



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky

DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Mgr. Jana Maňhalová

Školitel: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 25. 6. 2017

.....

podpis

Poděkování

Toto poděkování věnuji všem osobám, které mě doprovázely při tvorbě této práce. Děkuji především své školitelce prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za její vedení, cenné rady a připomínky, které pro mě byly hybnou silou i inspirací. Dále děkuji všem respondentům za umožnění realizace výzkumu a statistikům za pomoc při statistické analýze dat. V neposlední řadě děkuji své rodině, partnerovi a drahým kolegům za podporu, kterou mi během mého úsilí poskytovali. Dále děkuji všem osobám, které doprovázejí umírající na jejich poslední cestě životem.

Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky

Abstrakt

Cílem předkládané práce bylo zjistit a zpracovat specifika transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky ve vztahu k ošetrovatelské péči, dále bylo snahou zjistit zkušenosti sester s transkulturním ošetrovatelstvím a zjistit možnosti využití koncepčního modelu ošetrovatelského posuzování Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar a koncepčního modelu kulturních kompetencí Larry D. Purnell v problematice transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky.

Stanovených cílů bylo dosaženo na základě kombinace kvalitativních a kvantitativních výzkumných metod, které byly součástí výzkumného šetření realizovaného za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity (GAJU) v Českých Budějovicích v rámci týmového grantového projektu, který nese název „Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi“, č. 048/2015/S. V první části výzkumu byl technikou polostrukturovaného rozhovoru realizován předvýzkum s 50 informanty, vždy s 10 zástupci vyznavačů judaismu, křesťanství, buddhismu, islámu a ateismu. Hlavním cílem předvýzkumu bylo zjistit stěžejní údaje pro zodpovězení výzkumných otázek a pro tvorbu dotazníku vlastní konstrukce, který sloužil spolu se standardizovaným dotazníkem Revidovaný profil postoje ke smrti – DAP-R (The Death Attitudes Profile – Revised) ke kompletaci kvantitativních dat, které analyzovaly výsledky 1 700 respondentů. Výsledky předvýzkumu se staly podkladem návrhu ošetrovatelské dokumentace, která byla v rámci další fáze kvalitativního výzkumu ověřována prostřednictvím interview v ohniskové skupině, tzv. focus group, kterého se zúčastnilo 35 sester z klinické a komunitní praxe.

Na základě výsledků uskutečněného předvýzkumu bylo zjištěno, že péče o umírajícího a mrtvého stojí na tradičních hodnotách lidského života. Informátoři totiž od sester vyžadují 7 ctností v podobě pokory, štědrosti, přejícnosti, mírumilovnosti, cudnosti, střídmosti a činorodosti, obohacenými respektováním lidské důstojnosti, láskou, empatií a porozuměním. Z kvantitativního výzkumu bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl v transkulturních rysech, pravidlech a kulturních vzorech v období

umírání a smrti v závislosti na náboženském vyznání či osobním přesvědčení, ve kterém hraje důležitou roli i míra subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením. Z výsledků šetření je zřejmé, že detabuizace umírání a smrti, stejně tak kontakt s umírajícím člověkem a se zemřelým, významnou měrou napomáhá ke smíření se s vlastní smrtelností. Výsledky dále poukázaly na přítomnost menšího strachu ze smrti u žen oproti mužům, což lze konstatovat i na základě výsledků dotazníku DAP-R, z kterých je patrné, že existuje statisticky významný rozdíl ve vítaném přijetí smrti v závislosti na pohlaví. Vstřícné přijetí ke smrti náleží více osobám věřícím, než nevěřícím. Zdá se, že focus group se sestrami odhalil absenci kulturních kompetencí, které mohou významnou měrou ovlivnit kvalitu života umírajících osob a jejich rodin.

Práce poskytuje komplexní pohled na problematiku transkulturálních rysů, pravidel a kulturních vzorů u vybraných minorit na území České republiky. Na základě analýzy dat byla vytvořena ošetřovatelská anamnéza, která může být vhodným nástrojem pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče. S ohledem na výše zmíněné, je práce přínosná jak pro rozšíření teoretické základny oboru ošetřovatelství, tak i pro klinickou a komunitní praxi.

Klíčová slova:

Transkulturální rysy – pravidla a kulturní vzory – umírání – smrt – minority – ošetřovatelství

Transcultural features, rules and cultural patterns of dying and death of selected minorities in the territory of the Czech Republic

Abstract

The objective of the submitted study was to find out and assess the specifics of transcultural features, rules and cultural patterns at dying and death in selected minorities in the Czech Republic in relation to nursing care, and to describe the experience of nurses with transcultural nursing and to evaluate the possibilities of using the Transcultural Assessment Model Joyce Newman Giger and Ruth Elaine Davidhizar and the Conceptual Model of Cultural Competencies Larry D. Purnell in transcultural aspects, rules and cultural patterns of dying and death in selected minorities in the Czech Republic.

The stated objectives were achieved by a combination of qualitative and quantitative research methods, which were part of the research conducted with the financial support of the Grant Agency of the University of South Bohemia (GAJU) in České Budějovice within the team grant project called "Using Conceptual Models in Clinical and Community Practice ", No 048/2015 / S. In the first part of the research, a pre-research with 50 informants was carried out by a semi-structured interview technique, each time with 10 representatives of Judaism, Christianity, Buddhism, Islam and atheism. The main objective of the pre-research was to specify the key data for answering research questions and for creating a self-constructed questionnaire that served together with the standardized DAP-R (The Death Attitudes Profile - Revised) questionnaire to complete quantitative data that analyzed the results of 1 700 respondents. The results of the pre-research study became the basis for the nursing documentation proposal, which was verified in the next phase of the qualitative research in a focus group interview, in which 35 nurses from clinical and community practice were involved.

Based on the results of the pre-research study, it was found that the care of the dying and the dead is based on traditional values of human life. Informants demand that nurses have 7 virtues in the form of humility, generosity, compassion, peacefulness, chastity, temperance and activity, enriched with respect for human dignity, love, empathy and understanding. Quantitative research has shown that there is a statistically significant difference in transcultural features, rules and cultural patterns in the period of dying

and death, depending on religion or personal belief, in which the degree of subjective identification with a religious belief or a personal belief plays an important role. According to the results of the investigation, it is obvious that de-tabooization of dying and death, as well as contact with the dying person and the deceased, greatly contributes to reconciliation with our own mortality. The results have also shown the presence of lower fears of death in women than men, which can also be seen from the results of the DAP-R questionnaire, which show that there is a statistically significant difference in the welcome acceptance of death by gender. The welcome acceptance to death is more expressed in believers than non-believers people. The focus group with nurses appears to have revealed the absence of cultural competencies that can greatly influence the quality of life of dying people and their families.

The research study provides a comprehensive view of transcultural features, rules and cultural patterns in selected minorities in the Czech Republic. Based on data analysis, a nursing anamnesis, which can be an appropriate tool for the continual quality improvement of provided care, has been created. In view of the above mentioned, the research study is beneficial both for increasing theoretical knowledge of nursing and for clinical and community practice.

Key words:

Transcultural features – rules and cultural patterns – dying – death – minorities – nursing

OBSAH

ÚVOD	10
1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	11
1.1 Transkulturní ošetrovatelství	11
1.1.1 Filosofie transkulturního ošetrovatelství a související pojmy v teoretické rovině.....	11
1.1.2 Koncepční model transkulturního ošetrovatelství – Model Vycházejícího slunce.....	15
1.1.2.1 <i>Vznik a vývoj modelu</i>	15
1.1.2.2 <i>Charakteristika modelu</i>	15
1.1.3 Koncepční modely transkulturního ošetrovatelství - Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče	17
1.1.3.1 <i>Vznik a vývoj modelu</i>	17
1.1.3.2 <i>Charakteristika modelu</i>	18
1.1.4 Koncepční model transkulturního ošetrovatelství – Model kulturních kompetencí	19
1.1.4.1 <i>Vznik a vývoj modelu</i>	19
1.1.4.2 <i>Charakteristika modelu</i>	20
1.2 Filosofické aspekty finality života	21
1.2.1 Umírání	24
1.2.1.1 <i>Fáze smutku v procesu umírání</i>	25
1.2.2 Smrt.....	28
1.2.3 Umírání a smrt očima zdravotníka.....	32
1.3 Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky – zaměřeno na judaismus... 34	34
1.3.1 Vhled do judaismu	34
1.3.2 Finalita života z pohledu judaismu	37
1.3.3 Doprovázení pacienta vyznávajícího judaismus	39
1.3.4 Pohřeb v judaismu.....	44
1.4 Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky – zaměřeno na křesťanství. 47	47
1.4.1 Vhled do křesťanství	47
1.4.2 Finalita života z pohledu křesťanství.....	50
1.4.3 Doprovázení pacienta vyznávajícího křesťanství	52
1.4.4 Pohřeb v křesťanství.....	54
1.5 Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky – zaměřeno na buddhismus	55
1.5.1 Vhled do buddhismu	55
1.5.2 Finalita života z pohledu buddhismu.....	58
1.5.3 Doprovázení pacienta vyznávajícího buddhismus	61
1.5.4 Pohřeb v buddhismu.....	64

1.6 Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky –zaměřeno na islám	66
1.6.1 Vhled do islámu.....	67
1.6.2 Finalita života z pohledu islámu	71
1.6.3 Doprovázení pacienta vyznávajícího islám	72
1.6.4 Pohřeb v Islámu	78
2. CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU	80
2.1 Cíle práce	80
2.2 Hypotézy.....	81
2.3 Výzkumné otázky	81
2.4 Operacionalizace pojmů	82
3. METODIKA	84
3.1 Charakteristika předvýzkumné části	84
3.2 Metodika kvantitativního výzkumu	85
3.2.1 Design kvantitativní části výzkumného šetření	85
3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru A	88
3.2.3 Statistická analýza kvantitativních dat.....	89
3.2.4 Metodologické a konceptuální omezení výzkumného záměru	90
3.3 Metodika kvalitativního výzkumu	91
3.3.1 Design kvantitativní části výzkumného šetření	91
3.3.2 Charakteristika výzkumného souboru B	92
4. VÝSLEDKY	94
4.1 Výsledky předvýzkumu se zástupci náboženského vyznání či osobního přesvědčení	94
4.2 Výsledky dotazníku vlastní konstrukce	97
4.3 Výsledky standardizovaného dotazníku DAP-R.....	175
4.4 Výsledky focus group	186
4.5 Vyhodnocení hypotéz	191
5. DISKUSE.....	208
6. ZÁVĚR	220
6.1 Modifikovaná ošetřovatelská anamnéza	221
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	230
8. SEZNAM ZKRATEK	256
9. PŘÍLOHY	257

ÚVOD

„Kdo ví, zda není život umíráním a smrt životem.”

(Euripides)

Vlivem globalizace a současné evropské migrační krize dochází k prolínání kultur, což má za následek soužití osob, které mohou mít odlišné transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory. Díky prolínání kultur, kdy se hranice mezi jednotlivými státy stávají pouhými pomyslnými čarami na mapě, se zejména v posledních letech stávají kulturní kompetence nepostradatelnou součástí moderní ošetrovatelské profese, která musí být připravená na řešení specifických problémů jedinců z různých minoritních skupin. Sestra doprovází člověka ve všech vývojových stádiích života, který je vymezen narozením a smrtí. Zatímco zrození je obecně bráno jako pozitivní událost, smrt je nositelkou moci získávající nadvládu nad lidským životem. Protože je každá kultura současnosti charakterizována svým formálním a neformálním řešením záležitostí, jež jsou spjaté s problematikou umírání a smrti, klade si tato práce za cíl především předložit ucelený informační materiál zahrnující komplexní problematiku transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky a tím upozornit na důležitost předkládané problematiky, jejíž pochopení může zvyšovat kvalitu poskytované péče a tím pádem ovlivňovat kvalitu života umírajících pacientů a jejich rodin. Úvahy nad problematikou umírání a smrti člověka přivádějí k myšlenkám o smyslu života a lidské existence, což je přirozené, neboť všichni jednou zemřeme, chudý i bohatý, vrah i kněz, věřící i nevěřící, já i Vy.

1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Transkulturní ošetrovatelství

Kapitola 1.1 popisuje transkulturní ošetrovatelství, které se zejména v posledních letech stává nepostradatelnou součástí ošetrovatelské profese. Předkládaná část teoretického textu poskytuje základní vhled do filosofie transkulturního ošetrovatelství a souvisejících pojmů v teoretické rovině a dále poskytuje ucelený informační materiál o koncepčních modelech transkulturního ošetrovatelství, jejichž pochopení může usnadnit proces získávání kulturních kompetencí a tím pádem zvyšovat kvalitu poskytované péče.

1.1.1 *Filosofie transkulturního ošetrovatelství a související pojmy v teoretické rovině*

Ošetrování je kultura a od nepaměti s sebou přináší mnoho znalostních a dovednostních předpokladů (Plevová et al., 2011), které by měly být nezbytnou součástí osobnostní výbavy každé sestry, jakožto představitelky ošetrovatelské profese (Špirudová, 2006). Péče je považována za morální rámec, jenž tvoří centrum vztahu mezi sestrou a pacientem (Kutnohorská, 2013).

Vlivem globalizace a současné evropské migrační krize dochází k novému trendu (Kutnohorská, 2013), jenž tkví v neustále se zvyšujícím přísunu osob z odlišných kultur (Evropský program pro migraci, 2015). Tento fakt dokazují i údaje Českého statistického úřadu, který sleduje vývoj počtu cizinců v České republice (ČSÚ, 2015). Cizinec je definován zákonem jako fyzická osoba, která není státním občanem ČR (326/1999 Sb.). Pojem cizinec je velmi často spojován se slovem cizí. Pro ošetrovatelství by však cizinec neměl znamenat něco cizího, nepoznaného či neprobádaného (Ivanová et al., 2005). Počet těchto osob zahrnutých do obyvatelstva ČR k roku 2013 byl přesahující 400 000 obyvatel, konkrétně se jednalo o 431 000 osob. Dále Český statistický úřad udává stav cizinců podle státního občanství k 31. 12. 2014 – územní srovnání, který ukazuje celkový počet cizinců v ČR v počtu 449 367 obyvatel (ČSÚ, 2015).

V souvislosti se zvyšující se migrací obyvatel je zapotřebí, aby se transkulturní vzdělávání dostalo do popředí ošetrovatelské profese, neboť se zejména v posledních letech stávají kulturní kompetence nezbytnou součástí každodenního ošetrování. Vlivem

mechanického pohybu obyvatelstva se čím dál častěji dostávají k poskytovatelům ošetrovatelské péče pacienti s jinými nároky, než má majoritní společnost (Tóthová et al., 2012). Též je důležité poukázat na fakt, že mezi základní cíle ošetrovatelské etiky patří vhodným způsobem usilovat o uspokojení všech potřeb pacienta, což pochopitelně není možné bez poznání jeho kulturního profilu (Kutnohorská, 2007). Potenciálními příjemci zdravotní péče se stávají osoby, které mají specifické potřeby v oblasti poskytované péče a žádají respekt těchto zvláštností (Špirudová, 2006). Na tuto skutečnost poukazují aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky ve zprávě s názvem Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2014 (Popovič, 2015). Tato zpráva ukazuje skutečný počet ošetřených cizinců na území ČR, který dosahuje čísla 97 185. Ošetření probíhalo v 186 zdravotnických zařízeních s celkovými náklady v hodnotě 724 miliónů korun českých. Zpráva dále odtajňuje číslo 47 844, které zobrazuje počet ošetřených cizinců ze zemí Evropské unie. Na problematiku čerpání zdravotní péče cizinci ukazuje i fakt, že v roce 2014 došlo k neuhrazení péče v částce, jež přesáhla 30 miliónů korun českých (Popovič, 2015).

Cílem transkulturního ošetrovatelství, jakožto komparativního teoreticko – praktického oboru (Sagar, 2014), je poskytovat péči, která je kulturně citlivá, vhodná a kompetentní (Plevová et al., 2011). Je zaměřeno zejména na kulturní rysy, pravidla, kulturní vzory a ošetrovatelskou péči s ohledem na rozdíly a podobnosti, které se vztahují především ke kulturním hodnotám, přesvědčením a životním zvyklostem (Andrews a Boyle, 2008). Kutnohorská (2013) poukazuje na fakt, že je každý člověk ovlivněn kulturním prostředím, v kterém vyrůstá, pracuje či studuje. Dále uvádí, že proces socializace člověka učí, aby se stal plnohodnotnou součástí společnosti, a konstatuje, že se lidé stávají součástí subkultur. Kozierová et al. (1995) upozorňuje na citlivou problematiku v podobě interakce vztahu sestra – pacient, uvádí totiž, že jakmile se setkají dvě kultury, myšleno kultura pacienta a kultura sestry, vzniká prostředí, které může výrazně zlepšit nebo naopak výrazně zhoršit pacientův celkový stav.

Hlavní představitelkou a zakladatelkou transkulturního ošetrovatelství je Madeleine Leininger, jež definovala péči jako přímý vztah k lidskému zdraví a navíc dodává, že jsou antropologické poznatky nezbytné pro poskytování co nejefektivnější péče. Transkulturní ošetrovatelství definovala jako velmi významnou oblast studia a praxe, která je orientovaná na komparativní záznamy kulturní péče, víry a praktiky jedinečných bytostí či skupin stejných i odlišných kultur (Leininger a McFarland,

2002). Cílem transkulturního ošetrovatelství je podle jeho hlavní představitelky: „... *poskytovat kulturně shodnou a diferencovanou ošetrovatelskou péči praktikovanou pro zdravé a nemocné lidi, anebo jim pomáhat čelit nepříznivým lidským podmínkám, chorobě či umírání kulturně vhodným způsobem*” (Leininger a McFarland, 2002, s. 43). Giger a Davidhizar (2013) definovaly transkulturní ošetrovatelství jako teoretický obor, který je orientovaný na podobnosti a rozdíly v péči o různé kultury. Dále jej popsaly jako precizně rozpracovanou disciplínu, která se snaží poskytovat v souvislosti s holistickou filosofií co nejkvalitnější péči, která má být smysluplná, účinná a individualizovaná.

Všeobecně by se tedy dalo říci, že je transkulturní ošetrovatelství jedna z disciplín ošetrovatelství, která má stejné cíle, ale je navíc doplněna o kulturně kompetentní péči, jež musí být ve vzájemné interakci s holistickou filosofií.

O důležitosti rozvoje transkulturního ošetrovatelství svědčí i vznik Evropské transkulturní asociace sester - European Transcultural Nurses Association (ETNA), která byla založena 28. 2. 2005 v italské Modeně a sdružuje 25 evropských zemí, včetně ČR (ETNA, 2015). Důvodem vzniku byla neustále se zvyšující migrace obyvatelstva v Evropě. Mezi hlavní cíle společnosti patří podpora transkulturního ošetrovatelství v Evropě, mezinárodní spolupráce na výzkumných projektech a publikační činnost, podpora vytváření kurikul v transkulturním ošetrovatelství, koordinace transkulturní péče, pořádání mezinárodních konferencí a pořádání letní školy transkulturního ošetrovatelství pro multidisciplinární týmy (Plevová et al., 2011).

Současnou prezidentkou asociace je profesorka Middlesex University v Londýně ve Velké Británii Irena Papadopoulos. Zástupkyní ETNA pro Českou republiku je prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph. D. z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (ETNA, 2015).

V souvislosti s ošetrováním kultur se v literatuře objevují dva pojmy, které si mohou čtenáři mnohdy chybně vysvětlit jako synonyma (Ivanová, 2005), proto je zapotřebí poukázat na drobné nuance, které tyto pojmy odlišují. Jedná se o pojmosloví multikulturalismus a transkulturalismus (Pelcová, 2009).

Koncept multikulturalismu, jakožto transdisciplinární teorie, vznikl v 60. – 70. letech 20. století zejména v souvislosti s podporováním identity migrantů (Ray, 2010). Eriksen

(2008) definuje multikulturalismus jako ideál harmonické koexistence diverzitních kultur, které žijí v pluralitní společnosti. Dále ho definuje jako právo osob odlišovat se od majoritní společnosti. Pedersen (2013) definuje multikulturalismus jako ideologii a státní politiku, jež se snaží vytvořit vhodné soužití kulturně odlišné populace s respektováním kulturních proměnných. Hladíková (2004) navíc upozorňuje, že je multikulturalita možná pouze za předpokladu, že je diverzita kultur v dané společnosti chtěná, žádoucí a oceňovaná. Analýza myšlenkového směru, jenž se zabývá především mnohorozměrností jednotlivých kultur, umožňuje efektivnější pochopení předkládaného výrazu. Předpona *multi-* znamená mnohost (Kutnohorská, 2013), kořen *kultura* vychází z latinského slova *colere* (Jandourek, 2012), což v překladu znamená pěstovat, vzdělávat, pečovat a všeobecně představuje soubor hmotných i nehmotných statků, jenž člověk stvořil, nebo v něm přetvořil přírodu (Soukup, 2000) a přípona *-ismus* znamená označení určitého hnutí či směru myšlení (Kutnohorská, 2013). Znázornění multikulturality jako ohraničeného a homogenního celku se ukázalo jako nedostačující ba i nevhodné (Ivanová, 2005). Vzhledem k výše popsanému se domníváme, že nelze nazírat na jednotlivé kultury jako na ohraničené celky, které se sice vzájemně tolerují, fungují vedle sebe, ale nikterak se neovlivňují.

Ivanová (2005) též popisuje multikulturalismus jako spouštěč znevýhodňování a sociální segregaci zainteresovaných osob, neboť způsobuje izolovanost cizinců. Anastasiadou (2002) definuje moderní pluralitní společnost, jež potřebuje sociální a ekonomickou integraci migrantů a jejich začlenění do majoritní společnosti. Těmto potřebám plně vyhovuje transkulturalismus, který staví do centra pozornosti obousměrnou interakci mezi majoritní a minoritní společností (Ray, 2010). Proto se v 80. letech minulého století dospělo k názoru, že je zapotřebí multikulturalismus uvést do pozadí, neboť nevede k rovnoprávnému soužití jednotlivých kultur (Plevová et al., 2011).

Andrews a Boyle (2008) zohledňují významný faktor hledání společných a rozličných kulturních hodnot, které pomáhají k zefektivnění poskytování kulturních kompetencí. Ray (2010) dále popisuje transkulturní ošetrovatelství jako disciplínu zabývající se porozuměním jednotlivých kultur včetně specifických potřeb péče. Při analýze slova transkulturalismus si lze navíc povšimnout, že vychází z předpony *trans-*, jež vyjadřuje překročení, pronikání či přesahování hranic, též značí na přetvoření, přepracování či přeměnu a v neposlední řadě znamená prolínání z jedné strany na druhou a naopak

(Hood, 2010). Domníváme se, že pro potřeby dnešní moderní ošetrovatelské profese je žádoucí používání koncepce transkulturního ošetrovatelství, což dokazují i jeho přední představitelky – Madeleine Leininger, Joyce Newman Giger a Ruth Davidhizar či Irena Papadopoulus ve svých dílech (Leininger a McFarland, 2006; Giger a Davidhizar, 1991; Papadopoulus, 2006).

1.1.2 Koncepční model transkulturního ošetrovatelství – Model Vycházejícího slunce

1.1.2.1 Vznik a vývoj modelu

Za hlavní představitelku transkulturního ošetrovatelství je považována Madeleine Leininger (Sagar, 2012), jejíž teorie patří do kategorie tzv. velkých teorií (Špirudová, 2006) a svou strukturou se stala první ošetrovatelskou teorií, která se zaměřovala na význam kultury v profesi sestry (Pavlíková, 2007). Leininger, jež celý svůj život zaštitila předkládané problematice, je autorkou teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče (Leininger a McFarland, 2002). Teorie začala vznikat v 50. letech 20. století (Leininger a McFarland, 2002), kdy se autorka ve své publikaci svěřila, že jakožto sestra specialista pracující na psychiatrickém oddělení si povšimla chybějících kulturních dimenzí mezi dětmi a jejich rodiči. Publikace čtenáři předkládá myšlenku v podobě jakési tísně a potřeby změny, která byla zejména v souvislosti se stavem americké společnosti a také společensko – politickým a hospodářským kontextem tehdejší doby (Dayer - Berenson, 2011). Hlavní myšlenka modelu tkví v poznání, pochopení a využívání společných a rozdílných znaků jednotlivých kultur, které jsou důležité při poskytování ošetrovatelské péče (Sagar, 2014). Tato teorie tvoří základ celého transkulturního ošetrovatelství (Holland a Hogg, 2010). Koncepční rámec pro výzkum i vzdělávání nazvala Leininger jako model Vycházejícího slunce (Leininger a McFarland, 2002), který je označován jako koncepční holistický výzkumný průvodce (Špirudová, 2006).

1.1.2.2 Charakteristika modelu

Model je prezentován pomocí kruhové podoby světonázorovými a sociálními faktory, které ovlivňují jak zdraví, tak i samotnou péči (Sagar, 2014). Leininger (1979) segmentuje model na tři složky, konkrétně na rozměr kulturní a sociální struktury, systém péče a typy péče. Rozměr kulturní a sociální struktury je znázorněn jednotlivými

paprsky slunce, které reprezentují faktory, které je potřebné vnímat ve vzájemné interakci, nikoliv odděleně (Leininger a McFarland, 2002). Faktory, jež jsou tvořeny znaky, modely, praktikami péče a zdravím, jsou technologické, náboženské a filozofické, politické a právní, ekonomické, vzdělávací, rodinné, kulturní hodnoty a životní styl (Leininger a McFarland, 2006). Systém péče Leininger (2001) rozdělila na tradiční a profesionální. McFarland a Wehbe-Alamah (2015) popisují tradiční systém péče, jenž je nazýván též lidovým či laickým systémem, jako uspořádání vztahující se na osvědčené způsoby jednání, které jsou typické pro praktikování příslušníků dané subkultury. Oproti tomu představily Leininger a McFarland (2006) druhý systém jako profesionální péči, která je formálně naučená. Dále popisuje, že je tento systém, v kterém jsou sestry plnohodnotnými členy, prezentován především majoritní částí obyvatelstva (Leininger a McFarland, 2002). Třetí a zároveň poslední složkou modelu jsou typy péče, které Leininger a McFarland (2006) definují jako centrum ošetrovatelských intervencí, které mohou být realizovány třemi způsoby v závislosti na aktuálním stavu pacienta. Prvním typem intervence je kulturní péče pomáhající uchovávat nebo získávat zdraví (Leininger a McFarland, 2002). Tento typ péče má za úkol pomáhat lidem z odlišných kultur uchovávat jejich pohodu, zotavit se z těžkostí, nebo čelit postižení či smrti (McFarland a Wehbe-Alamah, 2015). Leininger a McFarland (2006) popisují, že toto všechno sestra poskytuje na základě svého profesionálního jednání. Kulturní péče umožňující adaptaci je druhým typem péče a skrývá v sobě všechny intervence, které mohou pacientovi pomoci v přizpůsobení se novým životním situacím (Leininger, 1979). Třetím typem péče je kulturní péče pomáhající uskutečnit změnu (Sagar, 2012). Sama autorka modelu uvádí, že se tento typ péče dostává do popředí v momentě, kdy je potřeba nějakým způsobem změnit pacientovo chování, ať už se jedná o modifikaci, či úplnou změnu v chování a náhledu na své zdraví (Leininger, 1979).

Fawcett (2013) přibližuje práce Madeleine Leininger a představuje metaparadigma, které definovala jako lidskou bytost či člověka, humánní péči, kontexty prostředí a pohodu či zdraví. Domníváme se, že Leininger touto změnou dosavadního pojmosloví poukazuje na svoji teorii, kterou vypracovala v postmoderním kontextu, jenž vychází z univerzalizmu.

1.1.3 Koncepční model transkulturního ošetrovatelství - Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče

1.1.3.1 Vznik a vývoj modelu

Od 50. let 20. století dochází k rozvoji transkulturního ošetrovatelství zejména v souvislosti s již zmiňovanou velkou transkulturní teorií Madeleine Leininger (Plevová et al., 2011). V 80. letech, konkrétně v roce 1988, došlo k následnému rozvoji transkulturního ošetrovatelství, neboť vznikl model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče (Špirudová, 2006), mnohdy nazýván též jako model ošetrovatelského posuzování (Sagar, 2012), který zpočátku sloužil pouze pro potřeby studentů pregraduálního ošetrovatelského studijního programu (Vrublová, 2009) (viz Příloha 1). Autorkami modelu, jež navázaly na prvotní model transkulturního ošetrovatelství, se staly univerzitní profesorky Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar (Sagar, 2012).

Giger je profesorkou na UCLA School of nursing v Los Angeles. Přestože svůj profesní život obohatila bohatou výzkumnou činností (Špirudová, 2006), jež je prolínána činnostmi spojenými s kulturními kompetencemi a problematikou transkulturního ošetrovatelství, svá bádání zaměřila zejména na ischemickou chorobu srdeční u afroamerických žen (Hoody, 2010). Davidhizar, která zemřela v roce 2008, se zaměřovala především na psychiatrické ošetrovatelství, též byla univerzitní profesorkou a recenzentkou vědeckých časopisů (Giger a Davidhizar, 1991). Davidhizar vyrůstala na Aljašce v Eskymácké vesnici a celý svůj život zaštitila ošetrovatelské profesi zejména v oblasti transkulturního ošetrovatelství (Špirudová, 2006), o čemž svědčí i fakt, že se stala autorkou více jak 850 článků, jež měly sloužit ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytování kulturních kompetencí (Hoody, 2010).

Předkládaný model, jenž vznikl z důvodu etnických změn populace v USA (Giger, 2013), je spojený se vzděláváním v oblasti transkulturního ošetrovatelství zejména v souvislosti se zvyšováním kvality poskytované péče daným etnickým skupinám (Hitchcock et al., 2003). Špirudová (2006) dále specifikuje potřebu k vytvoření modelu, neboť jak uvádí, model nejprve sloužil k usnadnění hodnocení a poskytování co nejefektivnějšího transkulturního ošetrovatelství.

1.1.3.2 Charakteristika modelu

Autorky (Giger a Davidhizar, 1991) definovaly základní asumpci modelu v podobě holistické filosofie, transkulturního a kulturně rozmanitého ošetrovatelství, kulturně ohleduplné neboli uzpůsobené péče a kulturně senzitivního prostředí. Špirudová (2006) charakterizuje model jako efektivní zejména díky možnosti hodnocení kulturních proměnných za pomoci ošetrovatelského procesu. Model vychází a zároveň navazuje na model kulturně diverzifikované a univerzální péče autorky Madeleine Leininger (Sagar, 2012). Zaměřuje se na hodnocení stavu pacienta vzhledem k jeho potřebám a ošetrovatelské intervence (Vrublová, 2009). Superlativa modelu vidíme zejména v respektování kulturní jedinečnosti a zefektivnění výběru vhodných intervencí vedoucích k usnadnění hodnocení stavu potřeb pacienta, které může sestra průběžně hodnotit. Špirudová (2006) shledává přínos modelu zejména v usnadňování a urychlování holistického přístupu v souvislosti s poskytováním ohleduplné a uzpůsobené péče konkrétním pacientům.

Giger a Davidhizar (2002) definovaly koncepční rámec modelu, jenž tvoří 6 kulturních fenoménů, které jsou důležité pro poskytování kulturně citlivé a vhodné péče. Toto logické uspořádání umožňuje chápat jedince jako kulturně unikátní bytost, která dynamicky reaguje na vlivy z vnějšího i vnitřního prostředí (Giger a Davidhizar, 1991). Základními složkami modelu jsou komunikace, prostor, sociální začlenění, pojetí času, vliv prostředí a výchovy a biologické variace. Těchto 6 fenoménů obklopuje vnitřní složku, kterou popsaly Giger a Davidhizar (2002) jako kulturně svébytného jedince, který se může odlišovat místem narození, popisem dané kultury, rasou a délkou pobytu v dané zemi.

Ve fenoménu *komunikace* jsou hodnoceny zejména složky verbální a neverbální (Dreachslin et al., 2013). Dayer - Berenson (2011) uvádí jako nepostradatelnou součást tohoto hodnocení jazyk, u kterého se hodnotí jazyk mateřský, úřední či znalosti dalších jazyků. Též hodnotí jako velmi podstatnou znalost mluvené a psané formy. Druhou důležitou hodnotou je charakteristika hlasu, která může být silná a zvučná, tlumená, klasická a běžná či pronikavá a ostrá (Giger, 2014). Následujícím vypovídajícím znakem může být výslovnost a způsob vyjadřování, které se hodnotí jako zřetelné, nezřetelné, spadá sem i nářečí pozorovaného (Utley, 2011). Giger a Davidhizar (1991) dále prezentují důležitost hodnocení v oblasti používání pauz a mlčení a všeobecně

neverbální komunikace, v které hrají mimika, podání ruky, haptika, kinezika, gestikulace, posturika, proxemika a chronemika nepostradatelnou roli. Doména *prostor* je hodnocena za pomoci poznání pocitu pohody či nepohody, odstupu při konverzaci a vymezením osobního prostoru (Sagar, 2012). V *sociálním začlenění* je hodnocen zdravotní a rodinný stav, počet dětí a rodina (Giger a Davidhizar, 2002). V oblasti *pojetí času* je důležité celkové vnímání času se zaměřením na minulost, přítomnost či budoucnost (Utley, 2011). *Vliv výchovy a prostředí* je závislý na kontrole nad vlastním životem a hodnotovou orientací (Giger, 2014). *Biologické odlišnosti*, mnohdy nazývané jako biologické variace, jsou hodnocené na základě fyzikálního vyšetření a aspekty tělesné konstituce, barvy pokožky, vlasů a očí, výšky, hmotnosti a laboratorních hodnot (Giger a Davidhizar, 2002).

Metaparadigmatická koncepce modelu ošetrovatelského posuzování zahrnuje osobu, prostředí, zdraví a ošetrovatelství (Giger a Davidhizar, 1991). Osoba je definována jako individuální bytost, jež dále Špirudová (2006) definuje jako produkt minulých zkušeností či kulturních norem a hodnot. Prostředím Giger (2014) myslí kulturně citlivou oblast, které je dosahováno kulturně rozmanitou péčí. Zdraví je chápáno jako individuální kulturní hodnota, která může být podložena nepřeborným množstvím faktorů a ošetrovatelství je zaměřené na poskytování kulturně kompetentní péče (Giger a Davidhizar, 2002).

1.1.4 Koncepční model transkulturního ošetrovatelství – Model kulturních kompetencí

1.1.4.1 Vznik a vývoj modelu

K provádění kulturního hodnocení může být využit i model (viz Příloha 2), jehož autorem je univerzitní profesor z Delaware, Larry D. Purnell. Model vznikl z potřeb praxe a slouží k získávání kulturních kompetencí (Purnell, 2013). Larry D. Purnell vytvořil předkládaný model v roce 1991 zejména pro potřeby studentů a zdravotníků pečujících o jedince z odlišných kultur (Uříčková, 2010). Purnell (2012) popisuje situaci vzniku modelu, kdy docházel se studenty na praxi a povšiml si nedostatečné edukace studentů a sester. Studenti byli europoidní rasy a pocházeli ze střední a vyšší třídy, zatímco pacienti a personál patřili do nižší socioekonomické třídy (Purnell, 2013). Předkládaný model vychází z holografické teorie a z teorie komplexnosti, tzn., že může být použit v mnoha disciplínách souvisejících se zdravím. Teoretická východiska

modelu vycházejí především z antropologie, sociologie, anatomie, fyziologie, biologie, psychologie, náboženství, historie, výživy a dalších (Tortumluoglu et al., 2006). Model slouží pro poznání vlastní i cizí kultury (Kutnohorská, 2013).

1.1.4.2 Charakteristika modelu

Purnell (2012) svůj model zobrazuje kružnicí a vzdálenými lemy, které představují témata od nejabstraktnějších ke konkrétním. Pro lepší přehlednost obsahuje organizační rámec, dle kterého je hodnocen (Kutnohorská, 2013). Nejvzdálenější lem zobrazuje společnost, další pak komunitu a vnitřní lem, nejbližší, charakterizuje rodinu a jedince (Purnell a Paulanka, 2005). Interiér kruhů je rozdělen na části představující jednotlivé kulturní oblasti (Purnell, 2014). Vnitřní kružnice je složena z 12 domén, které znázorňují kulturní oblasti a jejich pojetí, které vedou k adaptaci na prostředí pro účely přežití a sebeorganizace. Purnell a Paulanka (2005) uvádějí, že domény sloužící k posuzování kulturních hodnot jednotlivců, rodin i komunit, nemusejí být hodnoceny v předepsaném pořadí, nestojí osamoceně, neboť se neustále prolínají, ovlivňují a jsou společné pro všechny kultury světa. Dále Purnell (2014) prezentuje nepoznané aspekty jednotlivých kultur, jež jsou zobrazeny jádrem, které je prázdné a nepopsané.

Mezi jednotlivé domény patří komunikace, rodina - role a organizace, problematika zaměstnanosti, biokulturní ekologie, vysoce rizikové chování, výživa, těhotenství a rodičovská praxe, rituály spojené se smrtí, spiritualita, zdravotnické praktiky a poskytovatelé zdravotnické péče.

Koncept kulturní kompetence, který je zobrazen podél spodní části modelu ozubenou pilou, znázorňuje neukončený proces (Purnell a Paulanka, 2005). Tóthová et al. (2012) jej charakterizuje jako nevědomou nekompetentnost, z které se postupem času stává nevědomá kompetentnost.

Jak uvádí Uříčková (2012), model, který je teoreticky popsán, může být pro všechny poskytovatele zdravotnické péče v interakci s posuzováním kultury i využíván v praxi. I další autoři (Phels, 2004; Teal a Street, 2009; Riggs et al., 2012; Hudiburg, 2015; Maňhalová a Tóthová, 2016) definují model jako velmi vhodný rámec pro aplikaci do běžné praxe.

1.2 Filosofické aspekty finality života

Kapitola 1.2 popisuje filosofické aspekty finality života, jejichž pochopení je pro doprovázející osoby nezbytné. Text blíže popisuje problematiku umírání a smrti a vytváří obraz této problematiky i z pohledu zdravotníků, zejména sester, které se za svou praxi setkávají s životními mezníky, které mění hodnotové žebříčky lidí. Předkládáme rekonstrukci takových informací, jejichž pochopení a následná aplikace mohou pomoci doprovázejícím osobám lépe zvládnout nejtěžší část lidského života, jíž bezpochyby finalita života je.

Každá společnost je opředena existencí určitých oblastí, které by měly zůstat utajené, nevyslovené či nedotknutelné (Bakalář, 2003). Takové oblasti se nazývají dle oblasti Oceánie, kde byly poprvé pojmenovány, tabu a obvykle značí negativní, nežádoucí, nepřírozené či zakázané aspekty dané kultury (Kraft, 2006). Překročení tabu může v mnohých společnostech vyvolat přísný trest (Bakalář, 2003). Někteří sociologové se domnívají, že vlivem dnešní postmoderní společnosti, se mnohá tabu vytrácejí a stávají se stále častěji součástí diskusí (Kraft, 2006). Diskutovanými, byť tabuizovanými tématy v oblasti paliativní péče jsou pro společnost stále témata umírání a smrti (Kübler – Ross, 2009).

Dalo by se říci, že jsou společností akceptována především všeobecná témata zabývající se filosofií umírání a smrti či obecnými otázkami thanatologie (Scherer, 2005), interdisciplinární vědy vzniklé v USA (Sláma et al., 2007), která svým obsahem stojí na pomezí hned několika vědních disciplín, zejména filosofie, psychologie, teologie, medicíny a sociologie (Haškovcová, 2007). Za zakladatele thanatologie, jakožto nauky o umírání a smrti, je považován Robert Hertz, francouzský sociolog a antropolog (Vávrová a Polepilová, 2010). O její zpopularizování se zasloužili především Raymond A. Moody (Moody, 1991) a Elisabeth Kübler – Ross (Haškovcová, 2002). V České republice se thanatologií zabývá především profesorka Haškovcová (2002). Thanatologie, jejíž vznik podnítl zejména fenomén rostoucí viny ze smrti jiných v Hirošimě a Nagasaki, vychází z řeckého jména boha smrtelného spánku, *Thanata*, jenž v překladu znamená smrt (Kelarová, 2007). Thanatos, latinsky *Mors*, byl bratrem boha spánku *Hypna*, synem bohyně noci *Nykty* a boha *Tartara*, jenž byl bohem věčné temnoty (Haškovcová, 2002). Thanatos je charakterizován osobou bez soucitu a jakéhokoliv slitování (Toorn et al., 1999). V jeho moci bylo zatracování osob,

vzbuzování hrůzy a odejmutí duše (Kelnarová, 2007). Antickými umělci byl nejčastěji vyobrazován jako mladý muž s černými křídly, železným srdcem a vyhasínající pochodní (Zamarovský, 2013).

Méně přijatelné a více diskutabilní jsou poté konkrétní prožitky v oblastech umírání a smrti a smíření se s vlastní smrtelností (Haškovcová, 2002). Vzhledem k tomu, že smrt řeší běžné otázky, které jsou velmi často těžko odůvodnitelné, je zapotřebí na ni nahlížet z filosofického pohledu (Scherer, 2005). Nejčastějšími tématy filosofického pojednání jsou otázky o tom, co je to smrt, odkud o ní víme, jak se k ní máme postavit a zda existuje jakási naděje za hranicí smrti. Scherer (2005) pracuje s otázkami smyslu smrti a dále se zamýšlí nad tím, zda dojde k oddělení duše od těla či zda je smrt konec osobní identity. Existenci smrti hodnotí jako důležitý smysl, který ovlivňuje život člověka.

Z filosofického hlediska je doba od početí chápána jako potenciální ohrožení, které může vést ke smrti (Haškovcová, 2007). Latinský citát „*Finis coronat opus*” se vztahuje ke smysluplnosti lidského života a v překladu znamená konec korunuje dílo (Křivohlavý, 2002). Pokud by se zmíněný citát převedl na ošetřovatelství, je patrné, že skrývá otázky důstojného konce života. Slovem důstojnost, jež vychází z latinského slova *diginus*, je míněná cesta či hodnota a svým významem vyjadřuje úctu, respekt a poctu k sobě samému, k druhým lidem i k životu (Heřmanová et al., 2012). Zatímco i Immanuel Kant (1798) hodnotí důstojnost především jako respekt, který by měl být člověku poskytován a od člověka vyžadován, Thomas Hobes přirovnává důstojnost k jakési tržní ceně, která se plně odvíjí od původu a sociálního postavení každého člověka (Ptáček et al., 2011). Projevování důstojnosti k umírajícímu tkví v respektování jedinečnosti člověka, mírnění utrpení, respektování přání a útěchy druhých, to vše v doprovodu lásky, ochrany, starostí a opatrováním (Marková, 2010).

Lidský život je vymezen zrozením a smrtí (Kupka, 2014). Ponětí o smrti se rodí narůstáním minulosti a zmenšováním budoucnosti (Vorlíček et al., 2004). Každý, kdo se s umíráním či se smrtí setkal, si velmi často položil otázku, čemu vlastně stál tvář v tvář. Pro mnoho lidí jsou tato dvě témata tabuizovanou problematikou a odmítají se o ní bavit (Haškovcová, 2013). Možná proto, že nejsou vyrovnání se svou vlastní smrtelností a také proto, že mají strach a obavy z něčeho nepoznaného (Svatošová, 2010). Kisvetrová a Kutnohorská (2010) popisují smrt jako nevyhnutelný závěr života

a strach, který s ním souvisí, hraje dle nich důležitou roli ve vnitřním prožívání člověka. Yalom (2011) předkládá historický vhled filosofických východisek strachu ze smrti, jinak řečeno smrtelné hrůzy či strachu z nekonečnosti. Definuje jej jako primární zdroj úzkosti, jenž se primárně projevuje již v raném dětství. Filosofie umírání a smrti prošla dějinnými proměnami (Scherer, 2005). Aries (2000) rozlišuje několik etap smrti, které jsou zrcadlením historie lidstva. V původních kulturách byla smrt absolutní a běžnou součástí každodenního života lidí (Křivohlavý, 2002). Středověk umírání a smrt vlivem pohřebních bratrstev institucionalizoval (Aries, 2000). Vzhledem k tomu, že umírání a smrti nebyli lidé tolik nablízku, vznikla potřeba vzniku modlitebních brožurek, které se nazývaly umění umírat, tzv. Ars moriendi. 20. století s sebou přineslo tabuizaci smrti, která se de facto nezměnila dodnes (Haškovcová, 2007).

Strachem ze smrti se zabývalo mnoho slavných filosofů (Kisvetrová a Kutnohorská, 2010). Strach byl dle Epikura základní příčinou lidského utrpení (Yalom, 2011). Platón spolu se svými stoupenci budovali snahu o překonání zmiňovaného strachu silou vůle a racionálním uvažováním. Průlomem bylo pojednání dánského filosofa Sörena Kierkegaarda (Stokes a Buben, 2011), který jako první odlišil strach od úzkosti. Strach definoval jako strach z něčeho, zatímco úzkost jako strach z ničeho, který popsal jako možnou ztrátu sama sebe, či nicotu. Kierkegaardův model úzkosti byl sympatizován i Martinem Heideggerem (2002), německým filosofem, jenž na něm položil svou existenční analýzu, v které se zabýval především bytím ke konci neboli bytím ke smrti. Následovatel Heideggera, též německý filosof, Karl Theodor Jaspers, se zabýval konečnou omezeností člověka, utrpením, vinou, bojem a smrtí (Varadaraja, 2005). Dále Jaspers definuje strach ze smrti z dvojího pohledu, který nazval jako dvojí strach, který se dle něj skládá z tzv. strachu před vitálním nebytím a existenciálním strachem, jenž souvisí s vyskytováním se a fyzickým světem (Kutnohorská, 2009). Strach a úzkost ze smrti z pohledu náboženství definuje Halík (2012) jako neoddělitelnou součást náboženských a filosofických tradic. Náboženství umožňuje jejímu příslušníkovi zmírnění strachu, které je spojené s uvědoměním si vlastní konečnosti vizi transcendentního charakteru, která dává lidem naději na věčný a možná lepší život. Herman a Prašek et al. (2007) popsali 4 možnosti cesty umírajících, v kterých čerpají sílu ze svého duchovního života. První cesta věřícím snižuje stres, který eliminuje tzv. readresování sekundární kontroly za život na Boha jako nejvyšší sílu. Druhá cesta, nazývána jako spirituální nebo religiózní pohled na svět, umožňuje hledání významu

nemoci, utrpení a především vyrovnání se s blížící se smrtí. Třetí cesta, která pacientovi umožňuje prožívání významného pocitu jakési spolupatříčnosti a blízkosti, se nazývá participace ve spirituální komunitě. Nalezení smyslu života i v procesu umírání a smrti umožňuje čtvrtá cesta, nazývaná jako zacházení se smrtí. Z tohoto by se mohlo zdát, že věřící umírající poslušně přijme svoji smrtelnost a jsou pro něj konečné fáze života jednoduché. Tak tomu však být nemusí, jak popisuje Marková (2010), i věřící pacient se může dostat do fáze, kdy si klade otázky, jež se týkají existence Boha a smysluplnosti života. Fáze, která uvádí pacienta na pomyslné scestí, se nazývá krize víry, při které může mít pacient strach ze smrti, který pramení z nejistoty a představy zrcadlení Boha jako trestajícího soudce. Přirozeně se smrtí a umíráním zabývají především osoby, kterých se tato témata nějakým způsobem dotýkají (Haškovcová, 2002).

Scherer (2005) definuje smrt jako okamžik, při kterém duše opouští tělo. Poslední vydechnutí je bráno za konec života, neboť prvotně Bůh vdechl do Adama život, ten poté ožil. Na základě tohoto sdělení Scherer (2005) charakterizuje filosofické a etické problémy, které mohou nastat v momentě, kdy pacient ještě dýchá, zejména za pomoci přístrojové techniky.

1.2.1 Umírání

Umírání patří mezi přirozenou součást lidského života, která končí smrtí (Blumenthal - Barby, 1987). Vlivem historických událostí se často pohled na umírání měnil (Marková, 2010). V dřívějších dobách byl přirozený tradiční způsob umírání (Bártlová, 2005), neboť se lidé již od útlého věku s umíráním a se smrtí setkávali, byla to pro ně přirozená součást života, kterou se učili přijmout (Kelnarová, 2007). Oproti tomu dnešní společnost posunula umírání i smrt do institucí, umírání doma se pomalu stává minulostí (Haškovcová, 2007). I přes to, že moderní technologie a pokrok vědy dokáží lidský život prodloužit, neztrácí problematika umírání a smrti na významu (Kelnarová a Matějková, 2010). Kelnarová (2007) konstatuje, že problematika umírání neustále nabývá na významu a to i přesto, že se do dnešního moderního světa příliš nehodí (Haškovcová, 2002). Pojmové vymezení umírání není jednoznačné (Haškovcová, 2007), domníváme se, že je tomu tak zejména z důvodu odlišného náhledu na umírání jako takové. Haškovcová (2002) definuje umírání jako proces, Křivohlavý (2009) dále tento průběh jmenuje jako dění v čase, stejně tak by se dalo říci, že proces umírání vzniká již od narození (Haškovcová, 2007). Začíná ustáváním životně důležitých funkcí

organismu a je završeno odumřením poslední buňky v těle (Blumenthal-Barby, 1987). Lékařskou terminologií je velmi často umírání prezentováno jako terminální stav, při kterém dochází k nevratným změnám, které jsou důsledkem zániku individua (Haškovcová, 2007). Haškovcová (2002) však dále uvádí, že na umírání nelze nazírat pouze z tohoto pohledu, tudíž ho nelze považovat pouze za synonymum terminálního stavu.

1.2.1.1 Fáze smutku v procesu umírání

Špirudová (2015a) uvádí ve své publikaci příznačně nazvané jako *Doprovázení v ošetrovatelství* citát: „*Lékař se svým pacientem žije jeho budoucností. Sestra ho krok za krokem provází současností*” (Špirudová, 2015a, s. 8). Autorka tímto představuje sestru jako člověka, který je pacientovi neustále nablízku, a to i v období umírání, které patří k těm nejnáročnějším vůbec. Nejznámější fáze přijetí pravdy, tzv. fáze umírání, definovala Elisabeth Kübler – Ross (1992), která umírání charakterizuje jako proces, jenž nesmí být synonymem pro utrpení. Dále pokračuje ve svém výkladu o umírání: „*Dneska už medicína pokročila natolik, že bolesti nemusí trpět téměř nikdo. Jestliže své umírající můžete uchránit od bolesti, zajistit jim pečlivé a starostlivé ošetřování a jestliže dokonce máte odvahu vzít si je k sobě domů - to všechno, samozřejmě, jen pokud to jde - pak si žádný z nich nikdy neřekne o nějakou „milosrdnou“ injekci*“ (Kübler – Ross, 1992, s. 139). Autorka zde vyzdvihuje důležité okolnosti, které mohou být v době umírání a přípravě na smrt velmi podstatnými faktory pro kvalitu života umírajících, upřednostňuje zejména bolest, přítomnost rodiny, lásku a péčování.

Kübler - Ross, světově uznávaná odbornice, jež celý svůj život zaštitila problematice umírání a smrti (Kübler – Ross, 2014), je autorkou velkého množství odborné literatury, která čtenáři prezentuje nepřehledné množství informací právě z oblasti umírání a smrti (Haškovcová, 2007). Na thanatologii nahlíží z pohledu umírajícího, jeho rodiny i zdravotnických pracovníků, zabývá se velmi bolestnou problematikou a nevyhýbá se ani konkrétním autentickým příkladům či umírání dětí (Kübler – Ross, 2014). Za svůj profesní i osobní život si povšimla, že umírající a jeho rodina prochází v období umírání určitými fázemi, kterých stanovila 5 (Kübler – Ross, 1989). Těchto pět fází nazývá jako fáze smutku či fáze umírání, které tvoří anglický akronym DABRA, jež je složeninou anglických slov *Denial* – popírání, šok, izolace, *Anger* – hněv, agrese, *Bargaining* – smlouvání, *Depression* – deprese a *Acceptance* – smíření (Kübler – Ross, 2009).

Podotýká, že zainteresovaní se mohou ve stejný okamžik nacházet v odlišné fázi, stejně tak jako nemusí docházet k postupnému prožívání fází od první až po poslední (Kübler – Ross, 2014). Každý člověk je individuální a může se stát, že některou fází procházet ani nebude.

První fázi popsala jako *popírání a izolace* (Kübler – Ross, 1989). Jak už název říká, v tomto období pacient popírá závažnost sdělené informace a izoluje se od ostatních (Kübler – Ross, 2014). Pacienti se v tomto období domnívají, že je jejich diagnóza dozajista chybná, dokonce polemizují o jakési záměně výsledkových listin (Worth, 2004). Kübler - Ross (1993) píše, že odmítání a popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, jenž tlumí účinky nenadálé a šokující zprávy, dovoluje pacientovi trochu se sebrat a mobilizovat v sobě obranné strategie. Sama Kübler - Ross (2014) popisuje, že je velmi důležité, kdo, kde, kdy a jak pacientovi zprávu sdělí. Na základě svých zkušeností se domníváme, že těžko můžeme načasovat správný okamžik sdělení závažné zprávy. Zároveň si však myslíme, že se lze na mnoho záležitostí dopředu připravit. Neboť, jak popisuje i Kübler - Ross (2002), pacientovi musí být umožněna přítomnost rodiny a okamžitá pomoc ostatních odborníků. Fázemi umírání se zabýval i Křivohlavý (1993), který roku 1985 zveřejnil Horowitzův model pěti fází odchodu. Na fakt tabuizace tématu svědčí skutečnost, že ho nemohl vydat pod svým jménem. První fázi definoval psychickým stavem pacienta, který se dozvěděl závažnou zprávu, která naznačuje, že je jeho život v konečné fázi života. V druhé fázi pacient vědomě nebo nevědomě popírá skutečnost, kterou se snaží potlačit.

Kübler - Ross (2002) definovala druhou fázi jako *zlost, agrese*. V tomto období se pacienti nejčastěji ptají, proč právě já. Zlost projevují sami ke své osobě, ke své rodině, ke zdravotnickým pracovníkům. Fáze zlosti je mnohdy rodinou jen těžko pochopitelná a obtížně přijímatelná (Kübler - Ross, 2014). Negativní emoce mnohdy pacientovi zablokují jakoukoliv spolupráci. Kübler - Ross (2002) popisuje, jak moc bolestivá tato fáze je. Píše: „... rodinu, přicházející na návštěvu, přijímá pacient v neradostné a nepřítulné náladě a s malou vírou v budoucnost, což z takového setkání činí oboustranně bolestnou událost. Příbuzní reagují buď smutkem a slzami, pocitů provinění či studu, anebo prostě odmítnou chodit na další návštěvy, obojí jen umocňuje pacientovu nespokojenost a zlobu” (Kübler – Ross, 2002, s. 156). Je zapotřebí, aby všichni z pacientova okolí měli neustále na paměti důležitost a závažnost situace, kterou si pacient prochází a vytrvat (Svatošová, 2003). V tomto

období je velmi vhodná nadstandardní péče pro všechny zúčastněné (Haškovcová, 2007). Pokud se totiž tak nestane, s největší pravděpodobností se rodina začne obviňovat, posléze může u svého blízkého zkracovat délku návštěvy, až se jim může úplně vyhnout. Za každých okolností je důležité projevovat umírajícímu respekt, úctu a pochopení (Svatošová, 2003).

Zpravidla nejkratší fází je třetí období, tzv. *smlouvání*. Kübler - Ross (1993) jej popisuje tímto: „...*jestliže jsme zprvu nedokázali čelit skličujícím faktům, a později, ve druhé fázi, jsme byli rozezleni na lidi i na Boha, třeba se nám podaří docílit jakési dohody, jež by onu nevyhnutelnou událost pomohla alespoň oddálit*” (Kübler – Ross, 1993, s. 87). Na základě výše popsaného by se dalo říci, že pacient uzavírá jakousi smlouvu s nějakou vyšší mocí. Pacient může v tomto období smlouvat sám sebou, s Bohem, s vyšší mocí (Kübler-Ross, 2009). Velmi často si přeje si, aby byla vyslyšena jeho prosba (Kübler-Ross, 2002). Z našich zkušeností se velmi často jedná o reálné a standardní požadavky. Například umírající prosí Boha o to, aby ho zde nechal do doby, než děti zaopatří, než odmaturojí, než se mu narodí vnouče apod. Mnohdy bývá problém, když Bůh pacienta vyslechne a pacient chce neustále více a více (Svatošová, 2003). Křivohlavý (1993) definuje třetí fázi jako intruzi, která je charakterizována nutkavými myšlenkami na smrt, které člověku neumožňují vykonávání jakékoliv jiné činnosti. Čtvrté stádium nazývá jako vyrovnání, které člověka vede k přehodnocení myšlenek ze svízelné situace. Sám autor tuto fázi hodnotí jako vhodnou pro spirituální potřeby věřících i nevěřících.

Čtvrté stádium definuje Kübler-Ross (2009) jako *deprese*, kterou zpravidla přinášejí vnitřní i vnější stimuly v podobě ztráty zaměstnání, změny životosprávy či sociálních rolí. Sama autorka (Kübler-Ross, 2002) těchto fází depresi definuje takto: „*Na co však často spíše zapomínáme, a co máme tendenci opomíjet, to je jakýsi hluboký „přípravný“ smutek, který musí nevyhléditelně nemocný člověk prožít, aby se připravil na konečné rozloučení s tímto světem. Kdybych se měla pokusit tyto dva druhy depresi nějak odlišit, označila bych první jako reakční depresi a druhou jako depresi přípravnou. Každý z obou druhů je úplně jiné povahy a ke každému bychom měli přistupovat jiným způsobem*” (Kübler – Ross, 2002, s. 131). Efektivně komunikovat není jednoduché, o to více, pokud se pacient nachází v nejtěžších chvílích svého života a připravuje se na roli, kterou nezná, je pro něj nová a on má přirozeně strach, obavy, je zarmoucen, smutný, plačtivý, úzkostný až depresivní (Svatošová, 2003). Na snaze

je poskytování terapeutické komunikace, která bude plně šitá na míru konkrétnímu případu (Bužgová, 2015). Mnohdy chybně se lidé domnívají, že musí neustále komunikovat slovy (Venglářová, 2006). Komunikace je však z převážné většiny o neverbální složce, která může umírajícímu poskytnout velkou podporu a pochopení, stejně tak jako mu může velmi ublížit (Raudenská a Javůrková, 2011a). Svatošová (2004) popisuje, že mnohdy stačí u pacienta sedět, držet ho za ruku, pohladit ho a dodáme mu větší podporu, než slovem. Důležité je, abychom pacientovi nevymlouvali jeho pocity, ale empaticky potvrdili, že chápeme, že má zlost, že je v depresi, protože tyto projevy jsou pro jeho současnou situaci přirozené. Kübler - Ross (1993) dále popisuje, že je velmi náročné, pokud se rodina a pacient nenacházejí ve stejné fázi. Píše: *„A právě rozpor mezi přáním pacienta smířeného se světem a připraveného přijmout vlastní konec a očekáváním a přáním jeho blízkých způsobuje nemocnému největší bolest a nepokoj v duši”* (Kübler – Ross, 1993, s. 154).

Pokud jsou umírající ztotožnění se svou smrtí, ocitají se v nejžádanější fázi, jež se nazývá *smíření* (Kübler – Ross, 2009). Jak už název říká, pacient je smířen se svým osudem a postupně se loučí s pozemským životem (Kübler – Ross, 2002). Během dne i noci více odpočívá, snižuje se jeho verbální projev, slábne (Kübler – Ross, 2009). Víc než kdy jindy vítá přítomnost svých blízkých (Kübler – Ross, 2009). Kübler – Ross (1993) však uvádí na pravou míru, že: *„Akceptace by neměla být chybně považována za šťastné stádium - je to téměř ztráta vědomí. Je to, jako když bolest odejde, boj je dobojován, a přijde čas na „poslední odpočinek před dlouhou cestou“, jak to vyjádřil jeden pacient. Je to také období, kdy rodina obvykle potřebuje více pomoci, porozumění a podpory, než sám pacient”* (Kübler - Ross, 1993, s. 161).

„Kdo ví, zda není život umíráním a smrt životem.”

(Euripides)

1.2.2 Smrt

Otázky života a smrti se řadí do tabuizovaných a málo prezentovaných témat (Haškovcová, 2007) i přesto, že patří mezi jedny z nejstarších a nejtěžších otázek, které si lidstvo klade. Smrt, neboli mors, definuje velký lékařský slovník (2005) jako: *„Individuální zánik organismu a konečnou etapu lidského života, která se čím dál častěji skrývá za instituce”* (Vokurka, 2005, s. 129). Smrt představuje jedno velké

tajemství, které může pomoci odtajnit filozofické, psychologické, medicínské, etické i sociální hledisko (Dubcová, 2011). S velkou pravděpodobností je člověk jediný tvor, který žije s vědomím smrti (Jarošová a Růžičková, 2001), stejně tak jako lze v jistém slova smyslu konstatovat, že lidský druh umírá již od narození (Haškovcová, 2007).

Mnoho slavných historických osobností se domnívalo, že řešení problematiky smrti není důležité (Kelnarová, 2007). Epikuros, slavný řecký filosof, zaujímal postoj, že jakékoliv snažení o pochopení smrti není důležité, neboť neexistuje důvod, proč by se měl člověk touto skutečností zabývat (Hejna, 2010). Stejně tak Konfucius, první čínský filosof, tvrdil, že je zcela zbytečné zabývat se smrtí (Kelnarová, 2007). Haškovcová (1975) dále uvádí, že i slavný filosof dvacátého století, Hartmann, považoval řešení této problematiky za sebetrýznění. Dále popisuje, jak si tuto skutečnost vysvětloval německý filosof Horn, domníval se totiž, že smrt je natolik jasná a logická, že není důvod o ní jakkoliv přemýšlet, chápal ji jako přirozené završení lidského života. Postupem času se od tohoto smýšlení opustilo, neboť smrt k životu neodmyslitelně patří (Kelnarová, 2007), proto byl v 70. letech minulého století zahájen v podobě zvýšeného medicínského, psychologického a sociologického zájmu proces detabuizace smrti. Navíc Baštecká et al. (2013) dodává, že pokud dojde k vytěsnění smrti, nelze život smysluplně prožít, neboť se k němu nelze stavět zodpovědným způsobem. Současně se v tomto období vytvořilo hospicové hnutí a samostatný obor thanatologie, jenž je naukou o umírání a smrti (Kelnarová, 2007). Raudenská a Javůrková (2011) shrnují problematiku umírání a smrti do pěti základních oblastí, které se týkají především tabu předkládané problematiky, dále medializace smrti, oddělení umírání od společnosti, klesající význam rituálů a smrt, jež popírá pohřební praktiky.

Vlivem dnešní společnosti se jeví umírání a smrt jako diskutované téma (Haškovcová, 2007), avšak Vido (2011) vidí tuto skutečnost jako velmi často prezentovanou pouze virtuálně za pomoci novin, časopisů, knih, televize či internetu, a popisuje, že taková skutečnost se člověka v jeho každodenním životě příliš nedotkne.

Pokusy o vymezení definice a podoby smrti se odnepaměti měnily v závislosti na dosavadních poznatcích a zkušenostech z vědních disciplín (Haškovcová, 2007) a ani dnes není zcela jednotné. *„Smrt nemůžeme uspokojivě definovat, protože by to znamenalo definovat život; zbývá jen ona cesta dívání se na smrt. Ale smrt sama nám nic nepoví, a to ať si vyvolí jakoukoli podobu, zůstává skryta a nedovede o sobě nic*

jiného říci, než že život skončil“ (Haškovcová, 1975, s. 33). Domníváme se, že nejednotnost je dána především multidimenzionálním náhledem na člověka jakožto jedinečnou a neopakovatelnou bytost, tudíž i na smrt je nahlíženo z pohledu mnoha vědních disciplín. Při hlubším bádání se odkrývají aspekty, které mohou definici smrti posouvat i do jiných sfér.

