester, rehabilitačních pracovníků, ošetřovatelů atd. Důraz je dále kladen na přítomnost sociální pracovníce, psychologa a kněze, který plní neocenitelné služby v oblasti pastorační služby. Plnohodnotnými členy hospicového týmu jsou také dobrovolníci všech věkových kategorií. Na dobrovolníka jsou kladeny vysoké požadavky a musí na něj být spolehnutí jako na každého člena týmu

(Haškovcová, 2007). Nalezení kvalitního a správně motivovaného personálu je podmínkou úspěchu celého hospice. Kromě nutné odbornosti jsou u dobrého personálu předpokladem i osobnostní lidské kvality a nezbytnou podmínkou také je, aby byl každý, kdo se denně setkává s cizím umíráním a smrtí, vyrovnán se svou vlastní smrtelností a konečností.

### **Strukturální analýza volných asociací v rámci teorie sociálních reprezentací**

Jako je pro teorii sociálních reprezentací nezbytný kontext, v němž jsou jednotlivé sociální reprezentace sdíleny a předávány, je stejně neodmyslitelně spjata s vnitřní strukturou. Každá sociální reprezentace má svou strukturu a kontext (Marková, 2007; Plichtová 2002). Základním úkolem výzkumníka je především odhalení této vnitřní struktury sociální reprezentace. Struktura sociálních reprezentací bývá obvykle nahlížena jako vztah mezi centrálními a okrajovými (periferními) elementy dané sociální reprezentace. Jak dále uvádí J. Plichtová (1998) je opodstatněný předpoklad, že jádrová oblast sociální reprezentace okolo sebe organizuje zbylé části. Jádro a periferie spoluvytváří stabilní a smysluplně propojený celek. Jádrová oblast zprostředkovává spojení s částmi okrajovými, které tvoří hierarchicky strukturovanou síť.

Významové universum každého sociálně reprezentovaného jevu či pojmu se v rámci kvalitativního výzkumu nejčastěji identifikuje pomocí metody strukturální analýzy volných asociací nebo aplikací polostrukturovaného interview. Všeobecně je asociální metoda vhodnou alternativou za interview, pokud je předmět výzkumu neuvědomovaný, špatně reflektovaný, popřípadě pokud se jedná o choulostivé a tabuizované téma, jak je tomu v našem případě. Výzkumník sbírá asociace, které vyvolává slovo reprezentující zkoumaný jev. Zajímavou studii stojící na této metodě představil J. P. Di Giacomo (1980), kdy na základě analýzy asociací zkoumal studentské protestní hnutí na katolické univerzitě v Louvaini. Výstupem tohoto výzkumu byl především rychlý pohled do sémantického světa pozorovaných participantů výzkumu. V našem případě se však zaměříme především na detailní zpracování a popis struktury asociací kvalitativní formou interpretace dat. Jednou z možností identifikace struktury sociálních reprezentací určitých fenoménů je pro nás předpoklad, že obsah pojmu je možné odhalit pomocí jeho vazeb k jiným pojmům, jak tomu bylo například ve výzkumu asociací k určitým zásadním politickým a ekonomickým pojmům v práci J. Plichtové s A. Hrabovskou (1993). Vazby mezi jednotlivými pojmy je možné identifikovat jednak prostřednictvím přímých asociací, ať už asociací jednosměrných nebo recipročních, a jednak pomocí společných asociací k dalším pojmům. Společné asociace mohou být aktivní (jednostranné, reciproční) nebo pasivní. V síti asociací, kterými jsou jednotlivé pojmy spojené, je možné rozdělit vazby na silnější a slabší. Silné vazby mezi pojmy tvoří přímé, reciproční a frekventované asociace. Slabé vazby jsou tvořeny jednostrannými asociacemi s nízkou frekvencí. Seznam podnětových slov, ke kterým se produkují asociace, je všeobecně sestaven tím způsobem, že obsahuje množství pojmů, ke kterým se zkoumané téma vztahuje a vůči kterým se vymezuje jeho význam. Graficky lze pak sestavit asociální síť, či graf jádrových a periferních částí daných sociálních reprezentací (Plichtová, 1998). Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ tak bude vyjádřena následovně: na centrální část soc. reprezentace, kterou tvoří námi zvolené podnětové slovo,

budou participanti výzkumu tvořit asociace, které bude možné zařadit do kategorie osamělost (popř. samota, sociální izolace ...).