Kalvach et al. (2011) definují smrt jako individuální zánik organismu. Ondok (2005) dále upřesňuje, že tato definice vychází z chápání smrti jako biologického jevu. Z tohoto pohledu je patrné, že je smrt přirozenou nutností či zákonem, jenž platí pro všechno živé. Z biologického a lékařského hlediska (Vokurka et al., 2005) se smrt označuje jako zastavení všech životních funkcí v organismu, které jsou spojené s nevratnými změnami.

V minulosti nebyla kritéria smrti dokonalá (Levete, 2010), a proto nebyly výjimkou ani případy, kdy docházelo k pohřbívání zaživa (Haškovcová, 2002). Dlouhá léta platilo, že hlavními projevy života jsou pouze dýchací a srdeční pohyby (Hytych, 2008; Ptáček et al., 2011). Pokud se tyto pohyby zastavily, člověk byl považován za mrtvého. S tímto tvrzením souvisí i definice smrti od Munzarové (2005), která ji definuje jako ireverzibilní zástavu cirkulace a dýchání. Přestože tradiční kritéria smrti v podobě dýchání a srdeční činnosti platí dodnes, dnešní moderní medicína staví do popředí především činnost mozku (Hirtl a Vorel, 2015). Přelom ve vymezení smrti nastal v roce 1968, kdy Světová zdravotnická organizace stanovila biologickou smrt mozku jako závazné kritérium smrti. I docent Ševčík (2003) ve své knize popisuje, že původní definice, která vycházela z historických událostí a omezovala se pouze na kardiální a respirační funkce jakožto jediné vlastnosti života, nebyla dostačující. V současné době je mozek vnímán jako zásadní orgán k diagnostice smrti (Ptáček et al., 2011). Z toho vyplývá nutnost definování mozkové smrti, která znamená ztrátu všech funkcí celého mozku, včetně mozkového kmene, jenž vede k neschopnosti integrovat a koordinovat fyzické a mentální funkce těla jako jedné soustavy (Munzarová, 1997). Vzhledem k faktu, že je určení okamžiku smrti velmi obtížné, je smrt mozku definována v legislativě jako „*Nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene.*“ (zákon 258/2002 Sb.) Legislativa dále definuje klinickou smrt, která je faktem zástavy vitálních funkcí organismu, kam spadá již výše popsaná zástava dýchací či srdeční činnosti, které lze vhodným a rychlým zásahem opět obnovit (Navrátil et al., 2008), neboť buňky centrální nervové soustavy dokáží fungovat ještě několik minut po zástavě

těchto funkcí. Druhým pojmem je tzv. cerebrální neboli biologická smrt mozku, již se rozumí stav, který je ireverzibilní, návrat do života je tudíž vyloučen, neboť se jedná o smrtelný stav (Mach et al., 2013). Se všemi výše popsányými skutečnostmi počítá i definice z velkého lékařského slovníku (2005), která definuje smrt jako stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání.

Vymezení smrti úzce souvisí s nevratností, proto Mačák (2012) popisuje smrt jako: „*Zastavení životních funkcí v organismu spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují*“, navíc přidává, že se jedná „*o nevratnou zástavu všech životně důležitých funkcí, v důsledku kterých nastává odumírání buněk zemřelého*“ (Mačák, 2012, s. 77).

Přestože je z medicínského pohledu v současné době okamžik smrti přesně stanoven, toto nemusí platit pro jednotlivá rozmanitá kulturní společenství (O'Connor a Aranda, 2005). Jen těžko by člověk dokázal nalézt kulturu, která by zaujímal zcela lhostejný postoj ke smrti, neboť se již od pradávna v člověku rodila touha po nepoznaném, celý život byl doprovázen touhou po poznání, která skýtala polaritu narození a umírání či života a smrti. Postoj člověka ke smrti je odrazem kultury a pro některé minoritní skupiny jsou smrt i poslední záležitosti v životě člověka brány jako filosofický základ, na kterém jsou postaveny (Howarth, 2007). Ondok (2005) prezentuje podobnou filosofii, kterou může být příklad katolické teologické koncepce smrti dle Rahnera, který smrt definuje jako personální převzetí konečné odpovědnosti za smysl minulého života.

Fakticita smrti byla vždy předmětem filozofického bádání (Scherer, 2005). Velmi známý filosofický přístup ke smrti dle Heideggera (2002) definuje život člověka jako bytí ke smrti, které ho vyzývá k autentickému životu a k vymanění se z propadlosti světu povšečnosti, v níž se člověk vzdává své autonomní svobody volby a sebeurčení. V publikaci Důstojnost lidského života od Rottera (1999) se nachází, dle našeho názoru, velmi výstižná definice smrti, která říká, že smrtí se rozumí konec osobního životního příběhu.

Není pochyb o tom, že problematika smrti byla, je a s největší pravděpodobností i nadále bude tématem, které skýtá mnoho nevyjasněných otázek. Vzhledem k tomu, že zdravotníci stojí smrti velmi často tváří v tvář (Křivohlavý, 2002), je zapotřebí, aby

doprovázející osoby měly dostatek znalostí, které budou podkladem pro jejich odborné dovednosti a formování žádoucích postojů. Vzdělání osob pomáhajících profesí totiž může souviset se vzděláním celé společnosti (Raudenská a Javůrková, 2011), neboť mohou otevírat diskuze této problematiky na celospolečenské úrovni.

1.2.3 *Umírání a smrt očima zdravotníka*

Všeobecně by se dalo konstatovat, že témata umírání a smrti nepatří mezi oblíbená témata (Haškovcová, 2002), společností bývají tabuizována (Kelnarová, 2007). Čeští odborníci těchto témat (Haškovcová, 2009, Svatošová, 2010) poukazují na fakt, že člověk musí být smířen s vlastní smrtelností a nebát se o smrti hovořit, aby byl připraven odejít z tohoto světa. Vnímání přirozenosti smrti je přímo závislé na mnoha faktorech v podobě výchovy, prvního setkání se s touto skutečností, zkušeností s ní, s postoji (Kupka, 2014). Na utváření postojů ke smrti, které mohou být pozitivní i negativní, otevřené i vyhybavé, úzkostné i neutrální, má zásadní vliv spiritualita jedince, jež znamená životní praxi, způsob vnímání a osobního zacházení s tím, co člověka přesahuje (Munzarová, 2005). Původ pojmu spiritualita pochází z křesťanské tradice, kde je chápán jako vnitřní a spirituální život člověka, jenž se prolíná ve způsobu duchovního života, jenž bývá realizován specifickými znaky vázajícími se k dané kultuře (Blatný, 2010). Úvahám o přijetí smrtelnosti předcházejí úvahy o smyslu lidské existence, odkud je jen kousek ke spiritualitě a náboženství, neboť víra dává svým příznivcům do života řád, smysluplnost, pocit jistoty a bezpečí a v neposlední řadě zmírňuje strach, který je spojený s uvědoměním si vlastní konečnosti, což dává vyznavačům náboženství naději na život věčný a možná i lepší.

I přes to, že Jankovský (2003) považuje přijetí faktu konečnosti lidského života za projev zralosti a životní moudrosti, Haškovcová (2009) popisuje pohled dnešní společnosti na záležitosti finality lidského života jako téma, které se do dnešní moderní doby příliš nehodí. Problematika umírání a smrti by mohla být člověku přirozeně blízká, neboť se objevuje všude kolem něj i v momentě, kdy je v bezpečí domova (Jankovský, 2003). Umírání a smrt se objevují v literatuře, v médiích, počítačových hrách, ve virtuálním světě (Marková, 2010). Tato zprostředkovanost čím dál častěji odsouvá poslední záležitosti člověka do institucí a vytrácí se tradiční model umírání (Bártlová, 2005).

Ošetrovateľská disciplína sa zameriava na aktívny vyhľadávaní a uspokojovaní biologických, psychických, sociálnych a spirituálnych potrieb nemocného a zdravého človeka v péči o jeho zdraví (Plevová et al., 2011). Každá profesie na svete má své kladné i záporné aspekty a je náročná na určitou osobnostní výbavu jedince (Kopřiva, 2013). Ne jinak je tomu u zdravotnického povolání, které patří mezi pomáhající profesie (Kutnohorská, 2010) a svými specifiky je definováno jak fyzickou, tak i psychickou náročností (Plevová et al., 2011). Objektem práce sestry je člověk, kterého doprovází v každém vývojovém období (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Dle své specializace u něj může být v den jeho zrodu, stejně tak jako v den jeho skonu (Plevová et al., 2011). Sestra je často ve své profesi svědkem lidského štěstí i neštěstí (Špirudová, 2015b), setkává se s činnostmi, které mění hodnotové žebříčky lidí (Zacharová, 2007), jež jsou ovlivněny náročnými životními situacemi, konkrétně nemocemi, utrpením, obavami, strachem, pláčem, úzkostí, stresem, beznadějí, depresí či ztrátou (Špirudová, 2015a). Sestry se ve své praxi velmi často setkávají se specifickou skupinou pacientů, kterou tvoří nevléčitelně nemocní a umírající pacienti (Venglářová, 2006). Často se setkává s umíráním i smrtí tváří v tvář. Doprovázení umírajícího má velmi osobité kouzlo (Svatošová, 2012), byť je tato činnost řazena mezi nejnáročnější (O'Connor a Aranda, 2005). Sociologické výzkumy uvádějí, že v momentě kdy pacient dostane status umírající, je snížena jeho návštěvnost z pohledu zdravotnického personálu (Bártová, 2005). Mylně se mnoho zdravotníků domnívá, že si umírající pacient přeje být obklopen mnoha lidmi v podobě rodiny a zdravotnického personálu. Svatošová (2012) a Kübler – Ross (2009) popisují ve svých publikacích, že pacient zpravidla umírá v momentě, kdy se od něj doprovázející osoba na chvíli vzdálí. Doprovázející často popisují situace, kdy tráví dlouhé chvíle u umírajícího a v momentě, kdy jdou otevřít dveře, zvednout telefon nebo uvařit, umírající naposledy vydechne. Marková (2010) charakterizuje nejdůležitější body v pečování o umírajícího, řadí sem potřebu svolení optimální angažovanosti, potřebu smět být smutný, potřebu plakat, potřebu smyslu, potřebu nebýt na to sám, potřebu komunikace a znalosti cíle každého člověka, potřebu být motivován a potřebu zpětné vazby.

K tomu, aby sestra mohla vykonávat svou profesi, potřebuje mnoho předpokladů k jejímu úspěšnému zvládnutí (Plevová et al., 2011). Výbava předpokladů byla jednou z hlavních podmínek od zrození ošetrovateľské profesie (Kutnohorská, 2010). Vždy byl kladen důraz na určité předpoklady, které byly zapotřebí k tomu, aby člověk mohl

danou profesi vykonávat (Šrámková, 2007). Již Florence Nightingale přesně definovala osobnostní výbavu sester, čímž položila základy ošetrovatelskému etickému kodexu. S rozvojem techniky, vědy a medicíny se některé vlastnosti sestry přetransformovaly v dějství samostatné vědní disciplíny (Farkašová, 2005). Sestrám se začaly zvyšovat kompetence (Plevová et al., 2011), staly se nepostradatelnou součástí pečování o jedince ve zdraví i v nemoci (Farkašová, 2005).

1.3 Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky – zaměřeno na judaismus

V níže uvedeném textu je popsáno nejstarší náboženství světa, které tvoří základ mnoha jiných náboženství, včetně křesťanství a islámu. Text je členěn na tři 4 základní kapitoly, které čtenáře informují o filosofii judaismu, finalitě života z pohledu judaismu, doprovázení pacienta vyznávajícího judaismus a pohřbu v judaismu.

„Kdo se setkává s Ježíšem Kristem, setkává se s judaismem.“

(Orlík, 2012, s. 63)

1.3.1 Vhled do judaismu

Judaismus je charakterizován jako nekompromisní monoteistické náboženství uznávající a uctívající jednoho Boha, který se svým vyvoleným národem uzavřel věčnou smlouvu na hoře Choreb v podobě zákona neboli Tóry (Brumlik, 2012). Monoteismus předkládaného náboženství spočívá ve faktu, že Bůh je jen jeden, navíc je všemohoucí a vševědoucí, je nefyzický, netělesný a věčný a modlitbu lze nabídnout pouze jemu (Horyna a Pavlincová, 2003). Mrowiecová et al. (2009) připisuje židovskému Bohu navíc přívlastky nedefinovatelný a nepopsatelný a dále dodává, že je vzhledem k nemožnosti vyslovení božského jména židy tento pojem opisovaný například v podobě Adonaj, což znamená Pán. Spiegel (2007) popisuje úryvek z Tóry, kde je opis slova Bůh definován čtyřmi hebrejskými písmeny J, H, V, H, která se též nesmějí číst ani vyslovovat. Židovství neboli judaismus není pouze náboženství, ale i kultura židovského národa s vlastní historií, zemí předků, liturgií, filozofií, vlastním jazykem, souborem etických zásad či náboženských praktik (Newman a Sivan (1192).

Podle tradice o Abrahamovi, jako o zakladateli judaismu, hovoří ve své publikaci Keene (2008), který ji datuje do počátku 2. tisíciletí a píše, že oné tradici předcházelo vyvolení

Abrahama Bohem a následné sdělení, aby se usadil v kanaánské zemi, kde se Bůh zjevil Mojžíšovi na hoře Sinaj, kde mu předal své učení, sepsané v Tóře. Satlow (2006) však píše, že samotný vznik židovského náboženství se datuje do doby 13. stol. př. n. l., kdy docházelo k odchodu Židů z egyptského zajetí, kde podle Bible obdržel Mojžíš na Sinaji Desatero přikázání.

Vyznavači judaismu se nazývají židé, anebo Židé a pokládají se za Bohem vyvolený národ (Brumlik, 2012). Pro úplnost přikládáme vysvětlení dvou významů slova žid a Žid. Pokud je napsáno Žid s velkým Ž, jedná se o příslušníka židovského národa, pokud je napsáno žid s malým ž, jedná se vyznavače židovského náboženství. Literatura (Kokaisl, 2015; Brumlik, 2012) uvádí podrobnější vysvětlení těchto pojmů a zároveň podotýká, že se tyto pojmy od sebe příliš neliší a pro další vysvětlení informuje o historické události spočívající v původu náboženství na národní úrovni, jež bylo jedním z určujících rysů příslušnosti k židovskému národu. Vlivem globalizace došlo k roztržiténosti Židů, při které přestalo být určujícím znakem obývané území a původní, pro Židy, typický jazyk hebrejštiny, aramejštiny či jidiš (Kokaisl, 2009). Brumlik (2012) dále píše, že i přesto, že náboženství a kulturní tradice zůstaly, od novověku se označení židů vztahovalo spíše k náboženské příslušnosti. Od roku 1948 existuje moderní stát Izrael, v němž Židé hovořící moderní hebrejštinou opět tvoří hlavní národnost. Brumlik (2012) dále charakterizuje Izrael jako zaslíbenou zemi Židů a tvrdí, že všichni uznávají jakýsi trojúhelník, který symbolizuje národ, Boha a zemi.

Podle Federace židovských obcí (2016) na celém světě žije asi 14 milionů židů, z toho 5 milionů žije v USA, 4 milióny v Izraeli, 3 milióny ve státech bývalého SSSR, 1,5 miliónu v západní Evropě a zbytek po celém světě. V České republice je přes 3 000 židů hlásících se k jedné z deseti Federací židovských obcí a přes 2 000 židů hlásících se k ostatním židovským spolkům. Federace židovských obcí (2016) uvádí odhad celkového reálného počtu židů žijících v České republice, který konkretizuje na 15 000 – 20 000 židů, přičemž většina z nich není registrována v žádném spolku a veřejně se ke svému náboženství nehlásí. Autoři tohoto textu si tuto skutečnost spojují s problémy židovské identity, spočívající ve faktu historických událostí, projevující se problematickým vystoupením z anonymity.

Židé jsou vyvoleným národem zejména pro to, že nesou určitý závazek, často přirovnávan k břemenu, který jim byl přidělen (Brumlik, 2012). Základem filosofie

judaismu je Halacha neboli duchovní cesta (Putík et al., 2005) a micva, což je 613 příkazů a zákazů, které se musí věřící žid snažit za svého života splnit. Jde o příkazy Boha svému lidu (Ma'súmián, 1996). Všechny filosofické perspektivy vycházejí z hebrejské bible, nazývané Tanach, která je judaismem členěna na tři části, které jsou nazvány jako Tóra, Proroci a Spisy. Tóra existuje v ústní i psané interpretaci (Blaha, 2016). Psaná Tóra je hebrejská bible čili Starý zákon, znamenající učení a týkající se Pěti knih Mojžíšových, které se nazývají Chamiša chumšej Tora nebo také Pentateuch, jež obsahuje pravidla, zásady a zákony, které pocházejí ze zjevení Boha na hoře Sinaj (Finkelstein, 2006). Jednotlivé svitky se nazývají termíny Genesis, Exodus, Leviticus, Numeri a Deuteronomium. Talmud je sbírka židovských tradic, která doplňuje hebrejskou bibli. Vzhledem k tomu, že byla po staletí předávána ústně, je nazývaná Ústní tórou a obsahuje halachu a agadu, tedy náboženské právo a filosofické otázky (Finkelstein, 2006).

Vzhledem k tomu, že specifika židů jsou závislá na směru tohoto náboženství, které můžeme říci, že souvisí s intenzitou od nejméně po nejvíce zarputilé a ortodoxní zásady, je důležité informovat čtenáře o všech pěti směrech, kterými se judaismus může v dnešní době znázorňovat. Keene (2008) popisuje pět hlavních směrů židovského náboženství jako ortodoxní judaismus, konzervativní judaismus, chasidský judaismus, rekonstrukcionismus a reformní judaismus. Ortodoxní judaismus spočívá v myšlence jediných pokračovatelů víry Izraele (Horyna a Pavlincová, 2003). Konzervativní judaismus přiznává, že sice dodržuje staré židovské tradice, ale činí i některé ústupky (Brumlik, 2012). Chasidský judaismus je příkladem lidového mysticismu, protože se soustředí na duchovní a mystické tradice (Keene, 2008). Židovský rekonstrukcionalismus vznikl po roce 1940 oddělením od konzervativního proudu, od kterého se lišil větším důrazem na život v židovské komunitě (Horyna a Pavlincová, 2003). Reformní judaismus je považován za nejvíce přizpůsobivý směr dnešní společnosti, neboť se při bohoslužbách neoddělují muži od žen a dokonce vysvěcují ženy i jako rabínky (Vojtíšek, 2004). O výše popsaném informuje významná osobnost judaismu v České republice, a to Chaim Kočí (2013), který bez skrupulí říká, že i přesto, že má u nás židovství bohatou historii, dnešní komunita je jen malá a to především z důvodu pohromy Holocaustu a následného odlivu přeživších Židů do Izraele a jiných částí světa. Dále přiznává, že jakožto žid musí dodržovat velké množství povinností, které by naprostá většina Čechů nebyla schopna dobrovolně plnit.

Na rovinu říká, že vyznáváním judaismu se život může stát asketickým. Dále však popisuje, že ve světě jsou pravidla judaismu v jednotlivých směrech nesrovnatelně přísnější, než v ČR, neboť na našem území chybí mnoho věcí, které zbožný žid potřebuje ke svému životu.

1.3.2 Finalita života z pohledu judaismu

V životě židů je vědomí smrti prvořadým pohonem lidského myšlení i jednání. Přestože je pro člověka typické odmítání a přijetí smrti, pro osoby věřící je toto mnohem snazší, neboť se již za života na tento stav připravují a věří v další existenci (Haškovcová, 2002).

Mohli bychom konstatovat, že se do prožitků finality života prolínají i základní židovské charakteristiky v podobě přikázání, které říkají, že Bůh odmění ty, kdož dbají Jeho přikázání a potrestá ty, kdož je porušují. Židé totiž věří, že přijde spasitel, a nastane věk spasení, stejně tak jako že duše člověka je při narození čistá (Brumlik, 2012). Člověk přichází na svět se sklonem konat dobro nebo konat zlo, má potom tedy svobodnou vůli a může si vybrat cestu životem. Důležitým bodem pro finalitu života je fakt, že si může každý člověk odčinit své hříchy (Kokail, 2008).

V kulturách starého Orientu, jenž ovlivnil izraelský lid, nebyla nikdy fyzická smrt chápána jako konec života, nejedná se tedy o poslední slovo božstva k člověku (Keene, 2008). Assmann (2006) připomíná poznatek pudu nesmrtelnosti, který je hluboce vlastní všem lidem a spojený s nadějí směřované do budoucnosti, která se u vyznavačů judaismu různí.

Významný rituál patřící do otázek finality života je Tahara či také tohora, pocházející z hebrejštiny (Keene, 2008) a spočívající v rituální čistotě pro úkony spojené s náboženskými praktikami v době trvání prvního a druhého Chrámu. Kosáková (2006) popisuje rituální nečistotu, nazývanou jako tuma, kterou spojuje s menstruací, porodem, pohlavním stykem, tělesnými tekutinami, nakažlivými kožními nemocemi a kontaktem se zvířecí či lidskou mrtvolou. Dnes se tak většinou označuje obřad rituální očisty mrtvého těla před židovským pohřbem. Johnson (2010) definuje příčiny rituální nečistoty zrovna tak, dále dodává, že pokud se člověk dotkl mrtvoly, hrobu nebo lidské kosti, či byl pod jednou střechou s některou z těchto věcí, stal se poskvřeným. Očistit ho mohla pouze směs vody a popela z obětované krávy. Po zkáze Chrámu

nebylo ovšem již možné připravit očistnou směs, proto jsou dnes všichni Židé považováni za rituálně nečisté a tím pádem nezpůsobilé pro vstup na posvátné místo bývalého Chrámu na Chrátové hoře v Jeruzalémě. Tahara se složena ze tří fází, a to z mytí, rituální očisty a úpravy. Průběh Tahary začíná dopravou mrtvého na hřbitov do domu očisty, nazývaného jako *bejt tahara*, kde dochází za předčítání modliteb k rituálnímu omývání těla směsí teplé vody a rozmíchaného vejce, které je považováno za symbol života (Light, 2005). Důležité je genderové rozdělení rolí, kdy umývání ženy provádí žena a umývání muže provádí muž (Pařík a Hamáčková, 2003). Při umývání, jež probíhá v mikve nebo nepřetržitým proudem vody, dochází k odstraňování nejen šperků, ale i nečistot a biologického materiálu. Po umytí je tělo osušeno a symbolicky pokropeno několika kapkami vína, které je považováno za světlíci a blahodárný nápoj. Jak popisují Pařík a Hamáčková (2003), k vykonání Tahary je zapotřebí několika rituálních pomůcek, či nástrojů, kterými jsou konvička pro Taharu, miska pohřebního bratrstva, pohřební oděv, prkno pro Taharu, hřeben a souprava čistítek. Konvička pro Taharu, která musí být označena identifikačním štítkem z důvodu prevence záměny, slouží k omývání rukou osob, které rituální očistu provádějí (Kosáková, 2006). Miska pohřebního bratrstva, která musí být označena identifikačním nápisem z důvodu podobnosti misky na milodary, slouží k dočasnému odložení např. vlasů či nehtů, které se v průběhu očisty oddělily od těla, ale i tak musí být pohřbeny společně s mrtvým. Pohřební oděv je genderově rozdělený a jeho použití závisí na nařízení pohřebního bratrstva (Pařík a Hamáčková, 2003). Prkno pro Taharu, jenž sloužilo jako podložka těla zesnulého při provádění očisty, má obdélníkový tvar, oříznuté rohy a žlábků, které slouží k rychlému odtoku vody. Nezhodová (2006) píše, že toto prkno bývá čím dál častěji nahrazeno kamenným stolem. Do čistící soupravy pohřebního bratrstva patří hřeben a souprava čistítek výhradně ze stříbra, buď samostatně uložených, nebo připojených k hřebenu. Hřeben má jednoduchý obdélníkový tvar a je označen identifikačním nápisem bez výrazných ozdob (Kosáková, 2006). Pařík a Hamáčková (2003) dále popisují, že vlasy nebožtíka jsou učesány rituálním hřebenem, nehty jsou vyčištěny stříbrným čistítkem, uši jsou vyčištěny stříbrnou lžičkou. Poté je tělo oblečeno do pohřebního oděvu ušitého z čistého bílého plátna, nazývaného jako Tachrichim, skládajícího se z košile, spodků, rubáše, krejzlíku, opasku, ponožek a čepce. Nakonec jsou vlasy pomazány olejem a na oči a ústa vloženy hliněné střípky nebo zakulacené kamenné destičky (Pařík a Hamáčková, 2003). Poté je mrtvý uložen do

rakve, kdy mu pověření členové pohřebního bratrstva drží stráž a recitují žalmy až do zahájení samotného pohřbu (Keene, 2008).

Život židů se řídí 613 příkazy, které je však v některých případech možné, krom vraždy, incestu, cizoložství a modloslužebnictví, porušit v případě potřeby záchrany života (Brumlik, 2012). Z důvodu cennosti lidského života platí zákaz urychlování smrti a to dokonce ani za účelem zmírňování utrpení. Eutanázie, sebevražda i asistovaná sebevražda jsou židovskými zákony přísně zakázány (Munzarová, 2005).

1.3.3 Doprovázení pacienta vyznávajícího judaismus

Ošetrovatelská péče o židy je ovlivněna hodnocením života nad všemi ostatními hodnotami. Život a úcta k němu vychází z Talmudu, kde stojí, že všichni lidé pocházejí z jedné osoby a záchrana jednoho života znamená záchranu celého světa, stejně tak zničení jednoho života znamená zničení všech (Spiegel, 2007).

„Každý, kdo nenavštěvuje nemocné, jakoby proléval krev.“ Toto legendární tvrzení pochází z úst jednoho z nejvýznamnějších farizejských rabínů a spolutvůrců Mišny, Rabiho Akivy. Toto tvrzení zdůrazňuje důležitost návštěv u nemocných a umírajících, kde jde především o projev milosrdenství (Baskin, 2011). Jak popisuje Pařík a Hamáčková (2003), návštěvy u nemocného bývají spojeny s modlitbou za uzdravení. Z našich zkušeností můžeme říci, že jsou židé aktivními příjemci ošetrovatelské péče a nebojí se, mnohdy spolu se svou rodinou či členy spolků a organizací, vyjádřit své potřeby.

Ošetrovatelská péče může být ovlivněna mnoha faktory, které se svou orientací týkají zejména vnímání rodiny a domova, náboženství a židovských tradic a zvyků (Brodie a Kelman, 2003). Greenspoon (2016) definuje rodinu a domov jako posvátno, které by mělo tvořit základní jednotu židovské víry. Židé uctívají tzv. šalom bojít, což je dodržování silné úcty k rodičům, jež je vnímána jako nejvyšší hodnota v životě (Brumlik, 2012). Výchova židovských dětí je spjata s náboženským vyznáním rodičů a s tímto souvisí povinnost dětí ctít své rodiče a to nejen proto, že rodiče mají povinnost umožnit svým dětem vzdělání a finanční zabezpečení (Keene, 2008). Popisovaná úcta se prolíná do každodenních činností, kdy i u stolování, kdy je stůl považován za domácí oltář a střed každodenního života, děti nesmějí sedat na místa svých rodičů, kteří pronášení požehnání pokrmům (Greenspoon, 2016).

Ošetrovatelská péče o pacienta s židovským vyznáním může být ovlivněna potřebou spirituality a tím více, pokud se život krátí a druhý břeh je již tolik na dosah. Jak uvádí Lau (2012), spiritualita je spojená se studiem Tóry, která je určitým vodítkem k dobrému životu, Bůh je totiž středobodem veškerých činností, včetně zvyků a tradic, jejichž dodržování je pro židy prostředkem k dosažení svátosti.

Významnou a nepostradatelnou oblastí židovského života, mnohdy diskutovanou a tabuizovanou, jsou židovské tradice a zvyky. Mezi tzv. rodinné zvyklosti, které by mohly narušit doprovázení umírajícího žida, patří obřízka, bar micva, bat micva, svatba, svátky a mnoho dalších (Sadek, 2001). Pro poskytování kulturně vhodné a citlivé péče je důležité poznání své vlastní kultury a poté poznání kultury pacienta, kterého mohou v období doprovázení ovlivňovat i na první pohled zdánlivé rituály týkající se rodinných zvyklostí (Tóthová et al., 2012). Ošetrovatelská péče může být ovlivněna přechodovými rituály, které se mohou odehrávat v rodině při hospitalizaci, nebo umírající smlouvat s Bohem, aby se takovéto události mohl dožít. U chlapců narozených v židovských rodinách se provádí zpravidla 8. den po narození obřízka, která je považována za velmi důležitý rituál vycházející z Tóry (Brumlik, 2008). V dnešní době se provádí obřízka, jež je prvním rituálem v životě člověka, buď v nemocnici, doma nebo v synagoze, kde ji provádí tzv. mohel, což je člověk erudovaný a všemi směry schopný tento rituál provést (Diamant, 2005). Při tomto rituálu sedí chlapec na klíně svého kmotra a poté dostává své druhé hebrejské jméno (Ivanová et al., 2005). Dalšími významnými rituály jsou bar micva a bat micva, které se provádějí u chlapců starších 13 let a dívek 12 let, odkdy jsou odpovědní za své jednání, protože dosahují náboženské dospělosti (Nosek a Damohorská, 2016). Bar micva se odehrává v synagoze, kdy je poprvé chlapec volán k předčítání z prorockých knih, po kterých následuje hostina, na které dostává chlapec dary od svých příbuzných. V případě tohoto rituálu u dívek, tedy bat micva, jsou patrné genderové rozdíly, a to i přesto, že si židé žen velmi váží (Zoufalá, 2012), dívky nejsou volány k předčítání textů z Tóry, ale mohou mít oslavu v domácím prostředí, které se nesou v duchu náboženských témat (Nosek a Damohorská, 2016). Chatuna neboli svatba a manželství je naplněním příkazu Tóry, ve kterém Hospodin řekl: „*Plod'te a množte se a naplňte Zemi.*“ Význam rodiny a rodinná soudržnost je nepostradatelným nástrojem pro šťastnější život, manžel/manželka musí mít ke své polovičce úctu a důvěru a protože při svatbě vzniká smlouva, není pochyb o tom, že s druhou osobou zůstávají v dobrém i ve zlém (Nosek

a Damohorská, 2016). Pro svatební den je preferováno úterý, a pokud se nekoná v synagoze, její součástí musí být baldachýn, který symbolizuje budoucí domov (Vondrušková, 2011). První částí svatby jsou zasnuby, kdy musí nevěsta sedmkrát obejít ženicha, po čemž následuje požehnání od rabína, napití se vína z jedné sklenice a navlečení prstenu nevěstě. Druhou částí svatby je samotná svatba, při které je podepsána ženichem předčítaná smlouva. Po tomto aktu dochází k vypití druhé sklenice vína a vyslechnutí sedmi požehnání rabínem (Nosek a Damohorská, 2016). Tento akt je zakončen rozbitím skleničky a zvoláním hodně štěstí, mazal tov. Střepey nesymbolizují pouze štěstí, ale také jsou připomínkou zničeného židovského chrámu.

Židé dbají na účast při svátcích, tím nejčastějším je sobota neboli Šabat, který je ustanovený jako den odpočinku a občerstvení a jehož svěcení je přikázáno Desaterem: *"Pamatuj na den odpočinku, že ti má být svatý. Šest dní budeš pracovat a dělat všechnu svou práci. Ale sedmý den je den odpočinku Hospodina, tvého Boha. Nebudeš dělat žádnou práci ani ty ani tvůj syn a tvá dcera ani tvůj otrok a tvá otrokyně ani tvé dobytče ani tvůj host, který žije v tvých branách. V šesti dnech učinil Hospodin nebe i zemi, moře a všechno, co je v nich, a sedmého dne odpočinul. Proto požehnal Hospodin den odpočinku a oddělil jej jako svatý"* (Divišová, 1999, s. 185). Sobota je vrchol týdne, kdy se nesmí provádět určité jinak zcela běžné činnosti jako pracovat, cestovat, zabíjet zvířata či rozdělovat oheň. Johnson (2007) uvádí, že každý, kdo otevřeně znesvětil šabat, podobá se ve všech ohledech nežidovi. Kozierová et al. (1995) dokonce píše, že ortodoxní a konzervativní židé ctí tento svátek natolik, že mohou odmítat i některá medicínská a ošetrovatelská opatření, většinou tedy pouze pokud nejde o život člověka. Krieger (2010) definoval nutnost znalostí, dovedností a efektivních postojů nutných k pochopení toho, co žida dělá židem. K tomuto pochopení pomůže především Talmud, z kterého vychází potřeba intimity, informovanosti, návštěva rodiny či členů židovské komunity. Návštěva umírajícího může chtít zapalovat svíce, neboť jak píše Singh (2009), židé věří, že zlí duchové se bojí světla právě ze zapálené svíce. Přestože si židé nepotrpí na dary, někdy bývají rituální předměty součástí svátků, jak tomu je například v době Sukotu, tzv. svátku stánků, kdy může návštěva přinést malý stan, pod kterým společně stolují, v době Purimu mohou přinést dárkové koše apod. (Nosek a Damohorská, 2016).

Umírání je velmi často spojené s bolestmi, které se dle židů mohou tlumit analgetiky i opiáty, které dokáží snížit jak utrpení, tak i psychická muka. Péče o židy na sklonku

života je velmi individuální a plánování léčby by mělo probíhat i za přítomnosti rabína. Nedoporučuje se u lůžka nemocného plakat, protože to může negativně ovlivnit jeho psychiku (Nosek a Danohorská, 2010).

Etická problematika se jeví v oblasti plastiky a transplantace. Brand (2010) k tomuto napsal, že plastika může být problematická, ne však v oblasti malých korekcí. Pokud by se však jednalo o plastiku zásadně měnící vzhled těla, jedná se o neúctu a zpochybňování tvrzení o moudrosti a dokonalosti Stvořitele. Problematictější se jeví transplantace, kterou Brand (2010) popisuje jako nepřipustnou a to jak od živého, tak od mrtvého dárce. Kozierová et al. (1995) popisuje, že toto platí především u ortodoxních židů a to především z důvodu nutnosti navrácení těla ve stavu a v úplnosti, jak bylo Bohem zamýšleno. Toto potvrzuje i Singh (2009), který se přiklání k individualitě a míře sebeidentifikace s vlastním náboženstvím, avšak dále naráží na další problematiku, neboť dodává nezpochybnitelný fakt v podobě komplexního pohřbívání, včetně amputovaných částí těla. V praxi toto není ojedinělé a české zákony umožňují zpopelnit amputovanou část těla, která se pohřbí do hrobu, kam bude jednoho dne pohřben i zemřelý. Kubátová et al. (2009) ve své studii píše: *„Všechny části těla musí být pohřbeny na jednom místě, protože až nastane zmrtvýchvstání, tak by nějaká část těla mohla chybět. Amputované části se pohřbívají tam, kde jednou bude ležet zbytek těla”* (Kubátová et. al., 2009, s. 7).

Velkou problematikou, nad rámec této práce, je omezení židů v jídelníčku. Klíčovým slovem je kašrut, který Stollar (2009) definuje jako rituální způsobilost a určující pravidla košer stravování. Košer je poté Spiegelem (2010) definováno jako pojmosloví označující řád a čistotu, tedy konkrétně to, co vede k tělesné i duševní čistotě. Židé velmi obezřetní v tom, co snědí a to zejména proto, že stravování není pouze biologická, ale především duchovní potřeba. Pokud se zamyslíme nad tím, jak hluboký význam stravování pro Židy má, dostáváme se na stěžejní oblast a tou je především dodržování tradic a zvyků, které nevede pouze k fyzické i psychické pohodě, ale především k šťastnému žití při dodržování morálních zásad a poslušnosti k Bohu. Nosek a Danohorská (2010) popisují, že dietní zákony buď dovolují, nebo zakazují požívání některých živočichů, konkrétně sudokopytníků přežvýkavců, jimiž jsou hovězí dobytek, ovce, kozy, velbloudi, vysoká zvěř. Spiegel (2010) dále přidává korýše, mlže, plže, langusty, úhoře, dravé ryby bez ploutví, dále některé ptáky, především dravce, hmyz, obojživelníky, zvířata lezoucí po břiše. Feder (2012) uvádí pravidla kašrut stravování,

kteřá rozděluje na tři základní kategorie, kam spadá maso, mléčné výrobky a neutrální potraviny neboli parve, ke kterým se řadí ovoce a zelenina, vejce a ryby. Dále poukázal na důležitost oddělení masa a mléka a Newman a Sivan (2009) dokonce popisují, že ortodoxní židé dodržují několika hodinové intervaly mezi těmito jídly. Že se jedná o specifickou problematiku, dokazuje fakt, který tkví ve striktním dodržování zásad členění kuchyně při přípravě jídla, kdy definuje důležitost především duplicity nádobí a příborů, speciálních spotřebičů i dřezů. Zvířata, která jsou dovolena jíst, musí být rituálně zabita, přesně jak definuje Tóra, zrovna tak popisuje rituální porážku jako šchitu, která se může provádět pouze perfektně nabroušeným hladkým nožem, zvaným chalaf (Bahboun et al., 2008). Proces porážky musí být rychlý, hluboko provedený a to tak, aby byla v mžiku přetřata aorta a trachea, kdy nastává okamžité bezvědomí a smrt poraženého zvířete, které je téměř okamžitě zbaveno většiny krve. O důležitosti požívání dovolené stravy svědčí i fakt, že rituální porážku může provádět pouze vyškolený a zdatný řezník, tzv. šochet. Aby bylo maso skutečně rituálně upravené, musí být dokonale zbaveno krve a to proto, že v ní se dle židů nachází duše (Keene, 2008). Problematickými potravinami může být i želatina, glycerin nebo laktóza a proto se může stát, že dojde k odmítnutí léků vyrobených z vepřové želatiny. O důležitosti košer stravování a o dalších specifických podnětech v oblasti stravování svědčí i výzkum Tóthové et al. (2009). V České republice již existuje několik jídelen a obchodů, které získaly od Federace židovských obcí certifikaci o košer a kašrut stravování. Též není výjimkou, že v sociálních zařízeních, kde dochází k péči o židy, je jídelna podávající pouze košer. Na webových stránkách spolků a organizací jsou k dispozici vždy pro daný rok pravidla košer a kašrut stravování (FŽO, 2016).

Další, neméně důležitou oblastí je rituální očista, která se odehrává v rituální lázni, mikve. Rituální očista slouží k očištění nejen těla, ale i duše, využívá se zejména u žen po skončení menstruace, po porodu, ale také před operací nebo po rozvodu a to proto, že voda je symbol znovuzrození a obnovy (Newman a Sivan, 1998). Při doprovázení židů je důležité zajištění duchovní praxe, která za normálních okolností u židů probíhá většinou v synagoze, kde se věřící učí, modlí a také společně oslavují. Modlitby židé považují za nejdůležitější činnost, kterou provádí. V synagoze se nachází i velká knihovna, kde jsou kromě modlitebních knih i texty ke studiu. Má směřovat na východ, kde leží Jeruzalém. Tímto směrem se věřící také modlí. Vnější vzhled stavby není ovlivněn žádnými pravidly. Náboženský zástupce židovské obce a duchovní pastýř

je rabín (Spiegel, 2007). Tři hlavní židovské modlitby jsou děleny dle časového harmonogramu dne na ranní, odpolední a večerní, konkrétně šachrit, mincha a ma'ariv. Židé s sebou mohou mít modlitební pomůcky a rituální potřeby, nejčastěji čepičku, zvanou jarmulku, kterou si nasazují muži na hlavu, modlitební plášť s třásněmi a modlitební řemínky (Tóthová et al., 2012).

Důležité je poznamenat, že období finality života je doprovázeno nepřeborným množstvím prožitků a z důvodu zachování lidské důstojnosti je důležité, aby byla sestra vzdělaná v transkulturní problematice a tím mohla dát smysl i období, které sice k životu neodmyslitelně patří, ale je provázeno velkou bolestí a ztrátou.

1.3.4 Pohřeb v judaismu

V níže uvedeném textu je popsán židovský pohřeb, který je považován za velmi důležitý přechodový rituál a jeho průběh je závislý nejen na stupni identifikace s tímto náboženstvím, ale především na dalším osudu jak zemřelého, tak i pozůstalých.

Vnímání pohřbu se v judaismu odráží od základní filosofie s tímto náboženstvím spojené, jak dokazuje text z webových stránek Chevra kadiša: „*Judaismus (lakonicky zkráceno) vede ve své centrální filozofii ke zvědomění každého našeho kroku životem. A respektuje humanitu – tedy i celého jejího nositele (člověka), až do posledního okamžiku před jeho návratem do prachu země, odkud se (podle tradice) rekrutuje jeho „uhlovodíková“ fyzis. (Prach jsi a v prach se obrátíš) – Zvědomění vyžaduje správný úsudek, humanita zase laskavé vcítění. Obojí je obsaženo v tóře a dostáváme se ke tradičním třem pilířům, na kterých stojí vesmíry – soudu, tóře a milosrdenství*” (Chevra kadiša, 2017).

Protože židé věří, že se duše okamžitě po smrti ocitne před nebeským soudem, považují za důležité pohřbít zemřelého co nejdříve, nejlépe do jednoho dne od úmrtí, jak tomu bylo nejčastěji ve starověku (Gerner, 2008). V této souvislosti je možné vhodné upozornit, že moderna ovlivňuje i starobylou tradici ohledně bezprostředního uložení těla do hrobové prsti pokud možno v den, kdy k úmrtí došlo. Ostatně, jak se můžeme dočíst ve spisu Kol bo al avejlut z roku 1947 uvedeném na webových stránkách Chevra kadiša: „*Jak neuvěřitelné utrpení působíme tělu zemřelého, necháme-li ho 24 hodin nepohřbeno, se můžeme dočíst v mystickém spisku Chamiša ma'amrot z pera mukačevského gaona. Já sám jsem byl šokován, když jsem se v new yorském tisku dočetl*

o smrti vynikajícího brooklynského gaona, kterého nechali nepohřbeného od rozbřesku erev šabat až do prvního dne po sobotě, tedy celé tři dny!!! S poukazem, že to činí pro jeho památku, protože lze předpokládat, že se s ním bude chtít rozloučit opravdu úctyhodné množství lidí. Ke všemu navzdory jeho výslovnému přání, aby jeho pohřeb ani pod „záminkou“ poctění mysteria smrti v žádném případě neprotahovali!!!” (Chevra kadiša, 2017). Automatizaci brzkého pohřbu však vyvrací Brumlik (2012), neboť konstatuje, že je prodloužení této doby závislé na zákonech dané země a na svátcích židů, které pokud zrovna probíhají, prodlužují uskutečnění pohřbu o další den i více dnů. Toto potvrzuje i Kokaisl (2009), neboť informuje, že židé žijící mimo Jeruzalém též preferují způsob pohřbení do země do západu slunce druhého dne, je však naprosto běžné odložení pohřbu do pozdějších dnů, aby se mohli příbuzní žijící kdekoliv na světě dostavit na rozloučení se se zemřelým, neboť je jejich účast na pohřbu jednou z nejdůležitějších micvot. Symbolika brzkosti pohřebního aktu pochází z oblasti Jeruzaléma, kde teplé izraelské klima urychluje rozklad těla (Robinson, 2016). Tradiční snaha rychlosti pohřbu též vychází ze zvyku nenechávat mrtvé přes jeruzalémskou noc, neboť tím může dojít k poškození svátosti města. O velmi problematické oblasti svědčí i fakt popsany Johnsonem (1995), jež popisuje, že řadu politických krizí a pádů vlád v Izraeli způsobily spory nejen v otázkách stravovacích zákonů, ale i provádění pitev a pohřbů do posvěcené půdy.

Přestože jsou židovské pohřby charakterizovány prostotou, při exkurzu do 6. června 1890, se dozvídáme o nejslavnějším židovském pohřebním průvodu, jenž byl spojen s pohřbem Josefa Porgese a oficiálním otevřením hřbitova. Tento akt byl doprovázen pětadvaceti vozy a mnoha kočáry vypravenými pohřebním bratrstvem směřující k Novému židovskému hřbitovu (Pařík a Hamáčková 2003).

V českých zemích mají již od 14. století na pohřbech židů velký podíl pohřební bratrstva a spolky. Nejznámějším pohřebním bratrstvem zabezpečující bezplatné rituální a organizační záležitosti související s židovským umíráním a pohřbem je Chevra kadiša de – gomlej chasadim (Kočí, 2013), doslova Svaté bratrstvo vykonavatelů skutků milosrdenství (Nosek a Damohorská, 2016). Pohřeb židů v České republice probíhá dle výzkumů (FŽO, 2016) zpravidla do 5 dnů od úmrtí. V Izraeli je též naprosto běžné pohřbívání do země bez rakve, což v České republice dovoleno není.

Pohřeb židů se koná za účasti rabína a rodiny. Právě přítomnost pozůstalých na pohřbu se nazývá halvajat ha-met. Po skončení Tahary (viz kapitola 1.3.2 *Finalita života z pohledu judaismu*) je tělo zemřelého do poloviny obličeje zahaleno talitem, modlitebního pláště s třásněmi, v kterém se modlil od své bar micvy. Třásně jsou těsně před spuštěním rakve do země rabínem odstřiženy, což symbolizuje konec pozemských povinností zesnulého vůči Bohu (Fine, 2001). Vystavování těla zemřelého není před ani během obřadu běžné. Pohřební obřad obvykle začíná na zvoleném pohřebišti, v synagoze nebo v domě smutku a tělo je obvykle pohřbeno na židovském hřbitově, což je posvátné místo, kde zemřelí očekávají svoje zmrtvýchvstání (Čermáková, 2011).

Nebožtík se ukládá do prosté dřevěné rakve z neohoblovaných prken, a přestože není zvykem vkládat zemřelému předměty do rakve, pod hlavu se může ukládat hlína ze svaté země, Izraele, která se vkládá do sáčku a je to tomu právě proto, aby byl zesnulý spojen i nadále se zemí (Fine, 2001). V obřadní síni jsou vystaveny předměty, které zemřelému patřily. Jak již bylo řečeno, Izrael je pro židy posvátnou zemí, proto není výjimkou ani přeprava těla zemřelého právě do této země (Spiegel, 2007).

Pařík a Hamáčková (2003) informují, že pohřební rit spojený s chválou, odříkáváním žalmů a modlitbou kadiš musí být doprovázen správným průběhem všech úkonů, aby mohlo dojít ke správnému vyjádření víry a zmrtvýchvstání. Pařík a Hamáčková (2003) popisují židovský pohřeb jako složitý rituál skládající se z několika logicky uspořádaných systémů vycházejících z kulturních tradic, zvyků a rituálů. Pohřební průvod otevírá první člen chevra kadiša, nesoucí pokladničku na milodary, za ním následuje rakev, rodina zesnulého, rabín, představitel pohřebního bratrstva a ostatními členy průvodu. V první části pohřbu, která se nazývá Ciduk – ha – din, dochází ke smíření s božím soudem prostřednictvím modlitby, po které je kantorem nebo rabínem pronášena smuteční řeč, nazývaná hesped neboli velebení (Kočí, 2013). Po tomto rituálu následuje cesta k místu pohřbení (Brumlik, 2012), přičemž jak uvádí Horyna a Pavlincová (2003), je tělo zemřelého, které je nesené nosiči, podrobena sedmi zastávkami připomínající sedmero marností zaznamenaných v knize Kazatel. Poté, co se rakev spustí do hrobu, se pronese modlitba a každý z přítomných na rakev hodí tři lopatky hlíny (Kosáková, 2005), přičemž je důležité, aby pozůstalý vždy ponechal lopatku v hlíně a nepodával ji fyzicky dalším pozůstalým a tím tak zabránil hlubokému zármutku (Brumlik, 2012). Poté pozůstalí přejdou do obřadní síně, kde se opět pomodlí a vyslechnou si modlitbu kadiš, která je pronášena synem nebo jiným mužem, který byl

v příbuzenském svazku se zemřelým. Poté přítomní pozůstalým vyjádří svoji útechu. Při opouštění obřadní síně si všichni omyjí ruce v kijoru. Pohřeb končí hostinou útěchy. Putík a Kosáková (2005) uvádí, že je kamenný náhrobek na hrob postaven až za jedenáct měsíců od pohřbu.

Po uložení do hrobu následuje období smutku, které židé rozdělují do několika období, tzv. aninut, šiva, šlošim a jeden truchlení. Jednotlivá období jsou spojená s intenzitou zákazů a dodržování rituálů spojených s obdobím smutku (Fine, 2001). Aninut je doba od úmrtí do pohřbu, při které se provádí krija, nesmí se jíst maso, pít alkohol, mít pohlavní styk, holit se, stříhat si vlasy, studovat Tóru. Po období šiva, jež znamená 7 dní hlubokého smutku, následuje šlošim, tzv. první smuteční měsíc, po kterém se pomalu začínají pozůstalí vracet ke svému každodennímu životu. Muži si mohou oholit vousy, ostříhat vlasy, ženy si mohou zajít ke kadeřníkovi (Brumlik, 2012). Po tomto období dochází k odkládání natrženého oděvu. Přesto však období smutku pokračuje do jednoho roku truchlení, které spočívá v absenci oslav, slavností, svateb či jiných přechodových rituálů. Zákaz vstupu do nového manželství neplatí, naopak je žádoucí nový sňatek, protože si to takto přeje Tóra (Spiegel, 2007).

Samotný pohřeb, jenž je považován za významný rituál, který je spojen s řadou starobylých zvyků, vyjadřuje marnost pozemských statků, pomíjivost, ale i důstojnost lidského těla, skromnost, rovnost ve smrti a důvěru v zaslíbení daná Abrahámovi.

1.4 Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky – zaměřeno na křesťanství

1.4.1 *Vhled do křesťanství*

Křesťanství, svou podstatou monoteistické, je nejrozšířenější celosvětové náboženství uznávající Trojici Boží, tzn. Otce, Syna a Ducha svatého (Kokaisl, 2015). Vznik křesťanství, řecky Christos neboli posvěcený, podnítil geografický i duchovní prostor judaismu Starého zákona ozvláštněného myšlenkami antického náboženství a filosofického synkretismu (Pals, 2015). Křesťanská věrouka, jež je určena pro všechny lidi na světě, vychází z postavy Ježíše Nazaretského, který je považován za Syna Božího, jenž sestoupil na zem smrtí na kříži, čímž smazal hříchy světa (Partridge, 2006). Toto náboženství je soustředěno kolem života, učení a smrti Ježíše Krista.

Život Ježíše Krista, který patří bezesporu k nejdůležitějším událostem v dějinách lidstva (Zábranský a Roda, 2014), začal jeho narozením v Betlémě roku 6 nebo 7 př. n. l. v Judsku a skončil roku 30 n. l. na návrší Golgoty, tzv. Kavalérie, u Jeruzaléma (Česká biblická společnost, 2014). Početí Ježíše Krista bylo zvěstováno hebrejské dívce Marii andělem Gabrielem. Marie, tzv. panenská matka, žijící v městečku Nazaret v Galileji, byla zasnoubená s mužem z rodu Davidova, jménem Josef (Česká biblická společnost, 1996). Panna Marie svolila s neposkvrněným početím působením Ducha svatého, jakožto třetí osoby Boží Trojice (Tomášek, 1967).

O zrození Ježíše se pastýři, jež se mu přišli do stáje uklonit, dozvěděli prostřednictvím andělů (Vermés, 2009). Z důvodu pronásledování židovským králem Herodem, musela rodina uprchnout do Egypta, kde se skrývala až do Herodovy smrti (McGrath, 2014). Po této události se celá rodina vrátila do Nazareta do Galileje, kde měl Josef, jenž byl považován za pěstouna Ježíše, svoji tesařskou dílnu (Glet, 2012). Ve svých 30 letech byl Ježíš pokřtěn Janem Křtitelem, poté odešel do pouště, kde se postil 40 dní a připravoval se na své veřejné působení (Funda, 2007). Po tomto období Ježíš Kristus, jenž svými činy vykonal mnoho zázraků v podobě uzdravování nemocných a vzkříšení mrtvých, veřejně působil, aby lidem hlásal příchod Božího království, neboť se sám považoval za Syna Božího (Kolektiv autorů, 2014). Učitelé zákona a židovští kněží však Ježíše Krista nepřijali a domluvili se, že ho nechají zabít (Funda, 2007). Židé se Ježíše zmocnili v noci, při které ho odsoudili k trestu smrti, k tomuto činu jim pomohl zrádce Ježíšova učedníka Jidáš (Glet, 2012). Ježíš Kristus byl ukřižován římskými vojáky (Benedikt XVI., 2008). Učedníci měli být smrtí Ježíše Krista zstrašeni, to se však nestalo, neboť když se jim třetího dne, po svém zmrtvýchvstání, ukázal, nabyli jistoty v jeho Boží poslání (Funda, 2007). Zhruba okolo roku 60 n. l. k římským úřadům pronikly zprávy o vzniku jakéhosi nového společenství zvaného Chrestus či Kristus, jež si velmi rychle získávalo nové stoupence a tím pádem pro ně mohlo být velmi nebezpečné (McGrath, 2014). Tento fakt znázorňuje nelehké období vzniku křesťanství. Učedníci Ducha Svatého, jež se objevovali nejdříve na území Palestiny a zanedlouho v celé Římské říši, však v šíření křesťanství pokračovali, i přes opakovaná pronásledování (White, 2012). Roku 313 nastal u křesťanů zlom v podobě svobody, kterou jim dal císař Konstantin Veliký (Neupauer, 2005).

Posvátnou knihou neboli Písmem svatým je pro křesťany Bible, která se skládá ze zákonů Starého a Nového (Tretera a Horák, 2011). Starý zákon, složený

ze 45 posvátných knih, tvoří základ judaismu a křesťanství, kdežto Nový zákon, složený z 27 posvátných knih, již pouze křesťanství. Jazykem Starého zákona je hebrejština. Nový zákon, psaný v řečtině, je složen ze 4 evangelií, tzv. radostných zpráv, Skutků Apoštolů, Listů Apoštolů, tzv. Epištol a Janova zjevení (Bible, 1996). Nejvýznamnější svátky křesťanů jsou Velikonoce, Vánoce a neděle (Tretera a Horák, 2011). Nejvýznamnějším křesťanským obdobím je pohyblivý svátek, Velikonoce, který oslavuje Ježíšovo vzkříšení (Mikulec, 2013). Od 4. st. n. l. se začaly slavit Vánoce, na počest narození Ježíše (Tretera a Horák, 2011). Svátost neděle zavedl roku 321 n. l. Konstantin Veliký, sloužila pro připomenutí vzkříšení Ježíše Krista, při které bylo nutno věnovat se náboženským obřadům (Neupauer, 2005) a tudíž se tento den oprostit od pracovních povinností (Dunda et al., 2012). Nejvyšším učitelem křesťanské víry je papež, který má i nejvyšší církevní pravomoc (Erbacher, 2012). Křesťané věří v učení, tzv. Boží Trojici (Funda, 2007). Jeden Bůh je znázorněný ve třech osobách, Otce, Syna i Ducha svatého (Kokaisl, 2009). Bůh Syn se stal člověkem, aby mohl zemřít na kříži a aby trpěl, touto skutečností získal věčnou spásu a lidem odpuštění hříchů (Suchánek a Drška, 2013). Život křesťana je podmíněn sedmi svátostmi, jež jsou vnímány jako efektivní prostředek pro dobro a spásu člověka, jsou rozděleny na svátosti iniciační, svátosti uzdravování a svátosti ke službě společenství (Svatošová, 2007). Do křesťanského života člověka uvádějí svátost křtu, biřmování a eucharistie, svátost uzdravování tkví ve svátosti pokání a smíření a ve svátosti pomazání nemocných, svátost ke službě společenství znamená svátost kněžství a svátost manželství (Mikulec, 2013). Věčnou spásu může člověk získat duchovním způsobem života za pomoci Desatera Božích přikázání a sjednocením věřícího s Kristem, tzv. iniciační svátostí neboli křtem, což v překladu znamená omýt či ponořit vodou, která je ve všech kulturách znázorněním života (Tretera a Horák, 2011). Podstata křesťanské víry tkví v nesmrtelnosti duše, která po smrti těla přichází před soud Boží (Funda, 2007). Podle toho, jak křesťan žil svůj život na zemi, dostane se buď do nebe, nebo do pekla (Tretera a Horák, 2011).

Za více jak 2 000 let svého působení se křesťanství, dominující Evropě, Americe a Austrálii, dostalo do celého světa a dnes tvoří zhruba jednu třetinu všeho lidstva na Zemi, neboť se k němu hlásí přes 2 300 miliónů lidí (Kokaisl, 2015). Křesťané, jak jsou nazývány osoby vyznávající křesťanství, jsou rozděleni do třech základních proudů na římskokatolickou církev, tzv. katolíky, jež tvoří největší podíl všech

křesťanů, dále řecko – katolickou církev, tzv. pravoslavné neboli ortodoxní vyznání a protestantskou církev (Kokaisl, 2015). Uvádí se existence více jak 9 000 křesťanských denominací. Mezi symboly křesťanství patří kříž, který znázorňuje smrt Krista na kříži za spásu všech lidí. Pravoslavní adorují dvouramenný kříž, který je šikmo přetržený a Evangelíci knihu s písmem svatým, na kterém je kalich (Funda, 2007).

1.4.2 Finalita života z pohledu křesťanství

Ó smrti, jak hořké je pomyšlení na tebe člověku, který si pokojně žije mezi svými statky, který žije bezstarostně a má ve všem úspěch a který je ještě schopen těšit se z dobrého jídla. Ó smrti, jak dobrý je tvůj rozsudek pro člověka nuzného a toho, jehož síly ochabují, pro člověka vysokého stáří, pro něhož je všechno obtížné, všemu se brání a ztrácí trpělivost. Neboj se rozsudku smrti, pamatuj na ty, kdo tě předešli, i na ty, co půjdou k tobě. Je to rozsudek vynesený Hospodinem nade vším tvorstve” (Česká biblická společnost, 1996, s. 942) Domníváme se, že tento text velmi dobře prezentuje skutečnost přijetí smrti, neboť je přímo závislá na okolnostech, při kterých k ní dochází.

Mohlo by se zdát, že dnešní postmoderní společnosti nemají historická pojednání v souvislosti s obětí Ježíše Krista co nabídnout. Utrpení na kříži může však být zrcadlením fyzického strádání, bolesti z nemoci, blízkosti a možnosti smrti (Ratzinger, 2008). Umírání je velmi často doprovázeno nepříjemnými projevy, které lze přijmout jako podíl na utrpení Ježíše Krista (Svatošová, 2010). Přestože problematika smrti právem v lidech budí odpor (Haškovcová, 2010), přijmutí víry a naděje v ní může lidem pomoci ke vzkříšení, stejně tak jako usnadnění cesty k němu (Novotný, 2011). Halík (2002) popisuje úzkost z umírání a ze smrti, která v dnešní sekularizované společnosti existuje. Tyto skutečnosti se odehrávají pouze za plentami v nemocničních zařízeních, s přemírou virtuální smrti (Svatošová, 2010).

Chápání smrti, posmrtného života, soudu, dále očístce, nebe a pekla, je v křesťanské vírouce popsáno v rámci části teologie zvané eschatologie, jakožto vědy nabízející odpovědi na otázky víry v ukřižovaného a vzkříšeného Ježíše Krista a o posledních věcech v životě člověka. Eschaton, jenž byl předmětem kázání Ježíše Krista, v překladu nabývá významu časového a hodnotového a znamená završenou míru nějaké skutečnosti, poslední, konečné či závěrečné (Novotný, 2011).

Křesťanská tradice dává svým členům naději v předvolání k Bohu, jímž budou souzeni v době jejich skonu (Funda, 2007). Smrt je v tradiční křesťanské kosmologii zobrazena v podobě nebe, pekla či očistce (Halík, 2010). Cílem každého křesťana je nebeské království (Mikulec, 2013), do kterého se dostane člověk, který žil dle Desatera Božích přikázání (Křivohlavý, 2009), jež jsou 1. Nebudeš mít jiné Bohy mimo mne., 2. Nevezmeš jména Božího nadarmo., 3. Pomni, abys den sváteční světil., 4. Cti otce svého i matku svou, abys dlouho žil a dobře se ti vedlo na zemi., 5. Nezabiješ., 6. Nesesmilníš., 7. Nepokradeš., 8. Nepromluvíš křivého svědectví., 9. Nepožádáš manželky bližního svého., 10. Nepožádáš statku bližního svého (Česká biblická společnost, 1996). Do pekla se dostane člověk oddělen od Boží lásky, který zemřel v hříchu a očistec existuje pro osoby, které zemřeli v lehkém hříchu a je možná jejich náprava (Hamplová, 2013).

Tomáš Halík, významná mediální osobnost a zároveň profesor, kněz, filosof a terapeut (Halík, 2011) říká, že Starý zákon o posmrtném životě nehovoří zcela jasně, neboť zatímco místy je naznačováno, že posmrtný život neexistuje vůbec, na jiném místě je popisována říše snů vzkříšením jedince (Halík, 2010). V Novém zákoně není dle Halíka (2010) rovněž posmrtné pokračování existence člověka nijak jasně popsáno, objevují se zde však četné metafory a podobenství, od nichž si křesťanská představivost odvodila určité předpoklady o podobě posmrtného života. V hebrejské Bibli neboli Starém zákonu, není jasná ani jednotná představa o smrti jako takové (Bible, 1996). Židovství i rané křesťanství se příliš o vymezení smrti nezajímalo, spíše řešilo perspektivu světa a dějin (Ondračka, 2010). Ježíš Kristus odmítal odpovědět na otázky konkrétního konce, nabádal však lidi k tomu, aby stále bděli, neboť nikdo kromě Boha neví, kdy tento čas nastane (Halík, 2010). V Novém zákoně je smrt vyjádřena zmrtvýchvstáním a vzkříšením (Česká biblická společnost, 2014). Halík (2010) shledává zobrazení posmrtného osudu člověka též jako nepřesně představený, neboť je prolínán pouze v metaforách.

Ježíš dával svým kázáním lidem na vědomí, že pokud v něj budou věřit, nezemřou navěky (Halík, 2011). Postupem času se vytrácejí apokalyptické představy o seculu, brzkém konci tohoto věku, do popředí se dostávají otázky posmrtného života (Halík, 2010). Středověk a baroko přinesly prostor naděje na budoucí svět v podobě obrazů nebe a pekla (Dinzelbacher, 2004). Velký zvrat nastal v 19. a 20. století, kdy světem otřásla kritika předních filosofů a psychologických kritiků v podobě Feuerbacha,

Nietzscheho a Freuda, kteří odmítali podobu podobizen onoho světa (Riedel, 1962). Tradiční představy smrti a podoby pekla se výrazně proměnily v poválečném období. V historickém kontextu postupně docházelo ke kritice hrozby pekla, neboť byly vnímány jako výplody lidského přání a strachu (Halík, 2011). V poválečném období se lidé přestali pekla obávat (Halík, 2010).

Vlivem hodnotového žebříčku dnešního světa bylo zapotřebí, aby se některé záležitosti v křesťanské církvi přetransformovaly a tímto následkem vznikla nabídka něčeho lákavého i pro moderní společnost. První změna, která byla vyřčena vatikánským koncilem, učila o možnostech spásy i nepokřtěných a nevěřících lidí (Halík, 2010). Druhým zásadním faktem bylo pojednání významného teologa jménem Hans Urs von Balthasar, který učil, že je velmi pravděpodobné, že je peklo prázdné (Balthasar, 1998). Třetím důležitým bodem je fakt, že Boros, jenž byl Rahnerovým žákem, určil umírání a smrt jako procesy, v nichž může dojít k tzv. poslednímu vyřčení ano či ne vůči Bohu. Tato zřejmost signalizuje poslední postoj, který umírající zvolí, tím může rozhodnout o své spáse, stejně tak jako o svém zavržení (Halík, 2010).