### Stanovení výzkumných otázek

- a) Liší se tematická struktura asociací k podnětovým slovům – **smrt, umírání a pacient v terminální fázi** - v populacích pracovníků v hospici a personálu v nemocnici? Pokud ano, tak jakým způsobem a jaký je směr odlišné sociální reprezentace těchto pojmů, potažmo celé této tematiky?
- b) Vyskytne se po strukturálně-tematické analýze sebraných asociací sociální reprezentace **osamělosti v umírání** ? Pokud ano, u jaké z těchto dvou populací a bude tento rozdíl statisticky významný?
- c) Budou v celkové struktuře asociací u personálu v hospici na podnětová slova – **smrt, umírání a pacient v terminální fázi** – převládat asociace s pozitivní konotací na rozdíl od personálu nemocničního?

### Způsob interpretace dat

Ještě dříve, než se dostaneme ke konečným výsledkům této studie, by bylo jistě velmi dobré, kdybychom se blíže seznámili s konečnou podobou způsobu interpretace získaných dat, z níž resultují výsledné závěry celé práce. J. Plichtová (2002) uvádí, že první asociace, které lidé produkují, patří mezi společně sdílené s jinými příslušníky té samé populace a jsou z hlediska kulturních rozdílů velmi důležité. Jsou pro danou populaci charakteristické a patří k poměrně stabilnímu repertoáru asociací a objevují se i v dalším pokuse, pokud experiment zopakujeme. Z konečného počtu 30 participantů výzkumu ve zkoumané skupině hospicového personálu a téhož počtu pracovníků v nemocnici (kontrolní skupina) vzešly asociace na každé ze tří podnětových hesel. Získané asociace pak byly podrobeny pečlivé tematické analýze, která je založena na třídění asociací do kategorií podle jednotlivých tematických okruhů, které však nejsou dopředu dané, ale vynořují se až v průběhu analýzy. Struktura tříděných asociací se pak vytváří v několika krocích:

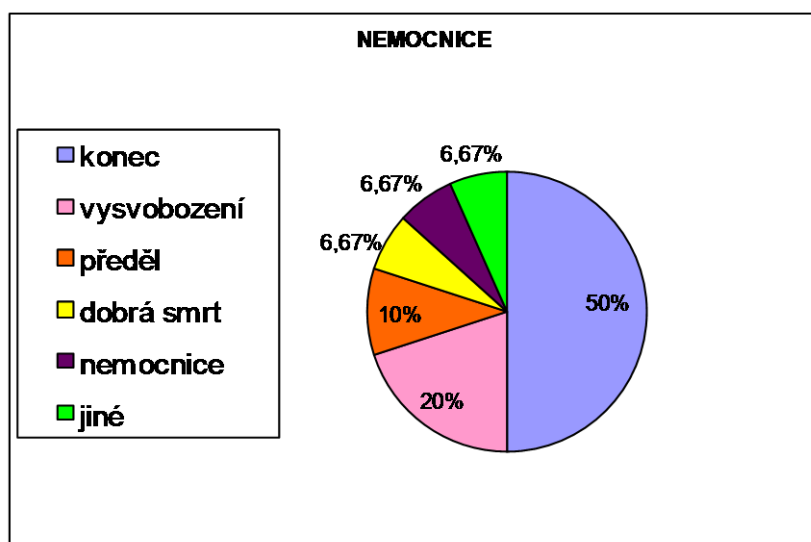
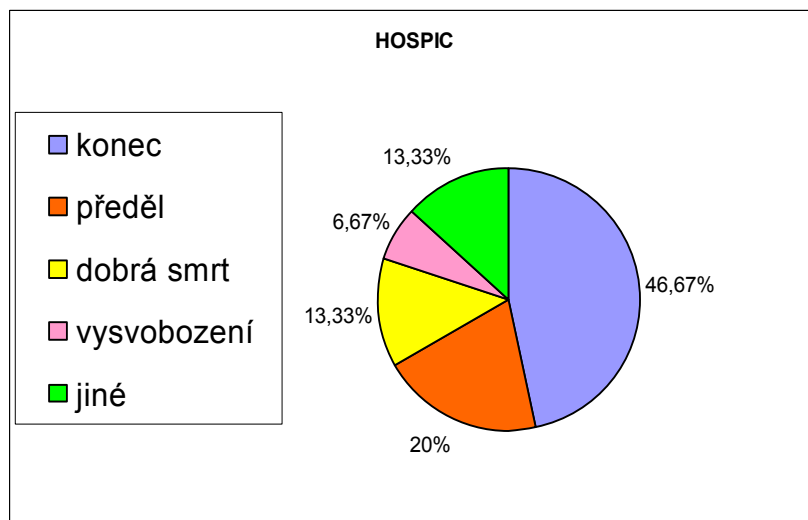
1. Prvním krokem k vytvoření konzistentní struktury je frekvenční analýza. V tomto kroku jsou seskupeny asociace, které jsou významově ekvivalentní, ale často bývají vyjádřeny jinou lexikální jednotkou. Tyto asociace vyjadřují stejnou ideu a jsou proto zahrnuty pod jeden tematický okruh.
2. V dalším kroku výzkumník hledá a testuje důvody pro širší tematické seskupení. Ukazuje se, že je v této fázi již pro zjednodušení užitečné tyto tematické okruhy pojmenovat, neboť to umožňuje reflexi toho, v čem se jednotlivá seskupení shodují, popřípadě čím se liší. V této fázi již dochází k užší selekci dat.