Zatímco pro ateisty je pozemský život jedinou existencí, které přiřkládají nějaký význam (Haškovcová, 1975), křesťané považují smrt za proces oddělení duše od těla, kterou čeká další osud, ne za úplný konec (Kupka, 2014). Věřící křesťan může na smrt pohlížet pozitivně a vítá ji, neboť pokud se za svého pozemského života choval dle křesťanských zásad, čeká ho pokojný odpočinek (Kutnohorská, 2013).

1.4.3 *Doprovázení pacienta vyznávajícího křesťanství*

Doprovázet znamená pomáhat umírajícímu smysluplně žít, být nablízku jeho tělu i duši (Pera a Weinert, 1996). Svatošová (2012) píše, že doprovázet znamená jít kus cesty společně. Doprovázení není jednoduché, byť se domníváme, že na složitostech nestojí. Je při něm velmi důležité pohlížet na člověka jako na holistickou bytost, s respektováním jeho biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb (O'Connor a Aranda, 2005). Doprovázející osoba by měla být mimo jiné především upřímná, nezištná, trpělivá, vytrvalá, měla by umírajícího přijímat se všemi jeho projevy (Svatošová, 2010). Vávrová a Polepilová (2010) preferují především zvládání emočních projevů, což považují za předpoklad kvalitního a efektivního doprovázení. Svatošová (2012) preferuje především lásku, která má zabránit, aby péče nebyla pouze technikou. Doprovázení slouží především umírajícímu, ale mělo by být přínosné pro obě strany.

Kübler – Ross (1995) říká, že od umírajících se můžeme naučit poznávat pravé hodnoty života. Z tohoto vychází i indické přísloví, které říká, že zdravý člověk má tisíce přání, ale nemocný jen jedno. Mnoho stěžejních autorů (Svatošová, 2012; Haškovcová, 2009) poukazuje na fakt, že doprovázející musí být v první řadě ztotožněn se svou vlastní smrtelností. Kdo se neumí vyrovnat sám se sebou, nemůže poskytovat péči druhým (O'Connor a Aranda, 2005). Důležité je mít dostatek času, umět klást vhodné otázky, být dobrý posluchač, naslouchat (Venglářová, 2006). Důležitý je odstup, ale zároveň blízkost, neboť by se sestra umírajícímu měla přiblížit natolik, kolik on sám potřebuje (Marková, 2010). Doprovázející, neboli průvodce, se postupem času stává účastníkem vnitřního světa nemocného (Špirudová, 2015b).

Smrt křesťana není považována za konec života, nýbrž je brána jako vstup do života věčného (Hejna, 2010). Konec života křesťana je doprovázen pastorační péčí, která pomůže umírajícímu odejít v Pánu, aby mohl být Bohem blahoslaven a tím být Spasitelem obdarován věčným životem (Bužgová, 2015). Pastorační péče tkví zejména v přítomnosti rodiny s podporou v modlitbách a duchovního pohledu Ježíše a Božího slova (Čermáková, 2011). K odpuštění hříchů slouží tzv. Svátost posledního pomazání, kterou provádí kněz pomazáním posvěceným olejem (Schroeder, 2010), který světí na Zelený čtvrtek samotný biskup, tzv. oleum infirmorum. Tento akt bývá zpravidla doprovázen modlitbami k Pánu a k umírajícímu (Ondračka, 2010). Za umírající či za mrtvého může kněz sloužit mši svatou, tzv. zádušní mši (Mikulec, 2013). U umírajícího může provést svaté přijímání či vykonání svátosti smíření, které slouží k udělení rozhřešení na základě vyzpovídání se z hříchů (Dunda et al., 2012).

Výše zmíněné obřady se mohou provádět i u pacienta v bezvědomí, pokud o to žádá rodina nebo má zdravotnický personál pocit, že by o tyto služby pacient stál (Křivohlavý, 2002). Život křesťana je podmíněn principy, mezi které patří i princip správcovství, posvátnosti a nedotknutelnosti lidského života, totality a integrity, dvojího efektu, svobody a odpovědnosti a jiné (Plevová et al., 2011). Tyto principy člověku připomínají, že život člověku byl dán Bohem a on je pouze správcem tohoto života, stejně tak jako je velmi důležité, aby nedocházelo k ovlivňování smrti (Ptáček et al., 2011). Život i smrt patří mezi přirozené součásti lidského života a nikdo nemá právo na to, aby si vzal svůj život, stejně tak jako nemá právo na to, aby ho vzal druhé osobě (Ptáček a Bartůněk, 2014). Věřící křesťané se též neztotožňují s eutanázií (Ptáček a Bartůněk, 2012). Na umírání je kladen velký důraz, mělo by probíhat v naprostém

klidu a ve větší důstojnosti, aby nedošlo k přerušení k přestupu duše k Bohu (Kutnohorská, 2007). Křesťanství nabádá věřící osoby, aby se v případě potřeby postaraly o bližního svého, a aby mu pomohly v odchodu z tohoto světa (Kupka, 2014). V době smrti se křesťané modlí, zvoní umíráček, zapalují se svíce a otvírá se okno, které dává prostor duši k opuštění těla (Kandert, 2010). Svátkem zemřelých si lidé připomínají své blízké, jenž odešli na věčnost. Tento den připadá na 2. listopadu a byl pojmenován jako Dušičky (Šottnerová, 2009).

1.4.4 Pohřeb v křesťanství

Pohřební rituály patří k nejstarším projevům všech kultur a vždy měly důležitý význam (Kutnohorská, 2007). Pohřeb Ježíše Krista byl prolnut nejedním úskalím, které nakonec vyřešil Josef z Arimatie, jenž požádal Piláta o možnost pohřbení Krista do nové hrobky vytesané do skály. Ježíšovo tělo bylo zaopatřeno vsutku královsky (Funda, 2007), učedník Nikodém přinesl myrhu a aloi, Ježíš byl pomazán vonnými mastmi a zavinut do lněného plátna (Ekumenické komise pro Starý a Nový zákon, 2001).

Každý křesťan by měl mít křesťanský pohřeb, rozlučkový ceremoniál, který zesnulému projevuje úctu a pozůstalým dává naději ve vzkříšení jejich blízkého (Funda, 2007). Naposledy se uctívá zemřelý, jehož tělo se při křtu stalo chrámem Ducha svatého (Nešporová, 2013). Průběh křesťanského pohřbu, stejně tak jako způsob pohřbívání, je závislý na přáních zesnulého, pozůstalých a na knězi, kterým je pohřeb provázen (Kokaisl, 2009). V dnešní době je již možný i pohřeb žehem, ale v minulosti tomu tak nebylo, neboť byl po dlouhá léta zakázán (Funda, 2007). Ne vždy tomu takto bylo, neboť v předkřesťanském období byl přípustný pouze rit kosterní, až od 8. st. př. n. l. se začal objevovat rit žárový, který na dlouhá léta převažoval (Unger, 2002). 2. st. n. l. dominují pohřby kosterní, neboť se tento způsob, který neodporuje přirozenému návratu těla do země, pro křesťany zdál být nejideálnější (Kupka, 2014). Preference v pohřbívání těla do země, které je stále považováno za tradiční, v křesťanství převládá (Ebelová, 2012). Přidalová (1998) uvádí, že tradiční model umírání učil člověka smyslu života a smrti, konstatuje, že odstranění některých rituálů v podobě omývání a oblékání těla zemřelého rodinou, činí dnešního moderního člověka poněkud prázdným.

Pohřeb probíhá zejména jeden týden od úmrtí a to obvykle v kostele či v obřadní síni (Funda, 2007). Neboť dle Kodexu kanonického práva se má pohřeb jakéhokoli zemřelého věřícího konat na farním místě (Kodex kanonického práva, 1994). Pohřeb

se skládá z několika částí, nejdříve je proveden obřad, poté se koná průvod na místo uložení ostatků a konečnou fází je uložení ostatků do hrobu, který je vysvěcený (Stejskal a Šejvl, 2011). V mnoha zemích začíná akt pohřbu smutečním průvodem, který vede ministrant v rukou nesoucí kříž a spolu s pozůstalými míří do kostela, aby se rozloučili se zesnulým (Funda, 2007). Pokud to zákon umožňuje a jedná se o přání rodiny, před samotným obřadem může být otevřena rakev s pozůstalým, kam mu mohou blízcí pokládat předměty, které měl rád, a především se mohou ještě naposledy rozloučit (Stejskal a Šejvl, 2011). Pohřební liturgie probíhá již se zavřenou rakví, před kterou pozůstalí sedí (Funda, 2007). V naší zemi většinou začíná obřad až v kostele či obřadní síni, kde dochází k prosbám o Boží milosrdenství pro zesnulého v podobě pronášených modliteb, předčítání z Bible, dochází k proslovům, hraje smuteční hudba nebo se zpívá, hovoří se o životě mrtvého a též o jeho místě v křesťanské církvi (Stejskal a Šejvl, 2011). Po konci bohoslužby přichází čas posledního rozloučení, které se uskutečňuje buď v kostele, nebo až na hřbitově (Nešporová, 2013). Při tomto rituálu stojí kněz nad rakví a promlouvá k pozůstalým, čímž jim dává prostor pro modlitby. Vedle kněze stojí ministrant s kadidlem a svěcenou vodou, kterou je zesnulý pokropen (Stejskal a Šejvl, 2011). Po bohoslužbě za zemřelého následuje průvod na hřbitov doprovázený hudbou a zpěvem, který vede ministrant s křížem v ruce. Poslední fází pohřbu je vysvěcení hrobu a následné spuštění rakve do něj. Na počest a památku zemřelých se mohou konat pietní slavnosti, tzv. tryzny, malé soukromé slavnosti i pravidelná veřejná smuteční shromáždění (Stejskal a Šejvl, 2011)

1.5 Transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky – zaměřeno na buddhismus

1.5.1 *Vhled do buddhismu*

Buddhismus, jakožto nábožensko – filosofický systém, vznikl v Indii v 6. st. př. n. l. (Miltner, 2012). Základní charakteristika buddhismu tkví v nalezení sama sebe, jakožto lásky k moudrosti, nikoliv v Božském zjevení, byť existenci vyšších mocí nikterak nepopírá (Dufour, 2007). Označení buddhismu za religii neboli náboženství, je mnohdy sporné, neboť je častěji označován jako ligie, což v latině znázorňuje spojování, zaokrouhlování či začátek něčeho nového (Nydahl, 2006). Nynější příznivci buddhismu

uvádějí, že jsou i náboženstvím, ale podotýkají, že především náboženstvím praktickým, neboť se všechno v něm opírá v první řadě o zkušenost (Dufour, 2007).

Buddhismus se v sanskrtu, což je jeden z nejstarších jazyků, nazývá jako dharma a v tibetštině čhō, což v překladu znamená: „*Jak se věci mají*” (Nydahl, 2009). Přípona *-ismus* znázorňuje odkaz na systém praktik, přesvědčení, zkušeností či vizí (Český jazyk a literatura, 2008). Podobně jako další směry indického duchovního myšlení, navazuje na upanišady, což jsou nejstarší filosofické texty (Knotková – Čapková, 2004). Základní filosofie buddhismu se zakládá na názorech prvních věřících, kteří věřili, že život člověka neplyne po jakési přímce, ale odehrává se po kružnici (Zotz, 1995). Kružnicový aspekt života dával příznivcům jasný náhled na svět, neboť znázorňoval opakující se cyklický proces, který smrtí nekončí, ale začíná znovuzrozením (Williams a Tribe, 2011).

Buddhismus, jakožto čtvrté nejrozšířenější náboženství na světě, je spojen s postavou Siddhártha Gautama (Schmidt – Glintzer, 2011), jenž byl princ, který se narodil cca před 2 560 lety do slavné indické královské rodiny a utrpení vnímal jako podstatu lidského života (Dufour, 2007). Buddhismus je odvozen od slova Buddha, což znamená probuzený či osvícený, jedná se o čestný titul či označení, nikoliv jméno zakladatele osvobozujícího myšlení (Nyánatolika, 2010). Buddha je znázorňován člověkem, který se navždy osvobodil od všech forem strasti, kterých se zbavil plným procitnutím k poslední pravdě věcí (Dufour, 2007). Přestože nelze Buddhův skutečný život přesně datovat, prameny uvádějí, že žil přibližně v letech 563 – 483 př. n. l. (Zotz, 1995). Siddhártha Gautama se narodil Šuddhodánovi a Máje, která zemřela 7 dní po porodu (Nydahl, 2011). O malého prince se začala starat Máji sestra, Mahá Pajapáti (Narada, 2006). V 16 letech se princ oženil s Jašódharou, jež mu porodila syna Ráhulu. Do této doby byl uzavřen za zdmi paláce, což ho podněcovalo k jisté zvědavosti o okolním světě (Zotz, 1995). Ve 29 letech opustil svou ženu, dítě i palác, oblékl se jako obyčejný prostý člověk a vydal se do světa (Nyánatolika, 2010). Po tom, co princ opustil vše, jenž miloval, staly se mu tři dny po sobě jdoucí tři zvláštní okamžiky, kterými byl velmi zarmoucen a které jej ovlivnily po zbytek života (Žižlavský, 2008). První den potkal velmi nemocného člověka, druhý den vetchého starce a třetí den umírajícího člověka (Dufour, 2007). Příštího dne, po trojím nepochopitelném setkání, došlo u prince a meditujícího jogína, kterého náhodně potkal, k propojení myslí (Narada, 2006). Zážitek z poznání nemoci, stárání a smrti byl pro prince natolik zdrcující, že se rozhodl

najít prostředky, které by vedly k vysvobození z utrpení (Chopra, 2008). Po šesti letech hluboké meditace, kdy bylo princovi 35 let, zažil v indické provincii Bihár, jež je dodnes považována za nejdůležitější poutní místo buddhistů, stav osvícení neboli probuzení, a dokázal rozpoznat skutečnou podstatu mysli (Nydahl, 2009).

Probuzení tkví v uvědomění si 4 ušlechtilých pravd a v poznání osmidílné cesty, která umožňuje dosažení absolutního klidu a vyrovnanosti z koloběhů zrození, smrti a opětovného zrození (Bondy, 1991). Ušlechtilé, neboli vznešené pravdy spočívají v pravdivých koincidencích, jež si Buddha po svém probuzení vyložil (Dufour, 2007). Tyto pravdy jsou zrcadlením prostého utrpení v životě člověka, neboť jak říká první z nich, celý život je pouhým utrpením. Druhá pravda toto utrpení definuje, třetí hovoří o jeho zániku a čtvrtá ukazuje cestu k onomu zaniknutí (Jeho Svátost Dalajlama, 2002). Příčinou druhé ušlechtilé pravdy je žádostivost a touha po existenci, která tkví v dobrých i špatných činech v životě člověka, tzv. karmě, která z buddhistického pohledu označuje etický přírodní zákon příčiny a následku či čin, jenž je vykonaný se záměrem či vědomým motivem, přičemž následek tohoto činu může zpětně postihnout samotného aktéra (Miltner, 2001). Jeho svatost 14. Dalajláma (2006), jenž stojí v čele tibetských buddhistů, definuje karmu jako činy, u kterých je důležité rozpoznat způsob jejich konání, jež mohou být fyzické, slovní a duševní a hledisko následků, které mohou být ctnostné, nectnostné a neutrální. Zlepšení karmy člověku umožňuje příští výhodnější podmínky v podobě reinkarnace (Dufour, 2007). Třetí ušlechtilá pravda je v interakci se stavem absolutní blaženosti, klidu, zapomenutí a nebytí, tzv. nirvánou, které může docílit každý jedinec, pokud se dokáže odpoutat a uhasit touhu (Williams a Tribe, 2011). Čtvrtá ušlechtilá pravda je doprovázena tzv. osmidílnou cestou, která člověka může dovést ke spáse v podobě zastavení znovuzrození, skládá se z pravého názoru, pravého rozhodnutí, pravé řeči, pravého jednání, pravého živobytí, pravého snažení, pravé bdělosti a pravého soustředění (Dufour, 2007). Po osvícení se Buddha vrátil zpět do svého rodného domova, kde učil poznatky, které získal a až do svých 80 let vysvětloval učení, tzv. Dharmu (Chopra, 2008), která se v českém jazyce překládá jako doktrína znázorňující původní učení a základní zásady Buddha, kterými je zapotřebí se řídit k žádoucímu stavu probuzení (Zacharias, 2003).

Buddhismus se dělí na tři velké proudy, Hínajánu, Mahajánu a Vadžrajánu (Nydahl, 2009). Prvním a zároveň nejstarším směrem je Hínajána, neboli Malé vozidlo, které upřednostňuje zejména konzervativní mnichy, zatímco laici stojí opodál (Minařík,

1992). Mahajána, jinými slovy Velké vozidlo, je učení vzniklé kolem 1. st. n. l. po tzv. druhém Buddhovu otočení kola Dharmy. Filosofie tohoto směru dává svým příznivcům závazek zodpovědnosti za dobro ostatních, neboť jen takto se může stát dokonalou bytostí usilující o osvícení (Williams a Tribe, 2011). Proud Vadžrajána, v překladu Diamantové vozidlo, jenž se nejvíce ujal v Tibetu, je považován za nejmladší směr buddhismu (Nydahl, 2006). Tento směr spočívá v tantrismu, jenž je založený na magických rituálech, tajemných textech a složitých symbolech (Honzík, 2010). Síla tohoto směru je zároveň doprovázena nebezpečenstvím, při kterém musí být zainteresovaný jedinec doprovázen lamou, tzn. buddhistickým učitelem (Nydahl, 2010). Základní filosofií Diamantové cesty je především meditace, která má za úkol přetvořit tělo, mluvu i mysl (Nydahl, 2006). Pro tento směr je typické recitování manter, neboli posvátných slov, dále vytváření a pozorování mandal v podobě meditačních předmětů či obrazců (Werner, 2002).

Veškerá filosofie buddhismu se odvíjí od genderu a zainteresovanosti jednotlivých členů (Miltner, 2001). Buddhistická obec se skládá z obce mnišské, jež je tvořena více jak 20 let starými učedníky Buddhy žijícími v kláštorech, jenž nejsou připoutáni k ničemu a nikomu a laické, kterou tvoří muži i ženy, jež mnichy podporovali a obdarovávali (Knotková - Čapková, 2004).

Byť mají buddhisté své největší zastoupení v Asii, postupem času se rozšířili do celého světa a v současné době se jejich počet pohybuje v rozmezí mezi 150 – 500 miliony věřících (Kokaisl, 2009). Do České republiky se dostal buddhismus v 70. letech minulého století pod záštitou kvalifikovaného mistra v meditaci tradičního tibetského buddhismu jménem Lama Ole Nydahl (2009). Buddhismus v našich zemích neměl jednoduchou cestu, toto bylo ovlivněno politickým režimem, díky tomuto faktu se začal buddhismus rozvíjet až v roce 1994, kdy měl lama Ole Nydahl svou první veřejnou přednášku. V dnešní době je oblíbený svou filosofií tzv. laický buddhismus, který svým příznivcům umožňuje kombinaci Buddhova učení s běžným každodenním životem (Nydahl, 2011). Při posledním sčítání lidu, domů a bytů v roce 2011 se k buddhismu hlásilo 2 617 osob (Český statistický úřad, 2014).

1.5.2 Finalita života z pohledu buddhismu

Každý život končí smrtí a ta je brána jako podmínka života (Haškovcová, 2007). V kolektivním vědomí společnosti jsou smrt a umírání vnímány jako tajemná černá díra

a proto jsou nesmírně důležité jakékoliv znalosti, dovednosti či postoje, které by mohly přinést pochopení a detabuizovat a změnit názory společnosti na důležité finální záležitosti života (Nydahl, 2011).

Poslední věci v životě buddhisty jsou zobrazeny v tibetské knize mrtvých, Bardo Thödol, sepsané v 8. století, jež je průvodcem barda, tzv. mezistavů, a obsahuje pokyny pro zemřelé (Kolmaš, 2008). Svatošová (2002) uvádí důležitost smíření se se svou vlastní smrtelností. Powers (2007) charakterizuje smrt jako nedílnou součást buddhistického učení, neboť okamžikem, kdy si Buddha uvědomil smrt, došel k osvícení. Nutnost připomínání si smrti patří k základní filosofii buddhismu, vždyť pojímá o přirozenosti smrti, stejně tak o tom, že život netrvá věčně (Nydahl, 2011). Buddhisté věří, že existuje jedna součást těla, která je nesmrtelná a tou je rozvinutá mysl (Nydahl, 2009). Za přípravu na smrt a jakési přiblížení k ní považují buddhisté spánek a probouzení, neboť člověk v době usínání prožívá chvíli jasného světla, kdy je malátný, opouští tento svět a přibližuje se světu jinému, stejně tak jako je tomu v okamžiku smrti (Powers, 2007). Dalajlama (2006) konstatoval, že je okamžik smrti velmi důležitý a to zejména proto, že koncem jednoho života začíná druhý, nový. Nevyhnutelná smrt nastane v momentě, kdy dojde k vyčerpání všech karmických dispozic člověka (Powers, 2007). Buddhisté vnímají zdraví jako možnost fungování pro dobro všech a k jeho posílení využívají speciálních meditací, které jim mají uchovat tuto důležitou součást lidského života (Procházka, 2002). Tóthová et al. (2012) ve svém výzkumu též popisuje meditaci jako nedílnou součást života buddhistů, dále uvádí důležitost mantry, přítomnosti rodiny i duchovního. Pakliže buddhista prováděl za svého života efektivní meditaci, nejen že se mu může podařit odvrátit svou předčasnou smrt, ale též není v okamžiku smrti překvapen, neboť mu tento stav získaný meditací není cizí (Gunaratana, 2012). Význam meditace v době umírání a smrti znázorňuje i Dalajlámův výrok, který uvádí Kolmaš (2003): „*Jako buddhista věřím, že i samotný prožitek smrti je velmi důležitý. Je to chvíle, kdy člověk může dojít k nejhlubšímu a nejužitečnějšímu poznání. Z tohoto důvodu mnoho duchovních mistrů upouští svou pozemskou existenci, tj. umírání během meditování. V takovém případě se často stává, že jejich těla nezačnou podléhat rozkladu ještě dlouho poté, co jsou již klinicky mrtví*“ (Kolmaš, 2003, s. 25).

Buddhismus hovoří o utrpení, kterým jsou vystaveny všechny bytosti a samotnou nemoc chápe jako očistu těla i duše, dokonce se domnívá, že jsou všechny osoby

nemocné, ale neví o tom, neboť se choroba projevuje latentně (Jordan, 2005). Při prožívání finality života buddhisté rozjímají o věcech, které se za svůj život na Zemi naučili, přemýšlí nad Buddhou, zachovávají si mysl v ctnosti (Nydahl, 2006). Pro klidný odchod z tohoto světa je důležité, aby se umírající vzdal a odpoutal od svých nejbližších, stejně tak jako od svého těla (Rinbochay a Hopkins, 2012). V době samotného umírání se obvykle zintenzivňují veškeré pocity a empirie z prožitého života, tzn., že průběh života může plně ovlivnit průběh umírání a okamžik smrti (Kolmaš, 2008). Velký důraz je kladen na duši zemřelého, neboť je velmi důležité, aby nedošlo k jejímu narušení při oddělování od těla (Cuevas a Stone, 2007). Pro umírajícího buddhistu jsou podstatné otvory v těle, které jsou uloženy na hlavě a ve spodní části těla a slouží pro opuštění vědomí a zároveň pro vznik nového života. Pokud tělo opustí mysl levou nosní dírkou nebo lebeční klenbou, dostává se do čisté země (Cuevas a Stone, 2007). Žádoucí poloha, jež je vhodná pro opuštění duše levou nosní dírkou, kde je uloženo centrum moudrosti, je tzv. pozice spícího lva, kdy je umírající uložen na pravý bok, nohy má volně položené, levou ruku položenou na stehně, prsty pravé ruky jsou po obličeji rozprostřeny tak, aby se malíček dotýkal úst, prsteníček nosní dírkou, prostředníček oka, ukazováček ucha a palec krčních cév (Green, 2014). Druhou vhodnou polohou může být poloha vsedě při představě toho nejkrásnějšího místa na světě, což by mělo zapříčinit vydání se na cestu znovuzrození (Rinpoche, 2012).

Definice smrti je jednotlivými buddhisty vnímána odlišně, většinou je na ni pohlíženo jako na transformaci (Kokaisl, 2009). Pro buddhisty je smrt pouze přechodná stanice, která nemusí být vnímána jako negativní zkušenost či smutná záležitost, neboť věří v reinkarnaci, v převtělení, v znovuzrození (Nydahl, 2006). Smrt, jež je složeninou živlů země, vody, ohně a vzduchu rozpouštějících se v průběhu umírání, je proces velmi individuální a zapříčiňující slábnutí, chátrání organismu, dehydrataci, anasarku, ztrátu kontroly nad přijímáním a vylučováním tělesných tekutin, studenost akrálních částí těla, hypoventilaci, dušnost, tachypnoi či poruchy vědomí (Nydahl, 2009). U většiny kultur posledním výdechem a následnou apnoí nastává smrt, z buddhistického pohledu však nastane až v momentě vychladnutí srdečního centra, což je asi půl hodiny po úmrtí, které je doprovázeno bdělostí a ztrátou všech prožitků (Watts a Tomatsu, 2012). Pokud je zemřelý připraven k osvícení, zůstane v jasném světle, které se mu zjeví, pokud připraven není, usne (Kolmaš, 2008).

Následující informace poskytují základní číselné údaje týkající se velmi složitého procesu s nakládáním mrtvého těla zemřelého buddhisty. S tělem zemřelého lze manipulovat nejlépe až za tři dny po úmrtí, neboť toto je doba, kdy zemřelý spí a projevují se vnější znaky smrti v podobě vytékání exkrementů a přiznávání si absolutnosti smrti (Powers, 2007). 10 dní od úmrtí dochází ke smíření se se smrtí a v období následujících pěti a půl týdnů dochází k utváření dalšího nového života za pomoci uvolňování podvědomých dojmů (Bregman, 2003). Lidská mysl nemůže nikdy a nikam zmizet, neboť se nachází všude kolem a není ohraničená ani začátkem, ani koncem a lze ji ovládat do doby, než dojde ke znovuzrození, což bývá zpravidla v období 7 týdnů od úmrtí (Powers, 2007). V tomto období, které bývá zpravidla 49 dní po smrti, se nesmí sahat ani hýbat s osobními věcmi zesnulého (Williams a Tribe, 2011). Pozůstalí svůj smutek mírní předčítáním buddhistickým textů, čímž mrtvému pomáhají správným směrem (Kapstein, 2011). V tomto období se zemřelý nachází ve stavu bardo, přechodném stavu, který může trvat odlišně dlouhou dobu a ohraničuje úmrtí a znovuzrození a může se projevovat bdělým stavem, snem, meditací, umíráním, absolutní podstatou a unikáním (Nydahl, 2006). Samotné znovuzrození, tzv. Samsár, se může objevit v šesti provedeních, konkrétně ve třech oblastech utrpení nebo ve třech oblastech podmíněného štěstí (Kapstein, 2011).

Stejně jako v křesťanství, i v buddhismu existuje peklo, dále říše hladových duchů a říše zvířat, které jsou určené pro buddhistické hříšníky (Nydahl, 2006). Do pekla, kde je nesnesitelné horko, se dostanou osoby nejhříšnější, v kterém splácejí daně za zlou karmu, čímž u nich může dojít k očistění a následnému vstupu zpět do lidské říše (Ma'sumián, 1996). V říši hladových duchů mají všichni zúčastnění neukojitelný hlad, bloudí po Zemi a neustále žádají a prosí obyvatele o kousek jídla, nikdo je však neslyší (Nydahl, 2006). V říši zvířat jsou osoby, jež se jako zvířata narodily a musí snášet veškeré krutosti, které prožívají i zvířata. Dále existují říše polobohů, bohů a říše lidské (Ma'sumián, 1996). Všechny tyto říše jsou dočasné a je nutné, aby zemřelý dosáhl nirvány, jež je jediným možným únikem z kola znovuzrození, neboli osvobození, jež je stav blaženosti (Kapstein, 2011).

1.5.3 Doprovázení pacienta vyznávajícího buddhismus

Buddhismus lidem vysvětluje podstatu jevů, ukazuje jim, jak dělat věci moudré a přijít si tak ke štěstí a naopak vyvarovat se věcem hloupým, neboť přinášejí utrpení.

Buddhistou, jak je nazýván vyznavač buddhismu, se může stát kterýkoliv člověk na světě, který však Buddhu považuje za nejvyšší duchovní útočiště (Khyentse, 2010). Ošetřování umírajícího buddhisty bude doprovázeno jeho skromností, dobrosrdečností, upřednostňováním duchovním hodnot nad materiálními, mravností, meditací, důrazem na prevenci, čistotu těla i duše (Tóthová et al., 2012).

Mravnost tvoří tzv. podloží buddhistické cesty, skládá se ze základních předpisů, jimiž jsou: neubližovat žádným živým bytostem, nebrat, cos nedostal, vystříhat se cizoložství, neříkat nepravdu a nepřijímat nic, co zamlžuje nebo opájí mysl (Nydahl, 2006).

Buddhistická tradice nabízí jasný a srozumitelný způsob v podobě osvobození svého života od zbytečných zmatků a utrpení (Preece, 2009). Učení Buddhismu začíná tam, kde končí psychologie (Nydahl, 2006). Buddhistické nauky sice poskytují možnosti řešení životně důležitých problémů, mají však omezené možnosti v subjektivním prožívání každého člověka a možných psychologických důsledcích (Preece, 2009).

Nelehké období v podobě umírání, jakožto jedné z posledních etap v životě buddhisty na Zemi, je velmi intenzivně doprovázeno meditacemi (Tóthová et al., 2012), které se nejčastěji odehrávají v poloze zvané lotosový květ. Významná symbolika lotosu tkví především ve faktu, že přestože vyrůstá z bahna, je špínou nedotčený a znázorňuje zřeknutí se, čistotu a osvobození se z cyklické existence. Laici si přejí být oslovováni civilním jménem, mniši příjmením či sociálním postavením (Tóthová et al., 2012).

Strava podávaná buddhistům se bude odvíjet od toho, zda se jedná o laiky nebo mnichy, kteří mají nejprísrnější podmínky ve stravování, neboť se stravují jedenkrát denně, po poledni mohou přijímat pouze stravu v tekuté formě a nesmí jíst maso v syrovém stavu (Lewis et al., 2014). Všeobecně by měla být strava zdravá a bohatá, nicméně významnější specifika nemá (Tóthová et al., 2012). Někteří příznivci Buddhismu jsou vegetariáni, jiní maso jedí pouze za předpokladu, že neviděli a neslyšeli porážku zvířete a nemají jakékoliv důvodné podezření, že by bylo zvíře zabito kvůli nim (Lewis et al., 2014).

I v ošetrovatelské péči je meditace jednou z nejdůležitějších zásad buddhismu, jejímž účelem je zklidnění mysli. K meditaci používají mandalu, či Phowu, druh meditace, který má již za života zmírňovat strach ze smrti (Nydahl, 2009). Pokud umírá člen buddhistické obce, je důležité, aby si všichni v jeho bezprostředním okolí, včetně

umírajícího, zachovali klidnou a pozitivní mysl, neboť jen tato atmosféra může myslí dovolit odejít (Bregman, 2010). Z toho vyplývá, že by se před umírajícím neměly řešit jakékoliv spory, které sice mohou vyvstat, ale mohly by umírajícího na své cestě k znovuzrození výrazně poškodit. Buddhisté jsou pozitivně vnímané osoby, neboť samy věří, že se narodily na základě své správné karmy, svých správných činů, které jsou pozdějším zrcadlením získání dobrého znovuzrození, a proto jim je doporučováno, aby byly jménem umírajícího vykonávány dobré skutky v podobě odevzdávání darů buddhistické obci, potřebným či opuštěným zvířatům (Nydahl, 2009).

Hospitalizovaní u sebe mohou chtít mít obrázek či sošku Buddhy, který jim může pomoci v jejich nelehké životní situaci (Watts a Tomatsu, 2012). Buddhisté tvrdí, že z výrazu umírajícího lze vyčíst, zda člověk odchází do příjemné či nepříjemné sféry zrození (Lou, 2015). Specifika péče o umírající buddhisty se liší dle jednotlivých směrů. Jižní tradice, tzv. Theraváda totiž soudí, že znovuzrození nastává ihned po smrti, a proto nemá jakýkoliv význam provádět další aktivity, které by mohly ovlivnit cestu zemřelého (Kolektiv autorů, 2014). Oproti tomu severní tradice, Mahájána, stanovuje čas od smrti k znovuzrození na 7 – 49 dní po smrti (Williams, 2012). Tento čas je tedy prolínán mnoha praktikami, které mají pomoci zemřelému v mezistavu mezi samotnou smrtí a přerozením (Bregman, 2010). Ve všech směrech je však běžná a žádoucí přítomnost rodiny, stejně tak jako rituální omývání a převlékání, stříhání vlasů a následné procesí k místu vykonání pohřbu (Cuevas a Stone, 2007).

Konečná fáze života je velmi často doprovázená bolestí a jinými nepříjemnými příznaky (O'Connor a Aranda, 2005). Analgetická terapie je pro buddhisty běžná, neboť pokud by cítili bolest, jejich mysl by nebyla dostatečně soustředěná (Preece, 2009). Vyžadují však, aby jim analgetika či sedativa jakýmkoliv způsobem nezastřela mysl, která by umírajícímu mohla bránit v jasném uvažování (Nydahl, 2009). Vzhledem k tomu, že je hlavním cílem buddhismu dosažení nirvány, názor na eutanázii, stejně tak jako na vraždy a sebevraždy je vnímán negativně, neboť by mohly karmické následky tohoto činu zemřelého uvrhnout do nepříznivých sfér přerození (Tóthová et al., 2012). Ostatní otázky v podobě chemoterapie, dystanázie a interrupce jsou diskutabilní, ale za určitých podmínek přijatelné (Cuevas a Stone, 2007).

„Všichni umírají, ale nikdo není mrtev.“

Tibetské přísloví

1.5.4 Pohřeb v buddhismu

Pohřeb vznikl z důvodu uctívání památky zemřelých (Ondračka, 2010). Pohřební rituály byly vždy nedílnou součástí historie buddhismu, dokonce dnes bývají považovány za nejdůležitější okamžik životního cyklu (Kapstein, 2011). Poté, co Buddha zemřel, byl jeho popel rozmístěn na osm míst, kde byly následně postaveny mohyly mající tvar polokoule a později i věžovitých staveb, nazývané jako stúpy, které jsou považovány za symbolické relikviáře Buddhových ostatků (Hausten, 2006). Vzhledem k tomu, že je buddhismus celosvětové náboženství, můžeme se v buddhistickém světě setkat s nejrůznějšími způsoby pohřbívání, všichni však totožně věří, že vykonání pohřbu nesprávným způsobem může postihnout jak zemřelého, tak i pozůstalé (Powers, 2009). Je zapotřebí též podotknout, že se pohřební rituály v buddhismu odlišují dle postavení jednotlivých členů, kdy mniši mají ty nejokázalejší obřady (Williams a Ladwig, 2012). Vzhledem k tomu, že zemřelý je v době pohřbu již znovuzrozený v jiném těle, nemají pro buddhisty některá jednání v podobě okázalostí, šperků a výzdob význam, a proto je buddhisté při obřadu vynechávají (Ondračka, 2010).

Způsob jednotlivých obřadů se odvíjí od živlů tvořících smrt, konkrétně komponent země, vody, ohně a vzduchu, rozpouštějících se v průběhu umírání (Nydahl, 2006). Jednotlivé způsoby jsou děleny na pohřeb do země, pohřeb do vody, pohřeb do ohně, pohřeb do vzduchu a mumifikace (Gouin, 2012).

Přestože je v buddhismu pohřeb do země možný, nebývá zejména z dvou důvodů v Tibetu oblíbený, prvním důvodem je fakt, že vykopat jámu do téměř celoročně zmrzlé půdy je velmi náročné a druhým faktem je obava, že by takto pohřbený nebožtík mohl propadnout vampirismu (Kolmaš, 2003). Tomuto způsobu se dává přednost pouze v případech infekčních nemocí, kdy se do země ukládá tělo zabaleno do bílé látky (Powers, 2007). Pohřeb do vody je určen pro nejchudší osoby, kdy je tělo za pomoci kamenu zatíženo a vhozeno tzv. říčním bohům, dále se může provádět též u zavražděných osob (Mizuno a Tenpa, 2015). Pohřeb ohněm je pro Tibetany velmi neekonomický z důvodu nedostatku dřeva, proto je též minimálně využíván (Langer, 2007). V tibetském buddhismu dochází nejčastěji k pohřbívání pod širým nebem, k pohřbívání do země a k pohřbívání žehem (Nydahl, 2011). Při pohřbívání zemřelého pod širou oblohou, jež vykonávají rogjapové, tzv. rozbíječi těl, je tělo nejdříve

rozdrceno a rozsekáno na malé kousky, aby lépe poskytlo potravu dravým supům a jiné zvěři (Gouin, 2012). Průběh pohřbu určuje ci-pa, astrolog, který v době smrti vyhodnotí horoskop, který určuje přesné schéma nakládání s mrtvým tělem (Mills, 2003). Tělo zemřelého vykoupou mniši k tomu určené v kovové či dřevěné vaně s parfémovanou vodou bez mýdla, poté jej utřou do sucha čistým ručníkem a krom hlavy zabalí celé tělo do bílé látky, které je za rozbřesku odneseno na místo konání pohřebního aktu (Gouin, 2012). Tento obřad znamená především rituální přípravu těla pro dravou zvěř, protože pokud by zvěř tělo nechtěla přijmout, jednalo by se o zlé znamení (Bregman, 2010). Pohřební průvod vede lama, následovaný mnichy, příbuznými, kteří zpívají mantry, hrají na zvonky, bubny, lastury a trubky vyrobené z lidských kostí (Gouin, 2012). Po aktu tantrického mistra, jenž naznačí prstem mandalu na tělo zemřelého sloužící pro následné rozříznutí, odejmutí vnitřních orgánů a oddělení masa od kostí, které jsou rozlámané sekerami, je celé tělo prosypáno ječmennou moukou, která souží k přilákání supů. Samotné rozmístění kusů těla a následné krmení konaném většinou na vyvýšeném místě, často na plochém kameni, který znázorňuje mandalu, probíhá postupně, to z důvodu, aby nedošlo ke zranění zvěře, která touží po potravě (Mills, 2003). Pro případ, že by vědomí zemřelého nemohlo opustit tělo, mistr propichuje temeno lebky jehlou, až poté je hlava též roztržena a předložena supům (Bregman, 2010). Kostra zemřelého se pevně přiváže, aby ji ptáci neodnesli (Gouin, 2012). Veškeré ostatky, které zůstanou po tomto aktu, jsou znovu rozdrceny a smíchány s moukou a v podobě těsta poskytnuty opět jako potrava supům (Bryan, 2003). Můžeme se zde pozastavit nad etickou otázkou důstojnosti zemřelého. Vzhledem k tomu, že buddhisté vnímají tělo pouze jako převlek, které je po odchodu duše bezcenné, jiné způsoby pohřbu jim nepřipadají vhodné. Tento rituál představuje dokonalou likvidaci a užitkovost těla. Ondračka (2010) též popisuje, že se nejedná o znevážení zemřelého, neboť se jedná o velmi promyšlený a složitý rituál.

Velice okázalou, byť méně známou, technikou pohřbívání je mumifikace, která je určena především pro tibetské mnichy a významné osoby na poli buddhismu (Jacoby, 2007). Mumifikace probíhá v několika plnovýznamových bodech, které se skládají z vložení těla zemřelého do speciální nádoby, jež se zasype tzv. ostatkovou solí, která se v průběhu jednoho roku neustále vyměňuje, aby došlo k úplnému vysušení těla, které se uloží do meditační polohy zvané poloha lotosového květu a takto je obalena hedvábím. Takto zavinuté mrtvé tělo se obalí hrnčířskou hlínou, do níž byly přidány

drahokamy a vonné přísady (Williams a Ladwig, 2012). Pokrytí obličeje, rukou a nohou zlatem či stříbrem předchází nejvýznamnějšímu a nejposvátnějšímu aktu, který spořívá v namalování očí mumii, tzv. otevření zraku. Následuje čhörden, což je uložení mumie do hrobky, kam se mohou vkládat cenné předměty (Williams a Ladwig, 2012).

Výjimečné nejsou ani praktiky dvojího pohřbívání, které jsou nejvíce praktikované v Okinawě, kdy je zesnulý nejdříve uložen do rakve a pohřben do země a až po uplynutí tlecí doby jsou ostatky rodinou uloženy do urny (Winkelhöferová, 2001).

Pokud se odehrává pohřeb v domácím prostředí, rituály jsou doprovázeny předčítáním Bardo Thödol (Kolmaš, 2008) či jiných textů po dobu 49 dnů někým, kdo měl k zemřelému pozitivní vztah (Rinpoche, 1996). Obřad vede lama sedící na sedátku u hlavy mrtvého, mniši zpívají v domě dnem i nocí, tedy jen pokud si to rodina může z finančních důvodů dovolit (Langer, 2007). V domě jsou uzavřená okna i dveře, zemřelý je položen do kouta místnosti, později je toto místo nahrazeno figurkou, jejíž hlavu tvoří papírový obrázek, který se obřadně spálí a smíchá s hlinou, která se použije na stavbu stúp (Bregman, 2010). Po uplynutí 49 dnů se v domě zemřelého řádně uklidí, mniši v pravidelných intervalech předčítají posvátné texty, některé z obřadů mohou trvat až rok od úmrtí, po této době se může vdovec či vdova opět seždat (Waddell, 1972). Významná pomoc mrtvému spočívá v přenesení zásluh za dobré činy, která se může provádět společným litím vody do poháru, dokud nepřeteče (Kariyawasam, 1995).

1.6 Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky –zaměřeno na islám

Kapitola 1.6 čtenáře informuje o nejkontroverznějším náboženství světa. Žádné světové náboženství totiž nevzbuzuje tolik obav jako islám. Bývá spojen s terorismem, utlačováním žen, vyvoláváním občanských válek, udržováním autoritativních režimů u moci. V souvislosti s Islámem se začaly diskuse prohlubovat po 11. září 2001, které bylo projevem globálního rozměru extremismu, reprezentovaného Usámou bin Ládinem a organizací Al-Kajdá. Většina muslimů, ve shodě s názory mnoha lidí v Evropě a USA, tvrdí, že teroristy je třeba dopadnout a potrestat. Níže uvedený text poskytuje komplexnější informace o tomto náboženství, jehož zásady se uplatňují ve všech

společenských sférách, které jsou doprovázeny nejen výše popsáním, ale i láskou, sounáležitostí, citem, nadějí a pokorou.

1.6.1 *Vhled do islámu*

Islám, přestože je jedno z nejmladších náboženství, je považován za třetí největší náboženství světa, které vzešlo od Boha nazývaného Alláh a k lidem se dostalo přes Božího posla Muhammada (Müller, 1997), celým jménem Muhammad Ibn Abdalláh Ibn al-Mutallib Ibn Hašim (Kovács, 2009). Štampach (2008) definuje islám z religionistického hlediska jako významné náboženství vlastní silnou dynamiku s přesahem hranic světadílů a kultur. S tímto souhlasí i Sardar (2004), který dále dodává, že prorok Muhammad nezaložil nové náboženství, neboť hlásal poselství jako všichni ostatní prorokové Boží. Toto poselství znamená mír a oddanost Bohu, přesto, že je někdy těžké nalézt soulad mezi dobrem a zlem.

Muhammad je považován za proroka, který byl osloven Bohem a tím se ve víře ještě více utvrdil. Pelikán (1997) definuje jakým způsobem je islámskou teologií definován Prorok, když píše, prorok je svobodný dospělý muž z rodu Adamova, jemuž bylo sesláno Boží poselství, které může šířit dál, postačí však, když bude lidi vést k víře jen svým příkladným životem. Původ Islámu souvisí právě s Muhammadem, narozeným okolo roku 571 po Kristu v arabské Mekce, jež byla střediskem bohatého karavanového obchodu mezi Středomořím a jižní Arábií (Štampach, 2008). Již záhy po narození se stal Muhammad sirotkem a jeho výchovy se ujal bohatý strýc, který ho poslal za obchodem, kde se setkal s křesťany. Ve svých 25 letech si vzal za ženu čtyřicetiletou vdovu, Chadídžu, která mu porodila tři dcery. Muhammad žil do svých čtyřiceti let jako obchodník, manžel, otec od rodiny, poté se mu však dostalo zvláštní zkušenosti, kterou vykládal jako Boží zjevení a popisoval zpřístupnění odvěké pravdy Andělem Gabrielem, s kterým se začal svěřovat svému okolí, což mělo za následek rozdělení lidí na odpůrce a příznivce. Zprvu byl i on sám Božím zjevením vyděšen, jak popisuje Hitchcock (2009), byl zprvu svým prožitkem zcela přemožen, podle tradice spěchal za svou ženou, která jej skryla pod svůj plášť. Po uposlechnutí příkazu: „*Ty rouchem přikrytý! Vstaň a varuj!*” (Korán, 1991, s. 341), uposlechl výzvu a v domnění očisty lidu od pohanských způsobů začal kázat o jediném Bohu, Stvořiteli a soudci lidstva (Hitchcock, 2009). V prvních letech to neměl Muhammad jednoduché, nenechal se však tímto odradit a roku 622 po Kristu opustil Mekku a vydal se vstříc městu, kde by se

setkal s pochopením svých názorů a myšlenek, tímto místem byla Medina (Crofter, 2006). Toto přesídlení, jak popisuje Hourani (2010), se stalo slavnou událostí, od níž je datován počátek muslimského letopočtu zvaného hidžra. V následujícím období docházelo k budování silného společenství, které spočívalo i v napadání obchodních karavanů z Mekky, vypuzení většiny židovských kmenů, dokonce i v organizovaném útoku na Mekku roku 630. V tomto období zasvětil starobyrou svatyni zvanou Ka'ba Alláhovi a učinil z ní nejsvětější místo pro muslimské poutníky, které je platné dodnes (Crofter, 2006). V roce 632 Muhammad náhle zemřel, a protože za svého života nejmenoval žádného svého nástupce, na jeho místo se dostalo hned několik pokračovatelů, tzv. Chalífů. Muhammadova zjevení byla uchovávána ústní tradicí a několik let po Prorokově smrti uspořádána do sbírky nazvané Korán, čímž se Islám začal šířit do zemí celého světa (Štampach, 2008). Silnou povahu Islámského náboženství popisuje i Pavlincová (1994), která píše: *„Historické okolnosti vzniku islámu, který byl reakcí na určité krizové jevy ve společnosti, městských republik na křižovatce obchodních tras, způsobily, že první stoupenci tohoto náboženství se od samého počátku cítili být společenstvím s politickými ambicemi a že svého původního cíle dosáhli velmi záhy. To vtisklo dalšímu vývoji islámu zvláštní povahu. Nestal se pouze kultem nebo rozvolněným etickým kodexem lidí odmítajících žít v poměrech své doby. Stal se zároveň právním kodexem, který obsahoval stále přesnější a složitější představu o otázkách každodenního života, mezilidských vztahů, trestního práva, státoprávního uspořádání a vztahu k nemuslimskému okolí. Vedle otázek ryze kultovních či věroučných vznikl islám jako jakási „státní ideologie“, jež měla po všech stránkách vysvětlit a zaštitit další rozvoj obce věřících. Islám byl od počátku spíše náboženstvím společenské praxe”* (Pavlincová, 1994, s. 337 – 338).

Vznik Islámu, který znamená odevzdanost Bohu, se datuje přibližně do šestého století do oblasti dnešní Saudské Arábie. Počátky islámu Müller (1997) vymezuje na časové a místní období, kdy popisuje, že mu předcházela vznik polyteistického náboženství, které v té době převládalo na Arabském poloostrově, které zahrnovalo jak hornatou, tak i vegetací oplývající oblast jihozápadního cípu Jemenu, nazývaného také jako Šťastná Arábie. Islám prošel za dob své existence mnoha změnami. První z nich se datuje k roku 632, kdy došlo k uzavření Muhhammadovy pozemské pouti, což vedlo k rozdělení náboženství na dva protichůdné směry vycházející z os nejstarší islámské sekty, jež prosazovala přísné etické zásady vycházející od cháridžovců a ší'a (Hourani, 2010).

Oba směry byly proti většinové Sunně. Později docházelo k dalším rozdělením islámu, konkrétně na proudy súfismus, lidový islám a islámská bratrstva, ichwán (Müller, 1997). Specifika se mohou odvíjet od základního dělení islámské víry, existují totiž dvě formy islámu, Sunnitě a ší'ité (Štampach, 2008). Ší'itský islám je oficiálním náboženstvím Íránu a jeho příznivci jsou věrnými následovníky Ší'at Alího, což byl Muhammadův bratranec, jenž byl čtvrtým Chalífou neboli Muhammadovým nástupcem. Tento směr, byť tvoří pouze cca 10% všech muslimů, vznikl proto, že jeho příznivci věří, že Prorokův odkaz mohou střežit pouze příslušníci jeho vlastní rodiny. Sunnitský islám, jenž vychází ze slova Sunna, což v překladu znamená cesta, je rozšířen do celého světa a tvoří asi 90 % všech muslimů (Keene, 2003).

Keene (2003) se zamýšlí nad faktem počtu vyznavačů Islámu, jimiž jsou muslimové. Říká, že muslimové žijí po celém světě, nejvíce z nich je však soustředěno do oblastí Severní Afriky, Předního východu a Jihovýchodní Asie. K počtům muslimů se vyjadřuje i Štampach (2008), který říká, že je Islám co do počtu stoupenců druhým nejsilnějším náboženstvím světa, na což svědčí i skutečnost, že roste rychleji, než je přirozený generační přírůstek. Dále dodává, že v posledních desetiletích vstoupil do západní a střední Evropy a do Ameriky a stal se v některých zemích druhým nejpočetnějším náboženstvím, hned po křesťanství. V současné době tvoří muslimskou komunitu v ČR převážně obchodníci, studenti a Češi, kteří věří v Islám (Vojtíšek, 2004). Bahbouh et al. (2008) popisuje první muslimskou obec ČSR, která byla založena roku 1934 hádždží M. A. Brikcius, která však v roce 1945 zanikla. Opakované pokusy o registraci v letech 1968-1989 nebyly úspěšné. Zlom nastal v roce 1991, kdy se konala ustavující schůze Ústředí muslimských náboženských obcí v ČSFR, kde byly přijaty stanovy a volby osmičlenného výboru, v jehož čele stál Mohamed Ali Šilhavý, jenž působil jako středoškolský profesor v Třebíči. V roce 2004 byla oznámena registrace Ústředí muslimských obcí a zároveň bylo dodáno, že i když funguje jako právnická osoba působící na území České republiky, její práva jsou omezena (Bahbouh et al., 2008).

Základní myšlenkou islámu je přísný monoteismus, víra v jediného boha, kterým je Alláh (Hrbek, 2000). Al-Sbenaty (2003) dále přidává další přívlastky boha v podobě slov jako vševidoucí, milující, ochraňující. Ostřanský (2009) definuje Alláhabd a jako Stvořitele Veškerenstva, Jediného a Jedinečného, dále jako Pána, který nemá k sobě rovného a dále píše, že Alláh je pro muslimy vším, východiskem, středem i smyslem

života, má svou podstatu, přívlastky, vlastnosti, jež mu jsou přisuzovány, nazývá se tolika krásnými jmény, které bývají lidem zčásti přeneseny ve formě slov Velký, Milosrdný, Vládce, Božstvo apod.. Islám nabízí svým příznivcům vstupenku k pochopení mnoha záhad, které se v životě člověka přirozeně objevují, pomáhá jim nalézt nejbezpečnější cestu k pravému poznání a duchovnímu pochopení, pravou stezku k dobrému chování a ke zdravé morálce, a to vše proto, že je nejjistější průvodce směrem ke štěstí a prosperitě (Abd al-‘Átí, 2010).

Život muslimů se řídí několika principy, přičemž nejdůležitější je islámské právo šarí‘a, což v překladu znamená cestu, kterou je třeba se ubírat (Müller, 1997). Islámské právo, nazývané jako šarí‘a, se utvářelo cca od 8. století, kdy docházelo k přísným kontrolám v dodržování tradic s odvoláním na výroky samotného Proroka (Küng, 2006). Müller (1997) definuje islámské právo a zákon vycházející ze třech zdrojů, jimiž jsou Korán, Sunna neboli soubor tradic a Hadithu neboli krátká vyprávění proroka Muhammada. Na znalostech a zběhlostech islámského práva se podílí právní věda neboli fikh a teologové – právníci, nazývaní jako fakíh. Protože Islám sbližuje právo a morálku, hodnotí lidské konání na základě pěti kategorií, jimiž jsou činy přípustné, doporučené, závazné, odpudivé a zakázané (Müller, 1997). Důležitost Boha vychází z Koránu (1991), kde stojí: „*Není Boha, kromě Alláha a Muhammed je jeho prorokem a nemá žádného syna.*” O samotném Alláhovi poté píše: „*Oslavuj jméno Pána svého nejvyššího, jenž vše stvořil a vyrovnal, každý osud předurčil a usměrnil, jenž pastviny k životu vyvolal a potom je v pěnu zčernalou přeměnil!*” (Korán, 1991, s. 115). Druhým nejvýznamnějším spisem je Hadíth, neboli tradice, v které je zaznamenán život a skutky Muhammada a rané muslimské společnosti.

V souvislosti s islámem Kropáček (2006) popisuje termín Islamophobia, Laqueur (2012) hlouběji informuje, když píše, že po roce 1998 byla vytvořena pracovní skupina zabývající se strachem z islámu a muslimů a nenávisti k nim, kterou vedl Gordon Conway. Bahbouh et al., (2008) vidí výklad tohoto pojmu jako velmi diskriminující, nevědecký a jednostranný. Laqueur (2012) však popisuje, že tento termín vznikl zejména v souvislosti s teroristickými útoky, kterých byly Islamistické státy součástí. S tímto tématem jistě souvisí radikální islamismus, jak píše Müller (2010), kdy se o něm mluví především v souvislosti s náboženskou válkou a terorismem, který slouží jako zbraň revolučním fundamentalistům. Jedním z nejkontroverznějších termínů islámské víry je Džihád, který je právními znalci rozčleněn do čtyř forem

charakterizovaný jako džihád srdcem, aneb boj s vlastními pokušeními a hříchy, prohlubování osobní zbožnosti, džihád jazykem, aneb šíření pravdivého a odmítání špatného, džihád rukou, aneb obecně záslužná nebo charitativní činnost a džihád mečem, aneb obrana islámu silou a zbraní, boj proti vnějšímu nebo vnitřnímu nepříteli (Mendel, 1997). Jandourek (2010) se pouští do diskuse, kdy obhájí, že ne všichni muslimové jsou zároveň teroristé, problém však nastává při opačném porovnání, neboť skoro všichni teroristé jsou zároveň muslimové. Dále Jandourek (2010) poukazuje na fakt problematického čerpání ropy, stejně tak začleňování muslimů do majoritní společnosti.

1.6.2 *Finalita života z pohledu islámu*

V islámské tradici je důležité rozlišovat individuální a kolektivní eschatologii, přičemž individuální se zabývá obdobím, které nastane okamžikem smrti a trvá až do dne posledního soudu, od kterého nastává eschatologie kolektivní (Ostřanský, 2009).

Představy o posmrtném životě, jež jsou v závislosti na identifikaci s vlastním náboženstvím a konkrétního proudu náboženství, jsou zrcadlením celého života muslimů, kteří se již za svého života připravují na pobyt v hrobě. Rosen (2008) popisuje tyto přípravy na smrt v podobě pokání, sepsání poslední vůle, trpělivosti, modliteb a přijetí samotné smrti bez výrazných obav. S otázkami finality života v islámu souvisí i nemoc se samotnou smrtí, které jsou vnímány jako trest pocházející od Alláha, avšak není vlastně trestem, když je zároveň cestou k němu samotnému (Čermáková, 2011). Muslim by neměl umírat sám a případné bolesti by měly být tlumeny (Kutnohorská, 2013).

Okamžiky smrti mohou být uklidňující, ale i děsivé a jsou spojené s odměnami a tresty, které budou po smrti následovat. Rosen (2008) popisuje, že na jednu stranu by se muslimové na smrt neměli těšit, na druhou stranu, je posmrtný život přirovnávám životu v přepychu, do kterého dostal vstupenku na základě své víry.

Smrt není konec, nýbrž přestup do života věčného plného blaženosti (Čermáková, 2011). Muslimové věří, že jednoho dne budou opět oživení, protože přijde Den zmrtvýchvstání, jawmu 'l-qijáma. Po tomto soudu se ocitnou v ráji nebo pekle různých stupňů. Nejvyšší stupeň v ráji znamená shledání se s Bohem a každý vyšší stupeň v pekle s sebou nese větší a větší utrpení (Kopecký, 2014). Korán (1991) definuje

důležitost víry v poslední soud, neboť zde stojí: „*A zahyne všechno kromě tváře Jeho – a Jemu nálež rozhodnutí a k němu budete navráćení*” (Korán, 1991, s. 350). O další skutečnosti Poslední soudu píše i Müller (1997), který popisuje ten strašlivý den, kdy mají nahé bytosti v ruce dřímající účetní knihu skutků předstoupit před Boha. Muslimové žijí v naději, že pokud byl jejich život příkladný, dostane se jim ráje.

V období finality života mají zvláštní pozornost anděl Gabriel, zvaný jako Džibríl, který přináší boží příkazy, dále Michael, Mišil, jenž dohlíží nad celým světem. V době posledního soudu má zvláštní význam anděl smrti, Azráíl, který zaduje na svou troubu a ohlásí konec. Satan, Šajtán, je padlý anděl, který se svým chováním a jednáním vzepřel Bohu (Müller, 1997). Ostránský (2009) popisuje, že duši z těla odebírá anděl smrti a tento proces probíhá hladce pouze u věřících, kdežto útrapami je provázen u hříšníků a nevěřících. Muslimové nevědí, co se děje s duší hned po smrti, domnívají se však, že se v hrobě musí podrobit výslechu andělů, kteří pokládají zemřelému v hrobě tři otázky. Kdo je tvým bohem? Kdo je tvým prorokem? Jaké je tvé náboženství? Správné odpovědi jsou: Můj bůh je Bůh/Alláh, můj prorok je Muhammad a mé náboženství je islám. Pokud budou andělé spokojeni s odpověďmi, pak se z hrobu stane ráj. Pokud však spokojení nebudou, zesnulý bude čekat na den posledního soudu v nepříjemném rozpoložení a v útrapách (Kopecký, 2014).

Významným rituálem je provedení rituální očisty těla dle přesně stanovených postupů, při které se pronášejí modlitby. Pokud je to možné, měl by umírající muslim ležet na pravém boku s tváří otočenou k Mekce, přičemž by měl poslouchat předříkávání šahády (Kopecký, 2014).

1.6.3 Doprovázení pacienta vyznávajícího islám

Doprovázení muslima je spojené s tím, že islám není pouze náboženstvím, ale i životním stylem, který je podmíněn absolutním způsobem života zasahující duchovní i společenskou oblast řídící se Božím zákonem, islámským právem. Tento zákon, nazývaný jako šarí'a, spočívá ve třech základech, jimiž jsou Korán, Sunna a fikh (Müller, 1997). Nauka islámu má tři složky, jimiž jsou dogma, mravy a služba Bohu (Bahbouh et al., 2008).

Pro umírající a jeho rodinu hraje, nejen v těžkých chvílích, velkou roli Korán, jenž je svaté písmo muslimů a sbírka textů o Muhammadově prorocké činnosti a zjeveních,

kterých se mu od Boha dostalo (Hrbek, 2000). Název Koránu vychází z arabského slova qara'a znamenající číst a přednášet. Korán byl vytvořen krátce po Muhammadově smrti na základě ústních a písemných zdrojů, kterých byl svědkem. Keene (2003) dodává vznešenost těmto textům i ve své publikaci, kde popisuje, že muslimové s Koránem zacházejí s největší úctou, protože věří, že se jedná o smuteční slovo Boží, které bylo předáno Muhammadovi podle originální kopie uchované v nebi. Autorem Koránu je jednoznačně Bůh, protože je psán bezchybnou arabštinou a jeho recitace zajišťuje věřícím milost. Je tvořen ze 114 kapitol, zvané jako sůry, které jsou sestavené z veršů (Hitchcock, 2009). Hrbek (2000) píše, že styl Koránu není jednotný, což je dáno odlišnou dobou vzniku jednotlivých částí. Zatímco některé starší části jsou vznešené, novější mají spíše prozaický charakter a postrádají básnického vzletu. Dále poukazuje na fakt, že nelze zapomínat na to, že Korán je dílem spíše rétorickým než básnickým, který je doplněn texty vyprávěcími, nařízeními a příkazy. Obsah Koránu je pro muslimy víra ve zjevení Stvořitele (Abd al-‘Átí, 2010), který všechny muslimy učí, jak prožít život v naprosté podřízenosti jedinému Bohu, včetně vnímání víry v existenci andělů, prostřednictvím nichž dostal Muhammad zjevení (Müller, 1997).

Život každého muslima je provázen tzv. 5 pilíři víry, nazývanými jako 5 sloupců islámu, což je základní kámen celé filosofie islámu (Keene, 2003). Tradice říká, že pilíře vznikly v době, kdy se muž tázal Muhammada po svých povinnostech. Duchovní a společenský život muslima se opírá o 5 pilířů islámu, kterými jsou šaháda – vyznání víry, salát - modlitba, saum – půst v měsíci ramadánu, zakát – almužna či náboženská daň a hadžd, pouť do Mekky (Štampach, 2008). Pro důkladnější pochopení přikládáme bližší charakteristiku jednotlivých pilířů. Šaháda neboli vyznání víry, je závazná pro všechny muslimy a náleží jí přívlastek nejdůležitější ho pilíře ze všech. Víra v jednoho Boha se nazývá tawhíd a je zakotvena v Koránu, stejně tak jako jeho jedinečnost je odrazem každé osobnosti, které Bůh stvořil s úmyslem nerozdílnosti. Vše na světě patří Bohu, neboť on je jeho tvůrcem (Sardar, 2004). Salát je povinnou modlitbou, která se koná v arabštině předepsaným způsobem a to vždy pětkrát denně, konkrétně za úsvitu, v poledne, odpoledne – uprostřed poledne a západem slunce, při západu slunce a v noci po vyhasnutí posledních červánků (Štampach, 2008). Sardar (2004) definuje Salát jako modlitbu skládající se z vnitřních a vnějších skutků, jež zahrnují očistu těla, záměr odříkání modlitby, prosbu a milost odpuštění, odříkání příslušných formulí a odříkání veršů Koránu doprovázené pohyby

těla. Modlitby se mohou konat v mešitě i na jakémkoliv jiném místě a skupinově i samostatně. Pátek je dnem, kdy jsou modlitby doplňované kázáním a čtením z Koránu (Štampach, 2008). Důraz na modlitby popisuje i Keene (2003), kdy píše, že: „*Modlitba je tak zásadně důležitá, že každý, kdo se záměrně vyhýbá modlitbám, vylučuje sebe sama z muslimské komunity. Modlitba posiluje víru a pomáhá věřícímu nalézt opravdový vnitřní mír*” (Keene, 2003, s. 134). Sawm neboli Saum je půst, který se odehrává v posvátném měsíci ramadánu, kdy je zakázáno od východu do západu slunce cokoliv jíst a pít. Jedná se o dobu pokání a rozjímání (Štampach, 2008). Ramadán je Sardar (2004) popsán jako pozoruhodné duchovní cvičení s návodem k posílení sebejistoty a sebeovládání. Půst v lunárním měsíci zahrnuje zdržení se jídla a pití, kouření a sexu, dále i špatných myšlenek, činů a výroků. Další povinností muslima je Zakát neboli Almužna, povinná almužna či náboženská daň, která slouží na charitativní účely (Štampach, 2008). Tento pilíř vychází z faktu, že jednou z nectností člověka je lakomství, k čemuž má Islám záporný postoj (Bahbouh et al., 2008). Tuto filosofii dále popisuje Sardar (2004) svým popisem této šlechtnosti, kdy by měl chudým, nuzným, výběřčím almužny, otrokům či pocestným patřit díl financí zámožných a to dokonce tak, že na něj i mají nárok. Zakát je každoročně odváděná částka, která se vypočítává z příjmů a úspor poplatníků, tzn., že pokud muslim nevlastní majetek, který by dosahoval určité výše, je této povinnosti zproštěn (Crofter, 2006). Zakát se netýká pouze financí, nýbrž také plodin a zvířat. Část almužny je vynakládána na válku s nevěřícími a část na veřejné služby a instituce. Získané prostředky by měly být rozděleny v kraji, kde byly vybrány a jejich použití může nastat jen za určitých podmínek, mají pomoci očistit duše od následků lakoty a chamtivosti, uchránit majetek od zkázy, podpořit životy chudých a nuzných, upevnit a šířit lásku mezi lidmi, potírat a zmenšovat zločinnost, protože ta pramení zejména z nemajetnosti a chudoby (Bahbouh et al., 2008). Posledním povinným pilířem je Hadždž, která od poutníka vyžaduje přerušeni veškerých světských činností a oddání se Bohu (Sardar, 2004). Keene (2003) definuje Hadždž jako jednu z největších náboženských událostí konaných každoročně, kterou je povinen vykonat každý zdravý muslim alespoň jedenkrát za život. Štampach (2008) tuto skutečnost upřesňuje, když píše, že do svatého města má putovat každý, kdo je toho schopen zdravotně i finančně. Tento projev islámu v praxi značí úsilí věřících, které se projeví ve shromáždění několika milionů věřících muslimů z celého světa na jednom místě (Sardar, 2004). Genderové rozdíly jsou patrné i při vykonávání Hadždž, kdy by ženy neměly cestovat bez doprovodu muže. Pouť, jež je prováděná

modlitbami, odříkáváním posvátných textů, vnitřním rozjímáním a pohybem, začíná shromážděním kolem Ka'by, což je budova na nádvoří Velké mešity, v níž je zabudovaný černý kámen spadlý z nebe, neboť bylo toto místo prohlášeno Muhammadem za svaté (Štampach, 2008) a končí přesunem z Mekky do údolí Mina na pahorek Arafát k mešitě Mudzalífa, kde muslimové prožívají vrcholné okamžiky svého života, po kterém se navracejí zpět do údolí (Sardar, 2004).

Specifika ošetrovatelské péče muslimů mohou být spojena se strukturou společenského života, která může být vznešená, zdravá a zahrnuje vše jako lásku, milosrdenství k mladým, úcta ke starým, útěcha a klid pro trpící, návštěvy u nemocných, úleva zarmoucených, city opravdového bratrství a společenské solidarity, úcta k právu jiných lidí na život, majetek a čest, vzájemná zodpovědnost mezi jednotlivcem a společností (Abd al-‘Átí, 2010).

Velmi diskutovaným tématem je stravování, které vychází z potřeb dodržování ramadánu a zákazu pojídání vepřového masa a zvířat, jež nebyla zbavena krve, dále zdechlin a zardoušené zvěře. V Koránu (1991) se totiž píše: „*A jsou vám zakázány zdechliny, krev, vepřové maso s to, co bylo zasvěceno jinému než Bohu, dále zvířata zardoušená či zabitá úderem, pádem či bodnutím rohu nebo zakousnutá divokou zvěří*” (Korán, 1991, s. 598). U muslimů též platí zákaz požívání alkoholu (Müller, 1997).

Muslimové kladou velký důraz na rodinu, šarí‘a také určuje uzavření manželství a rodinný život (Knotková - Čapková, 2008). Rodina je brána jako základní prvek muslimské společnosti, kde se upřednostňuje především rozšířená rodina, která má nejen práva, ale i povinnosti vztahující se na oblast rodinného práva, zabezpečení a zaopatření celé rodiny, vztahu mladší generace ke starším a její zachování (Abd al-‘Átí, 2010). Důležitost rodiny je zrcadlením svátků a rituálů, kde je rodinné pouto velmi důležité. Významná rodinná oslava se koná při narození dítěte, a pokud se narodí chlapec, je to svátek i pro celý rod, neboť jsou majetek spolu s dětmi ozdobou pozemského života (Bahbouh et al., 2008). Dalším významným svátkem je obřízka chlapců, po které se koná velká oslava, při které se na střechy hází nádoba, jejíž hlasitý zvuk má dát dítěti prostor k zapomení bolesti. Štampach (2008) kladně hodnotí péči o zestárlé rodiče, kterou Ibrahim (2009) doplňuje o způsob pečování, který musí být doprovázen s největší úctou, laskavostí a pokorou.

Problematickou oblastí se zdá být postavení žen v islámu a jejich práva a povinnosti, které se mohou prolínat i do ošetrovatelské péče. Což dokazuje i Kropáček (2006), kdy píše, že kritika genderových vztahů nepochybně patří k nejfrekventovanějším tématům vzájemných výtek a polemik mezi proamerickým a islámským světem. „*Postavení ženy v islámu je zcela jedinečné, zcela novátorské, nepodobá se postavení ženy v žádném jiném systému*“ (Abd al-‘Átí, 2010, s. 183). Ženy se stejně jako muži řídí Koránem, avšak každá země k právům a svobodě žen přistupuje odlišně. Robinson (2009) popisuje, že málokteré téma svádí badatele zabývající se muslimskou společností tak neodbytně, jako postavení žen. Přestože má žena stejné náboženské povinnosti jako muž, pouť do Mekky musí žena absolvovat pouze v doprovodu muže, při modlitbách ženy stojí stranou nebo v řadách za muži (Knotková – Čapková, 2008). Postavení žen je dáno Koránem (1991), kde se píše: „*Ženy prorokovy! Nebud’te jako lecjaká jiná žena! Zdržujte se důstojně ve svých domech a nestavte na obdiv ozdoby svoje podle způsobu dřívější doby nevědomosti...*“ (Korán, 1991, s. 548). „*Žena v koránském pojetí má právo hádat se dokonce i se samotným Prorokem islámu. Nikdo nemá právo jí nařizovat, aby mlčela. Není povinna považovat svého manžela za jeden jediný zdroj informací v otázkách práva a náboženství*“ (Abd al-‘Átí, 2010, s. 23). Vzdělané ženy souhlasí s tvrzením, že jim Korán poskytuje lepší podmínky pro život, než šaría a to i přesto, že Korán vyžaduje podřízenost ženy před mužem (Küng, 2006). Problematiku nadřazenosti muže bychom rády demonstrovaly na úryvku z Koránu (1991): „*Muži zauímají místo nad ženami proto, že Bůh dal přednost jedněm z vás před druhými, a proto že muži dávají z majetků svých (ženám). A ctnostné ženy jsou pokorně oddány a stráží skryté kvůli tomu, co Bůh nařídil strážit. A ty, jejichž neposlušnosti se obáváte, varujte a vykažte jim místa na spaní a bijte je! Jestliže vás však jsou poslušny, nevyhledávejte proti nim důvody! A Bůh věru je vznešený, veliký*“ (Korán, 1991, s. 524). Muslimské ženy mohou pracovat pouze po dohodě s manželem, většinou se však starají o domácnost a výchovu dětí, mohou vlastnit majetek, mohou se vzdělávat (Self, 2009). Muž se smí oženit se čtyřmi ženami, avšak žena, která by si vzala více jak jednoho manžela, by se dle zákona dopustila cizoložství a čekal by ji za to ten nejpřísnější trest (Keene, 2003). V Koránu (1991) však stojí: „*Cizoložníci a cizoložníka zbičujte, každého z nich sto ranami! ... Ty, kdo vrhají podezření na počestné ženy a pak nepřivedou čtyři svědky, zbičujte osmdesáti ranami ...*” (Korán, 1991, s. 554). Muž se smí oženit i se ženou jiného vyznání, která se nemusí obrátit na muslimskou víru, kdežto žena si smí vzít pouze muslima. Muž se může rozvést bez udání důvodů, kdežto žena se smí rozvést

jen z přesně stanovených důvodů, přičemž děti připadají automaticky otci. Při dědickém řízení muži náleží dvakrát větší podíl z majetku než ženě, stejně tak i svědectví u soudu, které se u muže bere dvakrát vážněji než u ženy (Robinson, 1996).

Do rodinného práva patří manželství, polygamie, rozvod, oblékání a zahalování. Bahbouh et al. (2008) popisuje, že manželství záslušnější, než svoboda. Manželství se uzavírá za přítomnosti dvou svědků, přičemž nejdůležitější částí smlouvy je stanovení výše daru, tzv. mahru (Kropáček, 2006). Polygamie je stanovená v Koránu (1991), kde stojí: „... *berte si za ženy takové, které jsou vám příjemné, své, tři a čtyři; avšak bojíte-li se, že nebudete spravedliví, tedy si vezměte jen jednu ...*” (Korán, 1991, s. 519). Rozvod neboli talár patří mezi nejhorší tzv. dovolené věci. Islám je proti násilnému udržování manželství (Bahbouh a kol., 2008).

Celosvětovou problematikou se zdá být tematika oblékání a zahalování, jejíž dodržování může být při doprovázení značně náročné. „*Řekni věřícím, aby cudně klopili zrak a střežili svá pohlaví – a to je pro ně čistší, vždyť Bůh dobře je zpraven o všem, co konají. A řekni věřícím ženám, aby cudně klopily zrak a střežily svá pohlaví a nedávaly na obdiv své ozdoby*“ (Korán, 1991, s. 557). Přestože Islám přesně neurčuje konkrétní oblečení, dává ženám i mužům doporučení, kterých by se měli držet. U mužů se doporučuje zahalení od břicha ke kolenům, přičemž by neměli nosit oděvy vyrobené z čistého hedvábí a zdobit se zlatem, neměli by nosit oblečení připomínající ženské šaty (Bahbouh et al., 2008). Abd al-‘Átí (2010) popisuje důležitost oblečení, které by mělo zohledňovat zásady slušnosti, skromnosti, cudnosti, ale i mužnosti. Dále definuje, že je nutné potlačování ozdob i oděvních materiálů, jež by mohly oslabit mravnost člověka či podlomit jeho mužnost. Ženy si zpravidla zakrývají vlasy a šíjí šátkem, tzv. hidžábem, nosí volný dlouhý šat. Přestože Karlík (2011) popisuje, že být zakrytá závojem znamenalo již od nejstarších dob výsadu počestnosti a poctivosti, Korán výslovně zakrývání obličeje nepřikazuje, ono zahalování vychází z místních zvyků a rituálů (Kropáček, 2006). Dalším způsobem zakrývání je nikáb, který zahaluje celý obličej, krom očí. Alternativa nikábu je tzv. poloviční nikáb, kde je ženám vidět krom očí i nos a čelo. Nejčastějším zahalovacím oblečením v Íránu je čádor, který znamená v překladu stan, který sice odhaluje obličej, ale zbytek těla je zakryt až po kotníky (Karlík, 2011). Tureckou verzí zahalování je Jašmak, který se skládá ze dvou částí, a to z pokrývky hlavy a závoje, který bývá většinou průhledný. Šajla a Amira jsou pruhy látky, které zakrývají hlavu, potažmo krk a ramena. Nejkontroverznějším

způsobem zahalování je burka, která zahaluje celé tělo ženy včetně její tváře. Vizualní vjem je umožněn dvěma odkrytými otvory pro oči nebo síťkou. Přestože se s burkou můžeme setkat kdekoliv na světě, typická je pro Afganistán (Karlík, 2011). Zahalování se liší stát od států, přesto v posledních letech v muslimské společnosti znamená být dobrou muslimkou.

1.6.4 Pohřeb v Islámu

S tělem zemřelého je nakládáno dle náboženských zákonů (Doležalová, 2006). Po skonu se zemřelému zavrou oči, podváže se mu čelist, horní končetiny se ukládají na břicho a nahé tělo je překryto plátnem (Čermáková, 2011). Po tomto aktu následuje rituální omývání, při kterém jsou zakrývány intimní partie zesnulého (Doležalová, 2006). Ženu omývá zpravidla žena, muže muž. Po opakovaných omývacích procesech s vonnými směsmi a lotosovými květy či kafrem, je mrtvý oblečen do plátěného rubáše, čímž je připraven k neodkladnému pohřbení (Kutnohorská, 2013). Neodkladnost znamená zpravidla 24 hodin nebo nejdříve, jak jen je to možné.

Tělo zemřelého je přeneseno na modlitební místo, které musí být rituálně čisté, zpravidla se jedná o mešitu, kde bývá pronesena krátká modlitba a poté následuje uložení mrtvého do hrobu (Čermáková, 2011). V muslimských zemích je zcela běžné pohřbívání do hrobu bez rakve, což vede muslimy z celého světa nechat se převézt do zemí svého původu, protože tento akt není zpravidla v žádných jiných zemích povolen (Kopecký, 2014). Pokud měl muslim vodu přivezenou ze své pouti v Mekce, před uložením těla do hrobu dochází k pokropení jeho těla. Pokud zemřelý muslim za svého života vykonal pout' do Mekky, je pohřben do bezešvé látky, kterou použil jako svůj poutní oděv (Ondračka, 2010). Pozůstalí prosí Alláha o odpuštění, za zemřelého odříkávají modlitbu, po které musí být rituálně očištění. Tělo bývá do hrobu pokládáno v poloze na pravém boku tak, aby tvář směřovala k Mekce. Hrob je stejně jako celý pohřební akt, prostý, dominující navršená hlína s jedním kamenem zajišťuje rovnost všech lidí. V České republice se pro muslimy nacházejí dvě pohřebiště. Jedno z nich je v Praze a druhé leží v Třebíči (Doležalová, 2006).

Pohřeb, který je nazýván džanáza, se koná bez většinou účasti žen, a to proto, aby jejich projevy smutku nenarušily důstojnost takto důležitého obřadu (Ondračka, 2010). Za 40 dní od pohřbu se koná zádušní vzpomínka, dhikrá al – arba'ín. Návštěvy hrobů jsou muslimy podporovány, protože mají věřícím stále připomínat smrt (Rosen, 2008).

Tuto kapitolu bychom rády ukončily citátem od Wiliama Shakespeara: „*Nic není samo o sobě ani dobré ani špatné. Záleží na tom, co si o tom myslíme.* ”

2. CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU

2.1 Cíle práce

1. Zjistit a zpracovat specifika transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky ve vztahu k ošetrovatelské péči.

Dílčí cíle:

- a) Identifikovat problémy a očekávání v oblastech transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky.
- b) Zjistit vztah mezi spiritualitou a postoji ke smrti u vybraných minorit na území České republiky.
- c) Zjistit vliv míry subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením na transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti.

2. Zjistit zkušenosti sester s transkulturním ošetrovatelstvím.

Dílčí cíl:

- a) Zjistit informovanost sester o transkulturních rysech, pravidlech a kulturních vzorech při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky.

3. Zjistit možnosti využití koncepčního modelu ošetrovatelského posuzování Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar a koncepčního modelu kulturních kompetencí Larry D. Purnell v problematice transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky.

Dílčí cíl:

- a) Modifikovat ošetrovatelskou dokumentaci dle koncepčního modelu ošetrovatelského posuzování Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar a koncepčního modelu kulturních kompetencí Larry D. Purnell pro vybrané minority na území České republiky.

2.2 Hypotézy

1. Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání se liší dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení.
2. Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti se liší dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení.
3. Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání jsou závislé na míře subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.
4. Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti jsou závislé na míře subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.
5. Existuje statisticky významný vztah mezi tabuizací problematiky umírání a smířením se s vlastní smrtelností.
6. Existuje statisticky významný vztah mezi tabuizací problematiky smrti a smířením se s vlastní smrtelností.
7. Existuje statisticky významný vztah v postoji vítaného přijetí smrti u lidí věřících a nevěřících.

2.3 Výzkumné otázky

1. Jaká specifika v oblastech transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti mají vybrané minority na území České republiky?
2. Jakým způsobem si vybrané minority na území České republiky přejí respektovat transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti?
3. Jaké zkušenosti mají vybrané minority na území České republiky s poskytováním transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti?
4. Jaké jsou možnosti využití koncepčního modelu ošetrovatelského posuzování Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar a koncepčního modelu kulturních kompetencí Larry D. Purnell u vybraných minorit na území České republiky?
5. Jaké jsou možnosti využití modifikované ošetrovatelské dokumentace u vybraných minorit na území České republiky?

2.4 Operacionalizace pojmů

Teoretický rámec výzkumu slouží k ohraničení teoretických zdrojů, s kterými bude v rámci výzkumu pracováno (Miovský, 2006). Definované teoretické zdroje jsou v podobě pojmů převáděné na empiricky zjiřitelné, nějakým způsobem měřitelné či tříditelné údaje, které poskytují informace o perspektivě, prostřednictvím které bude na výzkumný problém nahlíženo (Reichel, 2009).

Základním výzkumným problémem realizovaného výzkumného šetření jsou transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky.

Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory

Transkulturní ošetřovatelství je oblast ošetřovatelství zabývající se zkoumáním světových kultur a subkultur s ohledem na jejich rysy, pravidla a kulturní vzorce chování. Dle Kutnohorské (2013) vychází transkulturní přístup ze vzájemné interakce mezi minoritou a majoritou, což je vyjádřeno již předponou *trans-*, která vyjadřuje přesahování, překročení hranic, směr z jedné strany na druhou, pronikání a také přeměnu aspektů souvisejících s kulturou, která je vyjádřena souhrnem postojů, vzorců chování a symbolických systémů v dané společnosti, předávaných prostřednictvím kulturního dědictví a tradice. Pro přesnou operacionalizaci kulturních vzorů lze využít definici Soukupa (2000), který kulturní vzory definuje jako naučená a závazná schémata pro jednání v každodenním životě, které se projevují v podobě obyčejů, mravů, zákonů a tabu. Pro účely našeho výzkumu si vybíráme definici Ruth Benedict (1999), jakožto osoby, jež položila právě kulturním vzorcům teoretický základ. Kulturní vzorce neboli vzory, definovala jako způsob šíření kulturních rysů a škálu zvyků, tradic, norem, tabu, chování, hodnot a zkušeností, které jsou přijímané a napodobované napříč všemi generacemi projevované dominancí v odlišných situacích a spojených se společenskými hodnotami

Umírání

Pojmové vymezení umírání není jednoznačné, domníváme se, že je tomu tak zejména z důvodu odlišného náhledu na umírání jako takové. Lékařskou terminologií je velmi často umírání prezentováno jako terminální stav, při kterém dochází k nevratným

změnám, které jsou důsledkem zániku individua (Haškovcová, 2007). Pro účely našeho výzkumu je umírání přirozený proces lidského života, který končí smrtí.

Smrt

Z biologického a lékařského hlediska se označuje jako zastavení všech životních funkcí v organismu, které jsou spojené s nevratnými změnami. Mačák (2012) popisuje smrt jako: „*Zastavení životních funkcí v organismu spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují*“, navíc přidává, že se jedná „*o nevratnou zástavu všech životně důležitých funkcí, v důsledku kterých nastává odumírání buněk zemřelého*“ (Mačák, 2012, s. 77).

Minorita

Minoritní znamená menšinový. Minorita je tedy opak majority a je charakterizovaná jako vymezená skupina osob, která je definována sociologicky významným společenským znakem. Náboženská minorita je prezentována jako osobní, životní a reálný vztah člověka ke konkrétní náboženské tradici s vírou k Bohu. Dále se zmiňujeme o minoritách s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením. Židé, křesťané, buddhisté a muslimové jsou v našem výzkumu charakterizováni jako minorita s náboženským vyznáním a ateisté jako minorita s osobním přesvědčením.

Ateismus

Přestože je pro člověka téměř nemožné, aby se nesetkal s tematikou náboženství, je dnešní postmoderní společností velmi často problematika víry odsunována do pozadí.

Slovo ateismus, jehož hlavní část slova *theos* znamená bůh, vymezuje předpona *a*, která značí zápor (Jandourek, 2012). Nejednoznačnost vymezení ateismu spočívá v multidimenzionálním náhledu na pojem samotný, stejně tak jako na množství přívlastků, kterými je doplňován. Ateismus může znamenat absenci víry v Boha či božstva, ne-božství, bez-božství či nepřijetí teistických náboženství (Jandourek, 2010).

Pro potřeby našeho výzkumu je ateista charakterizován jako nevěřící člověk, který z nějakého důvodu nesdílí náboženskou víru, nebo přesněji nesdílí to, co si pod tímto pojmem sám představuje, ale respektuje ji u druhých.

3. METODIKA

Empirická část práce byla zpracována kombinací kvalitativních a kvantitativních výzkumných metod. V první části výzkumu byl realizován předvýzkum se zástupci vyznavačů jednotlivých náboženských vyznání či osobního přesvědčení, jehož hlavním cílem bylo zjistit stěžejní údaje pro tvorbu dotazníku vlastní konstrukce. U těch samých respondentů byl následně již zkonstruovaný dotazník ověřován. Poté bylo provedeno kvantitativní šetření, jehož hlavním cílem bylo zjistit, jaké existují transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky. Následné kvalitativní šetření bylo zaměřeno na ověření navržené ošetřovatelské anamnézy, jejímž podkladem byly dva koncepční modely.

3.1 Charakteristika předvýzkumné části

Prvotní myšlenka zkoumat transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky byla jednoznačně zaměřená na náboženské skupiny, které jsou v České republice jako jedny z nejčastějších a těmi byly židé, křesťané, buddhisté a muslimové. Byl proveden předvýzkum, v kterém jsme zjistili odlišnosti, ale zároveň i podobnosti, což bylo způsobeno tím, že všechny prvotní skupiny již za svého života pracují s problematikou umírání a smrti a proto nás zajímalo, jaké výsledky přinese další krok výzkumného záměru, ve kterém jsme získané výsledky porovnávaly se skupinou osob, která se subjektivně domnívá, že není věřící. Pro naše potřeby byly osoby bez náboženského vyznání, chcete-li, ateisté, kritériálně vybírány na základě toho, že se subjektivně považují za nevěřícího člověka, který z nějakého důvodu nesdílí náboženskou víru, nebo přesněji nesdílí to, co si pod tímto pojmem sám představuje, ale respektuje ji u druhých (viz kapitola 2.4 Operacionalizace).

Prvotním výzkumným počinem byl předvýzkum s 50 informanty, konkrétně s 10 zástupci v každé z vybraných minorit. Výpovědi 50 informantů pomohly odhalit, jaká specifika v oblastech transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti mají vybrané minority na území České republiky, jakým způsobem si vybrané minority na území České republiky přejí respektovat transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti a jaké zkušenosti mají vybrané minority na území

České republiky s poskytováním transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti.

Na základě předvýzkumu jsme zkonstruovali dotazník, který byl následně vyplňován pomocí standardizovaného rozhovoru se všemi 50 informanty, což si kladlo za cíl ověřit srozumitelnost a jednoznačnost formulace položek a škálování dotazníku včetně jeho provázanosti. Po konečném ověření dotazníku osobami z předvýzkumu, byl proveden kvantitativní výzkum.

3.2 Metodika kvantitativního výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity (GAJU) v Českých Budějovicích v rámci týmového grantového projektu, který nese název „Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi“, č. 048/2015/S.

3.2.1 Design kvantitativní části výzkumného šetření

Pro kompletaci dat bylo využito dvou dotazníků, konkrétně dotazníku vlastní konstrukce (viz Příloha 4) a standardizovaného dotazníku (viz Příloha 5) s názvem Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R).

První dotazník byl vlastní konstrukce a jeho podklad tvořily dva koncepční modely, konkrétně Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar a Model získávání kulturních kompetencí autora Larry D. Purnell.

Dotazník obsahoval 153 otázek a jeho struktura byla tvořena 108 uzavřenými otázkami, 37 polouzavřenými otázkami, 8 otevřenými otázkami a 25 filtračními otázkami. Vlastní dotazník byl rámcově rozdělen do 12 základních oblastí, které jsou spojením dvou předkládaných koncepčních modelů a jsou jimi kulturně svébytný jedinec, kterého obklopují fenomény biologické variace, vliv prostředí a výchovy, sociální začlenění, prostor, komunikace, stravovací návyky, pojetí času, praktiky těhotenství a porodu, obecný přehled kulturního dědictví, problematika pracovní síly a ritualizace smrti.

Úvod dotazníku tvořily identifikační údaje, které se zároveň staly porovnávacími faktory pro druhý typ dotazníku. Konkrétně se jednalo o subjektivní identifikaci s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením, pohlaví, věk, dosažený stupeň vzdělání, rodinný stav, počet vlastních či vychovávaných dětí, kraj, bydliště, sdílení

společné domácnosti, zaměstnání a onemocnění, s kterými se léčí sám respondent, případně někdo z jeho rodiny. Časová náročnost na vyplnění dotazníku byla 30 – 40 minut. V případě nemožnosti samostatného vyplnění dotazníku respondentem byla možná jeho aplikace v podobě standardizovaného rozhovoru, která byla využita i z důvodu efektivnosti získaných dat u 600 respondentů. Sběr dat byl realizován v období od října 2016 do dubna 2017.

K měření postojů byl využit Revidovaný profil postoje ke smrti, The Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R) od autorů Wong, Reker a Gesser (1994), který slouží k měření postojů ke smrti. Autoři revidovali původní dotazník The Death Attitudes Profile (DAP) z let 1987-1988, který měřil 4 postoje ke smrti o další dimenzi a položky.

Revidovaný profil postoje ke smrti obsahuje 32 položek, které vyměřují pět dimenzí postojů ke smrti, které jsou znázorněné v tabulce 1.

Respondenti si pečlivě četli 32 tvrzení a poté označovali své odpovědi na Likertově škále, do jaké míry s daným tvrzením souhlasí či nesouhlasí. Jednotlivé odpovědi byly v rozmezí od zcela nesouhlasím (1), po zcela souhlasím (7). Jednotlivé skóre se pro každou subškálu sčítají a rozdělují podle počtu položek tak, aby dávaly průměrné skóre subškál pro každého respondenta. Výše skóre ukazuje na větší strach, vyhýbání se, neutrální přijetí, vstřícné nebo únikové přijetí smrti. Sběr dat byl realizován v období od října 2016 do dubna 2017.

Tabulka 1 Souhrnný přehled postojů ke smrti

Název postoje	Význam postoje
Strach ze smrti Fear of death (FD)	➤ „Smrt je bezpochyby hrozivá zkušenost.” ➤ dimenze FD se zaměřuje na pocit strachu, který v nás smrt vyvolává
Vyhýbavý postoj ke smrti Death Avoidance (DA)	➤ „Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.” ➤ dimenze DA zkoumá, do jaké míry způsobují myšlenky na smrt psychickou nepohodu a do jaké míry se respondent vyhýbá myšlenkám na smrt
Neutrální přijetí smrti Neutral Acceptance (NA)	➤ „Smrt není ani dobrá, ani špatná.” ➤ dimenze NA zahrnuje otázky týkající se smrti jako přirozené a nevyhnutelné součásti života
Vstřícné přijetí smrti Approach Acceptance (AA)	➤ „Věřím, že po smrti budu v nebi.” ➤ dimenze AA se týká přátelského přijetí smrti beze strachu, víry ve šťastný posmrtný život a víry, že smrtí nic nekončí
Únikové přijetí smrti Ecsape Acceptance (EA)	➤ „Smrt ukončí všechna moje trápení.” ➤ dimenze EA zjišťuje, do jaké míry respondent vnímá smrt jako únik z pocitu nepohody ve svém životě a v tomto světě

Zdroj: Wong, Reker a Gesser, 1994

Samotný sběr dat probíhal u 600 respondentů v podobě standardizovaného rozhovoru, 600 respondentů vyplňovalo dotazník prostřednictvím on-line verze, která byla vytvořena pomocí aplikace Google Formuláře a u 500 respondentů, převážně u sběru dat křesťanů a ateistů, byla sestavena tazatelská skupina, kterou tvořili studenti Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a usnadnili tak sběr dat.

Po sběru dat byla provedena optická kontrola sebraných dotazníků, vkládání dat do předem připravené elektronické matice v programu SASD (Statistická analýza sociálních dat), tabelování a následná interpretace. Všechny dotazníky jsou archivovány. Bylo distribuováno 1370 dotazníků v tištěné podobě, na základě optické kontroly bylo vyřazeno 170 dotazníků, které nebyly vyplněné z důvodu tabuizace problematiky umírání a smrti. Návratnost dotazníků v tištěné podobě činila 87,6 %.

Návratnost dotazníků distribuovaných prostřednictvím on-line verze nelze přesně určit. Nicméně víme, že se pohybovala přes 75,0 %.

Byť bylo se všemi údaji získanými z obou instrumentů pracováno a mohou významnou měrou ovlivňovat transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti, v kapitole 4 (Výsledky) jsou uvedeny pouze stěžejní data.

3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru A

Výzkumný soubor byl konstruován na základě kvótního výběru. Stanovenými kvótami byly subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením, trvalý pobyt na území České republiky a dospělý věk (od 18 let). Důležitým kritériem pro zařazení respondentů do výzkumu byla ochota spolupracovat. Účast ve výzkumu byla anonymní a dobrovolná. Respondenti měli možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit. Respondenti byli z celé České republiky a jejich výběr probíhal na základě metody sněhové koule, tzv. snowball sampling.

Naším cílem bylo získat co nejhomogennější skupinu respondentů, která by byla vyrovnána z hlediska pohlaví a zároveň představovala věkově různorodý vzorek 5 vybraných skupin náboženského vyznání či osobního přesvědčení.

Počty jednotlivých minorit byly stanoveny statistikem a výzkum byl realizován na 1 700 respondentech, s rozložením 200 vyznavačů judaismu (133 mužů; 67 žen), 500 vyznavačů křesťanství – římskokatolické církve (191 mužů; 309 žen), 200 vyznavačů buddismu s preferencí směru Diamantové cesty linie Karma Kagjü (105 mužů; 95 žen), 200 vyznavačů islámu (82 mužů; 118 žen) a jedné komparativní skupiny, kterou tvořilo 600 osob bez náboženského vyznání (231 mužů; 369 žen). Celý výzkumný soubor byl tvořen z hlediska pohlaví 742 muži a 958 ženami. Většinové zastoupení ženského pohlaví si vysvětlujeme větším zájmem žen spolupracovat na výzkumech a především větším zájmem o aspekty náboženství či osobního přesvědčení. Jak uvádí i Hamplová (2013) ženy jsou zpravidla religióznější, než muži a to bez důrazu na konkrétní náboženství.

Podařilo se nám získat respondenty ve věku od 18 do 93 let. Důležitým parametrem byla identifikace se svým náboženským vyznáním či osobním přesvědčením, tzn., do jaké míry v procentuálním zastoupení se cítí být respondenti tím, kým jsou – tedy vyznavačem určitého náboženského vyznání či osobního přesvědčení. Židé byli

v průměru identifikováni 99,4 %, křesťané 89,4 %, buddhisté 93,6 %, muslimové 86,3 % a ateisté 88,3 %.

Ke spolupráci na realizaci výzkumu byli osloveni katoličtí kněží, dále centra sdružující osoby s předkládanými náboženskými skupinami, tedy Buddhistická centra praktikující tibetský buddhismus linie Karma Kagjü, Židovské obce fungující pod Federací židovských obcí v České republice a Muslimské obce fungující pod Ústředím Muslimských Obcí.

3.2.3 Statistická analýza kvantitativních dat

Ke statistickému zpracování dat byly využity programy MS Excel 2013, SASD 1.4.11 a SPSS 16.0 (Statistical Program for Social Sciences). Samotná statistická analýza probíhala ve dvou fázích. V první fázi byl proveden přepis dotazníků do předem připravené matice programu SASD 1.4.11. Následovalo třídění prvního stupně, v rámci kterého byly uskutečněny výpočty absolutních a relativních četností a dalších parametrů popisné statistiky (modus, medián, průměr, rozptyl a směrodatná odchylka).

Ve druhé fázi bylo s využitím programu SPSS 16.0 provedeno několik statistických testů. V rámci další analýzy dat bylo uskutečněno testování statisticky významných vztahů mezi některými vybranými ukazateli. Je třeba podotknout, že statistické signifikanci nebyly z důvodu velkého množství získaných dat podrobeny všechny oblasti. Pro testování závislosti kategoriálních proměnných byl použit Pearsonův chí-kvadrát test. Proměnné, které nesplňovaly data pro výpočet, byly dále analyzovány Fischerovým exaktním testem. Pomocí skriptu Znaménkového schématu bylo možné detekovat signifikantní vztahy v kontingenčních tabulkách.

U instrumentu DAP-R byl proveden test normality a na základě odlišujících se faktorů od ideálního Gausova rozložení bylo využito neparametrických testů. Byl proveden Shapirův – Wilkův test normality a následně byly voleny neparametrické testy Mann-Whitney U test a Kruskal-Wallisův test. Vztahy mezi jednotlivými proměnnými byly zjišťovány pomocí Spearmanova ρ , kde pro nás byla stěžejní dosažená hladina významnosti.

Na základě provedených analýz byla data následně interpretována v podobě grafů a tabulek s popisky. U všech testů byla hladina významnosti 5 % ($\alpha = 0,05$), nicméně

výsledky testování jsou uváděny i s dalšími hladinami významnosti $\alpha = 0,01$ a $\alpha = 0,001$.

3.2.4 Metodologické a konceptuální omezení výzkumného záměru

V této části jsou popisovány limity práce, které složitostí výzkumu komplikovaly hladký průběh realizace výzkumu.

Limity dotazníkových instrumentů

Analýzu získaných dat poněkud komplikovaly otevřené otázky, které bylo zapotřebí pečlivě kategorizovat, byť jsme tento typ otázek zvolili záměrně, abychom respondentům dopředu nepodsouvali možnost jejich odpovědí, bylo by příště při stejném designu výzkumu a vzhledem k velikosti výzkumného souboru, vhodnější vytvořit z nejčastějších odpovědí výběr. Jak uvádí Gavora (2010) nevýhodou otevřených otázek je složitost zpracování odpovědí.

Limitem výzkumu může být i konstrukce DAP-R, neboť obsahuje formulace jednotlivých tvrzení, s kterými se patrně lépe umějí ztotožnit věřící osoby. Byť nám žádný respondent nepřipomínkoval baterii otázek předloženého výzkumu, mohli se zejména ateisti občas dostat do úzkých, když měli volit odpověď na škále od zcela nesouhlasím po zcela souhlasím u otázek typu „*Věřím, že budu v nebi.*“, nebo „*Smrt je sjednocené místo s Bohem a věčné blaho.*“

Výzkumný soubor

Přestože by bylo vhodnější zvolit homogennější vzorek respondentů a tím nabýt větší reprezentativnosti, nebylo to možné zajistit především z hlediska obtížnosti respondenty zapojit do výzkumu a přimět je ke spolupráci. Průměrný věk židů byl 59,36; křesťanů 47,98; buddhistů 33,50; muslimů 40,32 a ateistů 31,54 let.

Samotná realizace výzkumu

Na základě potřeby realizace výzkumu byly osloveny přední představitelé jednotlivých minorit, přičemž jsem záhy byla odkázána vždy na jednu kontaktní osobu, která je kompetentní k vyřizování těchto náležitostí a ani v jednom případě nebyl výzkum možný, protože se vyznavačům náboženských vyznání nelíbil design výzkumu v podobě intimnosti jeho problematiky.

Obtíže nastaly u vyznavačů judaismu, s kterými byla posléze výborná spolupráce, ale zpočátku nechtěli vystoupit z anonymity a nechtěli se, z důvodu historických událostí, veřejně přihlásit ke své víře, proto jsem se k celému souboru židů dostala přes jednu stěžejní osobu pracující pro Federaci židovských obcí v České republice.

Největší problém se sběrem dat byl u vyznavačů buddhismu, neboť jsem byla všemi oslovenými buddhistickými centry odmítnuta z důvodu nelibosti designu výzkumu. Přední představitelé buddhismu mi toto vysvětlovali tím, že v českých zemích nemají žádnou tradici a nemohou si dovolit, aby o nich někdo napsal něco, co by je mohlo dále poškodit. Po absolvování několika meditačních sezení, mi bylo povoleno další zpracovávání výzkumného záměru, avšak s podmínkou ukázky veškerého textu před odevzdáním této práce.

3.3 Metodika kvalitativního výzkumu

Pro zjištění možnosti využití koncepčního modelu ošetrovatelského posuzování Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar a koncepčního modelu kulturních kompetencí Larry D. Purnell v problematice transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky a modifikace ošetrovatelské anamnézy, bylo zvoleno interview v ohniskové skupině, tzv. focus group s využitím tzv. snowball efektu, při kterém bylo využíváno interakce členů skupiny během diskuse. Účastníky focus group byly všeobecné sestry z klinické a komunitní praxe.

3.3.1 Design kvantitativní části výzkumného šetření

Na základě předvýzkumu s jednotlivými zástupci náboženského vyznání či osobního přesvědčení, který probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů se zástupci cílových skupin, byla navrhnutá verze ošetrovatelské dokumentace, která byla následně modifikována pro potřeby ošetrovatelské praxe. Podklad ošetrovatelské dokumentace tvořily dva koncepční modely, konkrétně koncepční model ošetrovatelského posuzování Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar a koncepční model kulturních kompetencí Larry D. Purnell. Protože navrhnutá verze ošetrovatelské dokumentace vychází ze zvolených koncepčních modelů, byla doplněna základními informacemi potřebnými pro jejich porozumění (viz kapitola 6.1). Předmětem potřebných informací, jež dostali experti dopředu, byly 2 okruhy týkající se teoretických východisek

a ošetrovateľské anamnézy. První okruh nazvaný jako teoretická východiska obsahoval základní informace o koncepčních modelech, kultuře a kulturních kompetencích, základní struktuře modelu, předpokladech pro poskytování kulturně ohleduplné péče a oblastech ošetrovateľského posuzování. Druhý okruh s názvem ošetrovateľská anamnéza obsahoval základní anamnestické údaje, domény kulturního posouzení a dále identifikovaný deficit, zvolený ošetrovateľský zásah se zohledněním kulturních specifik a konkrétní podobu ošetrovateľské dokumentace. Srozumitelnost a efektivnost těchto materiálů byla v listopadu 2016 a lednu 2017 ověřována dialogickým výzkumným postupem neboli interview v ohniskové skupině, tzv. focus group, při kterém bylo využito interakce členů skupiny, tzv. snow-ball efekt během diskuze na zadané téma, kterým byla modifikace ošetrovateľské dokumentace autorů Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar a Larry D. Purnell. Při samotném focus group byly mapovány silné a slabé stránky a návrhy oprav k teoretickým východiskům, ošetrovateľské anamnéze, dále mapovala návrhy nejčastějších ošetrovateľských diagnóz u zkoumaných cílových skupin a klíčové činnosti sestry v péči o pacienta, jenž je příslušníkem zkoumané cílové skupiny. Kritérii pro hodnocení teoretických východisek byly srozumitelnost, přehlednost, využitelnost v praxi a délka. Kritérii pro hodnocení ošetrovateľské anamnézy byly srozumitelnost, přehlednost, využitelnost v praxi, délka, vizuální stránka, množství získaných informací a možnost propojení s dokumentací využívanou v nemocniční a komunitní praxi.

3.3.2 Charakteristika výzkumného souboru B

Focus group byl proveden se sestrami z klinické a komunitní praxe a vlastní realizace proběhla ve třech setkáních, při nichž byla ověřována modifikovaná verze ošetrovateľské dokumentace pro vybrané skupiny pacientů a minorit s ohledem na subjektivní a objektivní determinanty ovlivňující kvalitu poskytované péče v klinické a komunitní praxi v České republice. Prvního setkání se zúčastnilo 16 informantů a 2 zapisovatelé, druhého setkání se zúčastnilo 14 informantů a 2 zapisovatelé. Pro záznam dat bylo využito předem připravených záznamových archů. Ty byly následně digitalizovány. Výsledky posloužily pro úpravu modifikované dokumentace, jejíž srozumitelnost a efektivnost byla znovu ověřena formou focus group se sestrami z klinické a komunitní praxe 6. ledna 2017. Tohoto setkání se účastnilo 5 informantů a 1 zapisovatel.

Výběrový soubor sester byl celkově tvořen 35 sestrami z praxe, které byly převážně vysokoškolsky vzdělané. Střední odborné vzdělání uvedla pouze jedna informantka. Nejmladší informantce bylo 23 let a nejstarší 51 let. Průměrná délka jejich praxe byla 10 let, přičemž nejkratší uvedená délka praxe byla 9 měsíců a naopak nejdelší 30 let.

Po realizaci vlastních focus group byla provedena transkripce údajů s využitím redukce prvního řádu, tzn., že byly vynechány nepodstatné údaje. Následně byly návrhy a doporučení zapracovány a vznikla ošetrovatelská dokumentace primárně určená pro vybrané minority na území České republiky.

4. VÝSLEDKY

V této části jsou prezentovány výsledky předvýzkumu s informanty, dotazníku vlastní konstrukce, standardizovaného dotazníku DAP-R a focus group se sestrami. V grafech a tabulkách jsou znázorněny absolutní a relativní četnosti jednotlivých odpovědí a také odpovědi na jednotlivé otázky ve vztahu k signifikantní závislosti.

4.1 Výsledky předvýzkumu se zástupci náboženského vyznání či osobního přesvědčení

Diagram 1 Specifika transkulturálních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky

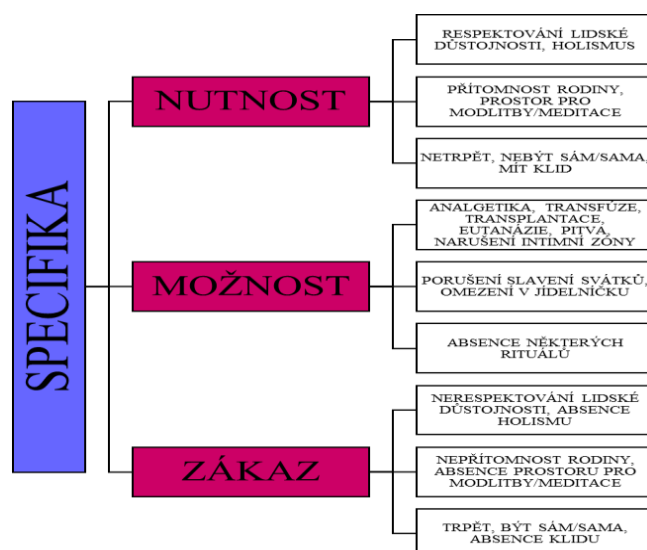


Diagram 1 znázorňuje výsledky z předvýzkumu týkající se specifik transkulturálních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky. Z výpovědi 50 informantů byla nejčastěji uváděna, s ohledem na ošetrovatelskou péči, nutnost respektování lidské důstojnosti a aplikace holismu, stejně tak přítomnost rodiny, prostor pro meditace/modlitby a především na sklonku života netrpět, nebýt sám/sama a mít klid. Specifika, která by za normálních okolností měla být dodržena, ale lze je v období umírání a následně smrti vynechat nebo naopak povolit, jsou analgetika, transfúze, transplantace, eutanázie, pitva, narušení intimní zóny, porušení slavení svátků, omezení v jídelníčku a absence některých rituálů. Absolutní zákaz tkví především v nerespektování lidské důstojnosti, absenci holismu, nepřítomnosti rodiny, absenci prostoru pro modlitby/meditace a především si nepřejí trpět, být sami a nemít klid.

Diagram 2 Způsob respektování transkulturálních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky

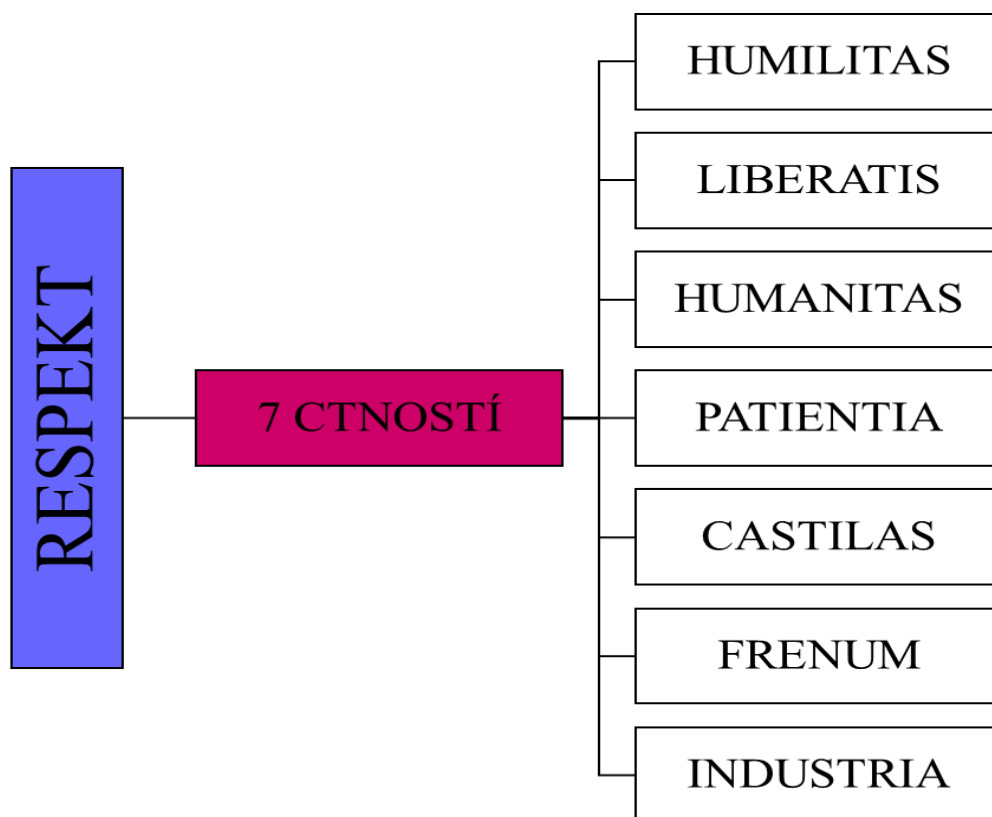


Diagram 2 znázorňuje výsledky z předvýzkumu týkající se způsobu respektování transkulturálních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky. Z výpovědi 50 informantů byl nejčastěji uváděn, s ohledem na ošetrovatelskou péči, takový způsob péče, který je znázorněn sedmi ctnostmi, které by neměly chybět žádné sestře. Humilitas, neboli pokora, byla našimi informanty nejčastěji zmiňována v podobě víry a respektu. Liberatis, neboli štědrost, byla našimi informanty nejčastěji znázorňována láskou, ochotou dávat a charitou, která souvisí se ctností Humanitas, neboli přejícnost, která zastupuje odpovědi v podobě laskavosti, lidskosti a péče bez predsudků. Patientia, neboli mírumilovnost, je zrcadlením odpovědí spojených s trpělivostí, oduštěním a pochopením. Castilas, neboli cudnost, je založená především na mravní čistotě a bezúhonnosti, která souvisí se střídmostí, neboli Frenum, jež s sebou přináší sebekontrolu, zdrženlivost, umírněnost a sebeovládání. Industria, neboli činorodost, byla znázorňována především v odpovědích o úsilí a pracovitosti sester, včetně správného rozvržení časového harmonogramu dne.

Diagram 3 Zkušenosti s poskytováním transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky

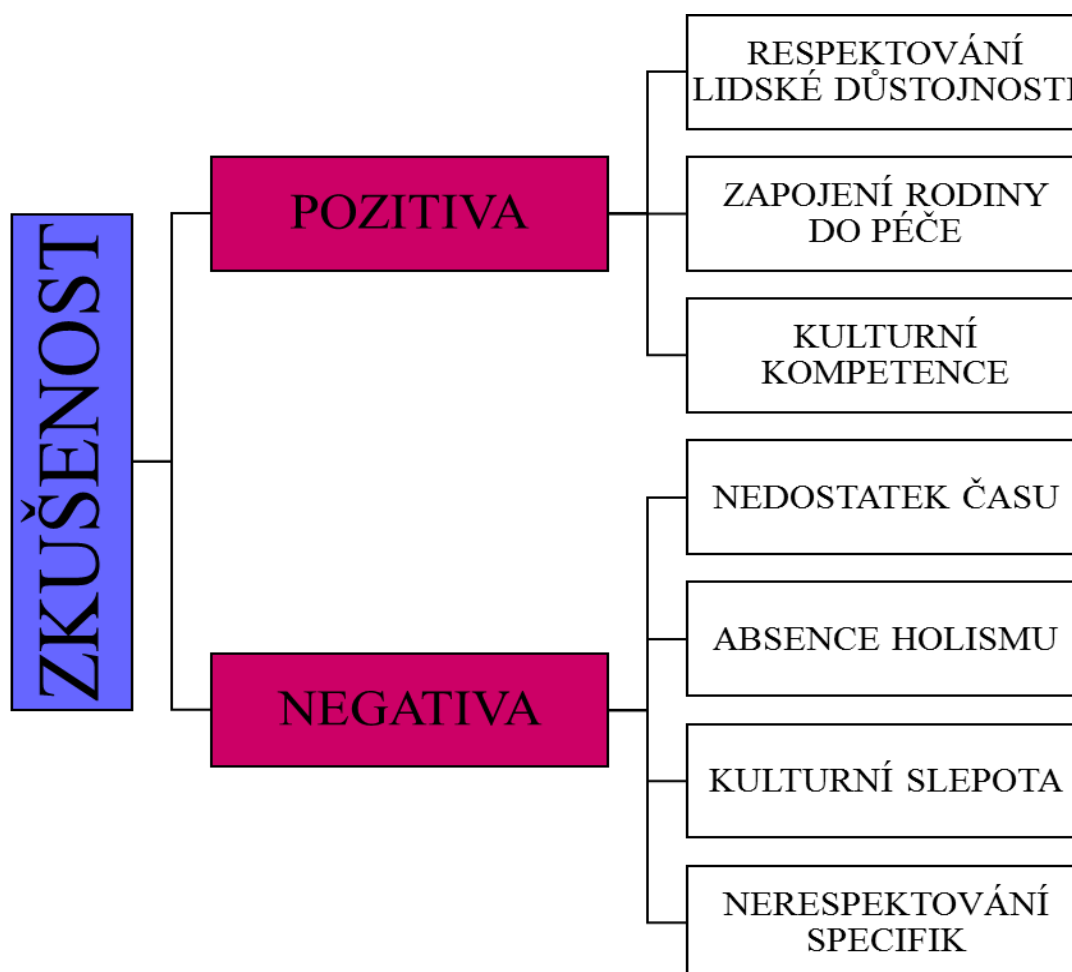


Diagram 3 prezentuje výsledky z předvýzkumu týkající se zkušeností s poskytováním transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky. Z výpovědí 50 informantů byla nejčastěji uváděná, s ohledem na ošetrovatelskou péči, pozitiva v podobě respektování lidské důstojnosti, zapojení rodiny do péče a kulturní kompetence, na druhou stranu byla uváděna negativa v podobě nedostatku času na pacienta, absence holismu a kulturní slepoty spolu s nerespektováním specifík. Nedostatek času se projevoval v nedostatečné péči o pacienta z hlediska komunikace. Absenci holismu vysvětlovali informanti nedostatečnou péčí o spirituální potřeby umírajících. Kulturní slepota je zrcadlením absence respektování některých zvyklostí souvisejících s nerespektováním specifík, zejména modlitebních rituálů, rituálů spojených s omezením jídelníčku a péče o mrtvé tělo, které v nemocnici přejímá úplně cizí člověk, nikoliv rodina.

4.2 Výsledky dotazníku vlastní konstrukce

Tabulka 2 Rozdělení minorit dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení

Minorita	n
židé	200
křesťané	500
buddhisté	200
muslimové	200
ateisté	600
celkem	1 700 (100 %)

Tabulka 2 prezentuje výsledky týkající se struktury výzkumného souboru dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení. Výzkumný soubor tvořilo 200 židů, 500 křesťanů, 200 buddhistů, 200 muslimů a 600 ateistů.

Tabulka 3 Rozdělení minorit dle regionu

Region	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hlavní město Praha	48	24,0	23	4,6	3	1,5	30	15,0	104	17,3
Středočeský kraj	14	7,0	32	6,4	92	46,0	30	15,0	48	8,0
Jihočeský kraj	28	14,0	132	26,4	43	21,5	39	19,5	200	33,3
Plzeňský kraj	0	0,0	43	8,6	2	1,0	14	7,0	25	4,2
Karlovarský kraj	14	7,0	53	10,6	2	1,0	9	4,5	36	6,0
Ústecký kraj	0	0,0	11	2,2	0	0,0	7	3,5	7	1,2
Liberecký kraj	0	0,0	39	7,8	0	0,0	4	2,0	10	1,7
Královehradecký kraj	0	0,0	10	2,0	25	12,5	0	0,0	3	0,5
Pardubický kraj	0	0,0	10	2,0	1	0,5	3	1,5	9	1,5
Vysočina	0	0,0	50	10,0	2	1,0	38	19,0	64	10,7
Jihomoravský kraj	51	25,5	11	2,2	1	0,5	20	10,0	80	13,3
Olomoucký kraj	1	0,5	23	4,6	1	0,5	1	0,5	5	0,8
Zlínský kraj	0	0,0	30	6,0	2	1,0	2	1,0	2	0,3
Moravskoslezský kraj	0	0,0	32	6,4	6	3,0	3	1,5	7	1,2
neodpovědělo	44	22,0	1	0,2	20	10,0	0	0,0	0	0,0
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100

Tabulka 3 prezentuje výsledky týkající se rozdělení minorit dle regionu. V Hlavním městě Praha žije 48 židů (24,0 %), 23 křesťanů (4,6 %), 3 buddhisté (1,5 %), 30 muslimů (15,0 %) a 104 ateistů (17,3 %). Ve středočeském kraji žije 14 židů (7,0 %), 32 křesťanů (6,4 %), 92 buddhistů (46,0 %), 30 muslimů (15,0 %) a 48 ateistů (8,0 %). V jihočeském kraji žije 28 židů (14,0 %), 132 křesťanů (26,4 %), 43 buddhistů (21,5

%), 39 muslimů (19,5 %) a 200 ateistů (33,3 %). V plzeňském kraji žije 0 židů (0,0 %), 43 křesťanů (8,6 %), 2 buddhisté (1,0 %), 14 muslimů (7,0 %) a 25 ateistů (4,2 %). V karlovarském kraji žije 14 židů (7,0 %), 53 křesťanů (10,6 %), 2 buddhisté (1,0 %), 9 muslimů (4,5 %) a 36 ateistů (6,0 %). V ústeckém kraji žije 0 židů (0,0 %), 11 křesťanů (2,2 %), 0 buddhistů (0,0 %), 7 muslimů (3,5 %) a 7 ateistů (1,2 %). V libereckém kraji žije 0 židů (0,0 %), 39 křesťanů (7,8 %), 0 buddhistů (0,0 %), 4 muslimové (2,0 %) a 10 ateistů (1,7 %). V královéhradeckém kraji žije 0 židů (0,0 %), 10 křesťanů (2,0 %), 25 buddhistů (12,5 %), 0 muslimů (0,0 %) a 3 ateisté (0,5 %). V pardubickém kraji žije 0 židů (0,0 %), 10 křesťanů (2,0 %), 1 buddhista (0,5 %), 3 muslimové (1,5 %) a 9 ateistů (1,5 %). V kraji Vysočina žije 0 židů (0,0 %), 50 křesťanů (10,0 %), 2 buddhisté (1,0 %), 38 muslimů (19,0 %) a 64 ateistů (10,7 %). V jihomoravském kraji žije 51 židů (25,5 %), 11 křesťanů (2,2 %), 1 buddhista (0,5 %), 20 muslimů (10,0 %) a 80 ateistů (13,3 %). V olomouckém kraji žije 1 žid (0,5 %), 23 křesťanů (4,6 %), 1 buddhista (0,5 %), 1 muslim (0,5 %) a 5 ateistů (0,8 %). Ve zlínském kraji žije 0 židů (0,0 %), 30 křesťanů (6,0 %), 2 buddhisté (1,0 %), 2 muslimové (1,0 %) a 2 ateisté (0,3 %). V moravskoslezském kraji žije 0 židů (0,0 %), 32 křesťanů (6,4 %), 6 buddhistů (3,0 %), 3 muslimové (1,5 %) a 7 ateistů (1,2 %). Na otázku neodpovědělo 44 židů (22,0 %), 1 křesťan (0,2 %), 20 buddhistů (10,0 %), 0 muslimů (0,0 %) a 0 ateistů (0,0 %).

Tabulka 4 Rozdělení minorit dle pohlaví

Pohlaví	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
muž	133	66,5	191	38,2	105	52,5	82	41,0	231	38,5
žena	67	33,5	309	61,8	95	47,5	118	59,0	369	61,5
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100

Tabulka 4 prezentuje výsledky týkající se rozdělení minorit dle pohlaví. Mužského pohlaví je 133 židů (66,5 %), 191 křesťanů (38,2 %), 105 buddhistů (52,5 %), 82 muslimů (41,0 %) a 231 ateistů (38,5 %). Ženského pohlaví je 67 židů (33,5 %), 309 křesťanů (61,8 %), 95 buddhistů (47,5 %), 118 muslimů (59,0 %) a 369 ateistů (61,5 %).

Tabulka 5 Rozdělení minorit dle věku

Věk	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18-29 let	27	13,5	135	27,0	72	36,0	57	28,5	380	63,3
30-39 let	13	6,5	44	8,8	62	31,0	44	22,0	80	13,3
40-49 let	25	12,5	70	14,0	57	28,5	40	20,0	80	13,3
50-59 let	16	8,0	81	16,3	8	4,0	46	23,0	27	4,5
60-69 let	28	14,0	42	8,3	1	0,5	8	4,0	6	1,0
70 a více let	91	45,5	128	25,6	0	0,0	5	2,5	27	4,6
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100

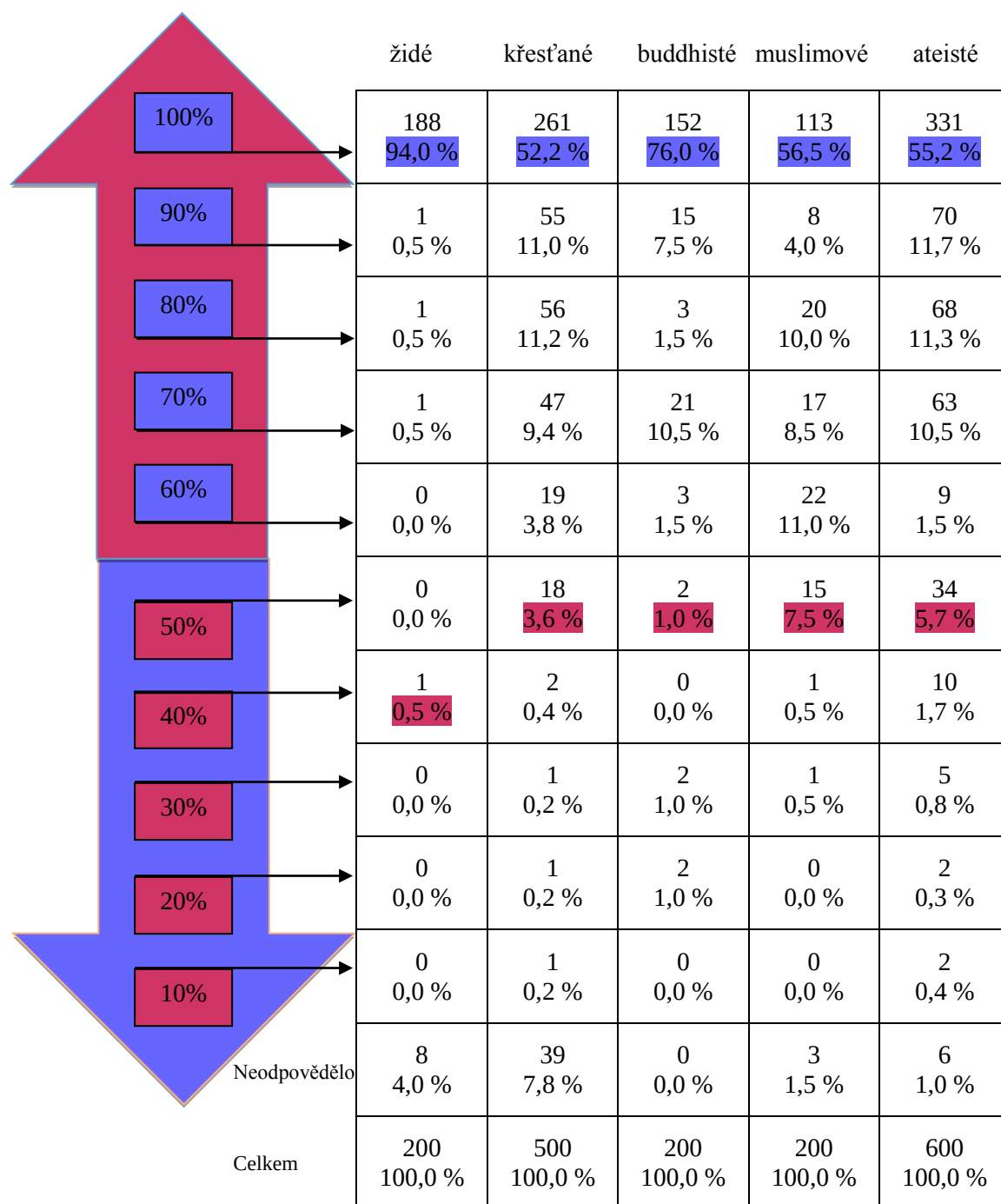
Tabulka 5 prezentuje výsledky týkající se rozdělení minorit dle věku. Ve věkové kategorii 18-29 let je 27 židů (13,5 %), 135 křesťanů (27,0 %), 72 buddhistů (36,0 %), 57 muslimů (28,5 %) a 380 ateistů (63,3 %). Ve věkové kategorii 30-39 let je 13 židů (6,5 %), 44 křesťanů (8,8 %), 62 buddhistů (31,0 %), 44 muslimů (22,0 %) a 80 ateistů (13,3 %). Ve věkové kategorii 40-49 let je 25 židů (12,5 %), 70 křesťanů (14,0 %), 57 buddhistů (28,5 %), 40 muslimů (20,0 %) a 80 ateistů (13,3 %). Ve věkové kategorii 50-59 let je 16 židů (8,0 %), 81 křesťanů (16,3 %), 8 buddhistů (4,0 %), 46 muslimů (23,0 %) a 27 ateistů (4,5 %). Ve věkové kategorii 60-69 let je 28 židů (14,0 %), 42 křesťanů (8,3 %), 1 buddhista (0,5 %), 8 muslimů (4,0 %) a 6 ateistů (1,0 %). Ve věkové kategorii 70 a více let je 91 židů (45,5 %), 128 křesťanů (25,6 %), 0 buddhistů (0,0 %), 5 muslimů (2,5 %) a 27 ateistů (4,6 %).