- Následně se pak výzkumník vrací k nezatříděným asociacím a zkoumá, v jakém tematickém seskupení by daná volná asociace našla své místo. (Jednotlivé nezatříděné asociace byly v případě našeho výzkumu zařazeny do kategorie „jiné“).

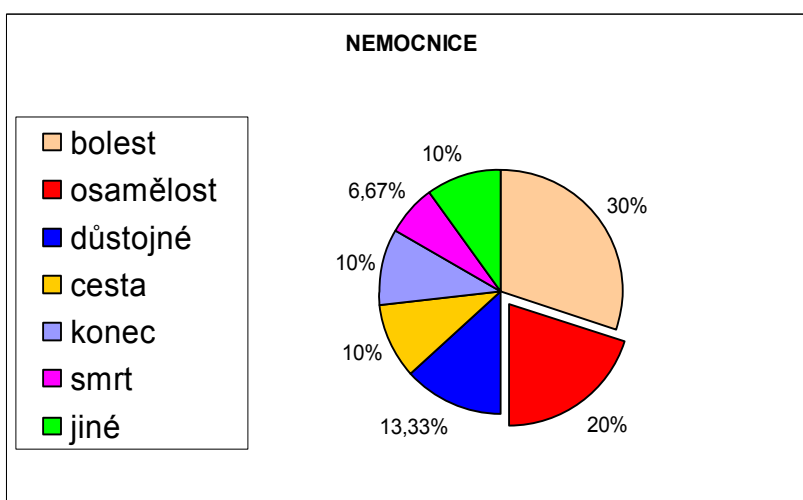
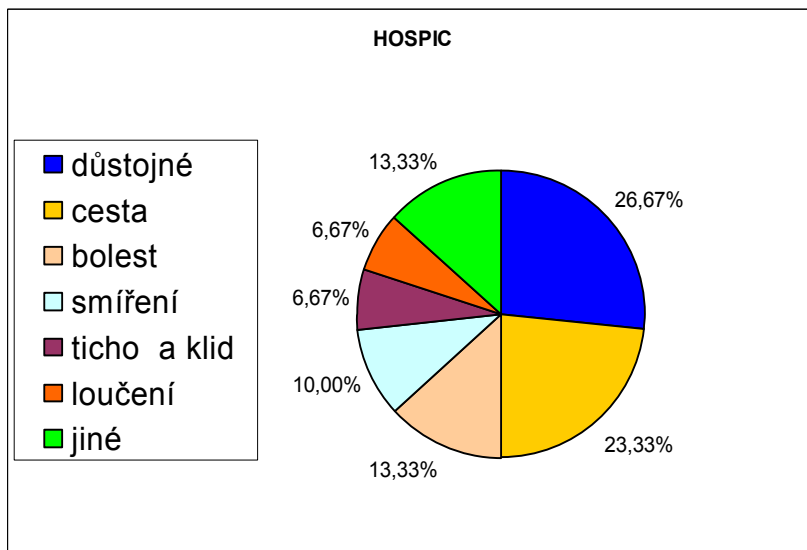
Cyklus zatřídování a korekce konečné strukturální podoby systému končí, pokud už se nedaří zatřídřit žádnou zbylou asociaci.