Tabulka 6 Rozdělení minorit dle vzdělání

Vzdělání	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
základní vzdělání	5	2,5	29	5,8	26	13,0	9	4,5	42	7,0
vyučení/a, střední vzdělání bez maturity	23	11,5	93	18,8	27	13,5	51	25,5	100	16,7
střední vzdělání s maturitou	45	22,5	204	40,8	46	23,0	78	39,0	227	37,8
vyšší odborné vzdělání	43	21,5	59	11,8	37	18,5	8	4,0	84	14,0
vysokoškolské vzdělání	84	42,0	115	22,8	64	32,0	54	27,0	147	24,5
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100

Tabulka 6 prezentuje výsledky týkající se rozdělení minorit dle vzdělání. Základní vzdělání má 5 židů (2,5 %), 29 křesťanů (5,8 %), 26 buddhistů (13,0 %), 9 muslimů (4,5 %) a 42 ateistů (7,0 %). Vyučeno je nebo střední vzdělání bez maturity má 23 židů (11,5 %), 93 křesťanů (18,8 %), 27 buddhistů (13,5 %), 51 muslimů (25,5 %) a 100 ateistů (16,7 %). Střední vzdělání s maturitou má 45 židů (22,5 %), 204 křesťanů (40,8 %), 46 buddhistů (23,0 %), 78 muslimů (39,0 %) a 227 ateistů (37,8 %). Vyšší odborné vzdělání má 43 židů (21,5 %), 59 křesťanů (11,8 %), 37 buddhistů (18,5 %), 8 muslimů (4,0 %) a 84 ateistů (14,0 %). Vysokoškolské vzdělání má 84 židů (42,0 %), 115 křesťanů (22,8 %), 64 buddhistů (32,0 %), 54 muslimů (27,0 %) a 147 ateistů (24,5 %).

Tabulka 7 Identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením



Tabulka 7 prezentuje výsledky týkající se identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením. Na stupnici od 0 – 100 % respondenti označovali 1 číslo, které vystihuje jejich identifikaci s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením. 0 % znázorňovalo nejmenší identifikaci, 100 % znázorňovalo největší identifikaci. Z vyšších skóre (6 – 10) židé (94,0 %), křesťané (52,2 %), buddhisté (76,0 %), muslimové (56,5 %) a ateisté (55,2 %) vnímají svou identifikaci nejčastěji hodnotou 100 %.

Tabulka 8 Rozdělení minorit dle rodinného stavu

Rodinný stav	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
svobodný/á	22	11,0	125	25,0	51	25,5	49	24,5	265	44,2
ženatý/vdaná	109	54,5	237	47,4	88	44,0	85	42,5	183	30,4
rozvedený/á	14	7,0	27	5,4	6	3,0	36	18,0	37	6,2
vdovec, vdova	29	14,5	65	13,0	5	2,5	7	3,5	10	1,7
druh, družka	26	13,0	46	9,2	50	25,0	23	11,5	105	17,5
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100

Tabulka 8 prezentuje výsledky týkající se rozdělení minorit dle rodinného stavu. Rodinný stav „svobodný/á“ uvádí 22 židů (11,0 %), 125 křesťanů (25,0 %), 51 buddhistů (25,5 %), 49 muslimů (24,5 %), 265 ateistů (44,2 %). Rodinný stav „ženatý/vdaná“ uvádí 109 židů (54,5 %), 237 křesťanů (47,4 %), 88 buddhistů (44,0 %), 85 muslimů (42,5 %), 183 ateistů (30,4 %). Rodinný stav „rozvedený/á“ uvádí 14 židů (7,0 %), 27 křesťanů (5,4 %), 6 buddhistů (3,0 %), 36 muslimů (18,0 %), 37 ateistů (6,2 %). Rodinný stav „vdovec, vdova“ uvádí 29 židů (14,5 %), 65 křesťanů (13,0 %), 5 buddhistů (2,5 %), 7 muslimů (3,5 %), 10 ateistů (1,7 %). Rodinný stav „druh, družka“ uvádí 26 židů (13,0 %), 46 křesťanů (9,2 %), 50 buddhistů (25,0 %), 23 muslimů (11,5 %), 105 ateistů (17,5 %).

Tabulka 9 Rozdělení minorit dle počtu vychovávaných dětí

Počet vychovávaných dětí	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Žádné	33	16,5	150	30,0	61	30,5	62	31,0	325	54,2
1 dítě	56	28,0	81	16,2	62	31,0	40	20,0	113	18,8
2 – 3 děti	75	37,5	224	44,8	71	35,5	71	35,5	148	24,7
4 a více dětí	36	18,0	45	9,0	6	3,0	27	13,5	14	2,3
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100

Tabulka 9 prezentuje výsledky týkající se rozdělení minorit dle počtu vychovávaných dětí. Žádné dítě nevychovává 33 židů (16,5 %), 150 křesťanů (30,0 %), 61 buddhistů (30,5 %), 62 muslimů (31,0 %) a 325 ateistů (54,2 %). 1 dítě vychovává 56 židů (28,0 %), 81 křesťanů (16,2 %), 62 buddhistů (31,0 %), 40 muslimů (20,0 %) a 113 ateistů (18,8 %). 2 – 3 děti vychovává 75 židů (37,5 %), 224 křesťanů (44,8 %), 71 buddhistů (35,5 %), 71 muslimů (35,5 %) a 148 ateistů (24,7 %). 4 a více dětí vychovává 36 židů (18,0 %), 45 křesťanů (9,0 %), 6 buddhistů (3,0 %), 27 muslimů (13,5 %) a 14 ateistů (2,3 %).

Tabulka 10 Rozdělení minorit dle bydliště

Bydliště	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
do 1.000 obyvatel	1	0,5	171	34,2	43	21,5	39	19,5	153	25,5
1.001 - 5.000 obyvatel	10	5,0	82	16,4	37	18,5	35	17,5	81	13,5
5.001 - 20.000 obyvatel	18	9,0	98	19,6	45	22,5	26	13,0	94	15,7
20.001 - 100.000 obyvatel	71	35,5	109	21,8	55	27,5	66	33,0	91	15,2
nad 100.000 obyvatel	100	50,0	40	8,0	20	10,0	34	17,0	181	30,1
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100

Tabulka 10 prezentuje výsledky týkající se rozdělení minorit dle bydliště. Na území do 1.000 obyvatel žije 1 žid (0,5 %), 171 křesťanů (34,2 %), 43 buddhistů (21,5 %), 39 muslimů (19,5 %) a 153 ateistů (25,5 %). Na území od 1.001 do 5.000 obyvatel žije 10 židů (5,0 %), 82 křesťanů (16,4 %), 37 buddhistů (18,5 %), 35 muslimů (17,5 %) a 81 ateistů (13,5 %). Na území od 5.001 do 20.000 obyvatel žije 18 židů (9,0 %), 98 křesťanů (19,6 %), 45 buddhistů (22,5 %), 26 muslimů (13,0 %) a 94 ateistů (15,7 %). Na území od 20.001 do 100.000 obyvatel žije 71 židů (35,5 %), 109 křesťanů (21,8 %), 55 buddhistů (27,5 %), 66 muslimů (33,0 %) a 91 ateistů (15,2 %). Na území nad 100.000 obyvatel žije 100 židů (50,0 %), 40 křesťanů (8,0 %), 20 buddhistů (10,0 %), 34 muslimů (17,0 %) a 181 ateistů (30,1 %).

Tabulka 11 Rozdělení minorit dle zaměstnání

Zaměstnání	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nezaměstnaný/á	3	1,5	43	8,6	5	2,5	30	15,0	113	18,8
OSVČ, podnikatel	8	4,0	47	9,4	28	14,0	27	13,5	47	7,8
zaměstnanec	62	31,0	189	37,8	88	44,0	96	48,0	245	40,8
invalidní důchod	3	1,5	4	0,8	2	1,0	1	0,5	6	1,0
starobní důchod	110	55,0	153	30,6	0	0,0	13	6,5	32	5,3
rodičovská/ mateřská dovolená	0	0,0	12	2,4	33	16,5	11	5,5	78	13,0
student	14	7,0	52	10,4	44	22,0	22	11,0	79	13,3
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100

Tabulka 11 prezentuje výsledky týkající se rozdělení minorit dle zaměstnání. Nezaměstnaní jsou 3 židé (1,5 %), 43 křesťanů (8,6 %), 5 buddhistů (2,5 %), 30

muslimů (15,0 %) a 113 ateistů (18,8 %). OSVČ a podnikatelů je 8 židů (4,0 %), 47 křesťanů (9,4 %), 28 buddhistů (14,0 %), 27 muslimů (13,5 %) a 47 ateistů (7,8 %). Zaměstnanců v zaměstnaneckém poměru je 62 židů (31,0 %), 189 křesťanů (37,8 %), 88 buddhistů (44,0 %), 96 muslimů (48,0 %) a 245 ateistů (40,8 %). V invalidním důchodu jsou 3 židé (1,5 %), 4 křesťané (0,8 %), 2 buddhisté (1,0 %), 1 muslim (0,5 %) a 6 ateistů (1,0 %). Ve starobním důchodu je 110 židů (55,0 %), 153 křesťanů (30,6 %), 0 buddhistů (0,0 %), 13 muslimů (6,5 %) a 32 ateistů (5,3 %). Na rodičovské dovolené, mateřské dovolené je 0 židů (0,0 %), 12 křesťanů (2,4 %), 33 buddhistů (16,5 %), 11 muslimů (5,5 %) a 78 ateistů (13,0 %). Studentů je 14 židů (7,0 %), 52 křesťanů (10,4 %), 44 buddhistů (22,0 %), 22 muslimů (11,0 %) a 79 ateistů (13,3 %).

Tabulka 12 Rozdělení minorit dle onemocnění

Onemocnění	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
neléčím se	91	45,6	255	51,0	152	76,0	109	54,5	396	66,0
léčím se	109	54,4	245	49,0	48	24,0	91	45,5	204	34,0
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100

Tabulka 12 prezentuje výsledky týkající se rozdělení minorit dle onemocnění. S ničím se neléčí 91 židů (45,6 %), 255 křesťanů (51,0 %), 152 buddhistů (76,0 %), 109 muslimů (54,5 %) a 396 ateistů (66,0 %). S určitým onemocněním se léčí 109 židů (54,4 %), 245 křesťanů (49,0 %), 48 buddhistů (24,0 %), 91 muslimů (45,5 %) a 204 ateistů (34,0 %).

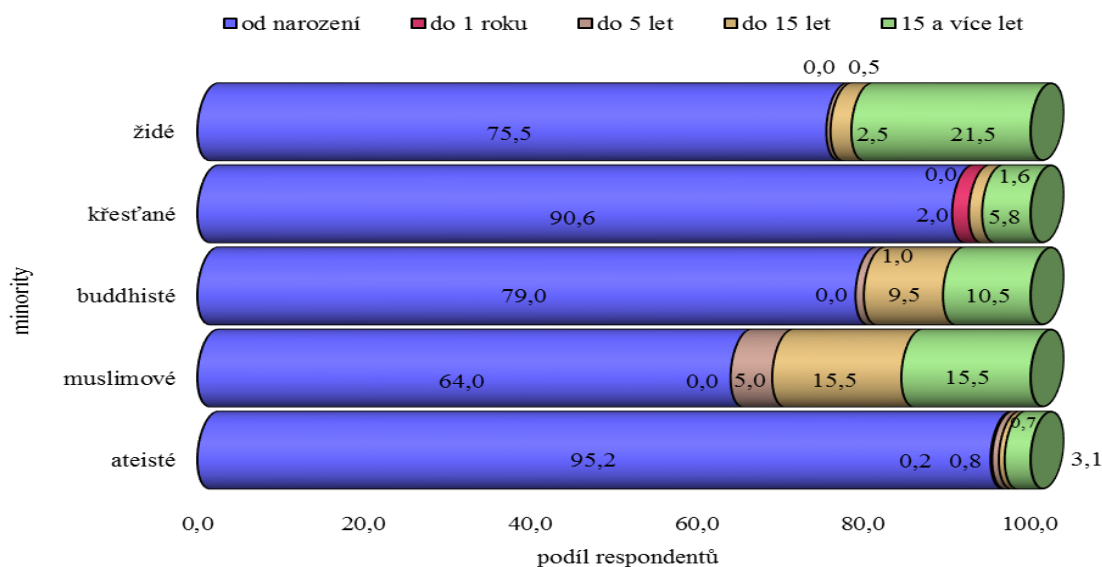
Tabulka 13 Rozdělení minorit dle onemocnění někoho z rodiny

Onemocnění	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
neléčí se	68	34,0	139	27,8	99	49,5	45	22,5	187	31,2
léčí se	132	66,0	361	72,2	101	50,5	155	77,5	413	68,8
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100

Tabulka 13 prezentuje výsledky týkající se rozdělení minorit dle onemocnění někoho z rodiny. Nikdo z rodiny se neléčí u 68 židů (34,0 %), 139 křesťanů (27,8 %), 99 buddhistů (49,5 %), 45 muslimů (22,5 %) a 187 ateistů (31,2 %). S určitým onemocněním se někdo z rodiny léčí u 132 židů (66,0 %), 361 křesťanů (72,2 %), 101 buddhistů (50,5 %), 155 muslimů (77,5 %) a 413 ateistů (68,8 %).

Graf 1 Délka pobytu v České republice

n = 1 700



Graf 1 prezentuje výsledky týkající se délky pobytu v České republice. V České republice žije od narození 151 židů (75,5 %), 453 křesťanů (90,6 %), 158 buddhistů (79,0 %), 128 muslimů (64,0 %) a 570 ateistů (95,2 %). Do 1 roku žije v České republice 0 židů (0,0 %), 10 křesťanů (2,0 %), 0 buddhistů (0,0 %), 0 muslimů (0,0 %) a 1 ateista (0,2 %). Do 5 let žije v České republice 1 žid (0,5 %), 0 křesťanů (0,0 %), 2 buddhisté (1,0 %), 10 muslimů (5,0 %) a 5 ateistů (0,8 %). Do 15 let žije v České republice 5 židů (2,5 %), 8 křesťanů (1,6 %), 19 buddhistů (9,5 %), 31 muslimů (15,5 %) a 4 ateistů (0,7 %). 15 a více let žije v České republice 43 židů (21,5 %), 29 křesťanů (5,8 %), 21 buddhistů (10,5 %), 31 muslimů (15,5 %) a 20 ateistů (3,1 %).

Tabulka 14 Specifikace formy vyznávání víry

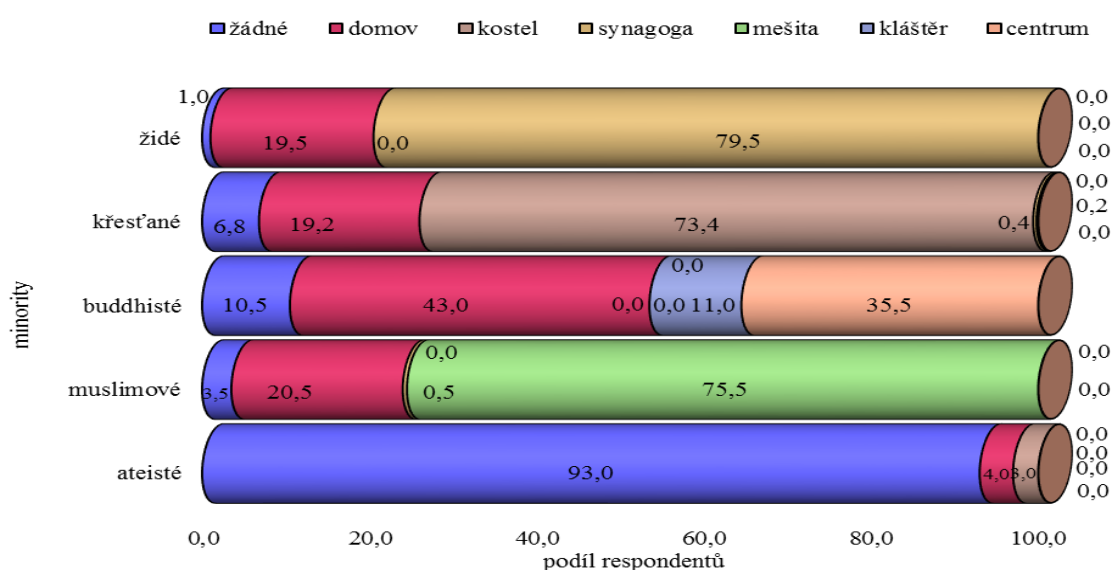
Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
nijak, jsem ateista	0	4	0	1	523
osobní přesvědčení	171	341	153	142	71
uctívání symbolů	68	186	93	52	3
navštěvování církevního místa	100	271	81	91	2
modlitba/meditace	141	239	79	124	3
dodržování přesvědčení a zásad	167	262	150	126	26
celkem odpovědí	647	1303	556	536	628

Tabulka 14 prezentuje výsledky týkající se formy vyznávání víry. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 3 970.

Odpověď „*nijak, jsem ateista*“, byla označená židy 0krát, křesťany 4krát, buddhisty 0 krát, muslimy 1krát, ateisty 523 krát. Odpověď „*osobní přesvědčení*“ byla označená židy 171krát, křesťany 341krát, buddhisty 153krát, muslimy 142krát, ateisty 71krát. Odpověď „*uctívání symbolů*“ byla označená židy 68krát, křesťany 186krát, buddhisty 93krát, muslimy 52krát, ateisty 3krát. Odpověď „*navštěvování církevního místa*“ byla označená židy 100krát, křesťany 271krát, buddhisty 81krát, muslimy 91krát, ateisty 2krát. Odpověď „*modlitba/meditace*“ byla označená židy 141krát, křesťany 239krát, buddhisty 79krát, muslimy 124krát, ateisty 3krát. Odpověď „*dodržování přesvědčení a zásad*“ byla označená židy 167krát, křesťany 262krát, buddhisty 150krát, muslimy 126krát, ateisty 26krát.

Graf 2 Hlavní církevní místo

n = 1 700

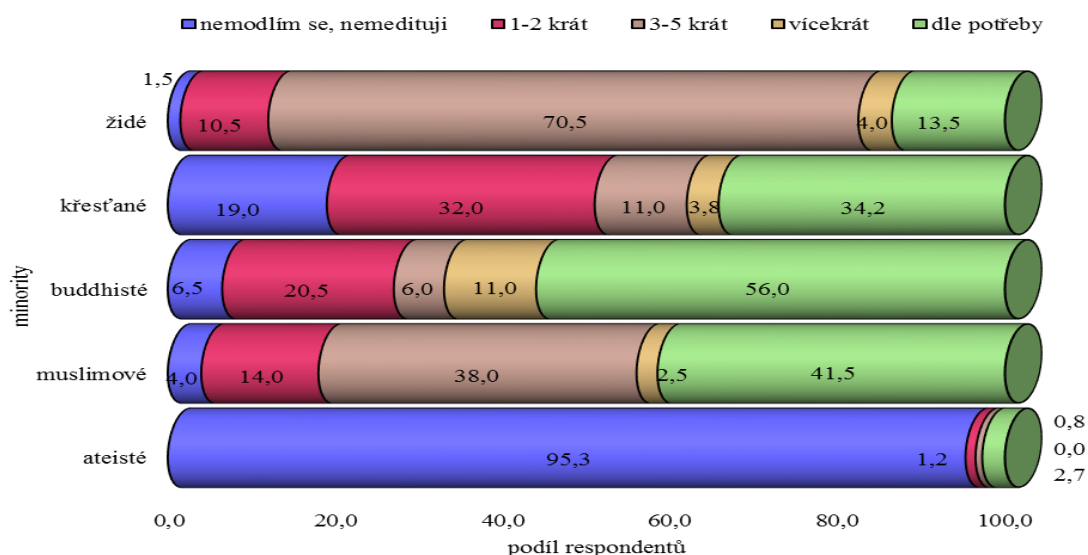


Graf 2 prezentuje výsledky týkající se hlavního církevního místa. Žádné hlavní církevní místo nemají 2 židé (1,0 %), 34 křesťanů (6,8 %), 21 buddhistů (10,5 %), 7 muslimů (3,5 %) a 556 ateistů (93,0 %). Domov je hlavním církevním místem pro 39 židů (19,5 %), 96 křesťanů (19,2 %), 86 buddhistů (43,0 %), 41 muslimů (20,5 %) a 24 ateistů (4,0 %). Kostel je hlavním církevním místem pro 0 židů (0,0 %), 357 křesťanů (73,4 %), 0 buddhistů (0,0 %), 0 muslimů (0,0 %) a 19 ateistů (3,0 %). Synagoga je hlavním

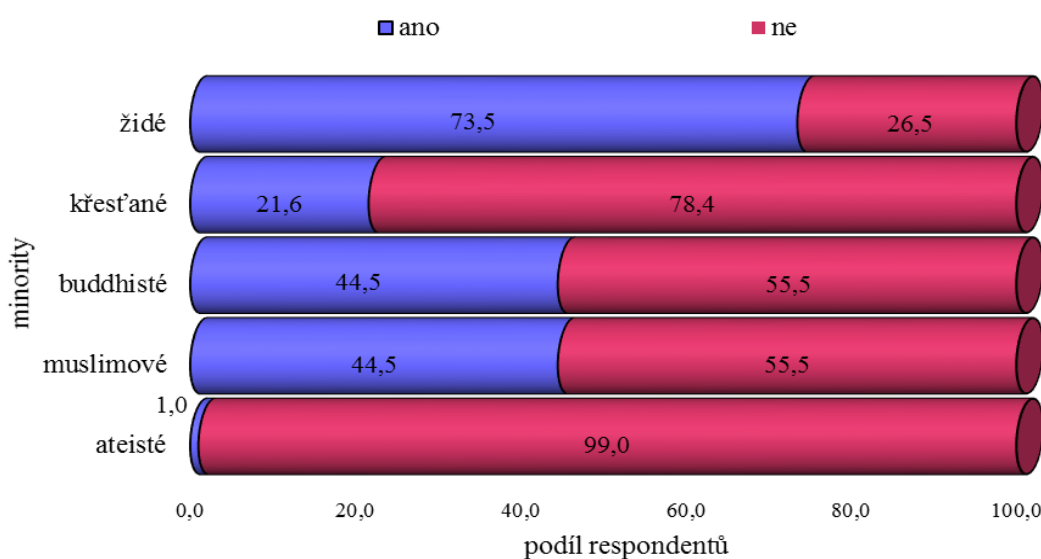
církevním místem pro 159 židů (79,5 %), 0 křesťanů (0,0 %), 0 buddhistů (0,0 %), 0 muslimů (0,0 %) a 0 ateistů (0,0 %). Mešita je hlavním církevním místem pro 0 židů (0,0 %), 0 křesťanů (0,0 %), 0 buddhistů (0,0 %), 151 muslimů (75,5 %) a 0 ateistů (0,0 %). Klášter je hlavním církevním místem pro 0 židů (0,0 %), 1 křesťana (0,2 %), 22 buddhistů (11,0 %), 0 muslimů (0,0 %) a 0 ateistů (0,0 %). Centrum je hlavním církevním místem pro 0 židů (0,0 %), 0 křesťanů (0,0 %), 71 buddhistů (35,5 %), 0 muslimů (0,0 %) a 0 ateistů (0,0 %).

Graf 3 Frekvence denních modliteb

n = 1 700



Graf 3 prezentuje výsledky frekvence denních modliteb. Nemodlí se/nemeditují 3 židé (1,5 %), 95 křesťanů (19,0 %), 13 buddhistů (6,5 %), 8 muslimů (4,0 %) a 572 ateistů (95,3 %). 1-2 krát denně se modlí 21 židů (10,5 %), 160 křesťanů (32,0 %), 41 buddhistů (20,5 %), 28 muslimů (14,0 %) a 7 ateistů (1,2 %). 3-5 krát denně se modlí 141 židů (70,5 %), 55 křesťanů (11,0 %), 12 buddhistů (6,0 %), 76 muslimů (38,0 %) a 5 ateistů (0,8 %). Vícekrát denně se modlí 8 židů (4,0 %), 19 křesťanů (3,8 %), 22 buddhistů (11,0 %), 5 muslimů (2,5 %) a 0 ateistů (0,0 %). Dle potřeby se modlí 27 židů (13,5 %), 171 křesťanů (34,2 %), 112 buddhistů (56,0 %), 83 muslimů (41,5 %) a 16 ateistů (2,7 %).

Graf 4 Potřeba speciálních předmětů k modlení/meditaci**n = 1 700**

Graf 4 prezentuje výsledky týkající se potřeby speciálních předmětů k modlení či meditaci. Speciální předměty k modlení/meditaci potřebuje 149 židů (73,5 %), 108 křesťanů (21,6 %), 89 buddhistů (44,5 %), 89 muslimů (44,5 %) a 6 ateistů (1,0 %). Speciální předměty k modlení/meditaci nepotřebuje 53 židů (26,5 %), 392 křesťanů (78,4 %), 111 buddhistů (55,5 %), 111 muslimů (55,5 %) a 594 ateistů (99,0 %).

Tabulka 15 Specifikace předmětů k modlení/meditaci

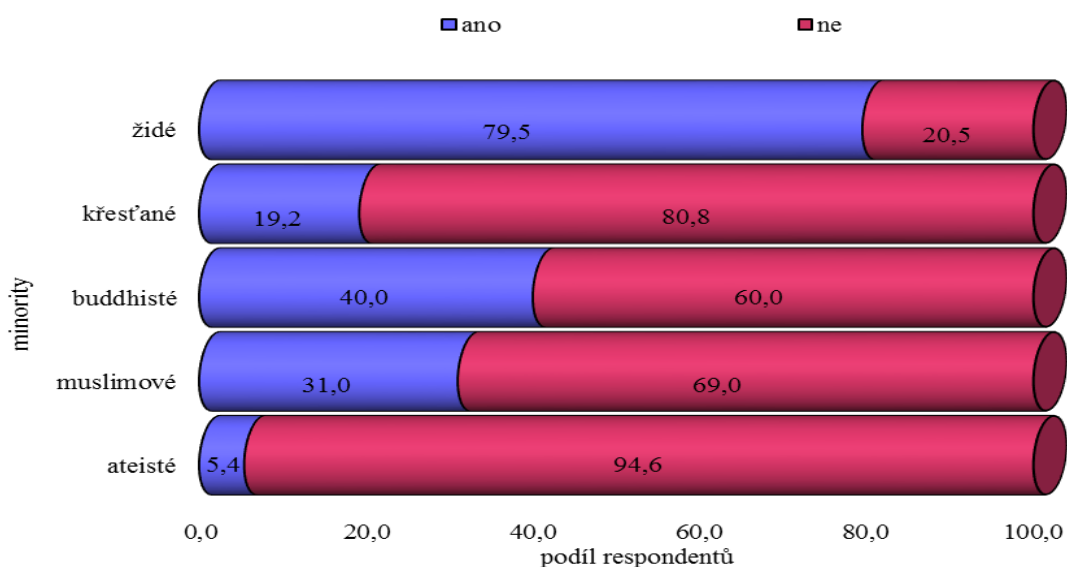
Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
svatá kniha, modlitební texty	96	53	0	36	1
růženec, růžencový prstýnek	0	82	3	1	9
posvátné a rituální předměty	112	3	62	12	1
ztvárnění boha	0	6	8	1	0
koberce, podložka	0	0	17	24	0
speciální oděv	27	2	3	47	0
umývadlo s vodou	0	0	0	58	1
mála	0	0	20	0	0
celkem odpovědí	235	146	113	179	12

Tabulka 15 prezentuje výsledky týkající se specifikace předmětů k modlení či meditaci. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 685.

Odpověď „*svatá kniha, modlitební texty*“, byla označená židy 96krát, křesťany 53krát, buddhisty 0krát, muslimy 36krát, ateisty 1krát. Odpověď „*růženec nebo růžencový prstýnek*“, byla označená židy 0krát, křesťany 82krát, buddhisty 3krát, muslimy 1krát, ateisty 9krát. Odpověď „*posvátné a rituální předměty*“ byla označená židy 112krát, křesťany 3krát, buddhisty 62krát, muslimy 12krát, ateisty 1krát. Odpověď „*ztvárnění boha*“, byla označená židy 0krát, křesťany 6krát, buddhisty 8krát, muslimy 1krát, ateisty 0krát. Odpověď „*koberec, podložka*“, byla označená židy 0krát, křesťany 0krát, buddhisty 17krát, muslimy 24krát, ateisty 0krát. Odpověď „*speciální oděv*“, byla označená židy 27krát, křesťany 2krát, buddhisty 3krát, muslimy 47krát, ateisty 0krát. Odpověď „*umývadlo s vodou*“, byla označená židy 0krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 58krát, ateisty 1krát. Odpověď „*mála*“, byla označená židy 0krát, křesťany 0krát, buddhisty 20krát, muslimy 0krát, ateisty 0krát.

Graf 5 Potřeba speciálního oděvu

n = 1 700



Graf 5 prezentuje výsledky týkající se potřeby speciálního oděvu, který je pro respondenty tradiční. Speciální oděv ke každodennímu nošení potřebuje 159 židů (79,5 %), 95 křesťanů (19,2 %), 80 buddhistů (40,0 %), 62 muslimů (31,0 %) a 32 ateistů (5,4 %). Speciální oděv ke každodennímu nošení nepotřebuje 41 židů (20,5 %), 404 křesťanů (80,8 %), 120 buddhistů (60,0 %), 138 muslimů (69,0 %) a 568 ateistů (94,6 %).

Tabulka 16 Specifikace oděvu

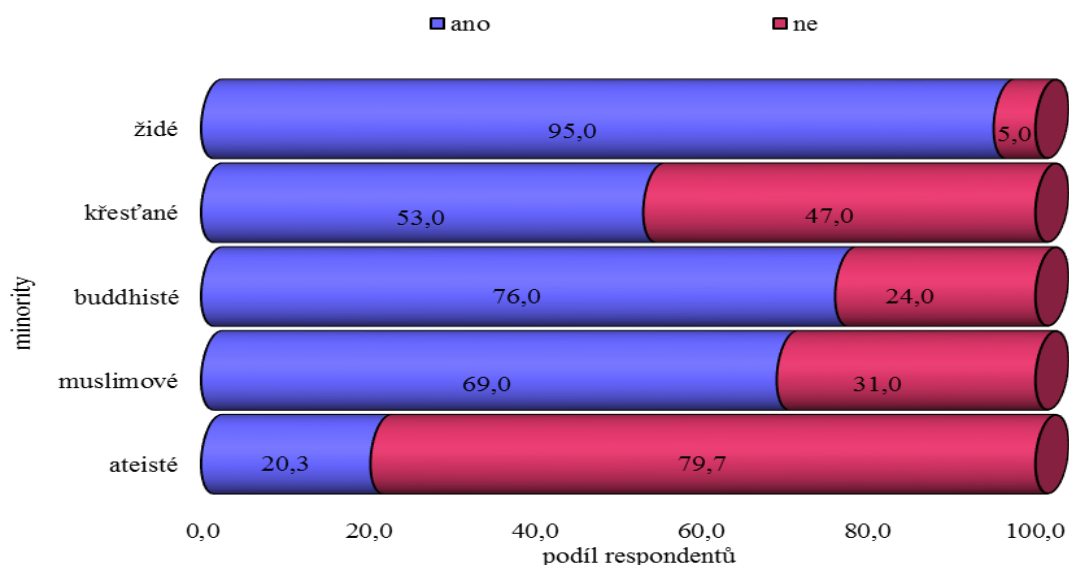
Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
sváteční šaty	10	91	0	1	17
běžný každodenní oděv	0	4	12	0	15
jarmulka+kipa, talit+tfilin	274	0	0	0	0
roucho, ao dai, bílé šaty	0	0	68	0	0
šátek, pokrývka hlavy	33	0	0	39	0
hidžáb, abaya	0	0	0	43	0
celkem odpovědí	317	95	80	83	32

Tabulka 16 prezentuje výsledky týkající se specifikace potřeby nošení speciálního oděvu. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 607.

Odpověď „sváteční šaty”, byla označená židy 10krát, křesťany 91krát, buddhisty 0krát, muslimy 1krát, ateisty 17krát. Odpověď „běžný každodenní oděv”, byla označená židy 0krát, křesťany 4krát, buddhisty 12krát, muslimy 0krát, ateisty 15krát. Odpověď „jarmulka+kipa, talit+tfilin”, byla označená židy 274krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 0krát, ateisty 0krát. Odpověď „roucho, ao dai, bílé šaty”, byla označená židy 0krát, křesťany 0krát, buddhisty 68krát, muslimy 0krát, ateisty 0krát. Odpověď „šátek, pokrývka hlavy”, byla označená židy 33krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 39krát, ateisty 0krát. Odpověď „hidžáb, abaya”, byla označená židy 0krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 43krát, ateisty 0krát.

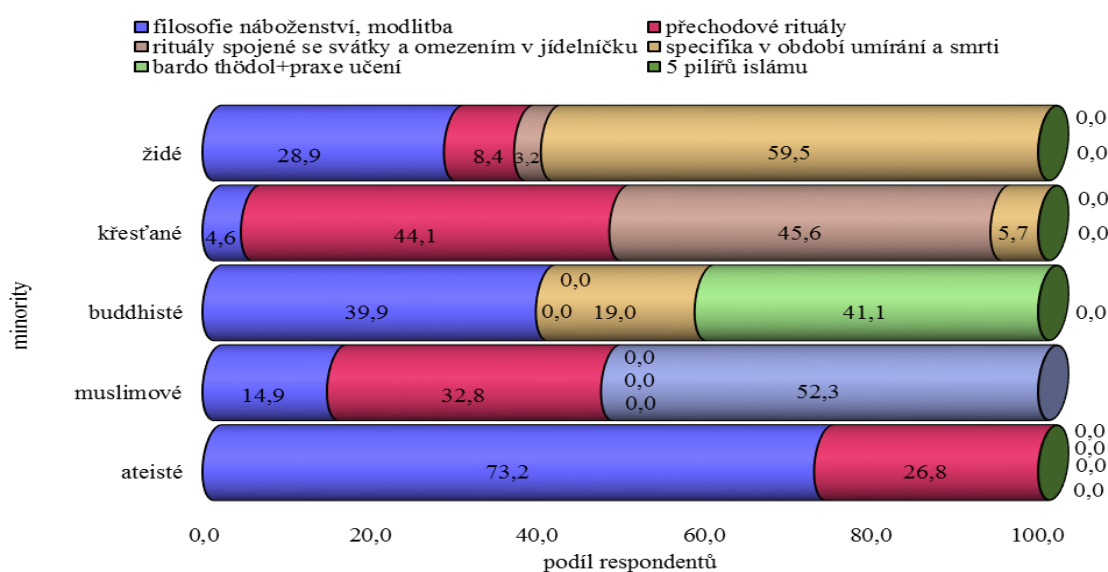
Graf 6 Důležitost rituálů a jejich podmíněnost k dané kultuře

n = 1 700



Graf 6 prezentuje výsledky důležitosti rituálů pro kulturu, která je respondentům vlastní. Podmiňující rituály dané kultury jsou důležité pro 190 židů (95,0 %), 265 křesťanů (53,0 %), 152 buddhistů (76,0 %), 138 muslimů (69,0 %) a 122 ateistů (20,3 %). Podmiňující rituály dané kultury nejsou důležité pro 10 židů (5,0 %), 233 křesťanů (47,0 %), 48 buddhistů (24,0 %), 62 muslimů (31,0 %) a 478 ateistů (79,7 %).

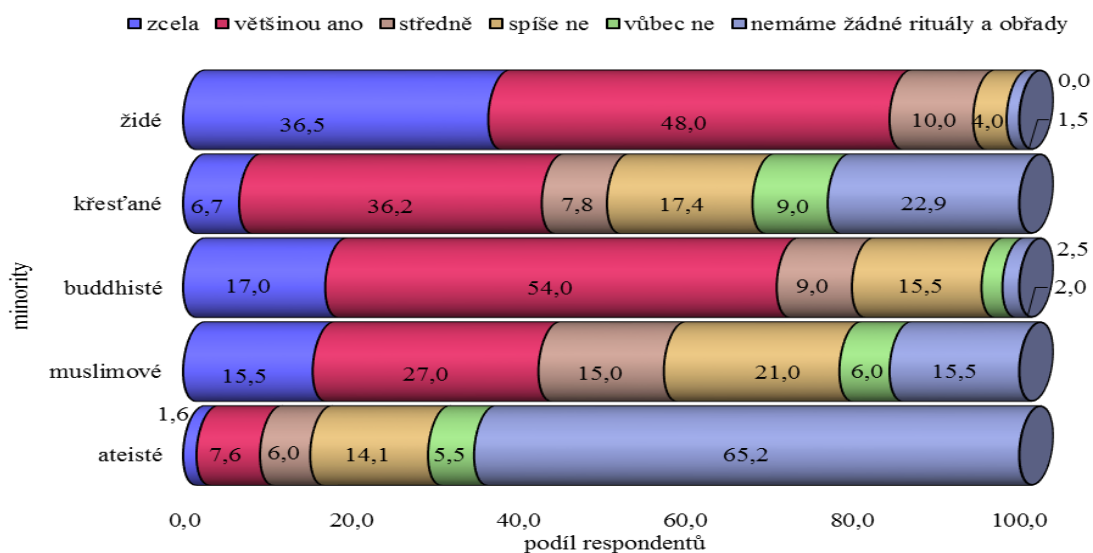
Graf 7 Specifikace rituálů podmiňujících danou kulturu



Graf 7 prezentuje výsledky týkající se specifikace rituálů podmiňujících danou kulturu. Na otázku znázorněnou tímto grafem odpovídali pouze respondenti, kteří ve filtrační otázce znázorněné grafem 6 odpovídali „ano”. Počet validních odpovědí činil 861.

Filosofie náboženství a modlitba jsou stěžejním rituálem podmiňujícím danou kulturu pro 55 židů (28,9 %), 12 křesťanů (4,6 %), 61 buddhistů (39,9 %), 20 muslimů (14,9 %) a 90 ateistů (73,2 %). Přejícné rituály jsou stěžejním rituálem podmiňujícím danou kulturu pro 16 židů (8,4 %), 115 křesťanů (44,1 %), 0 buddhistů (0,0 %), 44 muslimů (32,8 %) a 33 ateistů (26,8 %). Rituály spojené se svátky a omezením jídelníčku jsou typické pro 6 židů (3,2 %), 119 křesťanů (45,6 %), 0 buddhistů (0,0 %), 0 muslimů (0,0 %) a 0 ateistů (0,0 %). Specifika v období umírání a smrti typické pro 113 židů (59,5 %), 15 křesťanů (5,7 %), 29 buddhistů (19,0 %), 0 muslimů (0,0 %) a 0 ateistů (0,0 %). Bardo thödol+praxe učení je typický pro 0 židů (0,0 %), 0 křesťanů (0,0 %), 63 buddhistů (41,1 %), 0 muslimů (0,0 %) a 0 ateistů (0,0 %). Dodržování 5 pilířů islámu je charakteristické pro 0 židů (0,0 %), 0 křesťanů (0,0 %), 0 buddhistů (0,0 %), 72 muslimů (52,3 %) a 0 ateistů (0,0 %).

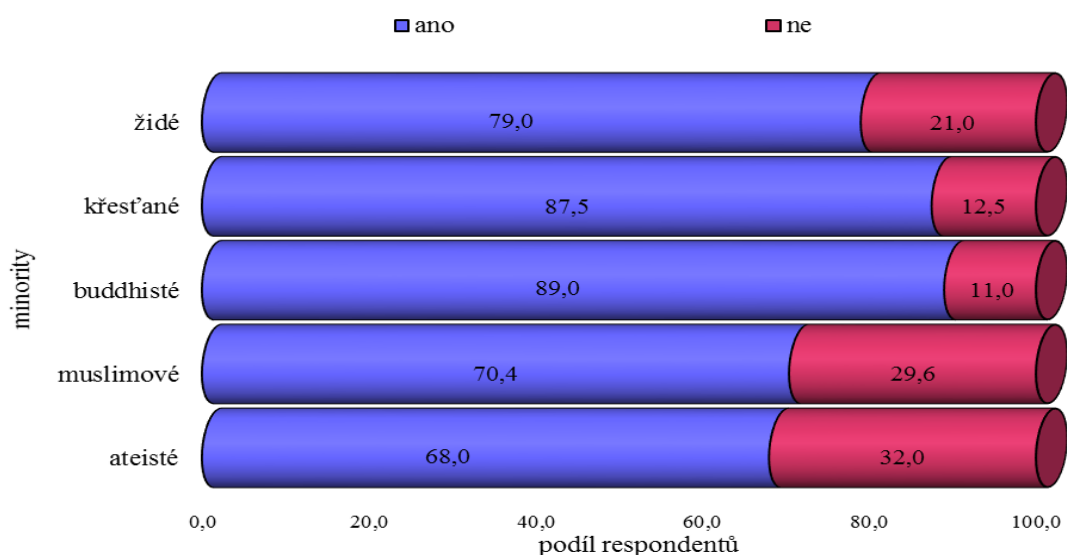
Graf 8 Zachovávání rituálů a obřadů během nemoci a hospitalizace **n = 1 700**



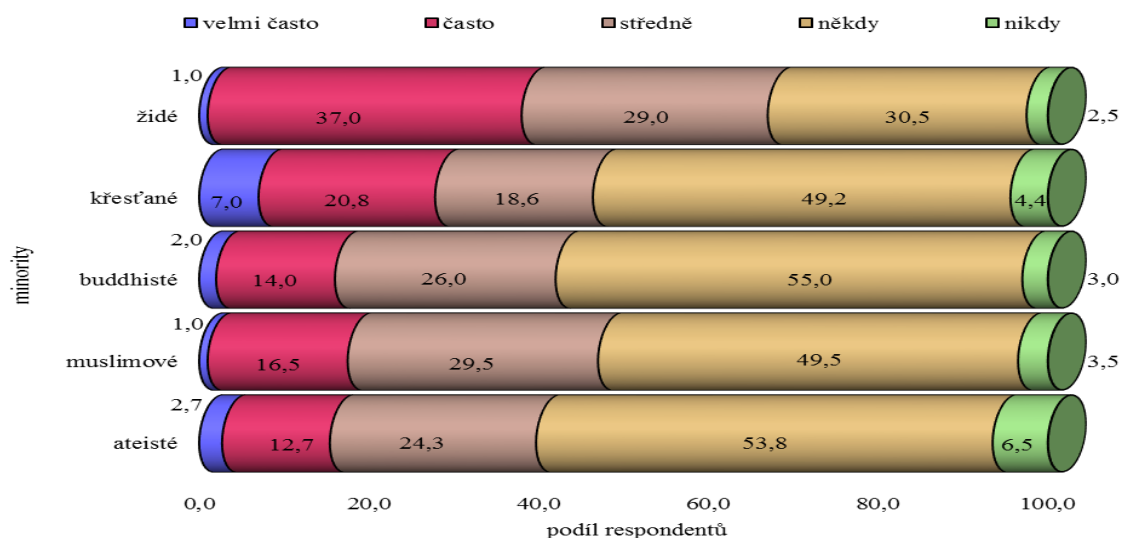
Graf 8 prezentuje výsledky týkající se zachovávání rituálů a obřadů během nemoci a hospitalizace. Zcela zachovává rituály a obřady během nemoci a hospitalizace 73 židů (36,5 %), 33 křesťanů (6,7 %), 34 buddhistů (17,0 %), 31 muslimů (15,5 %) a 9 ateistů

(1,6 %). Většinou zachovává rituály a obřady během nemoci a hospitalizace 96 židů (48,0 %), 177 křesťanů (36,2 %), 108 buddhistů (54,0 %), 54 muslimů (27,0 %) a 44 ateistů (7,6 %). Středně zachovává rituály a obřady během nemoci a hospitalizace 20 židů (10,0 %), 38 křesťanů (7,8 %), 18 buddhistů (9,0 %), 30 muslimů (15,0 %) a 35 ateistů (6,0 %). Spíše nezachovává rituály a obřady během nemoci a hospitalizace 8 židů (4,0 %), 85 křesťanů (17,4 %), 31 buddhistů (15,5 %), 42 muslimů (21,0 %) a 82 ateistů (14,1 %). Vůbec nezachovává rituály a obřady během nemoci a hospitalizace 0 židů (0,0 %), 42 křesťanů (9,0 %), 5 buddhistů (2,5 %), 12 muslimů (6,0 %) a 31 ateistů (5,5 %). Žádné rituály a obřady nemají 3 židé (1,5 %), 112 křesťanů (22,9), 4 buddhisté (2,0 %), 31 muslimů (15,5 %) a 378 ateistů (65,2).

Graf 9 Respektování kulturních odlišností pracovníky ve zdravotnictví n = 1 700



Graf 9 prezentuje výsledky týkající se respektování kulturních odlišností pracovníky ve zdravotnictví. Kulturní odlišnosti jsou pracovníky ve zdravotnictví respektovány dle 158 židů (79,0 %), 421 křesťanů (87,5 %), 178 buddhistů (89,0 %), 140 muslimů (70,4 %) a 367 ateistů (68,0 %). Kulturní odlišnosti nejsou pracovníky ve zdravotnictví respektovány dle 42 židů (21,0 %), 57 křesťanů (12,5 %), 22 buddhistů (11,0 %), 59 muslimů (29,6 %) a 171 ateistů (32,0 %).

Graf 10 Frekvence nemocnosti
n = 1 700


Graf 10 prezentuje výsledky týkající se frekvence nemocnosti. Velmi často bývají nemocní 2 židé (1,0 %), 35 křesťanů (7,0 %), 4 buddhisté (2,0 %), 2 muslimové (1,0 %) a 16 ateistů (2,7 %). Často bývá nemocných 74 židů (37,0 %), 104 křesťanů (20,8 %), 28 buddhistů (14,0 %), 33 muslimů (16,5 %) a 76 ateistů (12,7 %). Středně bývá nemocných 58 židů (29,0 %), 93 křesťanů (18,6 %), 52 buddhistů (26,0 %), 59 muslimů (29,5 %) a 146 ateistů (24,3 %). Pouze někdy je nemocných 61 židů (30,5 %), 246 křesťanů (49,2 %), 110 buddhistů (55,0 %), 99 muslimů (49,5 %) a 323 ateistů (53,8, %). Nikdy nebývá nemocných 5 židů (2,5 %), 22 křesťanů (4,4 %), 6 buddhistů (3,0 %), 7 muslimů (3,5 %) a 39 ateistů (6,5 %).

Tabulka 17 Specifikace způsobu tišení bolesti

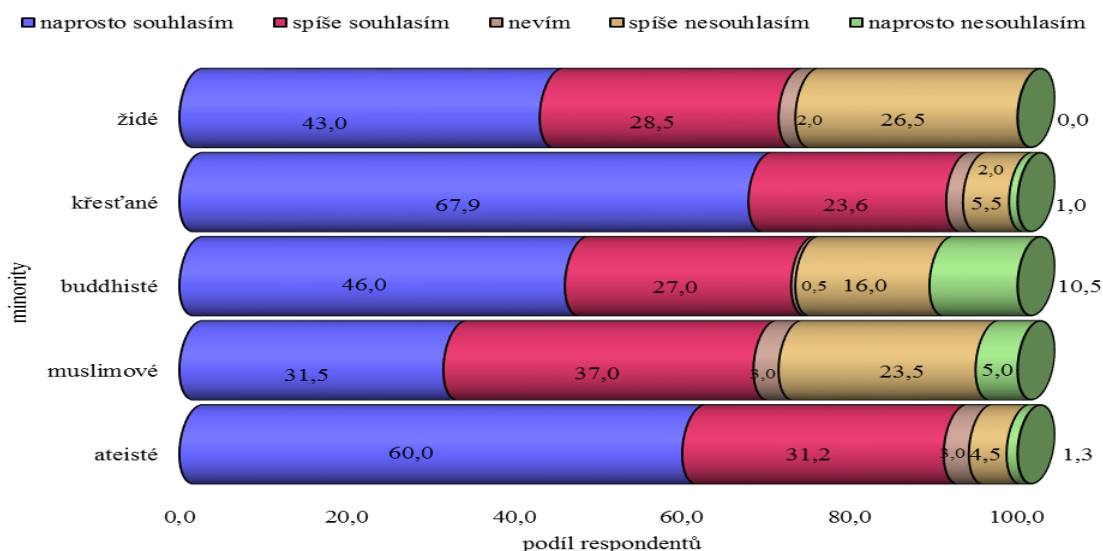
Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
nemívám bolest	2	35	3	27	56
ničím	1	30	9	11	6
akupunktura	0	3	2	0	3
akupresura	0	4	3	3	1
léky	150	382	71	130	420
klid	90	214	64	95	238
modlitba/meditace	84	70	6	22	15
alternativní medicína	28	71	74	29	90
celkem odpovědí	355	809	232	317	829

Tabulka 17 prezentuje výsledky týkající se způsobu tišení bolesti. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 2 542.

Odpověď „nemívám bolest“, byla označená židy 2krát, křesťany 35krát, buddhisty 3krát, muslimy 27krát a ateisty 56krát. Odpověď „ničím“, byla označená židy 1krát, křesťany 30krát, buddhisty 9krát, muslimy 11krát a ateisty 6krát. Odpověď „akupunktura“, byla označená židy 0krát, křesťany 3krát, buddhisty 2krát, muslimy 0krát a ateisty 3krát. Odpověď „akupresura“, byla označená židy 0krát, křesťany 4krát, buddhisty 3krát, muslimy 3krát a ateisty 1krát. Odpověď „léky“, byla označená židy 150krát, křesťany 382krát, buddhisty 71krát, muslimy 130krát, ateisty 420krát. Odpověď „klid“, byla označená židy 90krát, křesťany 214krát, buddhisty 64krát, muslimy 95krát a ateisty 238krát. Odpověď „modlitba/meditace“, byla označená židy 84krát, křesťany 70krát, buddhisty 6krát, muslimy 22krát a ateisty 15krát. Odpověď „alternativní medicína“, byla označená židy 28krát, křesťany 71krát, buddhisty 74krát, muslimy 29krát a ateisty 90krát.

Graf 11 Zdraví jako nejvyšší dosažená hodnota

n = 1 700

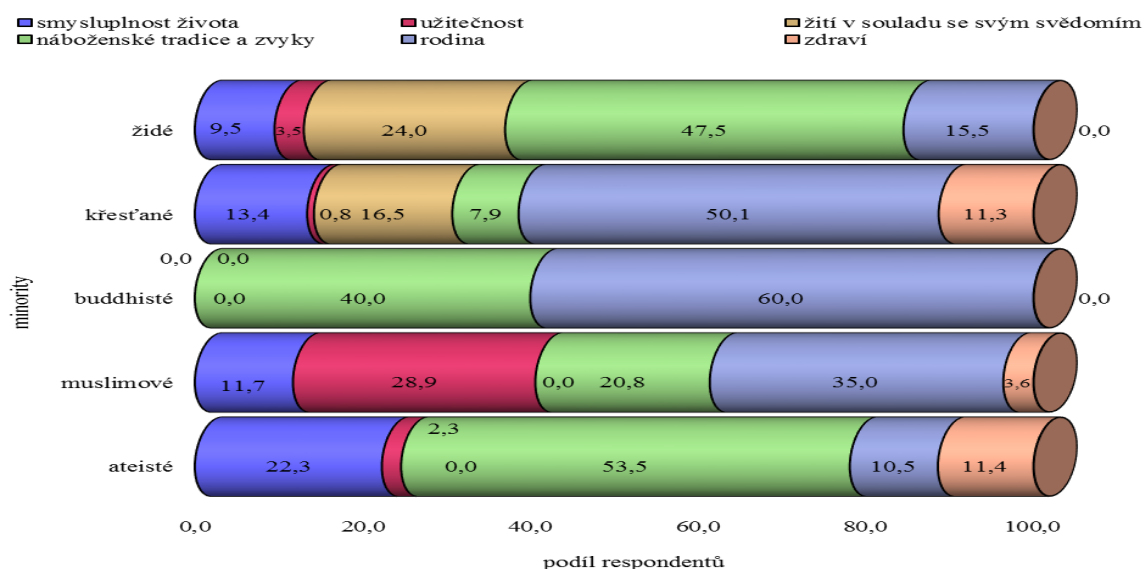


Graf 11 prezentuje výsledky týkající se zdraví jako nejvyšší dosažené hodnoty lidského života. S tímto tvrzením naprosto souhlasí 86 židů (43,0 %), 339 křesťanů (67,9 %), 92 buddhistů (46,0 %), 63 muslimů (31,5 %) a 360 ateistů (60,0 %). Se zdravím jako s nejvyšší hodnotou lidského života spíše souhlasí 57 židů (28,5 %), 118 křesťanů

(23,6 %), 54 buddhistů (27,0 %), 74 muslimů (37,0 %) a 187 ateistů (31,2 %). Zda s tímto tvrzením souhlasí, neví 10 židů (2,0 %), 4 křesťané (2,0 %), 1 buddhista (0,5 %), 6 muslimů (3,0 %) a 18 ateistů (3,0 %). S tímto tvrzením spíše nesouhlasí 52 židů (26,5 %), 24 křesťanů (5,5 %), 32 buddhistů (16,0 %), 47 muslimů (23,5 %) a 27 ateistů (4,5 %). S názorem, že je zdraví nejvyšší hodnotou v životě, naprosto nesouhlasí 0 židů (0,0 %), 5 křesťanů (1,0 %), 21 buddhistů (10,5 %), 10 muslimů (5,0 %) a 5 ateistů (1,3 %).

Graf 12 Hlavní smysl života

n = 1 700



Graf 12 prezentuje výsledky týkající se hlavního smyslu života. Smysluplnost života je hlavním smyslem života pro 19 židů (9,5 %), 64 křesťanů (13,4 %), 0 buddhistů (0,0 %), 23 muslimů (11,7 %) a 126 ateistů (22,3 %). Užitečnost je hlavním smyslem života pro 7 židů (3,5 %), 4 křesťanů (0,8 %), 0 buddhistů (0,0 %), 57 muslimů (28,9 %) a 13 ateistů (2,3 %). Žití v souladu se svým svědomím je hlavním smyslem života pro 48 židů (24,0 %), 79 křesťanů (16,5 %), 0 buddhistů (0,0 %), 0 muslimů (0,0 %) a 0 ateistů (0,0 %). Náboženské tradice a zvyky jsou hlavním smyslem života pro 95 židů (47,5 %), 38 křesťanů (7,9 %), 80 buddhistů (40,0 %), 41 muslimů (20,8 %) a 302 ateistů (53,5 %). Rodina je hlavním smyslem života pro 31 židů (15,5 %), 271 křesťanů (50,1 %), 120 buddhistů (60,0 %), 69 muslimů (35,0 %) a 77 ateistů (10,5 %). Hlavním smyslem života je zdraví pro 0 židů (0,0 %), 54 křesťanů (11,3 %), 0 buddhistů (0,0 %), 7 muslimů (3,6 %) a 82 ateistů (11,4 %).

Tabulka 18 Zdroj čerpání energie

Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
rodina	120	360	114	113	370
práce	20	90	72	59	90
náboženství, víra	137	246	76	99	17
sám/sama ze sebe	86	114	72	93	207
energii nečerpám	0	18	0	25	48
jiné	32	105	37	13	149
celkem odpovědí	395	933	371	402	885

Tabulka 18 prezentuje výsledky týkající se zdrojů čerpání energie. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 2 416.

Odpověď „rodina”, byla označená židy 120krát, křesťany 360krát, buddhisty 114krát, muslimy 113krát a ateisty 370krát. Odpověď „práce”, byla označená židy 20krát, křesťany 90krát, buddhisty 72krát, muslimy 59krát a ateisty 90krát. Odpověď „náboženství, víra”, byla označená židy 137krát, křesťany 246krát, buddhisty 76krát, muslimy 99krát a ateisty 17krát. Odpověď „sám/sama ze sebe”, byla označená židy 86krát, křesťany 114krát, buddhisty 72krát, muslimy 93krát a ateisty 207krát. Odpověď „energii nečerpám”, byla označená židy 0krát, křesťany 18krát, buddhisty 0krát, muslimy 25krát, ateisty 48krát. Odpověď „jiné”, byla označená židy 32krát, křesťany 105krát, buddhisty 37krát, muslimy 13krát a ateisty 149krát.

Tabulka 19 Způsob péče o vlastní zdraví

Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
o své zdraví nepečuji	0	22	23	29	41
pravidelně chodím na preventivní prohlídky	109	280	21	84	326
občas chodím na preventivní prohlídky	48	123	51	49	114
alternativní medicína	9	28	19	8	43
modlím se/medituji	30	73	61	33	13
piji tradiční nápoje	13	37	18	3	16
jím tradiční pokrmy	12	33	19	1	10
užívám léky	91	138	11	44	114
dodržuji zdravý životní styl	77	133	71	93	222
jiné	9	15	24	1	34
celkem odpovědí	398	882	318	345	933

Tabulka 19 prezentuje výsledky týkající se způsobů péče o vlastní zdraví. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 2 876.

Odpověď „o své zdraví nepečuji“, byla označená židy 0krát, křesťany 22krát, buddhisty 23krát, muslimy 29krát a ateisty 41krát. Odpověď „pravidelně chodím na preventivní prohlídky“, byla označená židy 109krát, křesťany 280krát, buddhisty 21krát, muslimy 84krát a ateisty 362krát. Odpověď „občas chodím na preventivní prohlídky“, byla označená židy 48krát, křesťany 123krát, buddhisty 51krát, muslimy 49krát a ateisty 114krát. Odpověď „využívám prvků alternativní medicíny“, byla označená židy 9krát, křesťany 28krát, buddhisty 19krát, muslimy 8krát a ateisty 43krát. Odpověď „modlím se/medituji“, byla označená židy 30krát, křesťany 73krát, buddhisty 61krát, muslimy 33krát a ateisty 13krát. Odpověď „piji tradiční nápoje“, byla označená židy 13krát, křesťany 37krát, buddhisty 18krát, muslimy 3krát a ateisty 16krát. Odpověď „jím tradiční pokrmy“, byla označená židy 12krát, křesťany 33krát, buddhisty 19krát, muslimy 1krát a ateisty 10krát. Odpověď „užívám léky“, byla označená židy 91krát, křesťany 138krát, buddhisty 11krát, muslimy 44krát a ateisty 114krát. Odpověď „dodržuji zdravý životní styl“, byla označená židy 77krát, křesťany 133krát, buddhisty 71krát, muslimy 93krát a ateisty 222krát. Odpověď „jiné“, byla označená židy 9krát, křesťany 15krát, buddhisty 24krát, muslimy 1krát a ateisty 34krát.

Tabulka 20 Případy péče o blízké

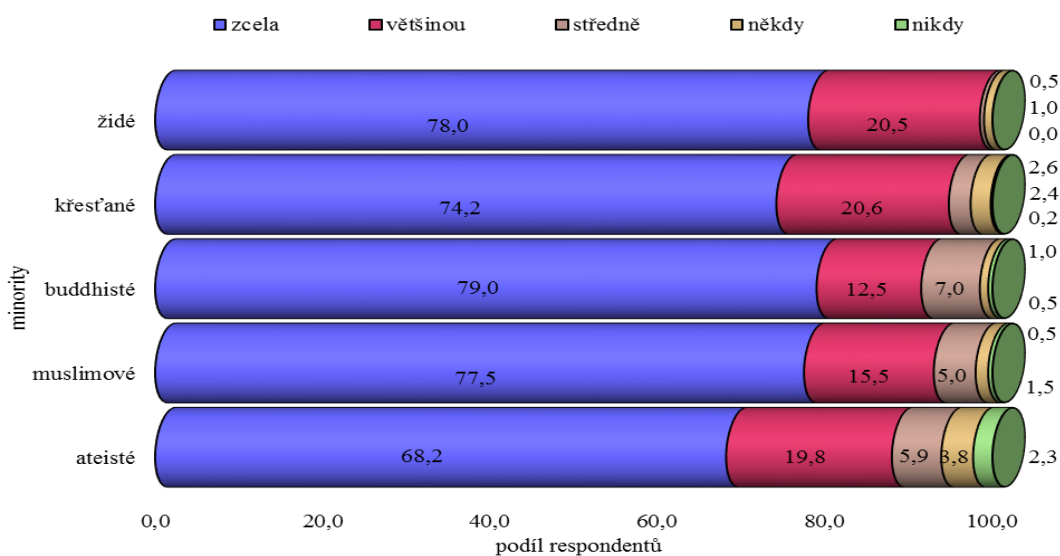
Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
kdykoliv	155	390	138	137	407
v období nemoci	9	68	7	29	132
v období umírání	9	51	11	24	100
v období smrti	8	32	7	14	28
péči bych ponechal/a na profesionálech	46	69	46	25	118
dokud bych to zvládl/a	46	10	113	11	2
nikdy	0	8	0	0	2
celkem odpovědí	233	628	222	240	789

Tabulka 20 prezentuje výsledky týkající se případů péče o své blízké. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 2 112.

Odpověď „*kdykoliv*“, byla označená židy 155krát, křesťany 390krát, buddhisty 138krát, muslimy 137krát a ateisty 407krát. Odpověď „*v období nemoci*“, byla označená židy 9krát, křesťany 68krát, buddhisty 7krát, muslimy 29krát a ateisty 132krát. Odpověď „*v období umírání*“, byla označená židy 9krát, křesťany 51krát, buddhisty 11krát, muslimy 24krát a ateisty 100krát. Odpověď „*v období smrti*“, byla označená židy 8krát, křesťany 32krát, buddhisty 7krát, muslimy 14krát a ateisty 28krát. Odpověď „*pěči bych ponechal/a na profesionálech*“, byla označená židy 46krát, křesťany 69krát, buddhisty 46krát, muslimy 25krát a ateisty 118krát. Odpověď „*dokud bych to zvládl/a*“, byla označená židy 46krát, křesťany 10krát, buddhisty 113krát, muslimy 11krát a ateisty 2krát. Odpověď „*nikdy*“, byla označená židy 0krát, křesťany 8krát, buddhisty 0krát, muslimy 0krát a ateisty 2krát.

Graf 13 Přijetí transfúze a krevních derivátů

n = 1700

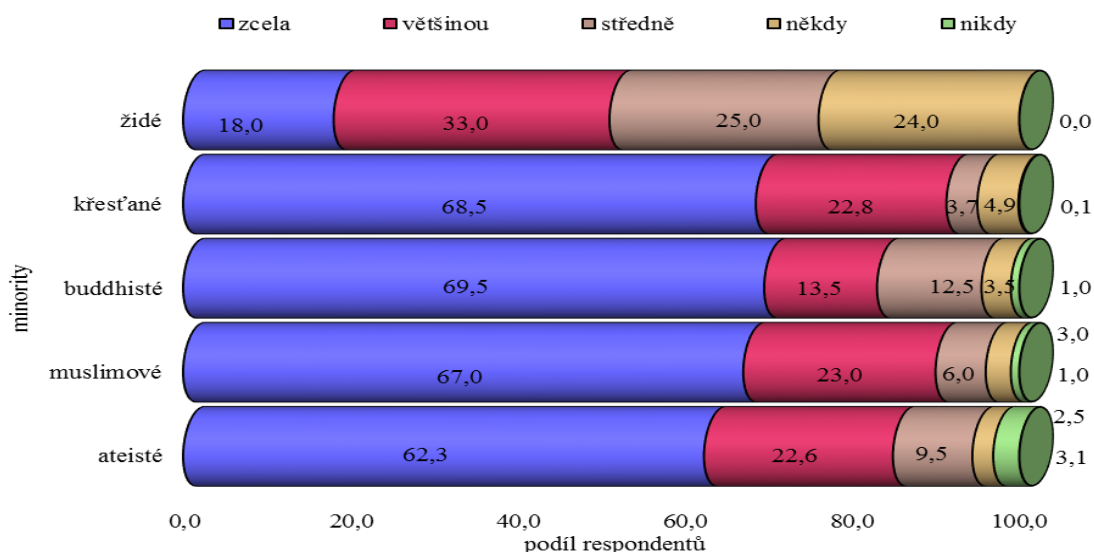


Graf 13 prezentuje výsledky týkající se přijetí transfúze a krevních derivátů. Zcela by přijalo transfúzi a krevní deriváty 156 židů (78,0 %), 368 křesťanů (74,2 %), 158 buddhistů (79,0 %), 155 muslimů (77,5 %) a 407 ateistů (68,2 %). Většinou by přijalo transfúzi a krevní deriváty 41 židů (20,5 %), 102 křesťanů (20,6 %), 25 buddhistů (12,5 %), 31 muslimů (15,5 %) a 118 ateistů (19,8 %). Středně by přijal transfúzi a krevní deriváty 1 žid (0,5 %), 13 křesťanů (12,6 %), 14 buddhistů (7,0 %), 3

muslimové (5,0 %) a 35 ateistů (5,9 %). Pouze někdy by přijali transfúzi a krevní deriváty 2 židé (1,0 %), 12 křesťanů (2,4 %), 2 buddhisté (1,0 %), 3 muslimové (1,5 %) a 23 ateistů (3,8 %). Nikdy by nepřijalo transfúzi a krevní deriváty 0 židů (0,0 %), 1 křesťan (0,2 %), 1 buddhista (0,5 %), 1 muslim (0,5 %) a 14 ateistů (2,3 %).

Graf 14 Přijetí transplantátu

n = 1700

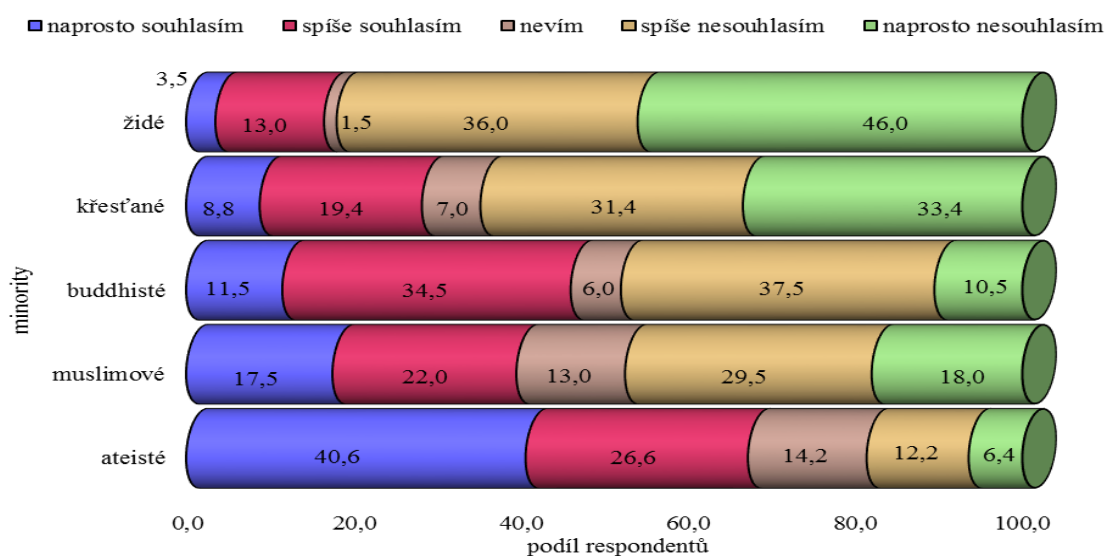


Graf 14 prezentuje výsledky týkající se přijetí transplantátu na vlastním těle. Zcela by přijalo transplantát na svém těle 36 židů (18,0 %), 337 křesťanů (68,5 %), 139 buddhistů (69,5 %), 134 muslimů (67,0 %) a 372 ateistů (62,3 %). Většinou by přijalo transplantát 66 židů (33,0 %), 112 křesťanů (22,8 %), 27 buddhistů (13,5 %), 46 muslimů (23,0 %) a 135 ateistů (22,6 %). Středně by přijalo transplantát 50 židů (25,0 %), 18 křesťanů (3,7 %), 25 buddhistů (12,5 %), 12 muslimů (6,0 %) a 57 ateistů (9,5 %). Pouze někdy by přijalo transplantát 48 židů (24,0 %), 24 křesťanů (4,9 %), 7 buddhistů (3,5 %), 6 muslimů (3,0 %) a 15 ateistů (2,5 %). Nikdy by nepřijalo transplantát 0 židů (0,0 %), 1 křesťan (0,1 %), 2 buddhisté (1,0 %), 2 muslimové (1,0 %) a 18 ateistů (3,1 %).

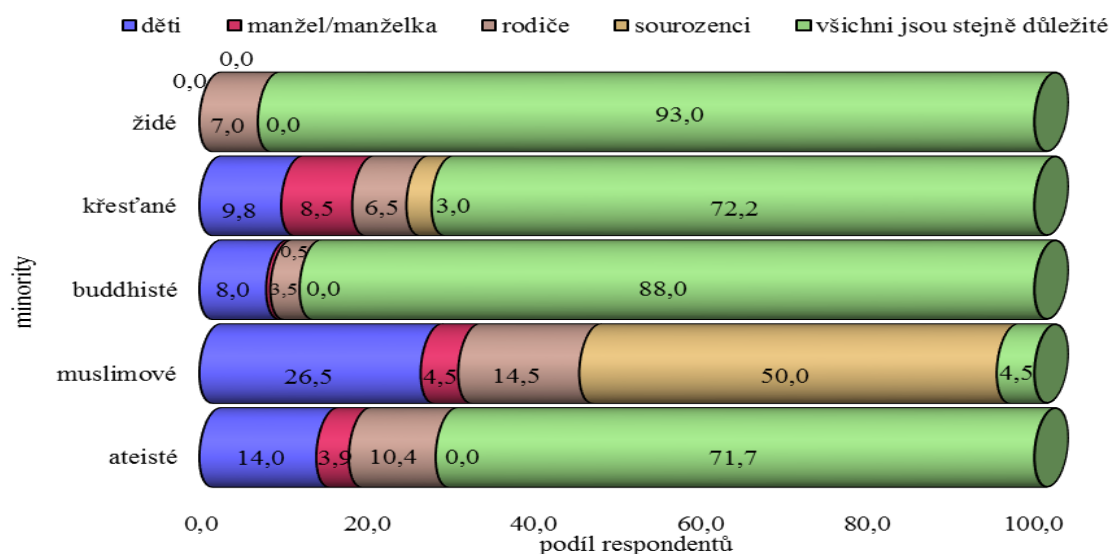
Tabulka 21 Přijetí transplantátu od živého a mrtvého dárce
n = 1700

Konkrétní příklad	Minority									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Přijetí transplantátu od živého dárce										
zcela	32	16,0	284	57,3	131	65,5	110	55,3	302	50,3
většinou	50	25,0	129	26,0	38	19,0	47	23,6	152	25,3
středně	62	31,0	46	9,3	23	11,5	28	14,1	75	12,0
někdy	56	28,0	30	6,0	5	2,5	10	5,0	46	7,7
nikdy	0	0,0	7	1,4	3	1,5	4	2,0	28	4,7
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100
Přijetí transplantátu od mrtvého dárce										
zcela	7	3,5	257	51,7	106	53,0	84	42,0	271	45,2
většinou	14	7,0	124	24,9	37	18,5	74	37,0	139	23,2
středně	33	16,5	50	10,1	25	12,5	18	9,0	65	10,8
někdy	46	23,0	47	9,5	26	13,0	12	6,0	64	10,7
nikdy	100	50,0	19	3,8	6	3,0	12	6,0	61	10,2
celkem	200	100	500	100	200	100	200	100	600	100

Tabulka 21 prezentuje výsledky týkající se přijetí transplantátu od živého a mrtvého dárce. Výsledky odpovědí křesťanů, buddhistů, muslimů a ateistů jsou zaspoupeny téměř homogenně. Zatímco by zcela přijalo transplantát od živého dárce 32 židů (16,0 %), od mrtvého 7 (3,5 %). Většinou by přijalo transplantát od živého dárce 50 židů (25,0 %) a od mrtvého dárce 14 (7,0 %). Středně by přijalo transplantát od živého dárce 62 židů (31,0 %) a od mrtvého dárce 33 (16,5 %). Pouze někdy by přijalo transplantát od živého dárce 56 židů (28,0 %) a od mrtvého dárce 46 (23,0 %). Nikdy by nepřijalo transplantát od živého dárce 0 židů (0,0 %), zatímco od mrtvého dárce 100 (50,0 %).

Graf 15 Názor na interrupci
n = 1700


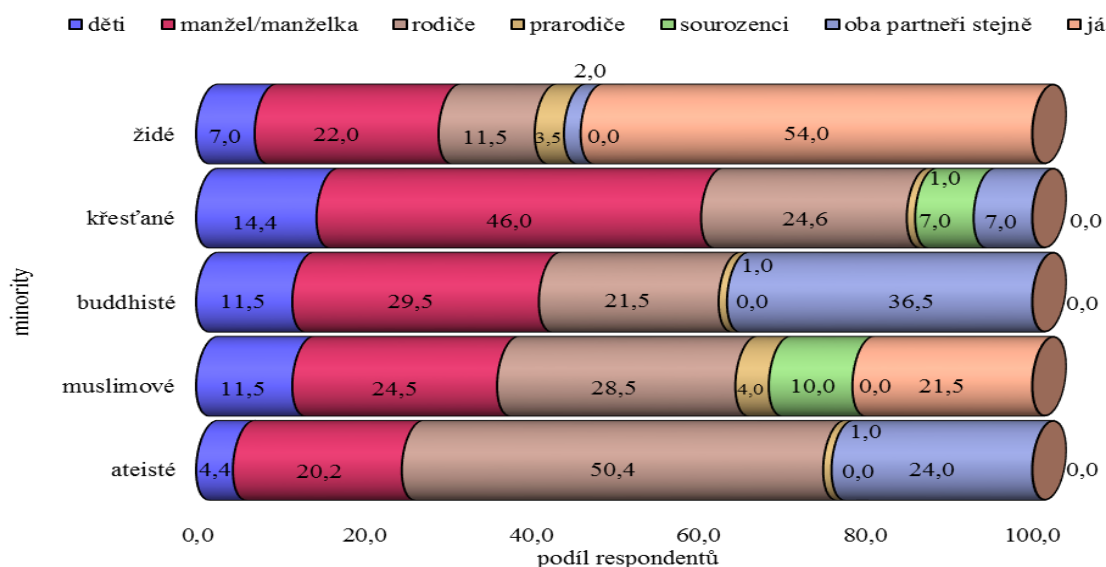
Graf 15 prezentuje výsledky týkající se názoru na interrupci. S interrupcí naprosto souhlasí 7 židů (3,5 %), 44 křesťanů (8,8 %), 23 buddhistů (11,5 %), 35 muslimů (17,5 %) a 243 ateistů (40,6 %). S interrupcí spíše souhlasí 26 židů (13,0 %), 97 křesťanů (19,4 %), 69 buddhistů (34,5 %), 44 muslimů (22,0 %) a 159 ateistů (26,6 %). Odpověď „nevím“ zvolili 3 židé (1,5 %), 35 křesťanů (7,0 %), 12 buddhistů (6,0 %), 26 muslimů (13,0 %) a 85 ateistů (14,2 %). S interrupcí spíše nesouhlasí 72 židů (36,0 %), 157 křesťanů (31,4 %), 75 buddhistů (37,5 %), 59 muslimů (29,5 %) a 73 ateistů (12,2 %). S interrupcí naprostou nesouhlasí 92 židů (46,0 %), 166 křesťanů (33,4 %), 21 buddhistů (10,5 %), 36 muslimů (18,0 %) a 38 ateistů (6,4 %).

Graf 16 Nejdůležitější člen rodiny
n = 1700


Graf 16 prezentuje výsledky týkající se nejdůležitějšího člena rodiny. Děti jsou nejdůležitějším členem rodiny pro 0 židů (0,0 %), 49 křesťanů (9,8 %), 16 buddhistů (8,0 %), 53 muslimů (26,5 %) a 82 ateistů (14,0 %). Manžel/manželka jsou nejdůležitějším členem rodiny pro 0 židů (0,0 %), 42 křesťanů (8,5 %), 1 buddhistu (0,5 %), 9 muslimů (4,5 %) a 23 ateistů (3,9 %). Rodiče jsou nejdůležitějšími členy rodiny pro 14 židů (7,0 %), 32 křesťanů (6,5 %), 7 buddhistů (3,5 %), 29 muslimů (14,5 %) a 52 ateistů (10,4 %). Sourozenci jsou nejdůležitějšími členy rodiny pro 0 židů (0,0 %), 15 křesťanů (3,0 %), 0 buddhistů (0,0 %), 100 muslimů (50,0 %) a 0 ateistů (0,0 %). Všichni jsou v rodině stejně důležití pro 186 židů (93,0 %), 361 křesťanů (72,2 %), 176 buddhistů (88,0 %), 9 muslimů (4,5 %) a 358 ateistů (71,7 %).

Graf 17 Hlavní slovo v rodině

n = 1700

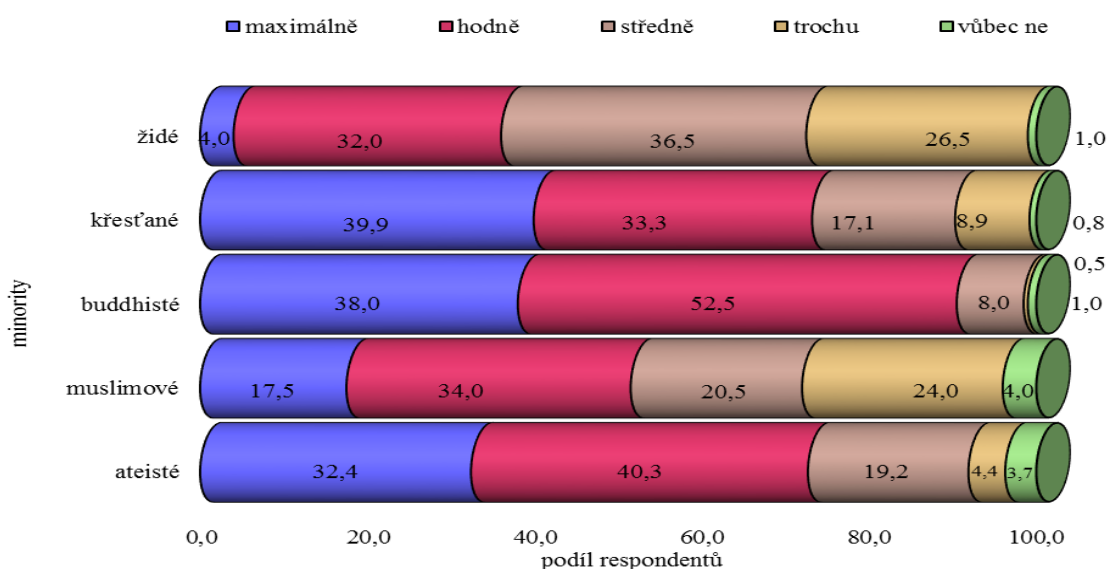


Graf 17 prezentuje výsledky týkající se člena rodiny, který má hlavní slovo. Děti mají hlavní slovo v rodině u 14 židů (7,0 %), 72 křesťanů (14,4 %), 23 buddhistů (11,5 %), 23 muslimů (11,5 %) a 22 ateistů (4,4 %). Manžel/manželka má hlavní slovo v rodině u 44 židů (22,0 %), 230 křesťanů (46,0 %), 59 buddhistů (29,5 %), 49 muslimů (24,5 %) a 101 ateistů (20,2 %). Rodiče mají hlavní slovo v rodině u 23 židů (11,5 %), 123 křesťanů (24,6 %), 43 buddhistů (21,5 %), 57 muslimů (28,5 %) a 252 ateistů (50,4 %). Prarodiče mají hlavní slovo v rodině u 7 židů (3,0 %), 5 křesťanů (1,0 %), 2 buddhistů (1,0 %), 8 muslimů (4,0 %) a 5 ateistů (1,0 %). Sourozenci mají hlavní slovo v rodině u 4 židů (2,0 %), 35 křesťanů (7,0 %), 0 buddhistů (0,0 %), 20 muslimů

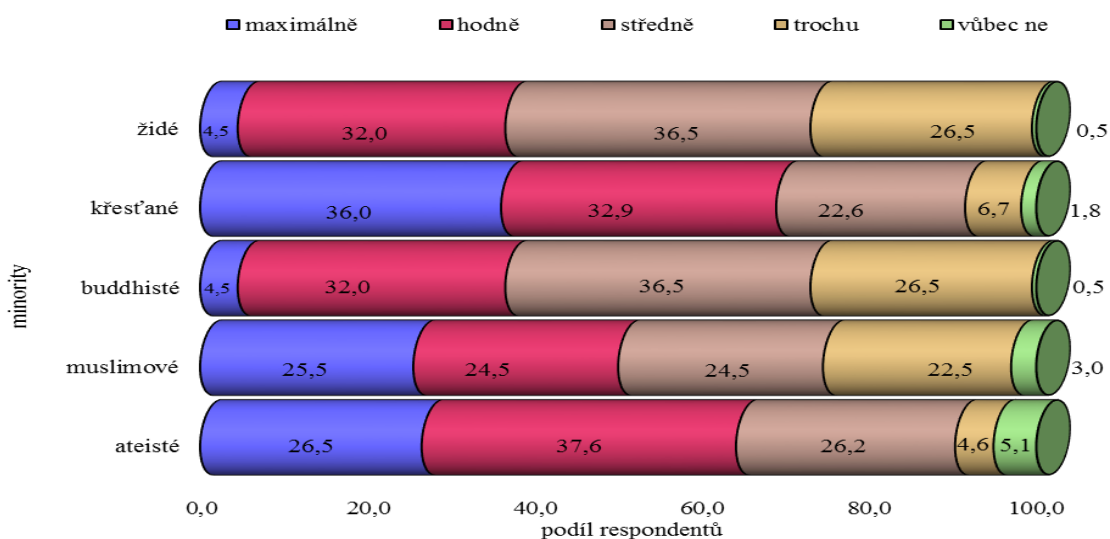
(10,0 %) a 0 ateistů (0,0 %). Oba partneři mají stejné slovo v rodině u 0 židů (0,0 %), 35 křesťanů (7,0 %), 73 buddhistů (36,5 %), 0 muslimů (0,0 %) a 120 ateistů (24,0 %). Jako osobu mající v rodině hlavní slovo, označilo sebe v podobě odpovědi „já” 108 židů (54,0 %), 0 křesťanů (0,0 %), 0 buddhistů (0,0 %), 43 muslimů (21,5 %) a 0 ateistů (0,0 %).

Graf 18 Spokojenost se svým sociálním začleněním

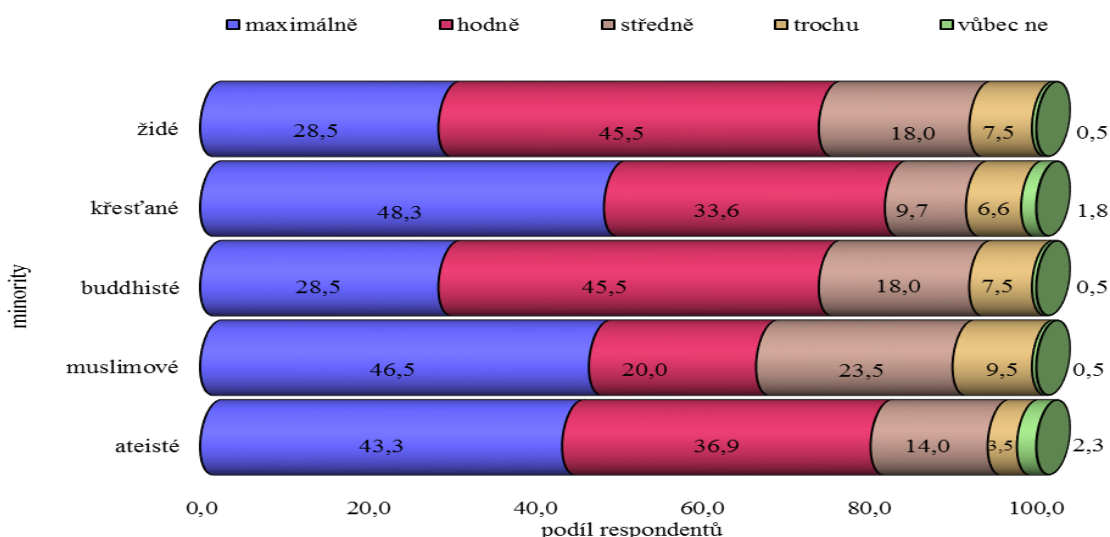
n = 1700



Graf 18 prezentuje výsledky týkající se spokojenosti se sociálním začleněním. Se sociálním začleněním je maximálně spokojeno 8 židů (4,0 %), 198 křesťanů (39,9 %), 76 buddhistů (38,0 %), 35 muslimů (17,5 %) a 192 ateistů (32,4 %). Se sociálním začleněním je hodně spokojeno 64 židů (32,0 %), 165 křesťanů (33,3 %), 105 buddhistů (52,5 %), 68 muslimů (34,0 %) a 239 ateistů (40,3 %). Se sociálním začleněním je středně spokojeno 73 židů (36,5 %), 85 křesťanů (17,1 %), 16 buddhistů (8,0 %), 41 muslimů (20,5 %) a 114 ateistů (19,2 %). Se sociálním začleněním je trochu spokojeno 53 židů (26,5 %), 44 křesťanů (8,9 %), 1 buddhista (0,5 %), 48 muslimů (24,0 %) a 26 ateistů (4,4 %). Se sociálním začleněním nejsou vůbec spokojeni 2 židé (1,0 %), 8 křesťanů (0,8 %), 2 buddhisté (1,0 %), 8 muslimů (4,0 %) a 29 ateistů (3,7 %).

Graf 19 Spokojenost se svým postavením v komunitě**n = 1700**

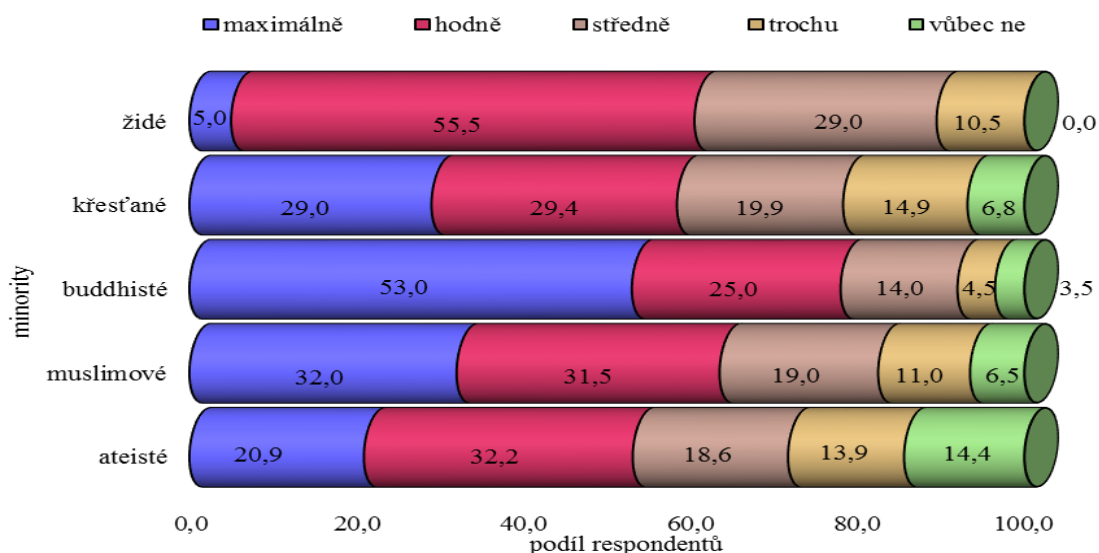
Graf 19 prezentuje výsledky týkající se spokojenosti se svým postavením v komunitě. S postavením v komunitě je maximálně spokojeno 9 židů (4,5 %), 178 křesťanů (36,0 %), 9 buddhistů (4,5 %), 51 muslimů (25,5 %) a 155 ateistů (26,5 %). S postavením v komunitě je hodně spokojeno 64 židů (32,0 %), 163 křesťanů (32,9 %), 64 buddhistů (32,0 %), 49 muslimů (24,5 %) a 220 ateistů (37,6 %). S postavením v komunitě je středně spokojeno 73 židů (36,5 %), 112 křesťanů (22,6 %), 73 buddhistů (36,5 %), 49 muslimů (24,5 %) a 153 ateistů (26,2 %). S postavením v komunitě je trochu spokojeno 53 židů (26,5 %), 33 křesťanů (6,7 %), 53 buddhistů (26,5 %), 45 muslimů (22,5 %) a 27 ateistů (4,6 %). S postavením v komunitě není vůbec spokojen 1 žid (0,5 %), 14 křesťanů (1,8 %), 1 buddhista (0,5 %), 6 muslimů (3,0 %) a 45 ateistů (5,1 %).

Graf 20 Spokojenost se svým postavením v rodině**n = 1700**

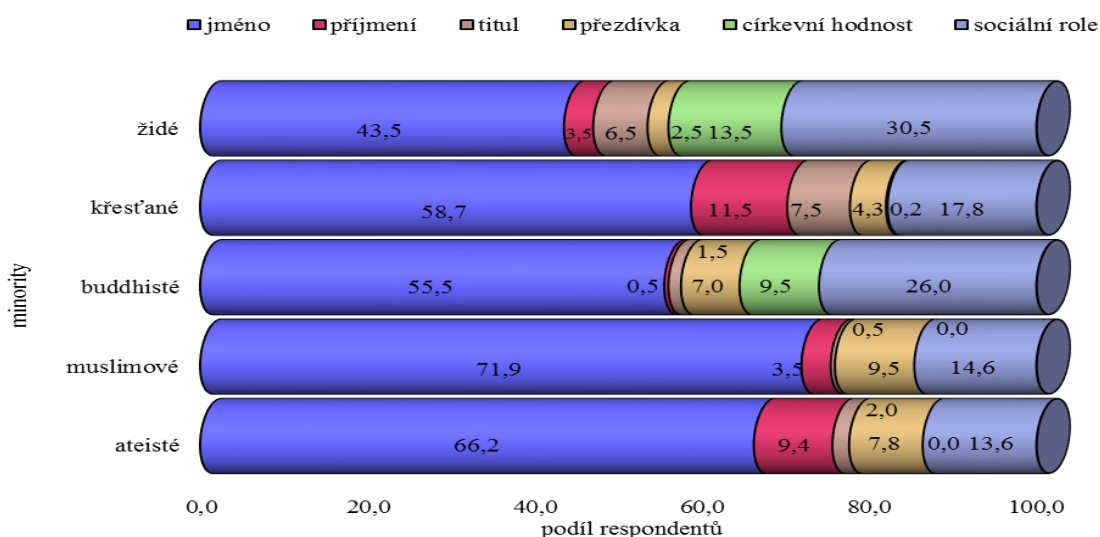
Graf 20 prezentuje výsledky týkající se spokojenosti se svým postavením v rodině. S postavením v rodině je maximálně spokojeno 57 židů (28,5 %), 240 křesťanů (48,3 %), 57 buddhistů (28,5 %), 93 muslimů (46,5 %) a 257 ateistů (43,3 %). S postavením v rodině je hodně spokojeno 91 židů (45,5 %), 167 křesťanů (33,6 %), 91 buddhistů (45,5 %), 40 muslimů (20,0 %) a 219 ateistů (36,9 %). S postavením v rodině je středně spokojeno 36 židů (18,0 %), 48 křesťanů (9,7 %), 36 buddhistů (18,0 %), 47 muslimů (23,5 %) a 83 ateistů (14,0 %). S postavením v rodině je trochu spokojeno 15 židů (7,5 %), 33 křesťanů (6,6 %), 15 buddhistů (7,5 %), 19 muslimů (9,5 %) a 21 ateistů (3,5 %). S postavením v rodině není vůbec spokojen 1 žid (0,5 %), 12 křesťanů (1,8 %), 1 buddhista (0,5 %), 1 muslim (0,5 %) a 20 ateistů (2,3 %).

Graf 21 Dodržování intimní zóny

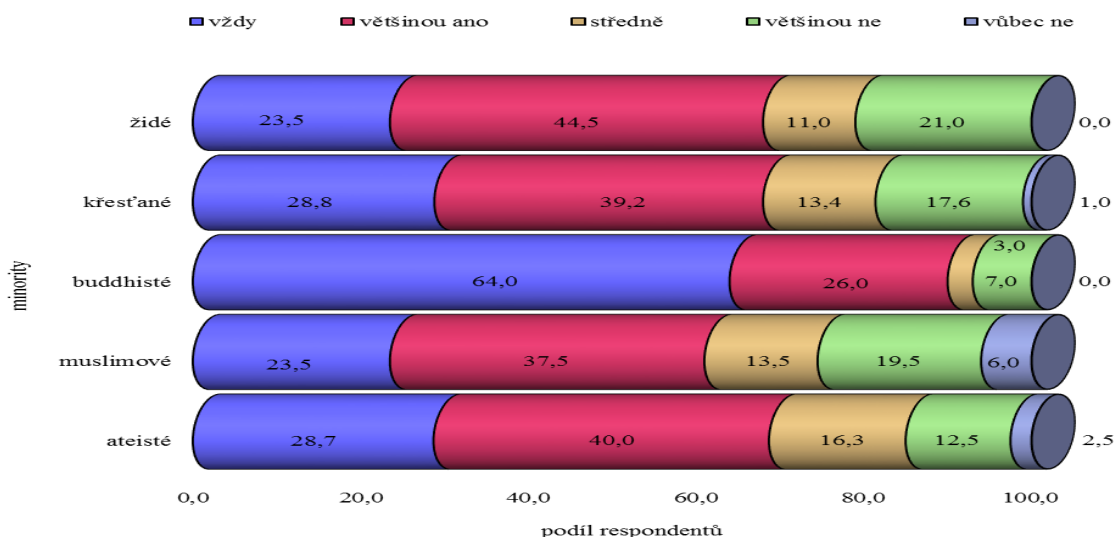
n = 1700



Graf 21 prezentuje výsledky týkající se důležitosti dodržování intimní zóny. Dodržování intimní zóny je maximálně důležité pro 10 židů (5,0 %), 145 křesťanů (29,0 %), 106 buddhistů (53,0 %), 64 muslimů (32,0 %) a 125 ateistů (20,9 %). Dodržování intimní zóny je hodně důležité pro 111 židů (55,5 %), 146 křesťanů (29,4 %), 50 buddhistů (25,0 %), 38 muslimů (19,0 %) a 193 ateistů (32,2 %). Dodržování intimní zóny je středně důležité pro 58 židů (29,0 %), 99 křesťanů (19,9 %), 28 buddhistů (14,0 %), 38 muslimů (19,0 %) a 114 ateistů (18,6 %). Dodržování intimní zóny je trochu důležité pro 21 židů (10,5 %), 74 křesťanů (14,9 %), 9 buddhistů (4,5 %), 22 muslimů (11,0 %) a 83 ateistů (13,9 %). Dodržování intimní zóny není vůbec důležité pro 0 židů (0,0 %), 34 křesťanů (6,8 %), 7 buddhistů (3,5 %), 13 muslimů (6,5 %) a 86 ateistů (14,4 %).

Graf 22 Preference oslovení**n = 1700**

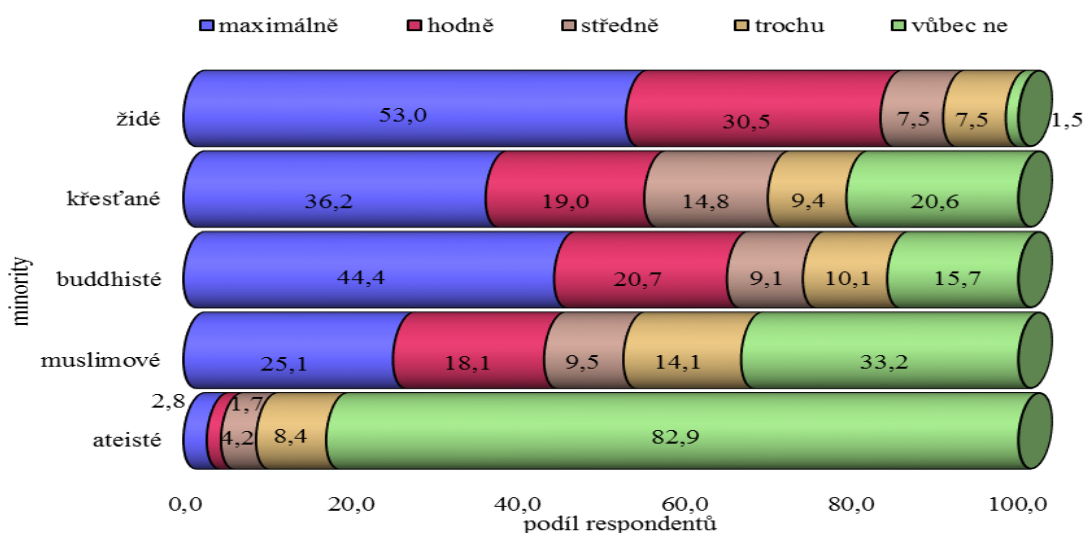
Graf 22 prezentuje výsledky týkající se preference oslovení. Oslovení jménem preferuje 87 židů (43,5 %), 290 křesťanů (58,7 %), 111 buddhistů (55,5 %), 143 muslimů (71,9 %) a 393 ateistů (66,2 %). Oslovení příjmením preferuje 7 židů (3,5 %), 57 křesťanů (11,5 %), 1 buddhista (0,5 %), 7 muslimů (3,5 %) a 56 ateistů (9,4 %). Oslovení titulem preferuje 13 židů (6,5 %), 37 křesťanů (7,5 %), 3 buddhisté (1,5 %), 1 muslim (0,5 %) a 12 ateistů (2,0 %). Oslovení přezdívkou preferuje 5 židů (2,5 %), 21 křesťanů (4,3 %), 14 buddhistů (7,0 %), 19 muslimů (9,5 %) a 52 ateistů (8,8 %). Oslovení církevní hodnotí preferuje 27 židů (13,5 %), 1 křesťan (0,2 %), 19 buddhistů (9,5 %), 0 muslimů (0,0 %) a 0 ateistů (0,0 %). Oslovení sociální rolí preferuje 61 židů (30,5 %), 94 křesťanů (17,8 %), 52 buddhistů (26,0 %), 30 muslimů (14,6 %) a 87 ateistů (13,6 %).

Graf 23 Používání prvků mimoslovní komunikace**n = 1 700**

Graf 23 prezentuje výsledky týkající se používání prvků mimoslovní komunikace. Vždy používá prvky mimoslovní komunikace 47 židů (23,5 %), 144 křesťanů (28,8 %), 128 buddhistů (64,0 %), 47 muslimů (23,5 %) a 172 ateistů (28,7 %). Většinou používá prvky mimoslovní komunikace 89 židů (44,5 %), 196 křesťanů (39,2 %), 52 buddhistů (26,0 %), 75 muslimů (37,5 %) a 240 ateistů (40,0 %). Středně používá prvky mimoslovní komunikace 22 židů (11,0 %), 67 křesťanů (13,4 %), 6 buddhistů (3,0 %), 27 muslimů (13,5 %) a 98 ateistů (16,3 %). Většinou prvky mimoslovní komunikace nepoužívá 42 židů (21,0 %), 88 křesťanů (17,6 %), 14 buddhistů (7,0 %), 39 muslimů (19,5 %) a 75 ateistů (12,5 %). Vůbec prvky mimoslovní komunikace nepoužívá 0 židů (0,0 %), 5 křesťanů (1,0 %), 0 buddhistů (0,0 %), 12 muslimů (6,0 %) a 15 ateistů (2,5 %).

Graf 24 Potřeba duchovního při hospitalizaci

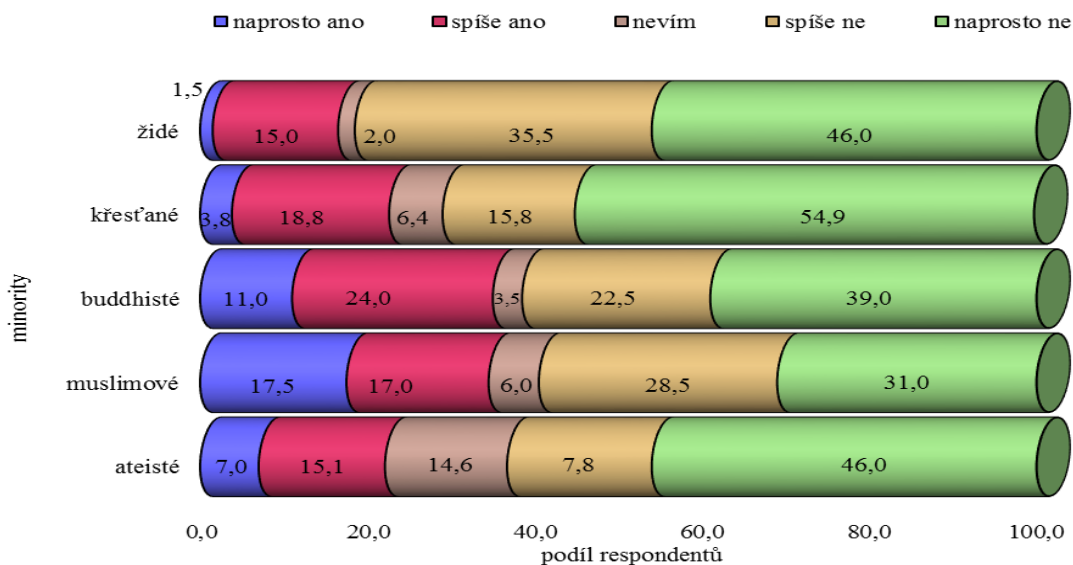
n = 1 700



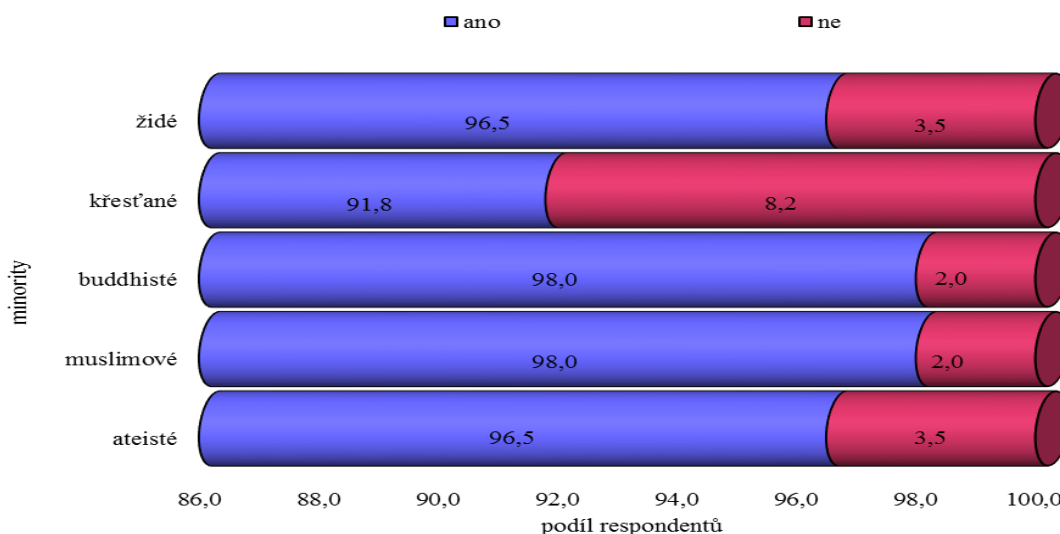
Graf 24 prezentuje výsledky týkající se důležitosti duchovního při hospitalizaci. Maximální potřebu duchovního při hospitalizaci má 106 židů (53,0 %), 179 křesťanů (36,2 %), 88 buddhistů (44,4 %), 50 muslimů (25,1 %) a 17 ateistů (2,8 %). Hodně velkou potřebu duchovního při hospitalizaci má 61 židů (30,5 %), 94 křesťanů (19,0 %), 41 buddhistů (20,7 %), 36 muslimů (18,1 %) a 10 ateistů (1,7 %). Středně velkou potřebu duchovního při hospitalizaci má 15 židů (7,5 %), 73 křesťanů (14,8 %), 18 buddhistů (9,1 %), 19 muslimů (9,5 %) a 25 ateistů (4,2 %). Trochu má potřebu duchovního při hospitalizaci 15 židů (7,5 %), 46 křesťanů (9,4 %), 70 buddhistů (10,1 %), 28 muslimů (14,1 %) a 50 ateistů (8,4 %). Vůbec nemá potřebu duchovního při hospitalizaci 3 židé (1,5 %), 102 křesťanů (20,6 %), 31 buddhistů (15,7 %), 67 muslimů (33,2 %) a 497 ateistů (82,9 %).

Graf 25 Preference ošetření od zdravotníka stejného pohlaví

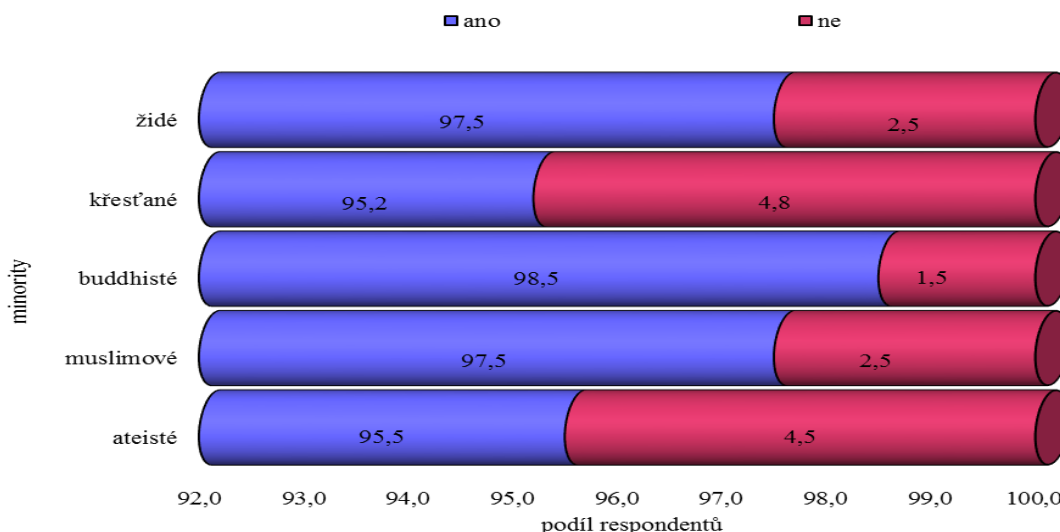
n = 1700



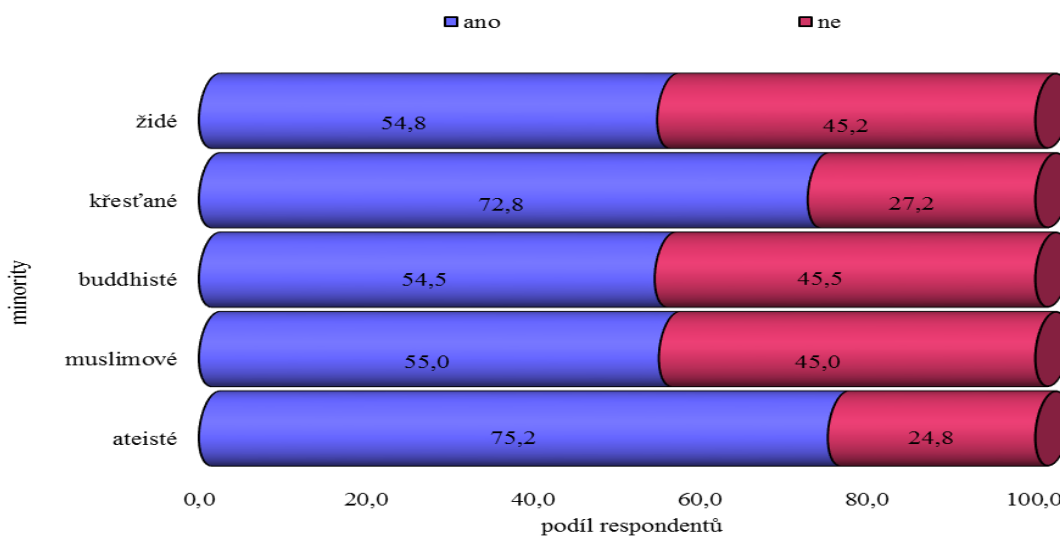
Graf 25 prezentuje výsledky týkající se preference ošetření od zdravotníka stejného pohlaví. Ošetření od zdravotníka stejného pohlaví naprosto preferují 3 židé (1,5 %), 19 křesťanů (3,8 %), 22 buddhistů (11,0 %), 35 muslimů (17,5 %) a 42 ateistů (7,0 %). Ošetření od zdravotníka stejného pohlaví spíše preferuje 30 židů (15,0 %), 94 křesťanů (18,8 %), 48 buddhistů (24,0 %), 34 muslimů (17,0 %) a 90 ateistů (15,1 %). Zda by preferovali ošetření od zdravotníka stejného pohlaví neví 4 židé (2,0 %), 32 křesťanů (6,4 %), 7 buddhistů (3,5 %), 12 muslimů (6,0 %) a 87 ateistů (14,6 %). Ošetření od zdravotníka stejného pohlaví spíše nepreferuje 71 židů (35,5 %), 79 křesťanů (15,8 %), 45 buddhistů (22,5 %), 57 muslimů (28,5 %) a 103 ateistů (17,3 %). Ošetření od zdravotníka stejného pohlaví naprosto nepreferuje 92 židů (46,0 %), 276 křesťanů (54,9 %), 78 buddhistů (39,0 %), 62 muslimů (31,0 %) a 278 ateistů (46,0 %).

Graf 26 Informace o svém zdravotním stavu**n = 1700**

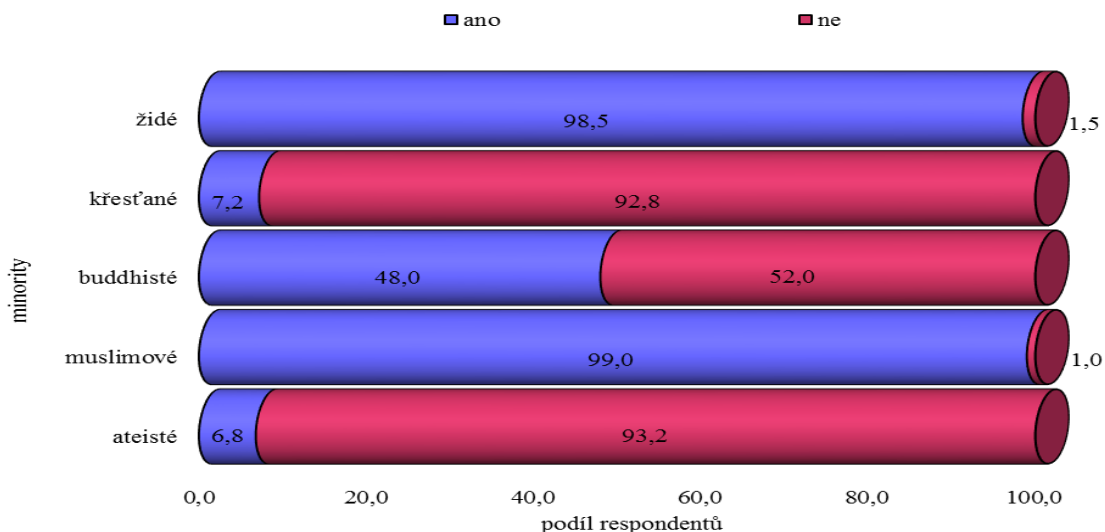
Graf 26 prezentuje výsledky týkající se přání informací o vlastním zdravotním stavu. O svém zdravotním stavu si přeje být informováno 193 židů (96,5 %), 459 křesťanů (91,8 %), 196 buddhistů (98,0 %), 196 muslimů (98,0 %) a 578 ateistů (96,5 %). O svém zdravotním stavu si nepřeje být informováno 7 židů (3,5 %), 41 křesťanů (8,2 %), 4 buddhisté (2,0 %), 4 muslimové (2,0 %) a 22 ateistů (3,5 %).

Graf 27 Informace o zdravotním stavu blízkých**n = 1700**

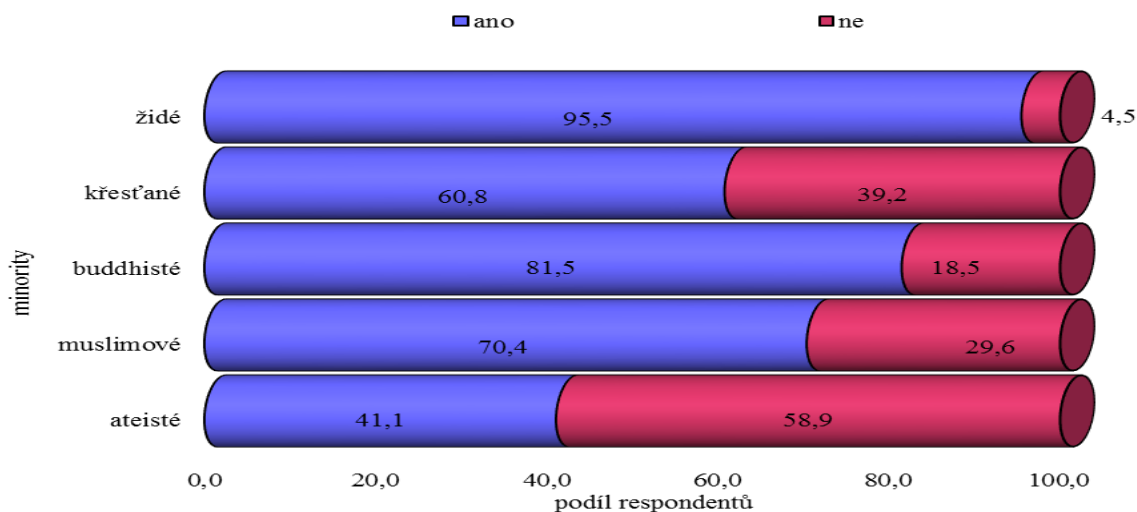
Graf 27 prezentuje výsledky týkající se přání informací o zdravotním stavu svých blízkých. O zdravotním stavu svých blízkých si přeje být informováno 195 židů (97,5 %), 476 křesťanů (95,2 %), 197 buddhistů (98,5 %), 195 muslimů (97,5 %) a 573 ateistů (95,5 %). O zdravotním stavu svých blízkých si nepřeje být informováno 5 židů (2,5 %), 24 křesťanů (4,8 %), 3 buddhisté (1,5 %), 5 muslimů (2,5 %) a 27 ateistů (4,5 %).

Graf 28 Informace o svém zdravotním stavu blízkým**n = 1700**

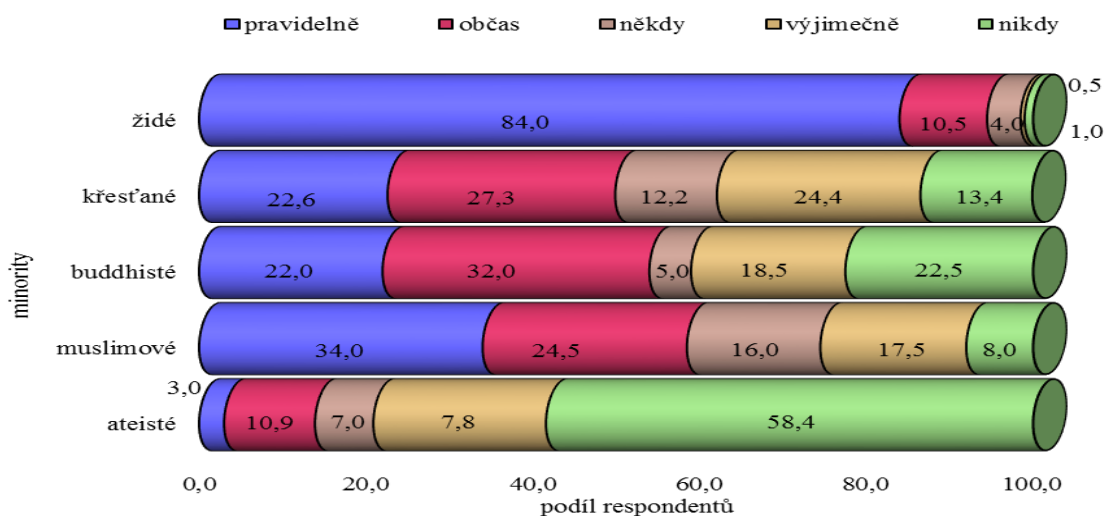
Graf 28 prezentuje výsledky týkající se přání informací o vlastním zdravotním stavu své blízké. O vlastním zdravotním stavu si přeje své blízké informovat 109 židů (54,8 %), 364 křesťanů (72,8 %), 109 buddhistů (54,5 %), 110 muslimů (55,0 %) a 450 ateistů (75,2 %). O vlastním zdravotním stavu si nepřeje své blízké informovat 91 židů (45,2 %), 136 křesťanů (27,2 %), 91 buddhistů (45,5 %), 90 muslimů (45,0 %) a 150 ateistů (24,8 %).

Graf 29 Zakáz potravin**n = 1700**

Graf 29 prezentuje výsledky týkající se zákazu konzumace některých potravin. Některé potraviny má zakázáno konzumovat 197 židů (98,5 %), 36 křesťanů (7,2 %), 96 buddhistů (48,0 %), 198 muslimů (99,0 %) a 41 ateistů (6,8 %). Žádné potraviny nemají zakázáno konzumovat 3 židé (1,5 %), 464 křesťanů (92,8 %), 104 buddhistů (52,0 %), 2 muslimové (1,0 %) a 559 ateistů (93,2 %).

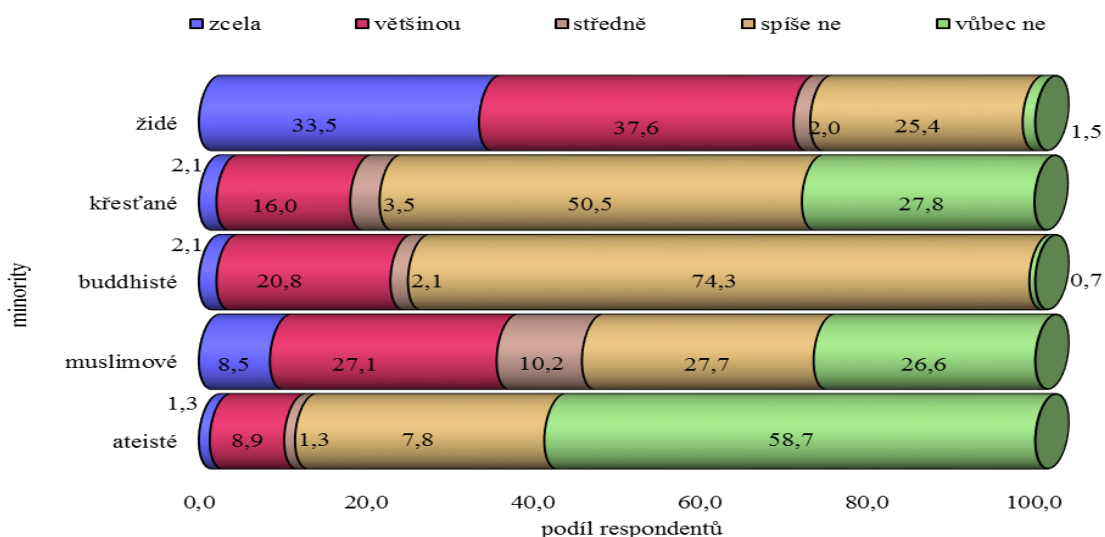
Graf 30 Rituály při stolování**n = 1 700**

Graf 30 prezentuje výsledky týkající se rituálů při stolování. Rituály při stolování má 191 židů (95,5 %), 304 křesťanů (60,8 %), 163 buddhistů (81,5 %), 141 muslimů (70,4 %) a 248 ateistů (41,1). Žádné rituály při stolování nemá 9 židů (4,5 %), 196 křesťanů (39,2 %), 37 buddhistů (18,5 %), 59 muslimů (29,6 %) a 52 ateistů (58,9 %).

Graf 31 Dodržování půstu**n = 1 700**

Graf 31 prezentuje výsledky týkající se držení půstu. Pravidelně drží půst 168 židů (84,0 %), 113 křesťanů (22,6 %), 44 buddhistů (22,0 %), 68 muslimů (34,0 %) a 18 ateistů (3,0 %). Občas drží půst 21 židů (10,5 %), 136 křesťanů (27,3 %), 64 buddhistů (32,0 %), 49 muslimů (24,5 %) a 65 ateistů (10,9 %). Někdy drží půst 8 židů (4,0 %), 61 křesťanů (12,2 %), 10 buddhistů (5,0 %), 32 muslimů (16,0 %) a 45 ateistů (7,0 %). Výjimečně drží půst 1 žid (0,5 %), 122 křesťanů (24,4 %), 37 buddhistů (18,5 %), 35 muslimů (17,5 %) a 124 ateistů (7,8 %). Nikdy nedrží půst 2 židé (1,0 %), 67 křesťanů (13,4 %), 45 buddhistů (22,5 %), 16 muslimů (8,0 %) a 349 ateistů (58,4 %).

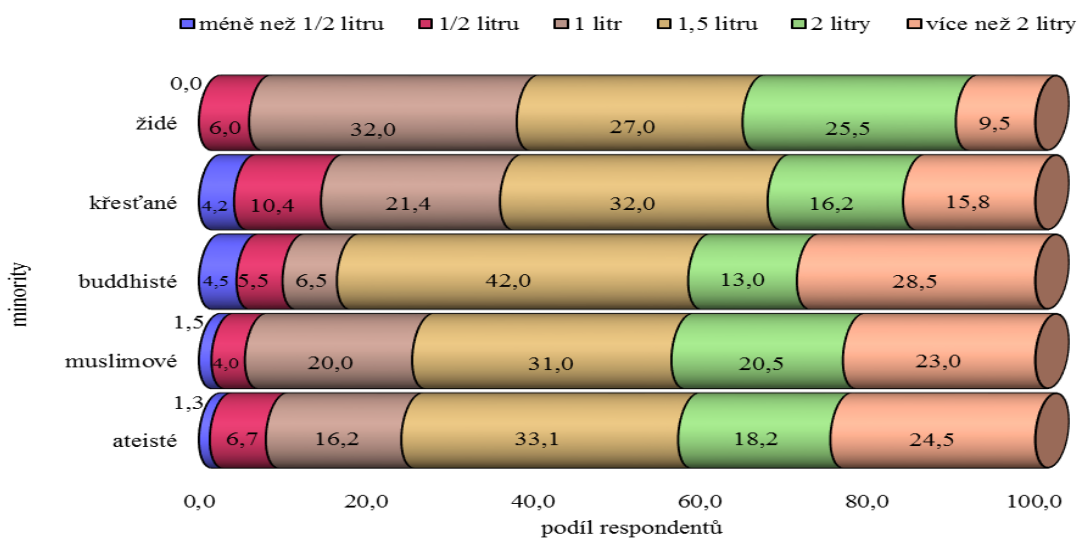
Graf 32 Dodržování půstu v období umírání



Graf 32 prezentuje výsledky týkající se dodržování půstu i v období umírání. Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří ve filtrační otázce znázorněné v grafu 31 odpovídali pravidelně, občas a někdy. Zcela dodržuje půst v období umírání 66 židů (33,5 %), 9 křesťanů (2,1 %), 3 buddhisté (2,1 %), 15 muslimů (8,5 %) a 3 ateisté (1,3). Většinou dodržuje půst i v období umírání 77 židů (37,6 %), 68 křesťanů (16,0 %), 30 buddhistů (27,1 %), 48 muslimů (27,1 %) a 20 ateistů (8,9 %). Středně dodržuje půst i v období umírání 4 židé (2,0 %), 15 křesťanů (3,5 %), 3 buddhisté (2,1 %), 18 muslimů (10,2 %) a 3 ateisté (1,3 %). Spíše nedodržuje půst i v období umírání 50 židů (25,4 %), 214 křesťanů (50,5 %), 107 buddhisté (74,3 %), 49 muslimů (27,7 %) a 67 ateistů (7,8 %). Vůbec nedodržují půst i v období umírání 3 židé (1,5 %), 118 křesťanů (27,8 %), 1 buddhista (0,7 %), 47 muslimů (26,6 %) a 132 ateistů (58,7 %).

Graf 33 Množství konzumovaných tekutin v rámci 1 dne

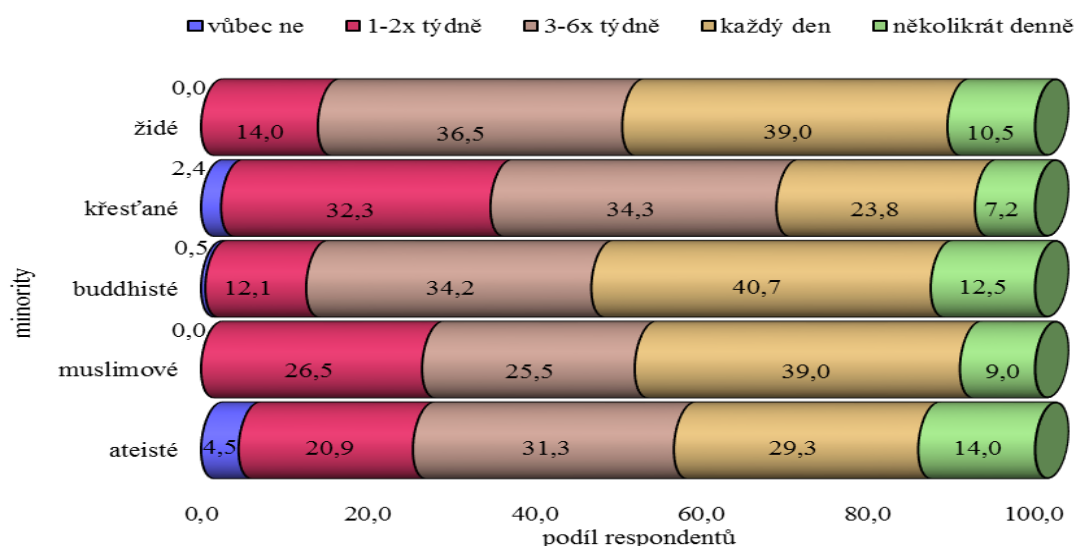
n = 1 700



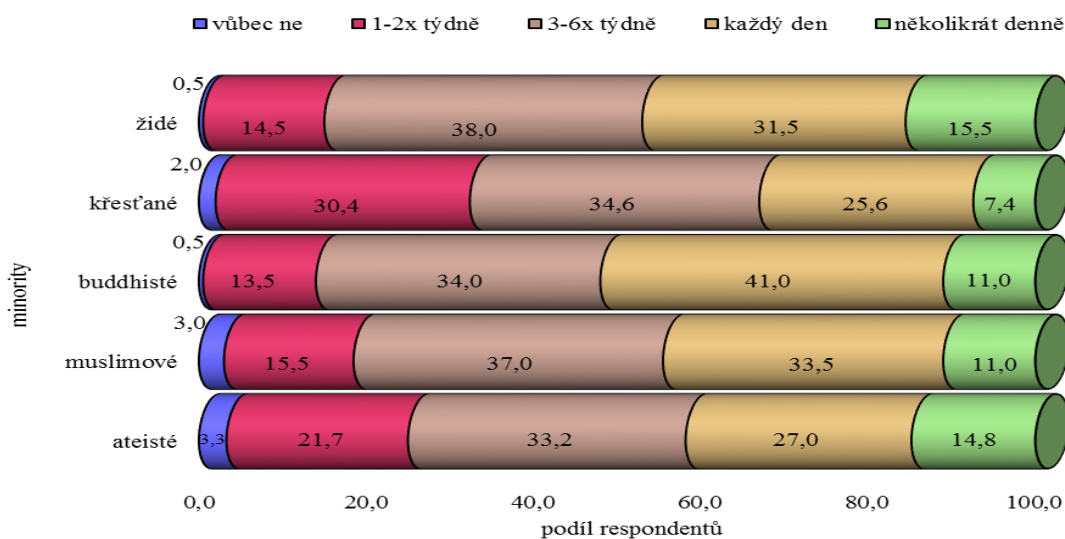
Graf 33 prezentuje výsledky týkající se množství konzumovaných tekutin v rámci 1 dne. Méně než ½ litru v rámci 1 dne vypije 0 židů (0,0 %), 21 křesťanů (4,2 %), 9 buddhistů (4,5 %), 3 muslimů (1,5 %) a 8 ateistů (1,3 %). ½ litru v rámci 1 dne vypije 12 židů (6,0 %), 52 křesťanů (10,4 %), 11 buddhistů (5,5 %), 9 muslimů (4,0 %) a 40 ateistů (6,7 %). 1 litr v rámci 1 dne vypije 64 židů (32,0 %), 107 křesťanů (21,4 %), 13 buddhistů (6,5 %), 40 muslimů (20,0 %) a 97 ateistů (16,2 %). 1,5 litru v rámci 1 dne vypije 54 židů (27,0 %), 160 křesťanů (32,0 %), 84 buddhistů (42,0 %), 62 muslimů (31,0 %) a 199 ateistů (33,1 %). 2 litry v rámci 1 dne vypije 51 židů (25,5 %), 81 křesťanů (16,2 %), 26 buddhistů (13,0 %), 41 muslimů (20,5 %) a 109 ateistů (18,2 %). Více jak 2 litry v rámci 1 dne vypije 19 židů (9,5 %), 79 křesťanů (15,8 %), 57 buddhistů (28,5 %), 45 muslimů (23,0 %) a 147 ateistů (24,5 %).