### Výsledky výzkumu:

#### Smrt (asociační struktura)

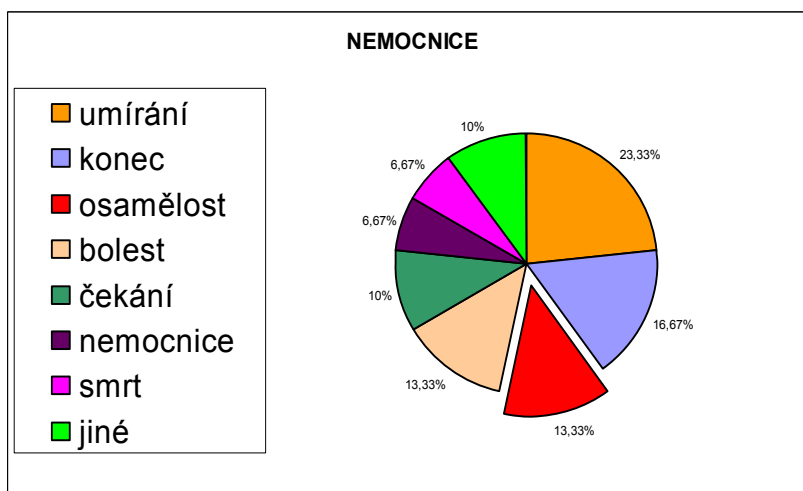
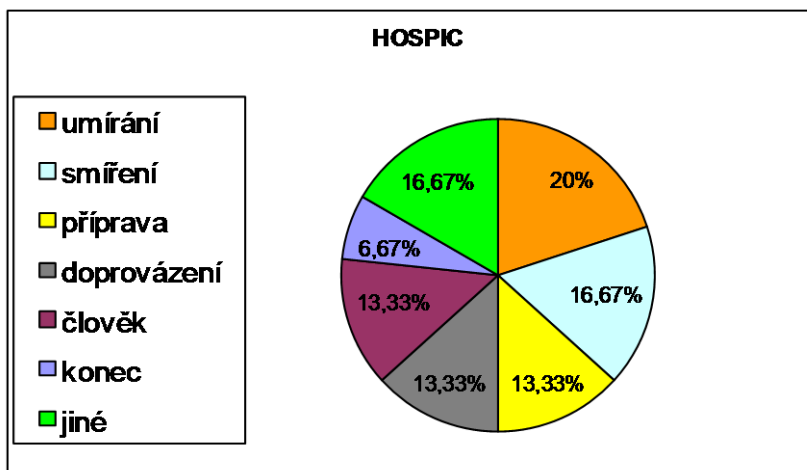


**Umírání (asociační struktura)**





**Pacient v terminální fázi (asociační struktura)**



## Závěry výzkumu

Strukturálně – tematická analýza prokázala značné rozdíly v chápání procesu umírání a fenoménu smrti mezi populacemi personálu v hospici a v nemocnici. Sociální reprezentace těchto jevů jsou sdíleny a předávány ve značně odlišné podobě. Praxe přístupu k umírajícím je jiná a odpovídá normám dané instituce. V sociální reprezentaci smrti se dané populace prakticky neliší a ve své struktuře jsou si velice podobné. Dále se ukazuje, že sociálně reprezentovaný fenomén „umírání“ je nadřazený podnětovému heslu „pacient v terminální fázi“, na který se velmi často samo umírání asociuje. Tento vztah je pouze jednostranný, z čehož vyplývá, že „pacient v terminální fázi“ je periferní částí sociální reprezentace umírání. Potvrdil se předpoklad, že personál v hospici bude produkovat méně negativně zabarvených asociací než personál nemocniční. Častými tematickými kategoriemi struktury asociací u personálu v hospici jsou například kategorie jako: „smíření“, „doprovázení“ a kladou větší důraz na „důstojnost umírajícího“. U personálu nemocničního je tendence ztotožňovat umírání s „bolestí“ a ještě bolestnější „osamělostí“. Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ se u personálu v hospici neobjevuje, nebo ji alespoň výzkum a následná strukturální analýza sociálních reprezentací neprokázala. Tato sociální reprezentace je však sdílena personálem v nemocnici, a to ve značné míře. Do tematické kategorie „osamělost“ v případě podnětového slova „umírání“ bylo nemocničním personálem zařazeno celých 20% všech asociací.