Graf 34 Frekvence konzumace ovoce v rámci 1 týdne

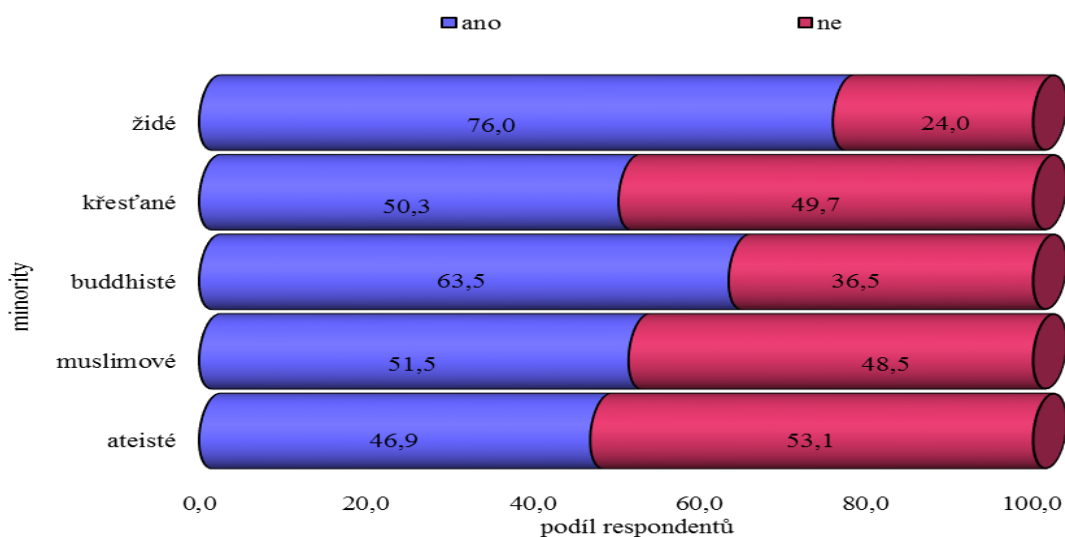
n = 1 700



Graf 34 prezentuje výsledky týkající se frekvence konzumace ovoce v rámci 1 dne. Vůbec nekonzumuje ovoce v rámci 1 týdne 0 židů (0,0 %), 12 křesťanů (2,4 %), 1 buddhista (0,5 %), 0 muslimů (0,0 %) a 27 ateistů (4,5 %). 1-2x konzumuje ovoce v rámci 1 týdne 28 židů (14,0 %), 161 křesťanů (32,3 %), 24 buddhistů (12,1 %), 53 muslimů (26,5 %) a 126 ateistů (20,9 %). 3-6x konzumuje ovoce v rámci 1 týdne 73 židů (36,5 %), 172 křesťanů (34,3 %), 68 buddhistů (34,2 %), 51 muslimů (25,5 %) a 188 ateistů (31,3 %). Každý den konzumuje ovoce 78 židů (39,0 %), 119 křesťanů (23,8 %), 81 buddhistů (40,7 %), 78 muslimů (39,0 %) a 175 ateistů (29,3 %). Několikrát denně konzumuje ovoce 21 židů (10,5 %), 36 křesťanů (7,2 %), 26 buddhistů (12,5 %), 78 muslimů (9,0 %) a 84 ateistů (14,0 %).

Graf 35 Frekvence konzumace zeleniny v rámci 1 týdne**n = 1 700**

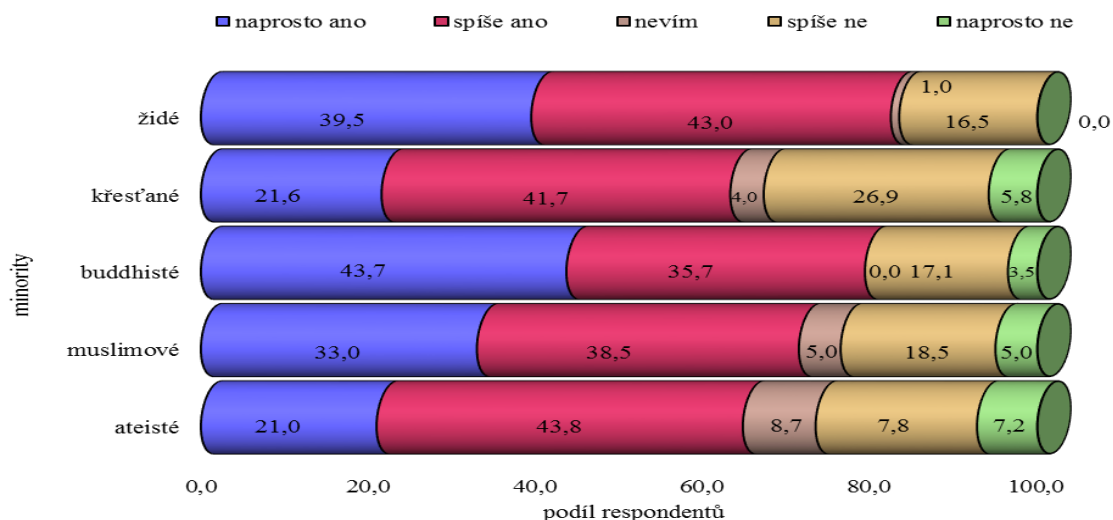
Graf 35 prezentuje výsledky týkající se frekvence konzumace zeleniny v rámci 1 dne. Vůbec nekonzumuje zeleninu v rámci 1 týdne 1 žid (0,5 %), 10 křesťanů (2,0 %), 1 buddhista (0,5 %), 6 muslimů (3,0 %) a 20 ateistů (3,3 %). 1-2x konzumuje zeleninu v rámci 1 týdne 29 židů (14,5 %), 152 křesťanů (30,4 %), 27 buddhistů (13,5 %), 31 muslimů (15,5 %) a 130 ateistů (21,7 %). 3-6x konzumuje zeleninu v rámci 1 týdne 76 židů (38,0 %), 173 křesťanů (30,4 %), 68 buddhistů (34,0 %), 74 muslimů (37,0 %) a 199 ateistů (33,2 %). Každý den konzumuje zeleninu 63 židů (31,5 %), 128 křesťanů (25,6 %), 82 buddhistů (41,0 %), 67 muslimů (33,5 %) a 162 ateistů (27,0 %). Několikrát denně konzumuje zeleninu 31 židů (15,5 %), 37 křesťanů (7,4 %), 22 buddhistů (11,0 %), 22 muslimů (11,0 %) a 89 ateistů (14,8 %).

Graf 36 Tradiční nápoje**n = 1 700**

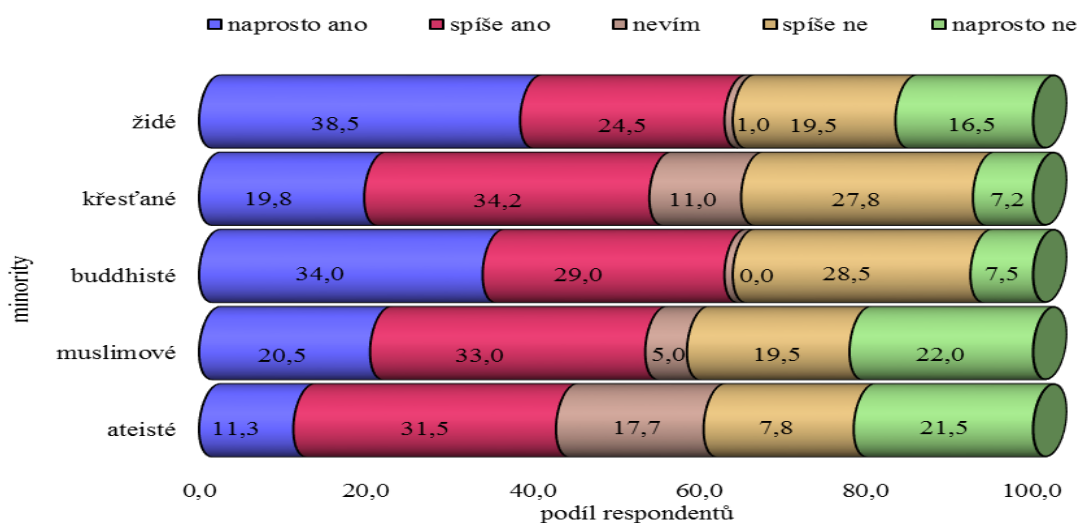
Graf 36 prezentuje výsledky týkající se konzumace tradičních nápojů. Tradiční nápoje konzumuje 152 židů (76,0 %), 251 křesťanů (50,3 %), 127 buddhistů (63,5 %), 103 muslimů (51,5 %) a 282 ateistů (46,9). Tradiční nápoje nekonzumuje 48 židů (24,0 %), 248 křesťanů (49,7 %), 73 buddhistů (36,5 %), 97 muslimů (48,5 %) a 318 ateistů (53,1 %).

Graf 37 Důležitost časového harmonogramu dne

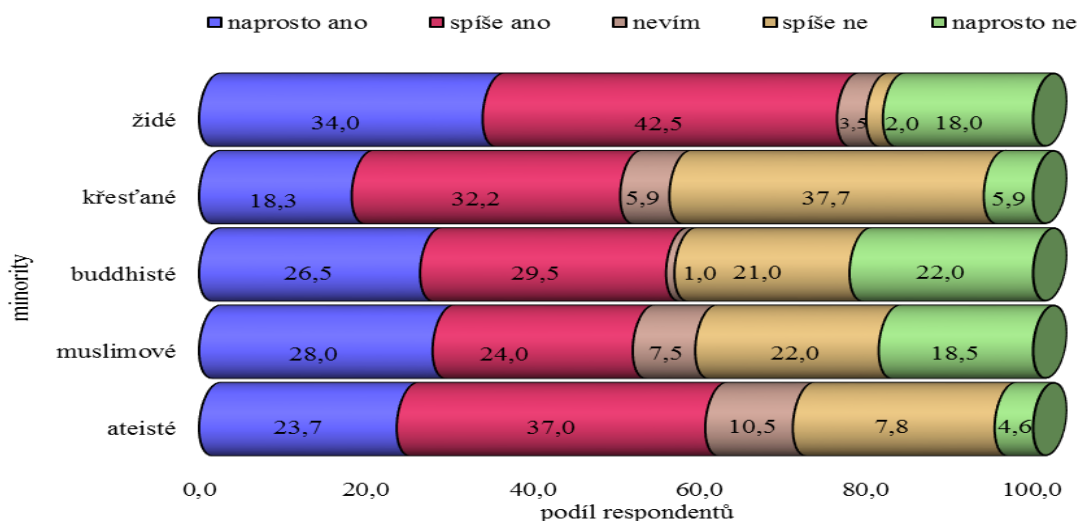
n = 1 700



Graf 37 prezentuje výsledky týkající se důležitosti časového harmonogramu dne. Naproto důležité je dodržování časového harmonogramu dne pro 79 židů (39,5 %), 108 křesťanů (21,6 %), 87 buddhistů (43,7 %), 66 muslimů (33,0 %) a 126 ateistů (21,0 %). Spíše důležité je dodržování časového harmonogramu dne pro 86 židů (43,0 %), 208 křesťanů (41,7 %), 71 buddhistů (35,7 %), 77 muslimů (38,5 %) a 263 ateistů (43,8 %). Zda je důležité dodržování časového harmonogramu dne, neví 2 židé (1,0 %), 20 křesťanů (4,0 %), 0 buddhistů (0,0 %), 10 muslimů (5,0 %) a 52 ateistů (8,7 %). Spíše nedůležité je dodržování časového harmonogramu dne pro 33 židů (16,5 %), 134 křesťanů (26,9 %), 34 buddhistů (17,1 %), 37 muslimů (18,5 %) a 116 ateistů (7,8 %). Naprosto nedůležité je dodržování časového harmonogramu dne pro 0 židů (0,0 %), 30 křesťanů (5,8 %), 8 buddhistů (3,5 %), 10 muslimů (5,0 %) a 43 ateistů (7,2 %).

Graf 38 Důležitost minulosti**n = 1 700**

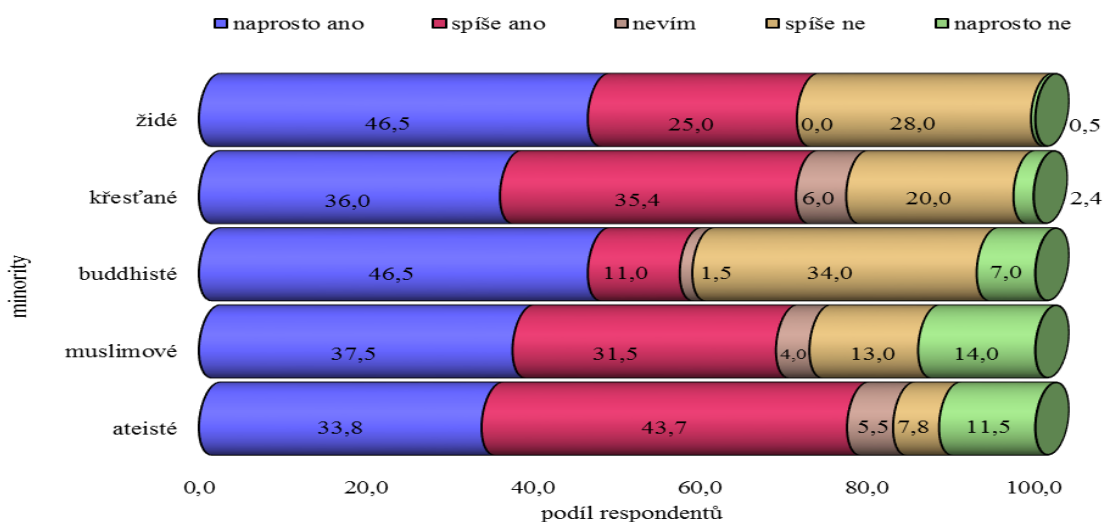
Graf 38 prezentuje výsledky týkající se důležitosti minulosti, která může významnou měrou ovlivňovat současný způsob života. Naprosto důležitá je minulost pro 77 židů (38,5 %), 99 křesťanů (19,8 %), 68 buddhistů (34,0 %), 41 muslimů (20,5 %) a 68 ateistů (11,3 %). Spíše důležitá je minulost pro 49 židů (24,5 %), 171 křesťanů (34,2 %), 58 buddhistů (29,0 %), 66 muslimů (33,0 %) a 189 (31,5 %). Zda je důležitá minulost, která by významnou měrou ovlivňovala současný způsob života, neví 2 židé (1,0 %), 55 křesťanů (7,2 %), 2 buddhisté (1,0 %), 10 muslimů (5,0 %) a 106 ateistů (17,7 %). Spíše nedůležitá je minulost pro 39 židů (19,5 %), 139 křesťanů (27,8 %), 57 buddhistů (28,5 %), 39 muslimů (19,5 %) a 108 ateistů (7,8 %). Naprosto nedůležitá je minulost pro 33 židů (16,5 %), 36 křesťanů (7,2 %), 15 buddhistů (7,5 %), 44 muslimů (22,0 %) a 129 ateistů (21,5 %).

Graf 39 Důležitost přítomnosti**n = 1 700**

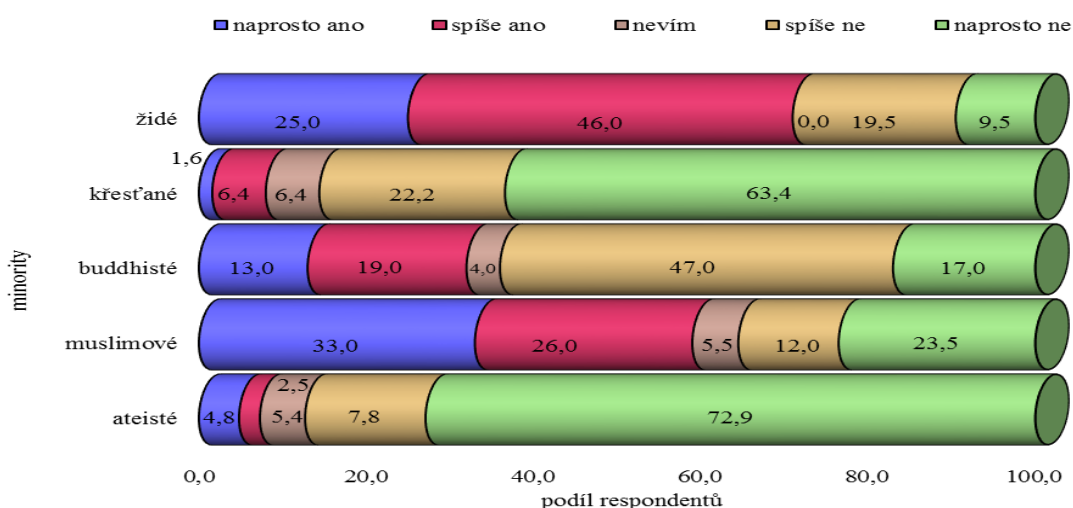
Graf 39 prezentuje výsledky týkající se důležitosti přítomnosti, která může významnou měrou ovlivňovat současný způsob života. Naprosto důležitá je přítomnost pro 68 židů (34,0 %), 90 křesťanů (18,3 %), 53 buddhistů (26,5 %), 56 muslimů (26,5 %) a 142 ateistů (23,7 %). Spíše důležitá je přítomnost pro 85 židů (32,2 %), 158 křesťanů (32,2 %), 59 buddhistů (29,5 %), 48 muslimů (24,0 %) a 189 (37,0 %). Zda je důležitá přítomnost, která by významnou měrou ovlivňovala současný způsob života, neví 7 židů (3,5 %), 29 křesťanů (5,9 %), 2 buddhisté (1,0 %), 15 muslimů (7,5 %) a 63 ateistů (10,5 %). Spíše nedůležitá je přítomnost pro 4 židy (2,0 %), 189 křesťanů (37,7 %), 42 buddhistů (22,0 %), 44 muslimů (22,0 %) a 145 ateistů (22,0 %). Naprosto nedůležitá je přítomnost pro 36 židů (18,0 %), 38 křesťanů (5,9 %), 44 buddhistů (22,0 %), 37 muslimů (18,5 %) a 28 ateistů (4,6 %).

Graf 40 Důležitost budoucnosti

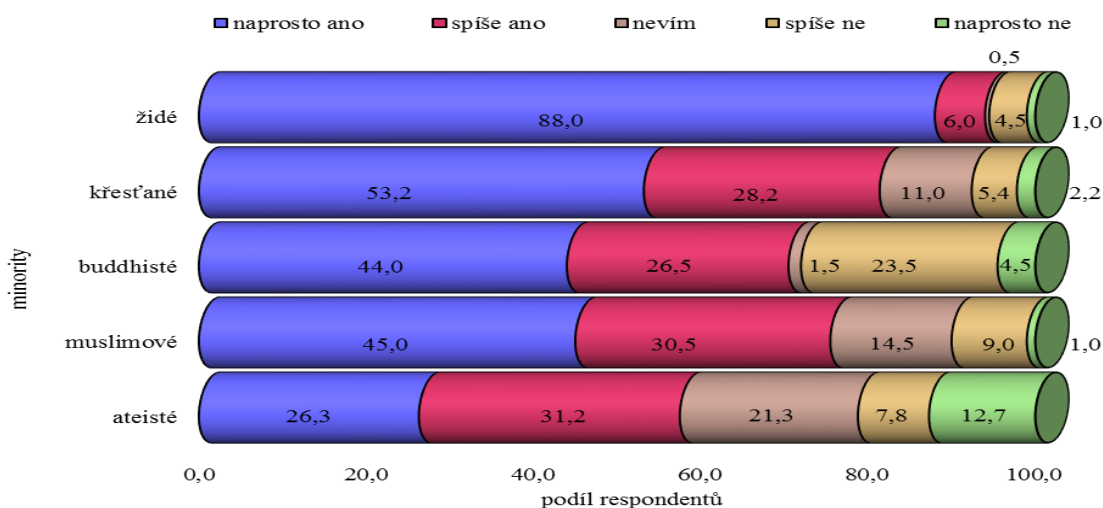
n = 1 700



Graf 40 prezentuje výsledky týkající se důležitosti budoucnosti, která může významnou měrou ovlivňovat současný způsob života. Naprosto důležitá je budoucnost pro 93 židů (46,5 %), 180 křesťanů (36,0 %), 93 buddhistů (46,5 %), 75 muslimů (37,5 %) a 203 (33,8 %). Spíše důležitá je budoucnost pro 50 židů (25,0 %), 177 křesťanů (35,4 %), 22 buddhistů (11,0 %), 63 muslimů (31,5 %) a 263 (43,8 %). Zda je důležitá budoucnost, která by významnou měrou ovlivňovala současný způsob života, neví 0 židů (0,0 %), 30 křesťanů (6,0 %), 3 buddhisté (1,5 %), 8 muslimů (4,0 %) a 33 ateistů (5,5 %). Spíše nedůležité je budoucnost pro 56 židů (28,0 %), 100 křesťanů (20,0 %), 68 buddhistů (34,0 %), 26 muslimů (13,0 %) a 33 ateistů (7,8 %). Naprosto nedůležitá je budoucnost pro 1 žida (0,5 %), 13 křesťanů (2,4 %), 14 buddhistů (7,0 %), 28 muslimů (14,0 %) a 69 ateistů (11,5 %).

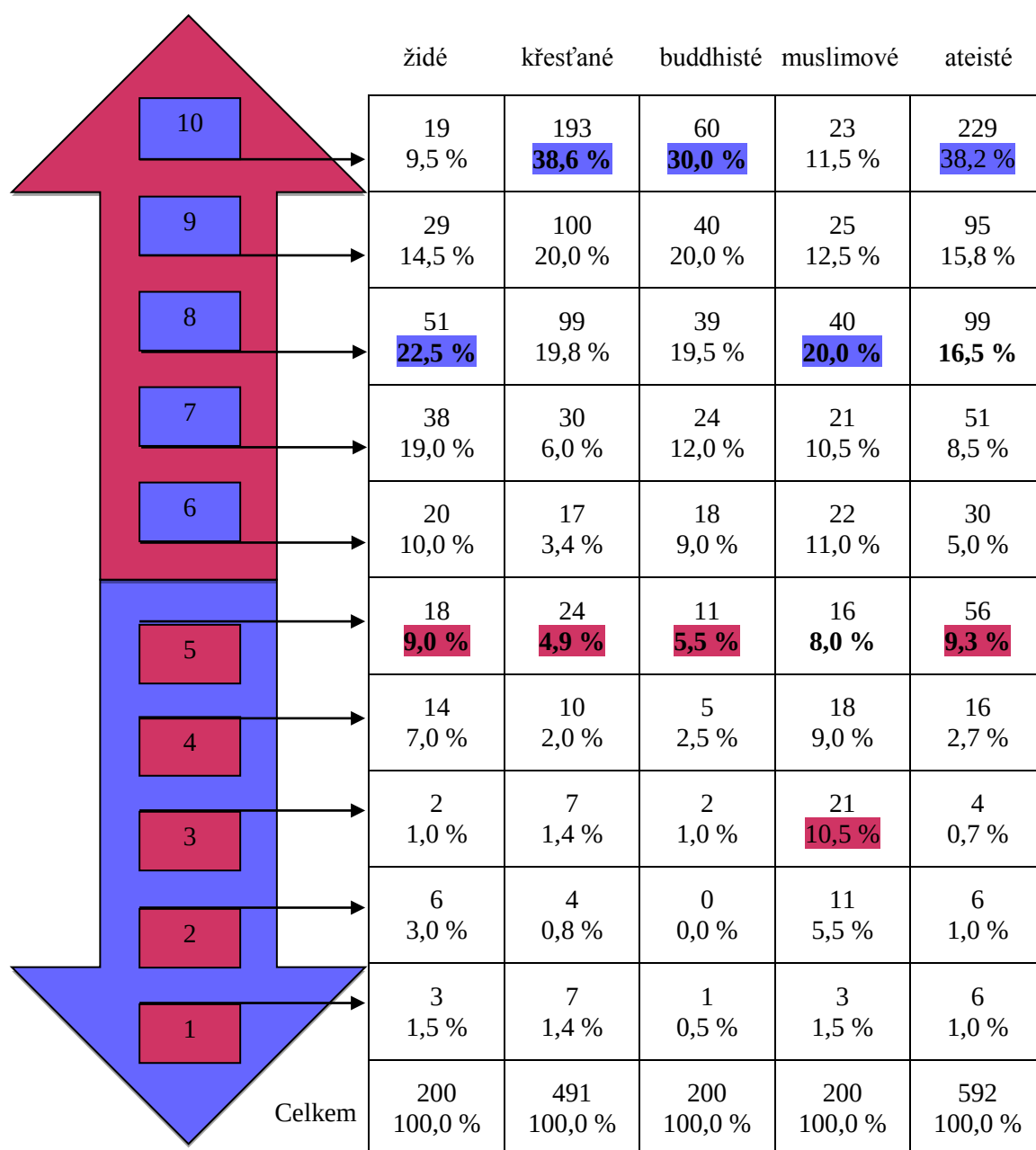
Graf 41 Existence nečistých období žen**n = 1 700**

Graf 41 prezentuje výsledky týkající se názoru, zda existují období, ve kterých by byla žena považována za nečistou. Naprosto existují období, ve kterých je žena považována za nečistou pro 50 židů (25,0 %), 8 křesťanů (1,6 %), 26 buddhistů (13,0 %), 66 muslimů (33,0 %) a 28 ateistů (4,8 %). Spíše existují období, ve kterých je žena považována za nečistou pro 92 židů (46,0 %), 32 křesťanů (6,4 %), 38 buddhistů (19,0 %), 52 muslimů (26,0 %) a 15 (2,5 %). Zda existují období, ve kterých by byla žena považována za nečistou, neví 0 židů (0,0 %), 32 křesťanů (6,4 %), 8 buddhistů (4,0 %), 11 muslimů (5,5 %) a 32 ateistů (5,4 %). Spíše neexistují období, ve kterých by byla žena považována za nečistou pro 39 židů (19,5 %), 111 křesťanů (22,5 %), 94 buddhistů (47,0 %), 24 muslimů (12,0 %) a 85 ateistů (7,8 %). Naprosto neexistují období, ve kterých by byla žena považována za nečistou pro 19 židů (9,5 %), 317 křesťanů (63,4 %), 34 buddhistů (17,0 %), 47 muslimů (23,5 %) a 429 ateistů (72,9 %).

Graf 42 Důležitost zachování kulturního dědictví**n = 1 700**

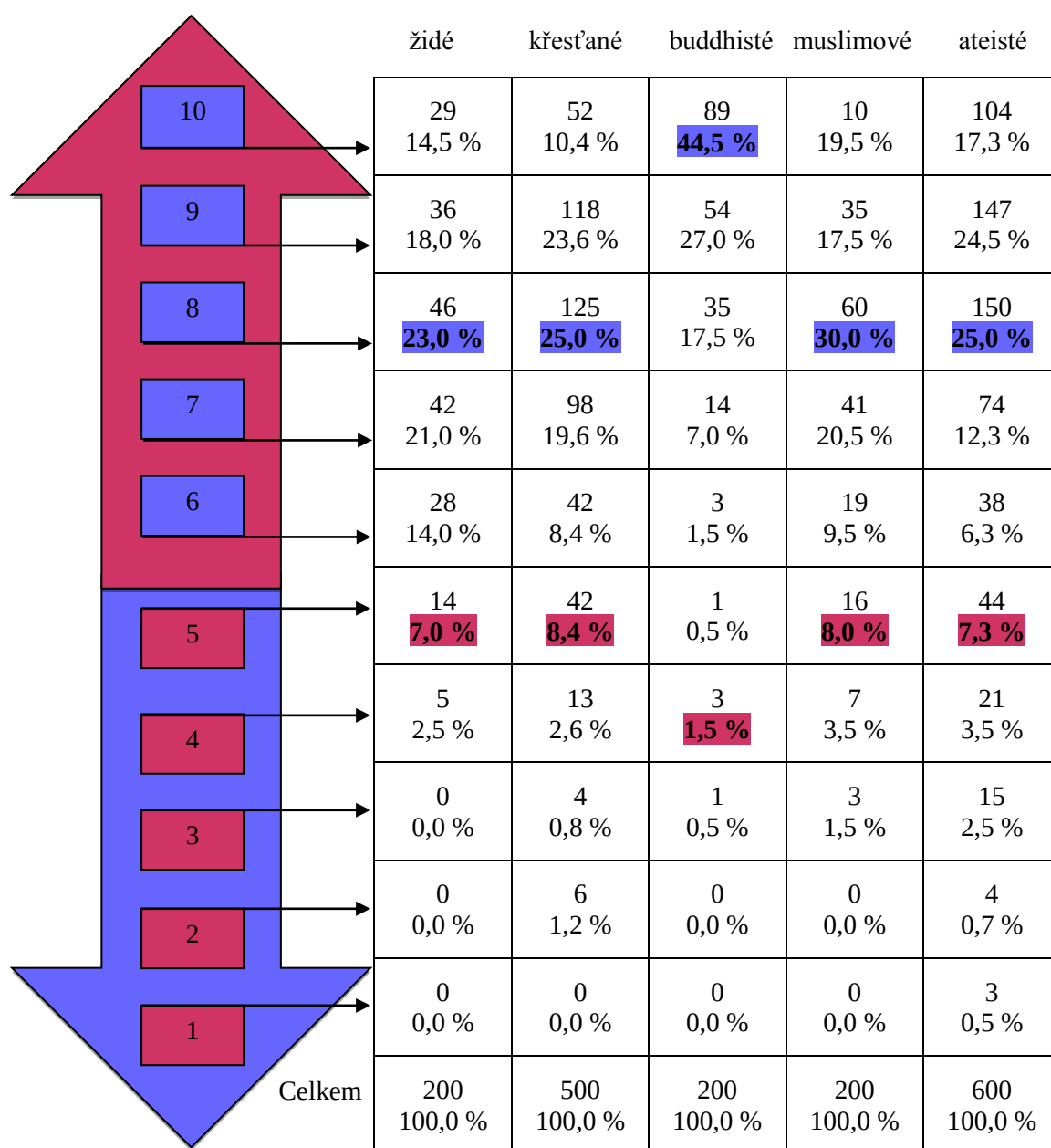
Graf 42 prezentuje výsledky týkající se důležitosti zachování kulturního dědictví. Naprosto důležité je zachování kulturního dědictví pro 176 židů (88,0 %), 266 křesťanů (53,2 %), 88 buddhistů (44,0 %), 61 muslimů (45,0 %) a 158 ateistů (26,3 %). Spíše důležité je zachování kulturního dědictví pro 12 židů (6,0 %), 141 křesťanů (28,2 %), 53 buddhistů (26,5 %), 61 muslimů (30,5 %) a 187 ateistů (31,2 %). Zda je důležité zachování kulturního dědictví, neví 1 žid (0,5 %), 55 křesťanů (11,0 %), 3 buddhisté (1,5 %), 29 muslimů (14,5 %) a 128 ateistů (21,3 %). Spíše nedůležité je zachování kulturního dědictví pro 9 židů (4,5 %), 27 křesťanů (5,4 %), 47 buddhistů (23,5 %), 18 muslimů (14,5 %) a 51 ateistů (21,3 %). Naprosto nedůležité je zachování kulturního dědictví pro 2 židy (1,0 %), 11 křesťanů (2,2 %), 9 buddhistů (4,5 %), 2 muslimy (1,0 %) a 76 ateistů (12,7 %).

Tabulka 22 Začlenění do majoritní společnosti



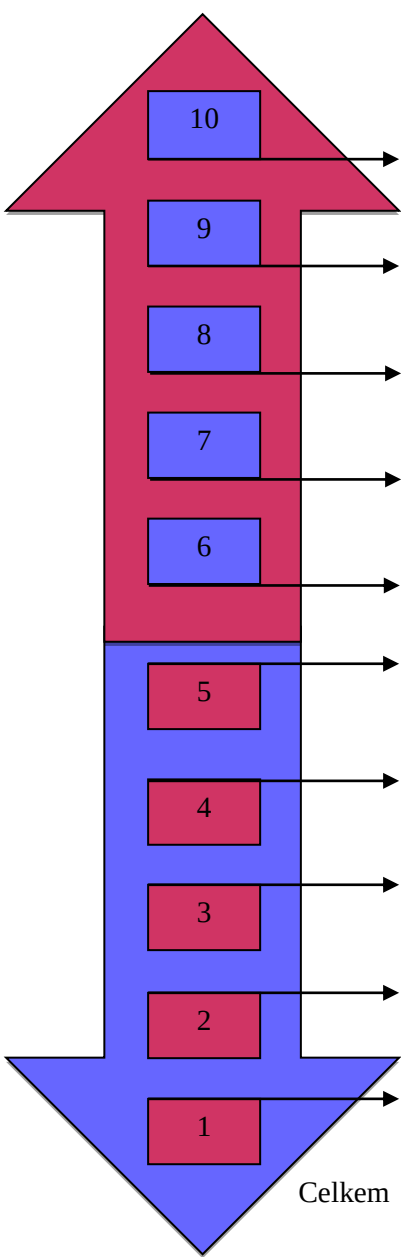
Tabulka 22 prezentuje subjektivní pocit začlenění do majoritní společnosti. Na stupnici od 1 – 10 respondenti označovali 1 číslo, které vystihuje jejich začlenění. 1 znázorňovala nejmenší začlenění, 10 znázorňovala největší začlenění. Z vyšších skóre (6 – 10) křesťané (38,6 %), buddhisté (30,0 %) a ateisté (38,2 %) vnímají své začlenění do majoritní společnosti nejčastěji hodnotou 8. Židé (22,5 %) a muslimové (20,0 %) hodnotou 8. Z nižších skóre (1 – 5) židé (9,0 %), křesťané (4,9 %), buddhisté (5,5 %) a ateisté (9,3 %) vnímají své začlenění do majoritní společnosti nejčastěji hodnotou 5 a muslimové hodnotou 3 (10,5 %).

Tabulka 23 Subjektivní vnímání fyzického zdraví



Tabulka 23 prezentuje subjektivní vnímání fyzického zdraví. Na stupnici od 1 – 10 respondenti označovali 1 číslo, které vystihuje jejich fyzické zdraví. 1 znázorňovala nejhorší fyzický stav, 10 znázorňovala nejlepší fyzický stav. Z vyšších skóre (6 – 10) židé (25,0 %), křesťané (25,0 %), muslimové (30,0 %) a ateisté (25,0 %) vnímají své fyzické zdraví nejčastěji hodnotou 8. Z nižších skóre (1 – 5) židé (7,0 %), křesťané (8,4 %), muslimové (8,0 %) a ateisté (7,3 %) vnímají své zdraví nejčastěji hodnotou 5. Buddhisté své fyzické zdraví nejčastěji skórují hodnotou 10 (44,5 %) a 3 (1,5 %).

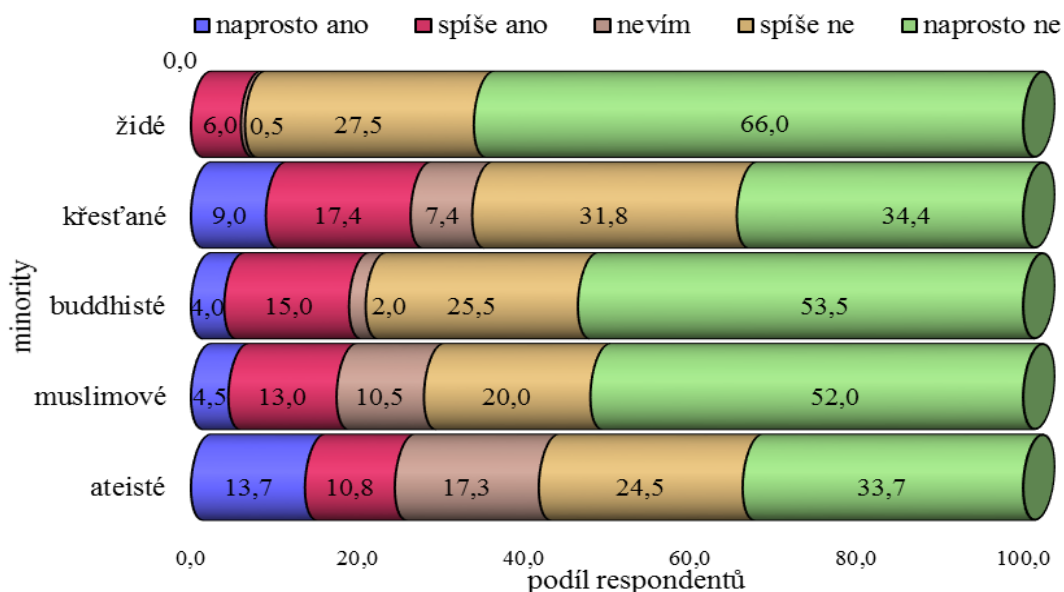
Tabulka 24 Subjektivní vnímání psychického zdraví



	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
10	43 21,5 %	88 17,6 %	129 64,5 %	35 17,5 %	101 16,8 %
9	32 16,0 %	104 20,8 %	39 19,5 %	36 18,0 %	144 24,0 %
8	45 22,5 %	106 21,2 %	8 10,0 %	44 22,0 %	122 20,3 %
7	42 21,0 %	1 18,2 %	4 2,0 %	25 12,5 %	144 24,3 %
6	26 13,0 %	45 9,0 %	3 1,5 %	23 11,5 %	122 20,3 %
5	8 4,0 %	32 6,4 %	2 0,5 %	16 7,0 %	45 7,5 %
4	3 1,5 %	18 3,6 %	1 0,5 %	16 9,0 %	21 3,5 %
3	1 0,5 %	12 2,4 %	1 0,5 %	5 2,5 %	20 3,3 %
2	0 0,0 %	3 0,6 %	1 0,5 %	0 0,0 %	6 1,0 %
1	0 0,0 %	1 0,2 %	1 0,5 %	0 0,0 %	5 0,5 %
Celkem	200 100,0 %	500 100,0 %	200 100,0 %	200 100,0 %	600 100,0 %

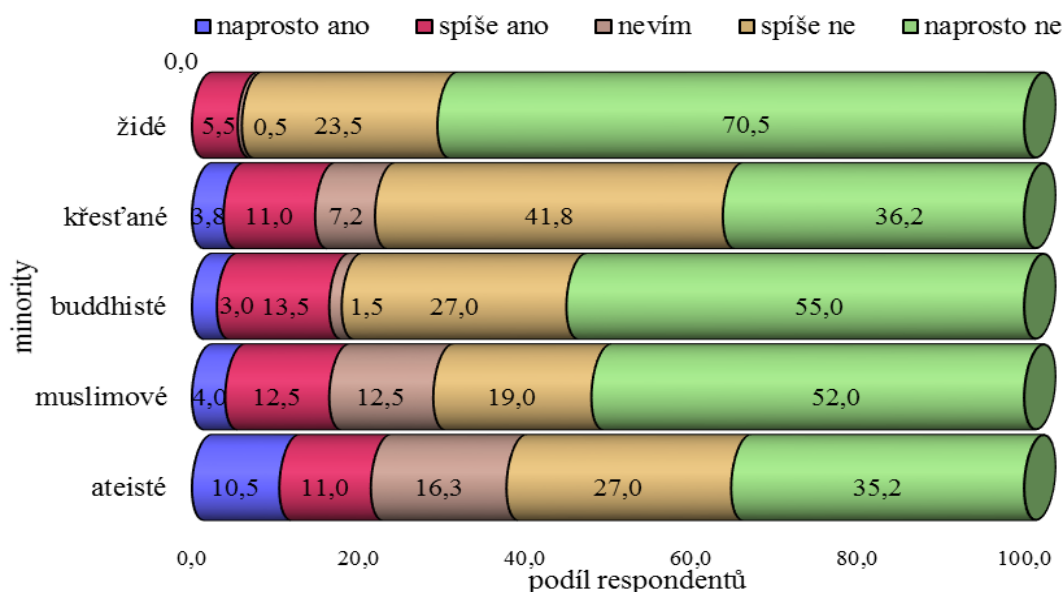
Tabulka 24 prezentuje subjektivní vnímání psychického zdraví. Na stupnici od 1 – 10 respondenti označovali 1 číslo, které vystihuje jejich psychické zdraví. 1 znázorňovala nejhorší psychický stav, 10 znázorňovala nejlepší psychický stav. Z vyšších skóre (6 – 10) židé (22,5 %), křesťané (21,2 %) a muslimové (22,0 %) vnímají své zdraví nejčastěji hodnotou 8. Ateisté (24,3 %) vnímají své fyzické zdraví nejčastěji hodnotou 7. Z nižších skóre (1 – 5) židé (4,0 %), křesťané (6,4 %), buddhisté (0,5 %) a ateisté (7,5 %) vnímají své zdraví nejčastěji hodnotou 5 a muslimové hodnotou 4 (9,0 %).

Graf 43 Tabuizace problematiky umírání u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení
n = 1 700



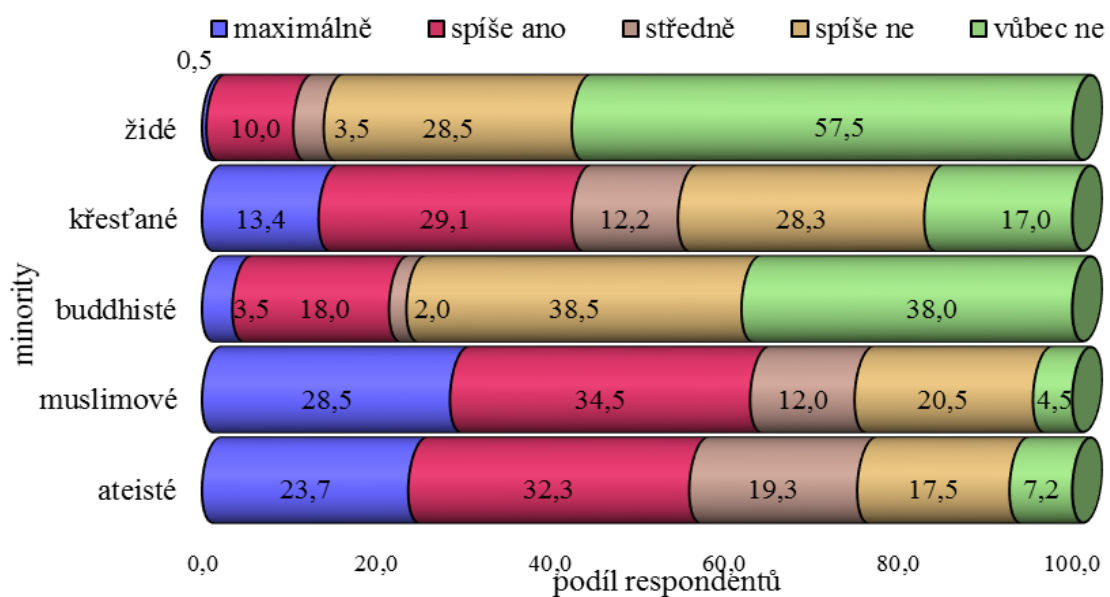
Graf 43 prezentuje výsledky tabuizace problematiky umírání. Naprosto tabuizovanou problematikou je umírání pro 0 židů (0,0 %), 45 křesťanů (9,0 %), 8 buddhistů (4,0 %), 9 muslimů (4,5 %) a 82 ateistů (13,7 %). Spíše tabuizovanou problematikou je umírání pro 12 židů (6,0 %), 87 křesťanů (17,4 %), 30 buddhistů (15,0 %), 26 muslimů (13,0 %) a 65 ateistů (10,8 %). Zda je problematika umírání tabu, neví 1 žid (0,5 %), 37 křesťanů (7,4 %), 4 buddhisté (2,0 %), 21 muslimů (10,5 %) a 104 ateistů (17,3 %). Spíše netabuizovanou problematikou je umírání pro 55 židů (27,5 %), 159 křesťanů (31,8 %), 51 buddhistů (25,5 %), 40 muslimů (20,0 %) a 147 ateistů (24,4 %). Naprosto netabuizovanou problematikou je umírání pro 132 židů (66,0 %), 172 křesťanů (34,4 %), 107 buddhistů (53,5 %), 104 muslimů (52,0 %) a 202 ateistů (33,7 %).

Graf 44 Tabuizace problematiky smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



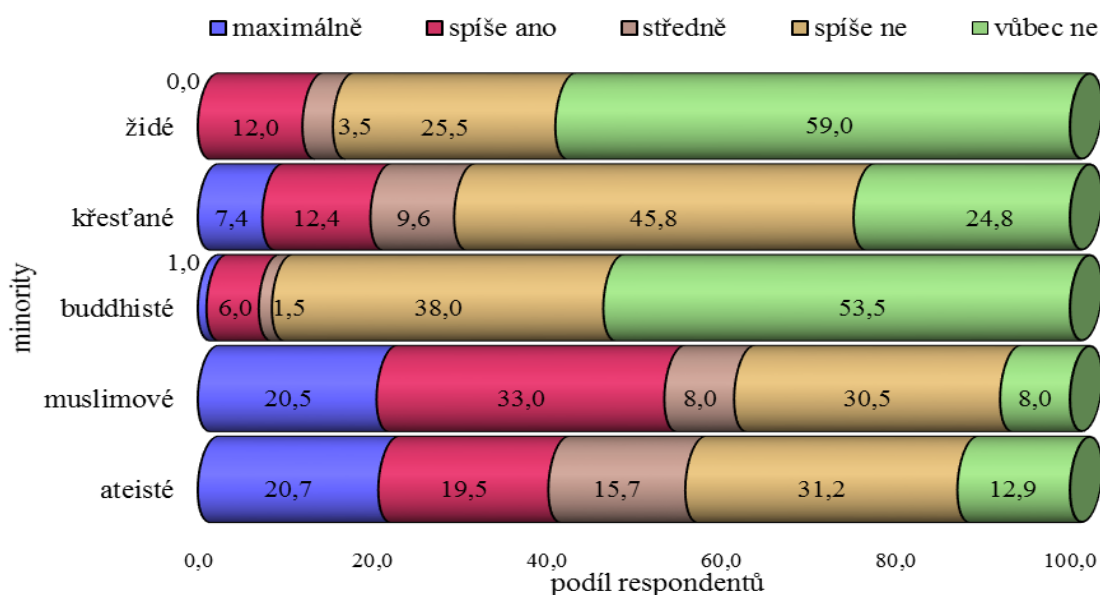
Graf 44 prezentuje výsledky tabuizace problematiky smrti. Naprosto tabuizovanou problematikou je smrt pro 0 židů (0,0 %), 19 křesťanů (3,8 %), 6 buddhistů (3,0 %), 8 muslimů (4,0 %) a 63 ateistů (10,5 %). Spíše tabuizovanou problematikou je smrt pro 11 židů (5,5 %), 55 křesťanů (11,0 %), 27 buddhistů (13,5 %), 25 muslimů (12,5 %) a 66 ateistů (11,0 %). Zda je problematika smrti tabu neví 1 žid (0,5 %), 36 křesťanů (7,2 %), 3 buddhisté (1,5 %), 25 muslimů (12,5 %) a 98 ateistů (16,3 %). Spíše netabuizovanou problematikou je smrt pro 47 židů (23,5 %), 209 křesťanů (41,8 %), 54 buddhistů (27,0 %), 38 muslimů (19,0 %) a 162 ateistů (27,0 %). Naprosto netabuizovanou problematikou je smrt pro 141 židů (70,5 %), 181 křesťanů (36,2 %), 110 buddhistů (55,0 %), 104 muslimů (52,0 %) a 211 ateistů (35,2 %).

Graf 45 Strach z umírání u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení
n = 1 700



Graf 45 prezentuje výsledky týkající se strachu z umírání. Maximální strach z umírání uvedl 1 žid (0,5 %), 67 křesťanů (13,4 %), 7 buddhistů (3,5 %), 57 muslimů (28,5 %) a 142 ateistů (23,7 %). Spíše má strach z umírání 20 židů (10,0 %), 145 křesťanů (29,1 %), 36 buddhistů (18,0 %), 69 muslimů (34,5 %) a 194 ateistů (32,3 %). Střední strach z umírání pocítuje 7 židů (3,5 %), 61 křesťanů (12,2 %), 4 buddhisté (2,0 %), 24 muslimů (12,0 %) a 116 ateistů (19,3 %). Spíše nemá strach z umírání 57 židů (28,5 %), 141 křesťanů (28,2 %), 77 buddhistů (38,5 %), 41 muslimů (20,5 %) a 105 ateistů (17,5 %). Naprosto nemá strach z umírání 115 židů (57,5 %), 85 křesťanů (17,0 %), 76 buddhistů (38,0 %), 9 muslimů (4,5 %) a 43 ateistů (7,2 %).

Graf 46 Strach ze smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení
n = 1 700



Graf 46 prezentuje výsledky týkající se strachu ze smrti. Maximální strach ze smrti uvedlo 0 židů (0,0 %), 37 křesťanů (7,4 %), 2 buddhisté (1,0 %), 41 muslimů (20,5 %) a 124 ateistů (20,7 %). Spíše má strach ze smrti 24 židů (12,0 %), 62 křesťanů (12,4 %), 12 buddhistů (6,0 %), 66 muslimů (33,0 %) a 117 ateistů (19,5 %). Střední strach ze smrti pociťuje 7 židů (3,5 %), 48 křesťanů (9,6 %), 3 buddhisté (1,5 %), 16 muslimů (8,0 %) a 94 ateistů (15,7 %). Spíše nemá strach ze smrti 51 židů (25,5 %), 229 křesťanů (45,8 %), 76 buddhistů (38,0 %), 61 muslimů (30,5 %) a 187 ateistů (31,2 %). Naprostý strach ze smrti nemá 118 židů (59,0 %), 123 křesťanů (24,8 %), 107 buddhistů (53,5 %), 16 muslimů (8,0 %) a 77 ateistů (12,9 %).

Tabulka 25 Obavy z umírání a smrti a jejich význam u vyznavačů judaismu

Konkrétní příklad	Židé							
	filtr				význam umírání		význam smrti	
	obavy z umírání		obavy ze smrti					
	n	%	n	%	n	%	n	%
bolest	13	6,5	5	2,5	0	0,0	0	0,0
čas pro vyznání čin skrze modlitby	8	4,0	0	0,0	12	6,0	0	0,0
čekání na příchod Mesiáše	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	20,0
konec života na zemi	0	0,0	9	4,5	2	1,0	25	13,0
loučení se s pozemským životem	0	0,0	0	0,0	70	35,0	0	0,0
nepříjemné životní období	4	2,0	1	0,5	4	2,0	0	0,0
přechod no jiné dimenze	0	0,0	1	0,5	82	41,0	58	29,0
převtělení do následujících životů	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	8,0
přirozená součást života	0	0,0	0	0,0	22	11,0	0	0,0
uvěznění duše démony	11	5,5	9	4,5	1	0,5	0	0,0
velký den smíření	0	0,0	0	0,0	0	0,0	60	30,0
zničitelnost duše	0	0,0	6	3,0	0	0,0	0	0,0

Tabulka 25 prezentuje výsledky týkající se obav z umírání a ze smrti a jejich významů u vyznavačů judaismu. Židé se nejčastěji bojí umírání z důvodu bolesti, kterou uvedlo 13 respondentů (6,5 %) a uvěznění duše démony, které uvedlo 11 židů (5,5 %). Smrti se nejčastěji bojí z důvodů konce života na zemi 9 židů (4,5 %) a z důvodu uvěznění duše démony také 9 židů (4,5 %). Pod pojmem umírání si 70 židů (35,0 %) nejčastěji představí loučení se s pozemským životem, 82 židů (41,0 %) si nejčastěji představí přechod do jiné dimenze a 22 židů (11,0 %) si nejčastěji představí přirozenou součást života. Pod pojmem smrt si 40 židů (20,0 %) nejčastěji představí čekání na příchod Mesiáše, 58 židů (29,0 %) si nejčastěji představí přechod do jiné dimenze a 60 židů (30,0 %) si nejčastěji představí velký den smíření.

Tabulka 26 Obavy z umírání a smrti a jejich význam u vyznavačů křesťanství

Konkrétní příklad	Křesťané							
	filtr				význam umírání		význam smrti	
	obavy z umírání		obavy ze smrti					
	n	%	n	%	n	%	n	%
blízkost tohoto aktu	14	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
bolest	86	17,2	31	16,2	62	12,4	17	3,4
cesta k Bohu	20	4,0	0	0,0	41	8,2	13	2,6
konec existence	0	0,0	0	0,0	0	0,0	68	13,6
konec života na zemi	0	0,0	13	2,6	96	19,2	45	9,0
neznámo	52	10,4	56	11,2	9	1,8	13	2,6
přirozená součást života	0	0,0	0	0,0	183	36,6	70	14,0
samota	45	9,0	12	2,4	0	0,0	0	0,0
vstup do života věčného	0	0,0	0	0,0	0	0,0	209	41,8
změny v prožívání	0	0,0	0	0,0	72	14,4	12	2,4
ztráta důstojnosti	39	7,8	0	0,0				
jiné	41	8,2	31	6,2	32	6,4	49	9,8
neodpovědělo	6	2,1	9	1,8	5	1,0	4	0,8

Tabulka 26 prezentuje výsledky týkající se obav z umírání a ze smrti a jejich významů u vyznavačů křesťanství. Křesťané se nejčastěji bojí umírání z důvodu bolesti, kterou uvedlo 86 křesťanů (17,2 %) a z důvodu neznáma, které uvedlo 52 křesťanů (10,4 %). Smrti se nejčastěji bojí z důvodu bolesti 31 křesťanů (16,2 %) a z důvodu neznáma 56 křesťanů (11,2 %). Pod pojmem umírání si 183 křesťanů (36,6 %) nejčastěji představí přirozenou součást života a 96 křesťanů (19,2 %) si nejčastěji představí konec života na zemi. Pod pojmem smrt si 209 křesťanů (41,8 %) nejčastěji představí vstup do života věčného, 70 křesťanů (14,0 %) si nejčastěji představí přirozenou součást života a 68 křesťanů (13,6 %) si nejčastěji představí konec existence.

Tabulka 27 Obavy z umírání a smrti a jejich význam u vyznavačů buddhismu

Konkrétní příklad	Buddhisté							
	filtr				význam umírání		význam smrti	
	obavy z umírání		obavy ze smrti					
	n	%	n	%	n	%	n	%
bolest	21	10,5	5	2,5	4	2,0	0	0,0
loučení	0	0,0	0	0,0	12	6,0	0	0,0
nemohoucnost	8	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
nevyhnutelnost	0	0,0	0	0,0	67	33,5	16	8,0
neznámo	14	7,0	2	1,0	0	0,0	0	0,0
nirvána	0	0,0	0	0,0	21	10,5	0	0,0
nový začátek	0	0,0	2	1,0	0	0,0	37	18,5
proces	0	0,0	0	0,0	19	9,5	0	0,0
přechod no nové dimenze	0	0,0	0	0,0	30	15,0	108	54,0
samota	7	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
samsára	2	1,0	0	0,0	19	9,5	20	10,0
šance	0	0,0	0	0,0	9	4,5	0	0,0
nevím	5	2,5	8	4,0	0	0,0	0	0,0
jiné	6	3,0	6	3,0	22	9,5	19	9,5

Tabulka 27 prezentuje výsledky týkající se obav z umírání a ze smrti a jejich významů u vyznavačů buddhismu. Buddhisté se nejčastěji bojí umírání z důvodu bolesti, kterou uvedlo 21 buddhistů (10,5 %). Obavy ze smrti nejčastěji nedokáží specifikovat, a proto volí odpověď „nevím“ (4,0 %). Pod pojmem umírání si představí 67 buddhistů (33,5 %) nevyhnutelnost, 30 (15,0 %) přechod do nové dimenze a 19 (9,5 %) samsáru. Na smrt je buddhisty nejčastěji nahlíženo jako na přechod do nové dimenze (54,0 %) a nová začátek (18,5 %).

Tabulka 28 Obavy z umírání a smrti a jejich význam u vyznavačů islámu

Konkrétní příklad	Muslimové							
	filtr				význam umírání		význam smrti	
	obavy z umírání		obavy ze smrti					
	n	%	n	%	n	%	n	%
bolest	54	27,0	7	3,5	38	19,0	8	4,0
hádky rodiny	10	5,0	20	10,0	0	0,0	0	0,0
konec existence	0	0,0	15	7,5	0	0,0	36	18,0
loučení	0	0,0	0	0,0	10	5,0	0	0,0
neznámo	13	6,5	16	8,0	12	6,0	0	0,0
odchod	0	0,0	0	0,0	17	8,5	21	10,5
přirozená součást života	0	0,0	0	0,0	85	42,5	0	0,0
samota	61	30,5	4	2,0	5	2,5	0	0,0
utrpení	36	18,0	33	16,5	11	5,5	10	5,0
zánik těla, přežívání do vzkříšení v soudný den	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	47,0
ztráta důstojnosti	25	14,5	4	2,0	8	4,0	5	2,5
nevím	9	4,5	8	4,0	7	3,5	12	6,0
jiné	10	5,0	0	0,0	13	6,5	15	7,5

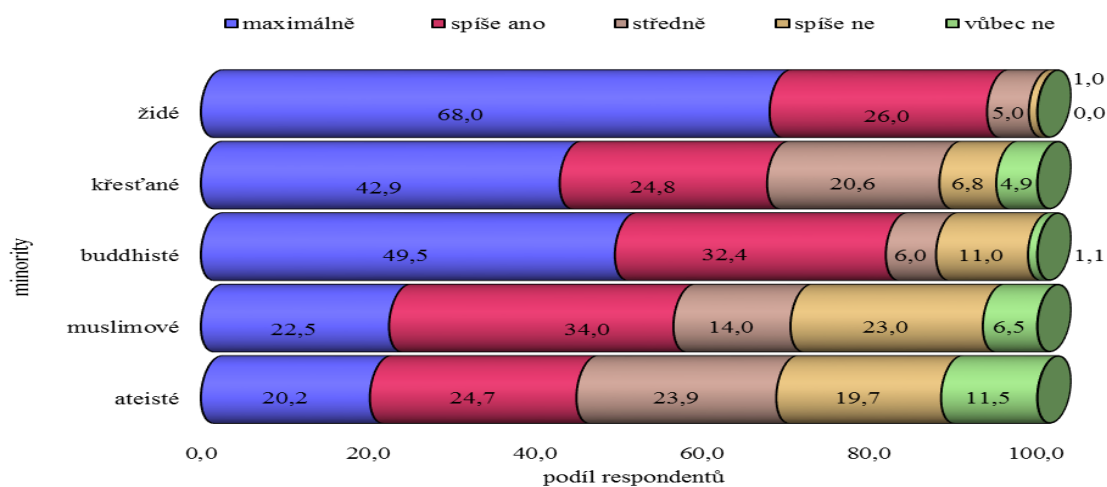
Tabulka 28 prezentuje výsledky týkající se obav z umírání a ze smrti a jejich významů u vyznavačů islámu. Muslimové se nejčastěji bojí umírání z důvodu samoty, kterou uvedlo 61 respondentů (30,5 %), dále bolesti, kterou uvedlo 54 respondentů (27,0 %) a utrpení (18,0 %). Smrti se obávají zejména proto, že budou zažívat utrpení (16,5 %) a jejich rodiny budou zažívat hádky (10,0 %). Samotné umírání vidí jako přirozenou součást života (42,5) a bolest (19,0 %). Smrt je pro muslimy nejčastěji zánik těla a přežívání do vzkříšení v soudný den (47,0 %) a odchod (10,0 %).

Tabulka 29 Obavy z umírání a smrti a jejich význam u vyznavačů ateismu

Konkrétní příklad	Ateisté							
	filtr				význam umírání		význam smrti	
	obavy z umírání		obavy ze smrti					
	n	%	n	%	n	%	n	%
blízkost tohoto aktu	12	2,0	12	2,2	14	2,3	0	0,0
bolest	181	30,2	112	18,7	191	31,8	33	5,5
konec existence	0	0,0	0	0,0	71	11,8	245	40,8
konec života na zemi	29	4,8	39	6,5	0	0,0	16	2,7
nezabezpečení rodiny	101	16,9	11	1,8	0	0,0	0	0,0
neznámo	18	3,0	79	13,2	0	0,0	0	0,0
odchod	0	0,0	0	0,0	23	3,8	26	4,3
přirozená součást života	0	0,0	0	0,0	72	12,0	15	2,5
vstup do života věčného	0	0,0	0	0,0	18	3,0	53	8,8
změny v prožívání	0	0,0	0	0,0	122	20,3	75	12,5
ztráta důstojnosti	26	4,3	0	0,0	0	0,0	26	4,3
nevím	34	5,7	0	0,0	0	0,0	24	4,0
jiné	77	12,8	64	10,7	71	11,8	67	11,2
neodpovědělo	20	3,3	24	4,0	20	3,3	20	3,3

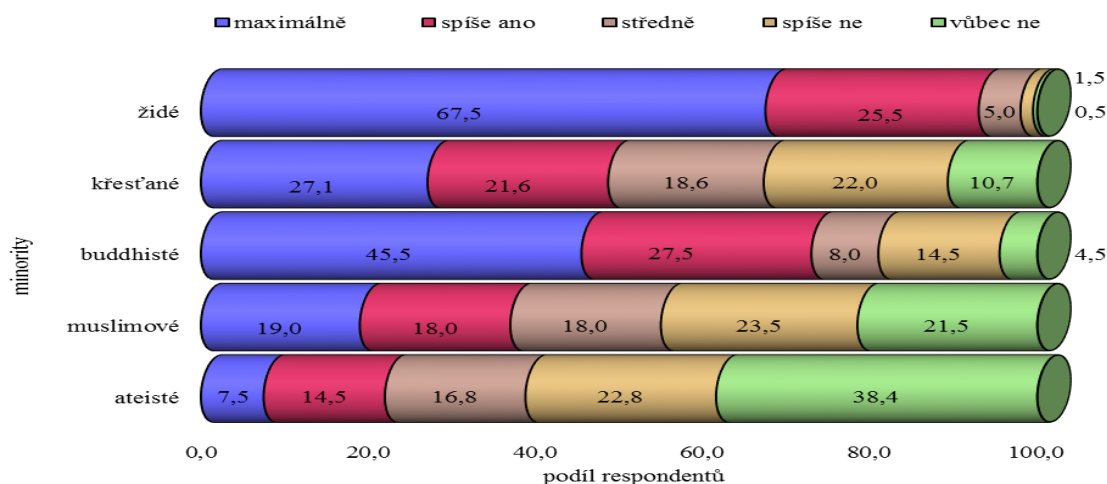
Tabulka 29 prezentuje výsledky týkající se obav z umírání a ze smrti a jejich významů u vyznavačů ateismu. Ateisté se nejčastěji bojí umírání z důvodu bolesti, kterou uvedlo 181 respondentů (30,2 %) a z nezabezpečení rodiny, kterou uvedlo 101 respondentů (26,9 %). Smrti se obávají zejména proto, že budou zažívat bolest (18,7 %). Samotné umírání vidí jako bolestnou událost (31,8 %) se změnami v prožívání (20,3 %). Smrt je pro ateisty nejčastěji konec existence (40,8 %) a změny v prožívání (12,5 %).