## Diskuse

Prvním, nad čím je třeba se v této diskusi zastavit, je přístup, jakým byla vytvořena tato práce. Jde o kvalitativní přístup, čemuž odpovídá i způsob, jakým byla nazírána realita, vybírání výzkumný i kontrolní soubor a v neposlední řadě prováděna analýza a interpretace dat. V našem případě – výzkum sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ – nebylo možné tento fenomén pro jeho jedinečnost, kontextuálnost a procesuální dynamiku plnohodnotně zachytit kvantitativní metodologií. Při aplikaci tohoto přístupu bylo použito metody sociálních reprezentací, které využívá ve svých studiích například R. Hytych (2002, 2008) pro uchopování našemu výzkumu blízkého tématu sociálních reprezentací smrti. Při aplikaci kvalitativního přístupu se cíleně pracuje s tím, že výzkumník se de facto spolupodílí na procesech, které zkoumá (Miovský, 2006). Na výzkumníka jsou tak kladeny veliké nároky, a to především na jeho schopnost introspekce a sebereflexe. Na oplátku se však výzkumníkovi dostává hlubšího vhledu do zkoumané problematiky a zachycení její podstaty v neopakovatelném kontextu.

Výsledky naší studie vycházejí výrazně v neprospěch pracovníků v nemocnici, kterým bych se tímto rád v této části diskuse omluvil a uvedl několik argumentů na jejich obhajobu. Nemyslím si, že by mezi lidmi pracujícími v hospici popřípadě v nemocnici byl zásadní rozdíl. Jedná se především o normy a atmosféru dané instituce. Na vině je především sdílený mocenský diskurz instituce nemocnice, která podléhá paradigmatu „vítězné medicíny“, která vede s umíráním (potažmo se smrtí) lýtý boj. Druhým argumentem obhajoby nemocničního personálu může být jiná povaha umírání. Výzkum byl prováděn na všech odděleních a tím také mohlo dojít k tomuto zkreslení. Je veliký rozdíl mezi umíráním onkologicky nemocného

člověka v hospici, který dostává analgetika v pravidelných dávkách a člověka, který umírá pár minut po převozu do nemocnice po prodělané autohavárii. V tomto případě může opravdu nemocniční personál vidět mnohem více bolesti a utrpení, než je tomu u kvalitativně odlišné smrti v hospici. V případě pokračování výzkumu je třeba myslet na možnost takového zkreslení.

### Literatura:

- Ariès, P. (2000). *Dějiny smrti I., II.* Praha: Argo.
- Di Giacomo, J. P. (1980). Intergroup alliances and rejections within a protest movement (analysis of the social representations). *European Journal of Social Psychology*. 10, 329-344.
- Elias, N. (1998). *O osamělosti umírajících.* Praha: Nakladatelství Franze Kafky
- Honzák, R. (1997). *Komunikační pasti v medicíně.* Praha: Galén.
- Hytych, R. (2002). Sociální reprezentace smrti u populace pracovníků onkologie. *Československá psychologie*. 5, 462-471.
- Hytych, R. (2008). *Smrt a nesmrtelnost: Sociální reprezentace smrti.* Praha: Triton.
- Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S. (1995). *Poslední úsek cesty.* Praha: Návrat domů.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví.* Praha: Portál.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying.* New York: McMillan Publishing Company.
- Kübler-Rossová, E. (1995). *Odpovědi na otázky o smrti a umírání.* Praha: EM Reflex.
- Kübler-Rossová, E. (2003). **O dětech a smrti.** Praha: Ermat.
- Kupka, M. (2008). *Jak si představujete „dobrou smrt“?* *Psychologie dnes*. 1, 20-23.
- Marková, I. (2007). *Dialogičnost a sociální reprezentace.* *Dynamika mysli.* Praha: Academia.
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada Publishing.
- Plichtová, J. & Hrabovská, A. (1993). Konštrukcia významu niektorých politických pojmov. *Československá psychologie*. 2, 111-128.
- Plichtová, J. (1998). Sociálne reprezentácie: Teória, výskum, výzva. *Československá psychologie*. 6, 503-520.
- Plichtová, J. (2002). *Metódy sociálnej psychológie zblízka. Kvalitatívne a kvantitatívne skúmanie sociálnych reprezentácií.* Bratislava: MÉDIA.
- Svatošová, M. (1995). *Hospice a umění doprovázet.* Praha: Ecce homo.
- Svatošová, M. (1996). *Hospic Anežky České se představuje.* Praha: Ecce homo.
- Svatošová, M. et al. (1998). *Hospic slovem a obrazem.* Praha: Ecce homo.