Graf 47 Ztotožnění se s vlastní smrtelností u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení
n = 1 700



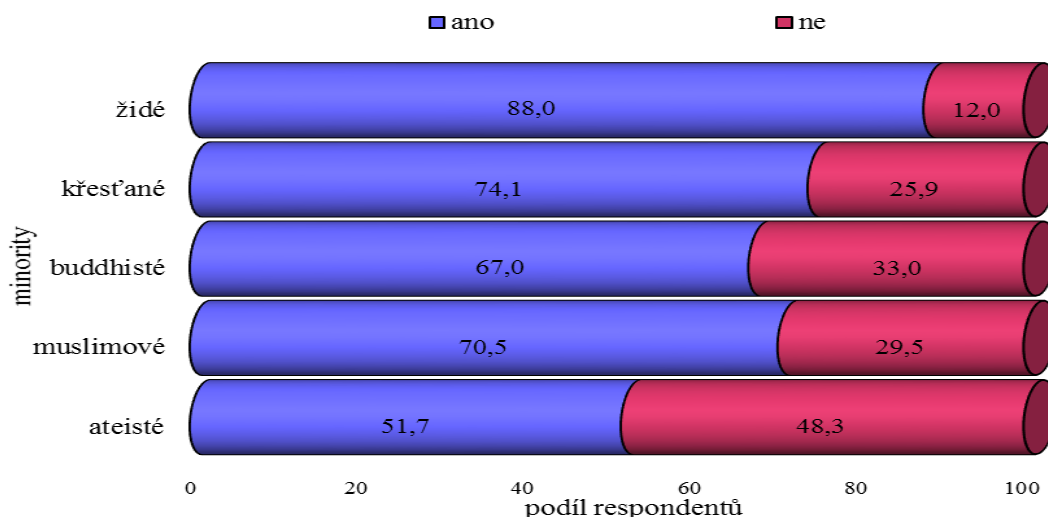
Graf 47 prezentuje výsledky týkající se ztotožnění se s vlastní smrtelností. Maximálně je ztotožněno se svou vlastní smrtelností 136 židů (68,0 %), 214 křesťanů (42,9 %), 99 buddhistů (49,5 %), 45 muslimů (22,5 %) a 121 ateistů (20,2 %). Spíše je ztotožněno se svou vlastní smrtelností 52 židů (26,0 %), 124 křesťanů (24,8 %), 65 buddhistů (32,4 %), 68 muslimů (34,0 %) a 148 ateistů (24,7 %). Středně je ztotožněno se svou vlastní smrtelností 10 židů (5,0 %), 103 křesťanů (20,6 %), 12 buddhistů (6,0 %), 28 muslimů (14,0 %) a 144 ateistů (23,9 %). Spíše nejsou ztotožnění se svou vlastní smrtelností 2 židé (1,0 %), 34 křesťanů (6,8 %), 22 buddhistů (11,0 %), 46 muslimů (23,0 %) a 118 ateistů (19,7 %). Vůbec není ztotožněno se svou vlastní smrtelností 0 židů (0,0 %), 25 křesťanů (4,9 %), 2 buddhisté (1,1 %), 13 muslimů (6,5 %) a 69 ateistů (11,5 %).

Graf 48 Ztotožnění se se smrtelností svých blízkých u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení
n = 1 700



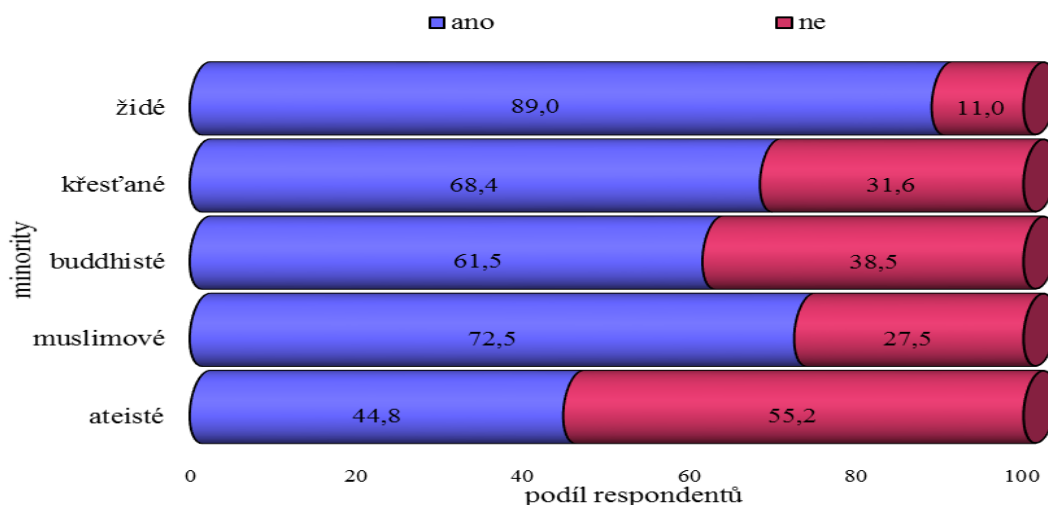
Graf 48 prezentuje výsledky týkající se ztotožnění se smrtelností svých blízkých. Maximálně je ztotožněno se smrtelností svých blízkých 135 židů (67,5 %), 135 křesťanů (27,1 %), 91 buddhistů (45,5 %), 38 muslimů (19,0 %) a 45 ateistů (7,5 %). Spíše je ztotožněno se smrtelností svých blízkých 51 židů (25,5 %), 108 křesťanů (21,6 %), 55 buddhistů (27,5 %), 36 muslimů (18,0 %) a 87 ateistů (14,5 %). Středně je ztotožněno se smrtelností svých blízkých 10 židů (5,0 %), 93 křesťanů (18,6 %), 16 buddhistů (8,0 %), 36 muslimů (18,0 %) a 101 ateistů (16,8 %). Spíše nejsou ztotožnění se smrtelností svých blízkých 3 židé (1,5 %), 110 křesťanů (22,0 %), 29 buddhistů (14,5 %), 47 muslimů (23,5 %) a 137 ateistů (22,8 %). Vůbec není ztotožněn se smrtelností svých blízkých 1 žid (0,5 %), 54 křesťanů (10,7 %), 9 buddhisté (4,5 %), 42 muslimů (21,5 %) a 230 ateistů (38,4 %).

Graf 49 Kontakt s umírajícím u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



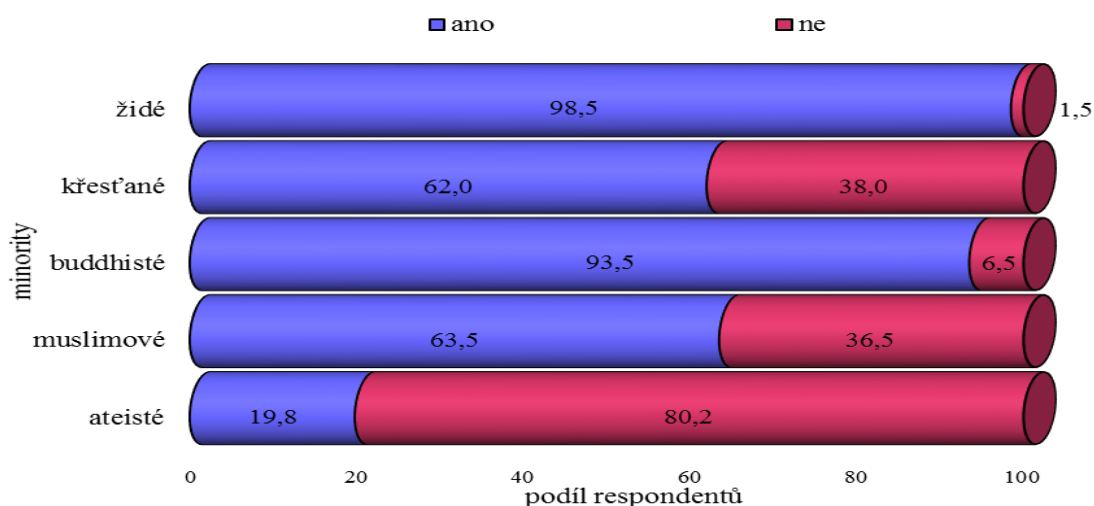
Graf 49 prezentuje výsledky týkající se kontaktu s umírajícím člověkem. Kontakt s umírajícím mělo 176 židů (88,0 %), 370 křesťanů (74,1 %), 134 buddhistů (67,0 %), 141 muslimů (70,5 %) a 310 ateistů (51,7 %). Kontakt s umírajícím nemělo 24 židů (12,0 %), 130 křesťanů (25,9 %), 66 buddhistů (33,0 %), 59 muslimů (29,5 %) a 290 ateistů (48,3 %).

Graf 50 Kontakt se zemřelým u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení
n = 1 700



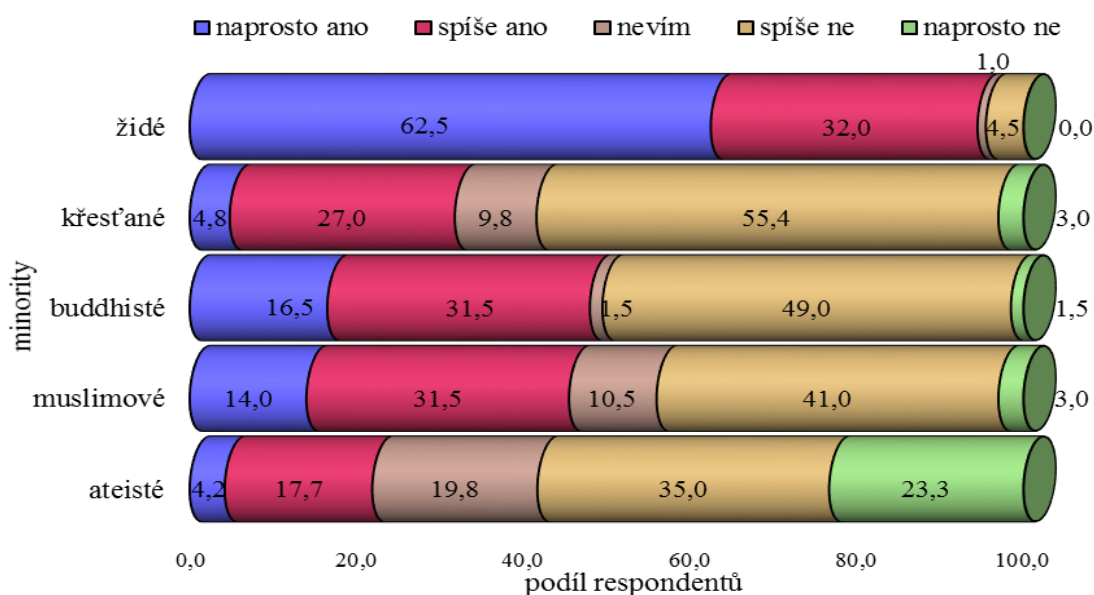
Graf 50 prezentuje výsledky týkající se kontaktu se zemřelým. Kontakt se zemřelým mělo 178 židů (89,0 %), 342 křesťanů (68,4 %), 123 buddhistů (61,5 %), 145 muslimů (72,5 %) a 269 ateistů (44,8 %). Kontakt se zemřelým nemělo 22 židů (11,0 %), 158 křesťanů (31,6 %), 77 buddhistů (38,5 %), 55 muslimů (27,5 %) a 331 ateistů (55,2 %).

Graf 51 Rituály spojené s umíráním u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení
n = 1 700



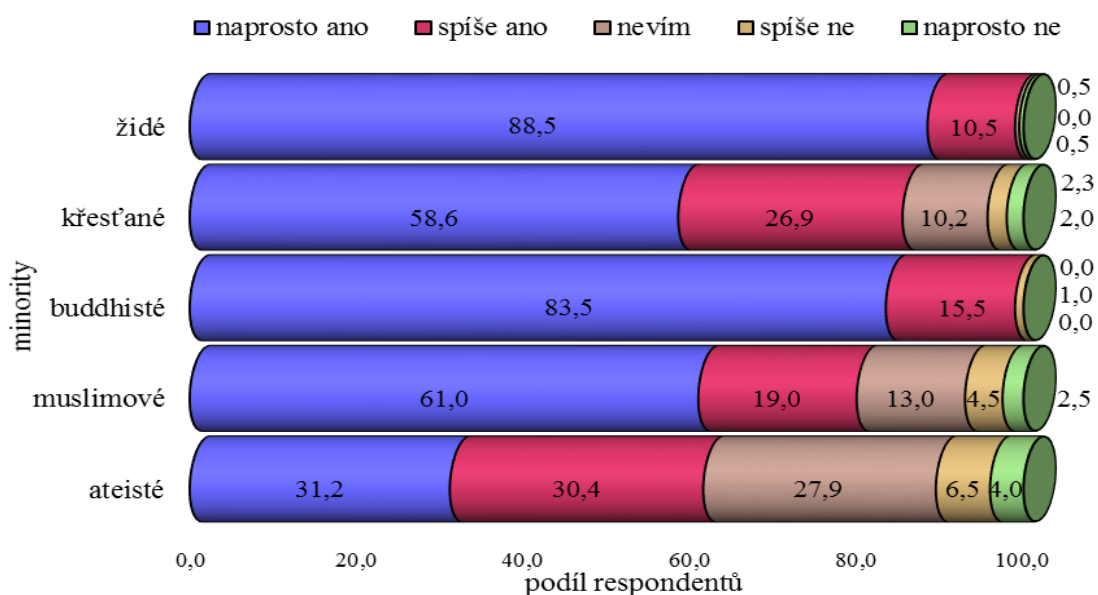
Graf 51 prezentuje výsledky týkající se rituálů spojených s umíráním. Rituály spojené s umíráním má 193 židů (98,5 %), 309 křesťanů (62,0 %), 187 buddhistů (93,5 %), 127 muslimů (63,5 %) a 119 ateistů (19,8 %). Rituály spojené s umíráním nemají 3 židé (1,5 %), 189 křesťanů (37,8 %), 13 buddhistů (6,5 %), 73 muslimů (36,5 %) a 481 ateistů (80,2 %).

Graf 52 Umírání v domácím prostředí u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



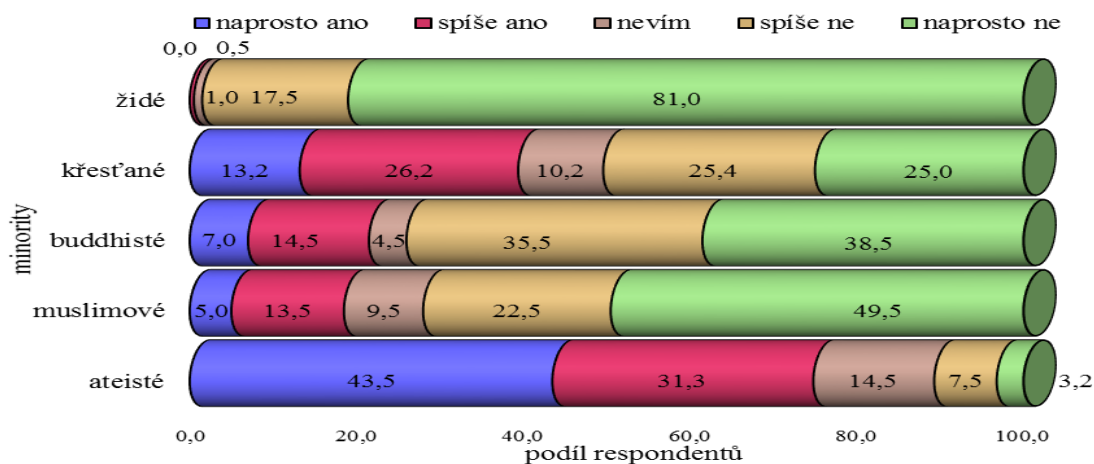
Graf 52 prezentuje výsledky týkající se umírání v domácím prostředí. Naprosto běžné je umírání v domácím prostředí u 125 židů (62,5 %), 24 křesťanů (4,8 %), 33 buddhistů (16,5 %), 28 muslimů (14,0 %) a 25 ateistů (4,2 %). Spíše běžné je umírání v domácím prostředí u 64 židů (32,0 %), 135 křesťanů (27,0 %), 63 buddhistů (31,5 %), 63 muslimů (31,5 %) a 106 ateistů (17,7 %). Zda je běžné umírání v domácím prostředí ve vlastní kultuře nevědí 2 židé (1,0 %), 49 křesťanů (9,8 %), 3 buddhisté (1,5 %), 21 muslimů (10,5 %) a 119 ateistů (19,8 %). Spíše není běžné umírání v domácím prostředí u 9 židů (4,5 %), 277 křesťanů (55,4 %), 98 buddhistů (49,0 %), 82 muslimů (41,0 %) a 210 ateistů (35,0 %). Naprosto není běžné umírání v domácím prostředí u 0 židů (0,0 %), 15 křesťanů (3,0 %), 3 buddhistů (1,5 %), 6 muslimů (3,0 %) a 140 ateistů (23,3 %).

Graf 53 Přání rozloučit se v nemocničním zařízení s umírajícím dle kulturního přesvědčení u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení n = 1 700



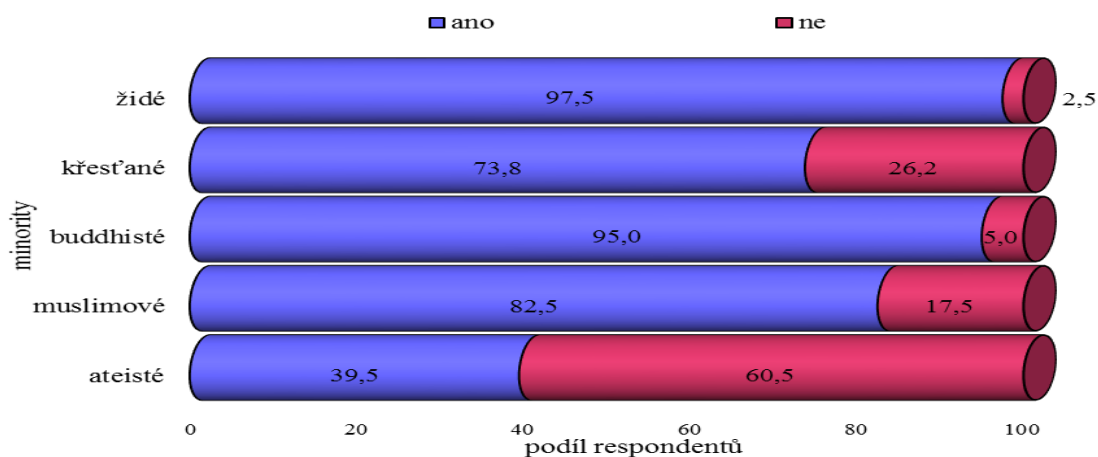
Graf 53 prezentuje výsledky týkající se přání rozloučit se v nemocničním zařízení s umírajícím dle kulturního přesvědčení. Naprosto by si přálo rozloučit se v nemocničním prostředí s umírajícím dle kulturního přesvědčení 177 židů (88,5 %), 292 křesťanů (58,4 %), 167 buddhistů (83,5 %), 122 muslimů (61,0 %) a 187 ateistů (31,2 %). Spíše by si přálo rozloučit se v nemocničním prostředí s umírajícím dle kulturního přesvědčení 21 židů (10,5 %), 134 křesťanů (26,9 %), 31 buddhistů (15,5 %), 38 muslimů (19,0 %) a 182 ateistů (30,3 %). Zda by si přálo rozloučit se v nemocničním zařízení s umírajícím dle kulturního přesvědčení, nevědí 2 židé (1,0 %), 51 křesťanů (10,2 %), 0 buddhistů (0,0 %), 26 muslimů (13,0 %) a 167 ateistů (27,8 %). Spíše by si nepřálo rozloučit se v nemocničním zařízení s umírajícím dle kulturního přesvědčení 0 židů (0,0 %), 11 křesťanů (2,2 %), 0 buddhistů (0,0 %), 9 muslimů (4,5 %) a 39 ateistů (6,5 %). Naprosto by si nepřálo rozloučit se v nemocničním zařízení s umírajícím dle kulturního přesvědčení 0 židů (0,0 %), 10 křesťanů (2,3 %), 0 buddhistů (0,0 %), 5 muslimů (2,5 %) a 24 ateistů (4,0 %).

Graf 54 Názor na eutanázii u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



Graf 54 prezentuje výsledky týkající se názoru na eutanázii. S eutanázií naprosto souhlasí 0 (0,0 %) židů, 66 křesťanů (13,2 %), 14 buddhistů (7,0 %), 10 muslimů (5,0 %) a 261 ateistů (43,5 %). S eutanázií spíše souhlasí 1 žid (0,5 %), 131 křesťanů (26,2 %), 29 buddhistů (14,5 %), 27 muslimů (13,5 %) a 188 ateistů (31,3 %). Zda souhlasí s eutanázií, nevědí 2 židé (1,0 %), 51 křesťanů (10,2 %), 9 buddhistů (4,5 %), 19 muslimů (9,5 %) a 87 ateistů (14,5 %). S eutanázií spíše nesouhlasí 35 židů (17,5 %), 127 křesťanů (25,4 %), 71 buddhistů (35,5 %), 45 muslimů (22,5 %) a 45 ateistů (7,5 %). S eutanázií naprosto nesouhlasí 162 židů (81,0 %), 125 křesťanů (25,0 %), 75 buddhistů (38,5 %), 99 muslimů (49,5 %) a 19 ateistů (3,2 %).

Graf 55 Přítomnost specifik v péči o mrtvé tělo u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



Graf 55 prezentuje výsledky týkající se specifik v péči o mrtvé tělo. Specifika v péči o mrtvé tělo má 195 židů (97,5 %), 369 křesťanů (73,8 %), 190 buddhistů (95,0 %), 165 muslimů (82,5 %) a 237 ateistů (39,5 %). Rituály spojené s umíráním nemají 5 židé (2,5 %), 131 křesťanů (26,2 %), 10 buddhistů (5,0 %), 35 muslimů (17,5 %) a 363 ateistů (60,5 %).

Tabulka 30 Specifikace péče o mrtvé tělo

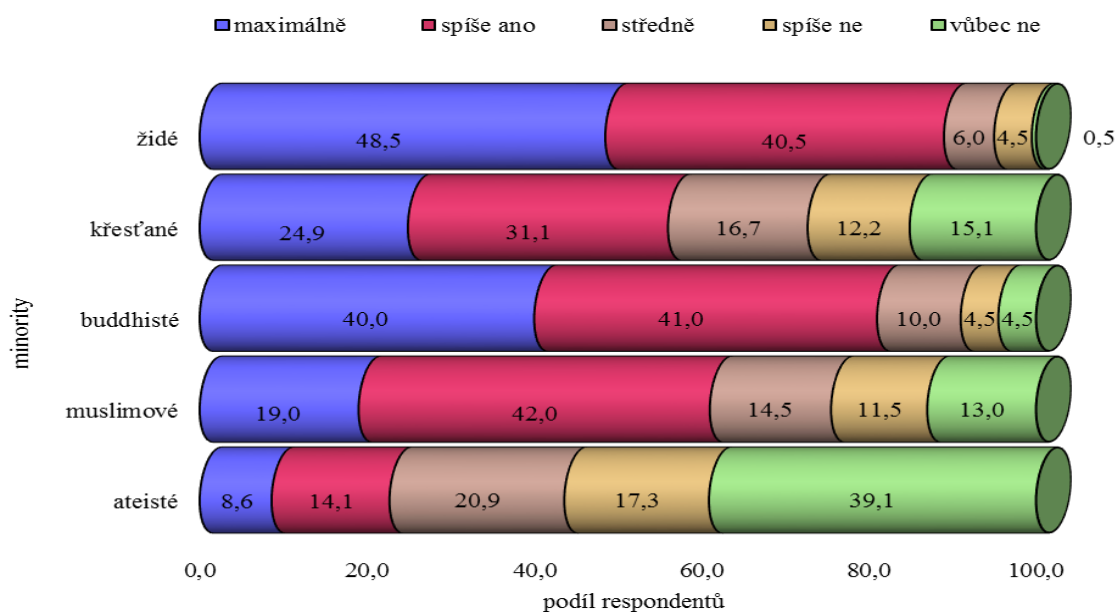
Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
zapálení svíček	78	279	23	4	136
otevření okna	19	211	30	0	104
ticho, klid	81	216	56	0	87
rozjímání	91	200	32	0	43
modlitba/meditace	95	297	102	62	66
zpěv, tanec	1	8	4	0	3
omývání těla	163	50	16	0	56
oblékání mrtvého	95	88	9	0	63
rozloučení celé rodiny	76	271	80	15	99
poloha těla	1	26	13	0	19
pokládání předmětů na tělo	0	18	3	0	11
zakrývání zrcadel, držení stráže, natrhnutí oděvu, Chevra Kadiša	91	0	0	0	0
bardo thödol	0	0	102	0	0
pokud není nutná pitva, neprovádí se	19	18	0	0	25
vyslovení šahády	0	0	0	68	0
jiné	11	0	0	6	0
neodpovědělo	0	131	0	73	361
celkem odpovědí	825	1830	475	228	1073

Tabulka 30 prezentuje výsledky týkající se specifikace potřeby nošení speciálního oděvu. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 4 431.

Odpověď „*zapálení svíček*“, byla označená židy 78krát, křesťany 279krát, buddhisty 23krát, muslimy 0krát a ateisty 136krát. Odpověď „*otevření okna*“, byla označená židy 19krát, křesťany 211krát, buddhisty 30krát, muslimy 0krát a ateisty 104krát. Odpověď „*klid, ticho*“, byla označená židy 81krát, křesťany 216krát, buddhisty 56krát, muslimy 0krát a ateisty 87krát. Odpověď „*rozjímání*“, byla označená židy 91krát, křesťany 200krát, buddhisty 32krát, muslimy 0krát a ateisty 43krát. Odpověď „*modlitba/meditace*“, byla označená židy 95krát, křesťany 297krát, buddhisty 102krát, muslimy 62krát a ateisty 66krát. Odpověď „*zpěv, tanec*“, byla označená židy 1krát, křesťany 8krát, buddhisty 4krát, muslimy 0krát a ateisty 3krát. Odpověď „*omývání těla*“, byla označená židy 163krát, křesťany 50krát, buddhisty 16krát, muslimy 0krát

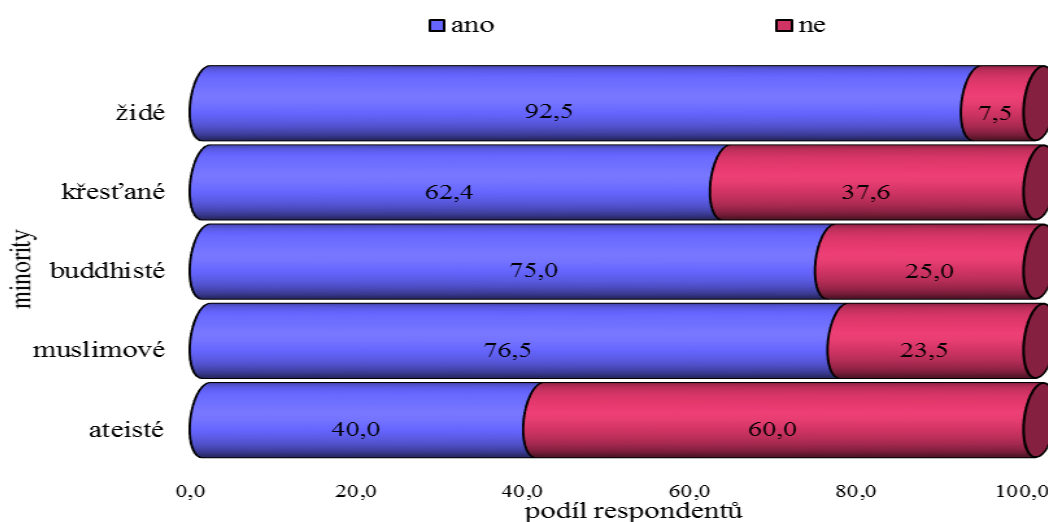
a ateisty 56krát. Odpověď „oblékání mrtvého”, byla označená židy 95krát, křesťany 88krát, buddhisty 9krát, muslimy 0krát a ateisty 63krát. Odpověď „rozloučení celé rodiny”, byla označená židy 76krát, křesťany 271krát, buddhisty 80krát, muslimy 15krát a ateisty 99krát. Odpověď „poloha těla”, byla označená židy 1krát, křesťany 26krát, buddhisty 13krát, muslimy 0krát a ateisty 19krát. Odpověď „pokládání předmětů na tělo”, byla označená židy 0krát, křesťany 18krát, buddhisty 3krát, muslimy 0krát a ateisty 11krát. Odpověď „zakrývání zrcadel, držení stráže, natrhnutí oděvu, Chevra Kadiša”, byla označená židy 91krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 0krát a ateisty 0krát. Odpověď „bardo thödol”, byla označená židy 0krát, křesťany 0krát, buddhisty 102krát, muslimy 0krát a ateisty 0krát. Odpověď „pokud není nutná pitva, neprovádí se”, byla označená židy 19krát, křesťany 18krát, buddhisty 0krát, muslimy 0krát a ateisty 25krát. Odpověď „vyslovení šahády”, byla označená židy 0krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 68krát a ateisty 0krát. Odpověď „jiné”, byla označená židy 11krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 6krát a ateisty 0krát. Tato otázka nebyla zodpovězena židy 0krát, křesťany 131krát, buddhisty 0krát, muslimy 73krát a ateisty 361krát.

Graf 56 Zachovávání rituálů spojených s umíráním a smrtí v nemocnici u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



Graf 56 prezentuje výsledky týkající se zachovávání rituálů spojených s umíráním a smrtí v nemocnici. Maximálně zachovává rituály spojené s umíráním a smrtí v nemocnici 97 židů (48,5 %), 124 křesťanů (24,9 %), 80 buddhistů (40,0 %), 38 muslimů (19,0 %) a 51 ateistů (8,6 %). Spíše zachovává rituály spojené s umíráním a smrtí v nemocnici 81 židů (40,5 %), 155 křesťanů (31,1 %), 82 buddhistů (41,0 %), 84 muslimů (42,0 %) a 84 ateistů (14,1 %). Středně zachovává rituály spojené s umíráním a smrtí v nemocnici 12 židů (6,0 %), 83 křesťanů (16,7 %), 20 buddhistů (10,0 %), 29 muslimů (14,5 %) a 124 ateistů (20,9 %). Spíše nezachovává rituály spojené s umíráním a smrtí v nemocnici 9 židů (4,5 %), 61 křesťanů (12,2 %), 9 buddhistů (4,5 %), 23 muslimů (11,5 %) a 103 ateistů (17,3 %). Vůbec nezachovává rituály spojené s umíráním a smrtí v nemocnici 1 židé (0,5 %), 77 křesťanů (15,1 %), 9 buddhistů (4,5 %), 26 muslimů (13,0 %) a 238 ateistů (39,1 %).

Graf 57 Oblékání mrtvého do speciálního oblečení u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



Graf 57 prezentuje výsledky týkající se oblékání mrtvého do speciálního oblečení. Mrtvého obléká do speciálního oblečení 185 židů (92,5 %), 312 křesťanů (62,4 %), 150 buddhistů (75,0 %), 153 muslimů (76,5 %) a 240 ateistů (40,0 %). Mrtvého neobléká do speciálního oblečení 15 židů (7,5 %), 188 křesťanů (37,6 %), 50 buddhistů (25,0 %), 47 muslimů (23,5 %) a 360 ateistů (60,0 %).

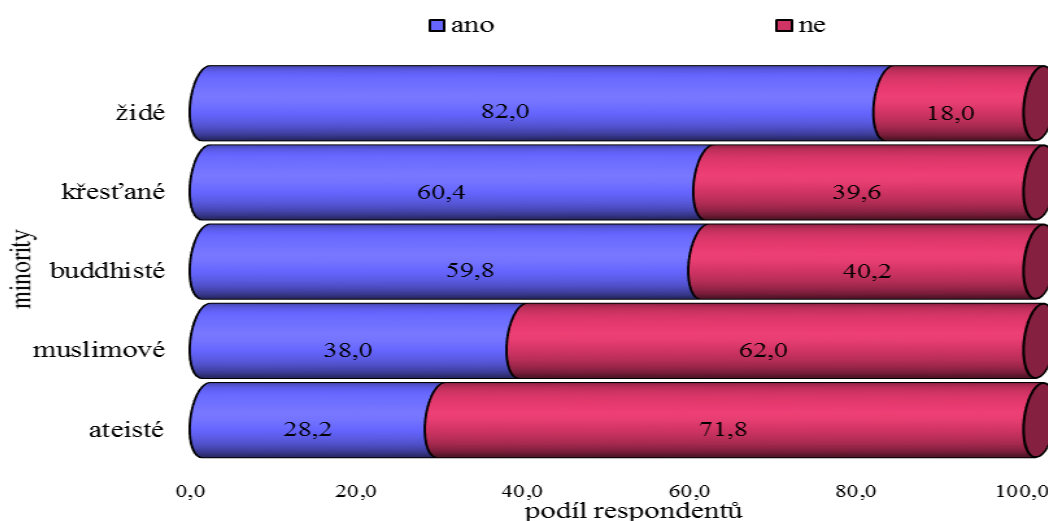
Tabulka 31 Specifikace oblékání mrtvého

Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
sváteční šaty	12	306	60	46	480
šaty, které měl nebožtík rád	6	5	140	11	118
bílé roucho+kafan+rubáš	0	0	0	103	0
kitl+tachrichim	167	0	0	0	0
neodpovědělo	15	1	0	47	2
celkem odpovědí	200	311	200	207	600

Tabulka 31 prezentuje výsledky týkající se specifikace péče o mrtvé tělo. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních číslích. Počet validních odpovědí činil 1 518.

Odpověď „sváteční šaty“, byla označena židy 12krát, křesťany 306krát, buddhisty 60krát, muslimy 46krát a ateisty 480krát. Odpověď „šaty, které měl nebožtík rád“, byla označena židy 6krát, křesťany 5krát, buddhisty 140krát, muslimy 11krát a ateisty 118krát. Odpověď „bílé roucho+kafan+rubáš“, byla označena židy 0krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 103krát a ateisty 0krát. Odpověď „kitl+tachrichim“, byla označena židy 167krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 0krát a ateisty 0krát. Tato otázka zůstala nezodpovězená židy 15krát, křesťany 1krát, buddhisty 0krát, muslimy 47krát a ateisty 2krát.

Graf 58 Darování speciálních předmětů mrtvému u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



Graf 58 prezentuje výsledky týkající se darování speciálních předmětů mrtvému. Mrtvému dává speciální předměty 164 židů (82,0 %), 302 křesťanů (60,4 %), 120 buddhistů (59,8 %), 76 muslimů (38,0 %) a 169 ateistů (28,2 %). Mrtvému nedává speciální předměty 36 židů (18,0 %), 198 křesťanů (39,6 %), 80 buddhistů (40,2 %), 124 muslimů (62,0 %) a 431 ateistů (71,8 %).

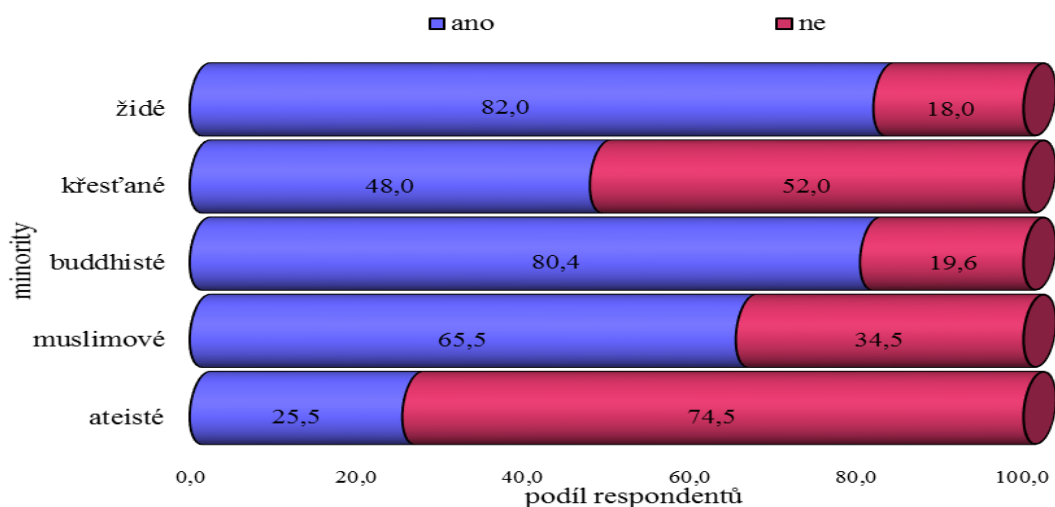
Tabulka 32 Specifikace předmětů darovaných mrtvému

Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
modlitební kniha	82	0	0	11	40
věci, které měl nebožtík rád	10	98	12	36	300
rituální předměty	0	34	157	23	0
sáček s půdou	118	0	0	0	0
fotografie rodiny	0	93	20	6	200
penízky	0	8	11	5	60
svaté obrázky, květiny	0	129	0	5	0
neodpovědělo	36	0	0	124	0
celkem odpovědí	246	554	200	210	600

Tabulka 32 prezentuje výsledky týkající se specifikace předmětů darovaných mrtvému. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 1 810.

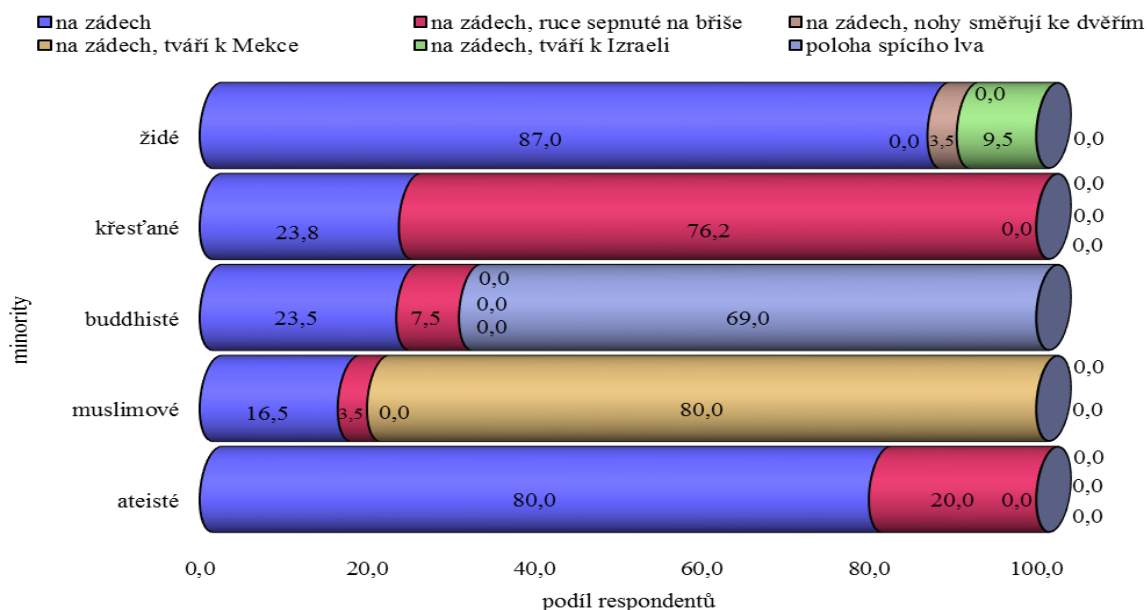
Odpověď „*modlitební kniha*“, byla označená židy 82krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 11krát a ateisty 40krát. Odpověď „*věci, které měl nebožtík rád*“, byla označená židy 10krát, křesťany 98krát, buddhisty 12krát, muslimy 36krát a ateisty 300krát. Odpověď „*rituální předměty*“, byla označená židy 0krát, křesťany 34krát, buddhisty 157krát, muslimy 23krát a ateisty 0krát. Odpověď „*sáček s půdou*“, byla označená židy 118krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 0krát a ateisty 0krát. Odpověď „*fotografie rodiny*“, byla označená židy 0krát, křesťany 93krát, buddhisty 20krát, muslimy 6krát a ateisty 200krát. Odpověď „*penízky*“, byla označená židy 0krát, křesťany 8krát, buddhisty 11krát, muslimy 5krát a ateisty 60krát. Odpověď „*svaté obrázky, květiny*“, byla označená židy 0krát, křesťany 129krát, buddhisty 0krát, muslimy 5krát a ateisty 0krát. Tato otázka zůstala nezodpovězená židy 36krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 124krát a ateisty 0krát.

Graf 59 Ukládání mrtvého do speciální polohy u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



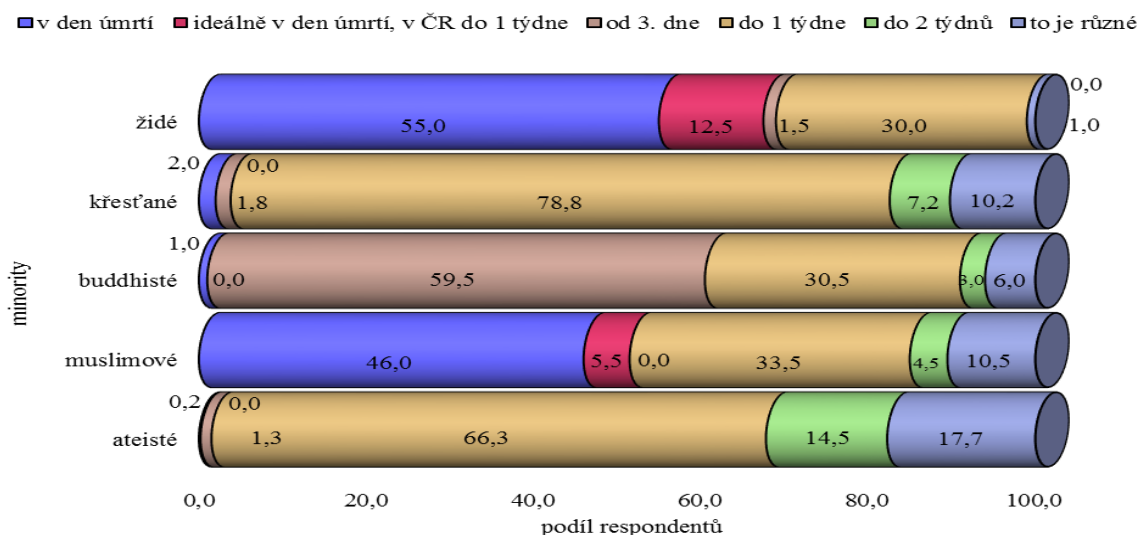
Graf 59 prezentuje výsledky týkající se ukládání mrtvého do speciální polohy. Mrtvého do speciální polohy ukládá 164 (82,0 %), 240 křesťanů (48,0 %), 160 buddhistů (80,4 %), 131 muslimů (65,5 %) a 153 ateistů (25,5 %). Mrtvého do speciální polohy neukládá 36 židů (18,0 %), 260 křesťanů (52,0 %), 39 buddhistů (19,5 %), 69 muslimů (34,5 %) a 447 ateistů (74,5 %).

Graf 60 Specifikace polohy mrtvého



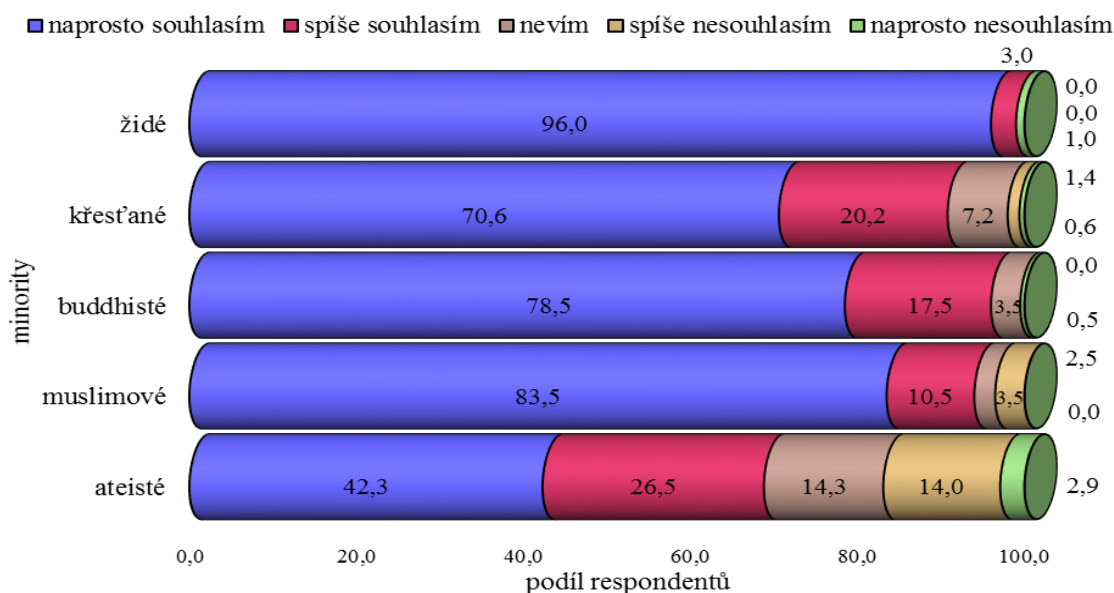
Graf 60 prezentuje výsledky týkající se specifikace polohy mrtvého. Do polohy na záda ukládá mrtvého 134 židů (87,0 %), 52 křesťanů (23,8 %), 47 buddhistů (23,5 %), 33 muslimů (16,5 %) a 123 ateistů (80,0 %). Do polohy na záda s rukama sepnutýma na břiše ukládá mrtvého 0 židů (0,0 %), 188 křesťanů (76,2 %), 12 buddhistů (7,5 %), 5 muslimů (3,8 %) a 29 ateistů (20,0 %). Speciální polohu dále uvádí 6 židů (3,6 %), kteří mrtvého ukládají na záda s nohama směřujícíma ke dveřím místnosti a 15 židů (9,1 %) ukládá mrtvého do polohy na záda, kdy tvář zemřelého směřuje k Izraeli. 110 buddhistů (68,8 %) specifikuje nejčastější polohu zemřelých do polohy spícího lva. 98 muslimů (75,4 %) uvádí nejčastější polohu na zádech, tváří k Mekce.

Graf 61 Doba, do jaké je zvykem vykonat pohřeb u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



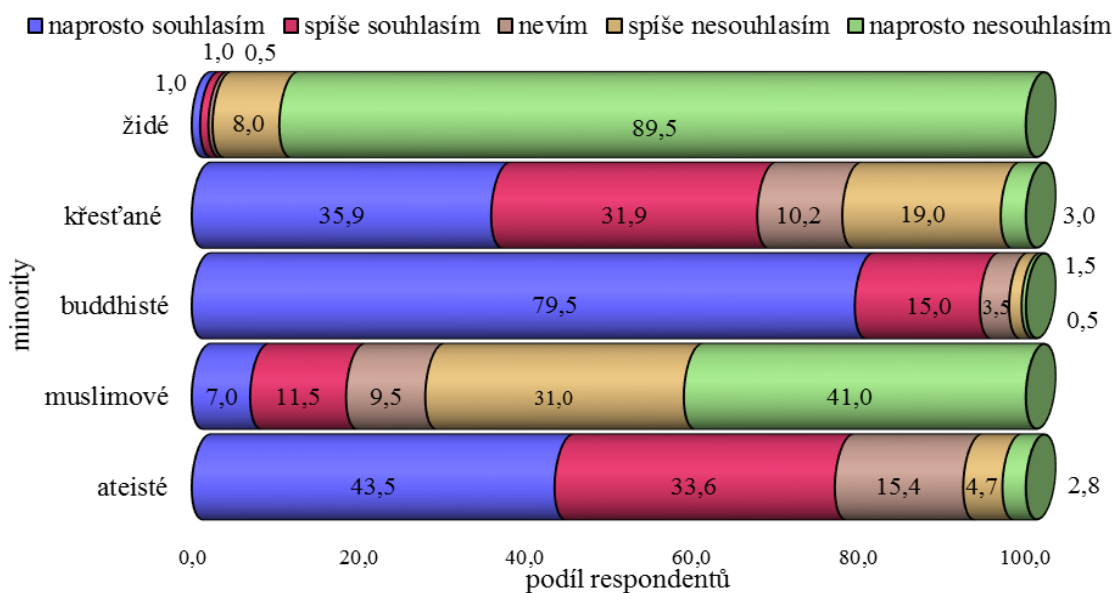
Graf 61 znázorňuje výsledky týkající se doby, do jaké je zvykem vykonat pohřeb. V den úmrtí je zvykem vykonat pohřeb u 110 židů (55,0 %), 10 křesťanů (2,0 %), 2 buddhistů (1,0 %), 92 muslimů (46,0 %) a 1 ateisty (0,2 %). Ideálně v den úmrtí, v ČR však do jednoho týdne je zvykem vykonat pohřeb u 25 židů (12,5 %), 0 křesťanů (0,0 %), 0 buddhistů (0,0 %), 11 muslimů (5,5 %) a 0 ateistů (0,0 %). Od 3. dne je zvykem vykonat pohřeb u 3 židů (1,5 %), 10 křesťanů (1,8 %), 119 buddhistů (59,5 %), 0 muslimů (0,0 %) a 0 ateistů (0,0 %). Do 1 týdne je zvykem vykonat pohřeb u 60 židů (30,0 %), 393 křesťanů (98,8 %), 61 buddhistů (30,5 %), 67 muslimů (33,5 %) a 398 ateistů (66,3 %). Do dvou týdnů je zvykem vykonat pohřeb u 0 židů (0,0 %), 36 křesťanů (7,2 %), 6 buddhistů (3,0 %), 9 muslimů (4,5 %) a 87 ateistů (14,5 %). Různě dlouhá doba, do jaké je zvykem vykonat pohřeb je u 2 židů (1,0 %), 51 křesťanů (10,2 %), 12 buddhistů (6,0 %), 21 muslimů (10,5 %) a 64 ateistů (17,7 %).

Graf 62 Názor na pohřbívání do země u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



Graf 62 prezentuje výsledky týkající se názoru na pohřbívání do země. S pohřbíváním do země naprosto souhlasí 192 židů (96,0 %), 353 křesťanů (70,6 %), 157 buddhistů (78,5 %), 167 muslimů (83,5 %) a 254 ateistů (42,3 %). S pohřbíváním do země spíše souhlasí 6 židů (3,0 %), 101 křesťanů (20,2 %), 35 buddhistů (17,5 %), 21 muslimů (10,5 %) a 159 ateistů (26,5 %). Zda s pohřbíváním do země souhlasí, neví 0 židů (0,0 %), 36 křesťanů (7,2 %), 7 buddhistů (3,5 %), 5 muslimů (2,5 %) a 86 ateistů (14,3 %). S pohřbíváním do země spíše nesouhlasí 0 židů (0,0 %), 7 křesťanů (1,4 %), 0 buddhistů (0,0 %), 7 muslimů (3,5 %) a 84 ateistů (14,0 %). S pohřbíváním do země naprosto nesouhlasí 2 židé (1,0 %), 3 křesťané (0,6 %), 1 buddhista (0,5 %), 0 muslimů (0,0 %) a 17 ateistů (2,9 %).

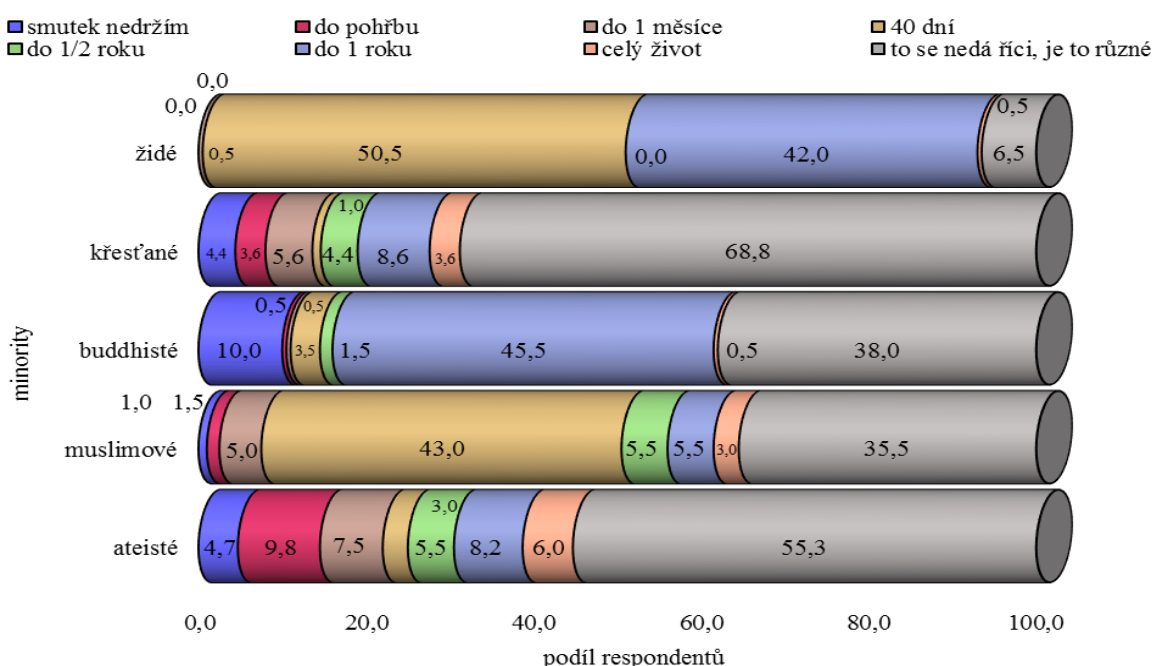
Graf 63 Názor na pohřbívání žehem u vyznavačů náboženského vyznání
či osobního přesvědčení n = 1 700



Graf 63 prezentuje výsledky týkající se názoru na pohřbívání žehem. S pohřbíváním žehem naprosto souhlasí 2 židé (1,0 %), 179 křesťanů (35,9 %), 159 buddhistů (79,5 %), 14 muslimů (7,0 %) a 260 ateistů (43,5 %). S pohřbíváním žehem spíše souhlasí 2 židé (1,0 %), 159 křesťanů (31,9 %), 30 buddhistů (15,0 %), 23 muslimů (11,5 %) a 201 ateistů (33,6 %). Zda s pohřbíváním žehem souhlasí, neví 1 žid (0,5 %), 51 křesťanů (10,2 %), 7 buddhistů (3,5 %), 19 muslimů (9,5 %) a 92 ateistů (15,4 %). S pohřbíváním žehem spíše nesouhlasí 16 židů (8,0 %), 95 křesťanů (19,0 %), 3 buddhisté (1,5 %), 62 muslimů (31,0 %) a 28 ateistů (4,7 %). S pohřbíváním žehem naprosto nesouhlasí 179 židé (89,5 %), 16 křesťané (3,0 %), 1 buddhista (0,5 %), 82 muslimů (41,0 %) a 19 ateistů (2,8 %).

Graf 64 Délka držení smutku u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení

n = 1 700



Graf 64 prezentuje výsledky týkající se délky držení smutku. Smutek nedrží 0 židů (0,0 %), 22 křesťanů (4,4 %), 20 buddhistů (10,0 %), 2 muslimové (1,0 %) a 28 ateistů (4,7 %). Do pohřbu drží smutek 0 židů (0,0 %), 18 křesťanů (3,6 %), 1 buddhista (0,5 %), 3 muslimové (1,5 %) a 59 ateistů (9,8 %). Do 1 měsíce drží smutek 1 žid (0,5 %), 2 křesťanů (5,6 %), 1 buddhista (0,5 %), 10 muslimů (5,0 %) a 45 ateistů (7,5 %). 40 dní drží smutek 101 židů (50,5 %), 5 křesťanů (1,0 %), 7 buddhistů (3,5 %), 84 muslimů (43,0 %) a 19 ateistů (3,0 %). Do ½ roku drží smutek 0 židů (0,0 %), 22 křesťanů (4,4 %), 3 buddhisté (1,5 %), 11 muslimů (10,5 %) a 33 ateistů (5,5 %). Do 1 roku drží smutek 84 židů (42,0 %), 43 křesťanů (8,6 %), 1 buddhista (0,5 %), 11 muslimů (5,5 %) a 49 ateistů (8,2 %). Celý život drží smutek 1 žid (0,5 %), 18 křesťanů (3,6 %), 1 buddhista (0,5 %), 6 muslimů (3,0 %) a 36 ateistů (6,0 %). Doba smutku se nedá určit, protože je to různé pro 13 židů (6,5 %), 344 křesťanů (68,8 %), 76 buddhistů (38,0 %), 71 muslimů (35,5 %) a 331 ateistů (55,3 %).

Tabulka 33 Projevy smutku ze ztráty blízkého

Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
smutek neprojevují	23	41	42	16	67
emoční projevy	161	277	52	79	333
hledání útěchy v modlitbách	170	321	99	102	24
beru to jako vysvobození, netrápím se	6	25	19	18	24
rodinná soudržnost	132	110	41	97	126
vzpomínky	115	334	125	135	306
zaměstnání se jinou činností	2	180	56	99	143
čas je nejlepší lék	37	128	41	104	282
složitě rituály a obřady	24	0	69	0	0
jiné	0	10	0	5	10
celkem odpovědí	670	1426	544	655	1315

Tabulka 33 prezentuje výsledky týkající se projevů smutku ze ztráty blízkého. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 4 610.

Odpověď „*smutek neprojevují*“, byla označena židy 23krát, křesťany 41krát, buddhisty 42krát, muslimy 16krát a ateisty 67krát. Odpověď „*emoční projevy*“, byla označena židy 161krát, křesťany 277krát, buddhisty 52krát, muslimy 79krát a ateisty 333krát. Odpověď „*hledání útěchy v modlitbách*“, byla označena židy 170krát, křesťany 321krát, buddhisty 99krát, muslimy 102krát a ateisty 24krát. Odpověď „*beru to jako vysvobození, netrápím se*“, byla označena židy 6krát, křesťany 25krát, buddhisty 19krát, muslimy 18krát a ateisty 24krát. Odpověď „*rodinná soudržnost*“, byla označena židy 132krát, křesťany 110krát, buddhisty 41krát, muslimy 97krát a ateisty 126krát. Odpověď „*vzpomínky*“, byla označena židy 115krát, křesťany 334krát, buddhisty 125krát, muslimy 135krát a ateisty 306krát. Odpověď „*zaměstnání se jinou činností*“, byla označena židy 2krát, křesťany 180krát, buddhisty 56krát, muslimy 99krát a ateisty 143krát. Odpověď „*čas je nejlepší lék*“, byla označena židy 37krát, křesťany 128krát, buddhisty 41krát, muslimy 104krát a ateisty 282krát. Odpověď „*složitě rituály a obřady*“, byla označena židy 24krát, křesťany 0krát, buddhisty 69krát, muslimy 0krát a ateisty 0krát. Odpověď „*jiné*“, byla označena židy 0krát, křesťany 10krát, buddhisty 0krát, muslimy 5krát a ateisty 10krát.

Tabulka 34 Život po životě

Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
smrtí život končí	1	34	2	5	252
nový a lepší život	5	88	75	55	74
zemře jen tělo, duše zůstává na zemi	58	48	69	90	76
následuje nebe či peklo	0	181	4	93	55
znovuzrození	3	46	87	24	54
prázdnost	0	27	4	21	99
čekání na příchod Mesiáše	120	0	0	0	0
ráj	0	144	0	0	0
jiné	13	30	32	17	15
celkem odpovědí	200	598	273	305	625

Tabulka 34 prezentuje výsledky týkající se představy života po životě. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 2 001.

Odpověď „*smrtí život končí*“, byla označena židy 1krát, křesťany 34krát, buddhisty 2krát, muslimy 5krát a ateisty 252krát. Odpověď „*nový a lepší život*“, byla označena židy 5krát, křesťany 88krát, buddhisty 75krát, muslimy 55krát a ateisty 74krát. Odpověď „*zemře jen tělo, duše zůstává na zemi*“, byla označena židy 58krát, křesťany 48krát, buddhisty 69krát, muslimy 90krát a ateisty 76krát. Odpověď „*následuje nebe či peklo*“, byla označena židy 0krát, křesťany 181krát, buddhisty 4krát, muslimy 93krát a ateisty 55krát. Odpověď „*znovuzrození*“, byla označena židy 3krát, křesťany 46krát, buddhisty 87krát, muslimy 24krát a ateisty 54krát. Odpověď „*prázdnost*“, byla označena židy 0krát, křesťany 27krát, buddhisty 4krát, muslimy 21krát a ateisty 99krát. Odpověď „*čekání na příchod Mesiáše*“, byla označena židy 120krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 0krát a ateisty 0krát. Odpověď „*ráj*“, byla označena židy 0krát, křesťany 144krát, buddhisty 0krát, muslimy 0krát a ateisty 0krát. Odpověď „*jiné*“, byla označena židy 13krát, křesťany 30krát, buddhisty 32krát, muslimy 17krát a ateisty 15krát.

Tabulka 35 Subjektivní domněnka o životě po smrti

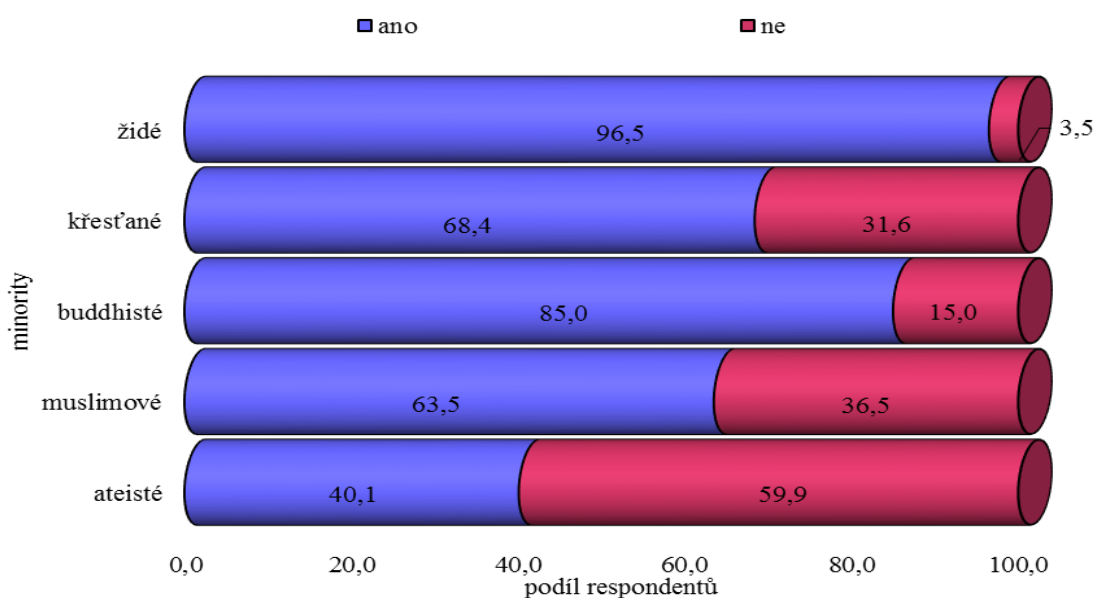
Konkrétní příklad	Minorita				
	židé	křesťané	buddhisté	muslimové	ateisté
	n	n	n	n	n
po mé smrti již nebude nic	1	35	3	7	257
ochrana blízkých	39	141	5	34	120
promlouvání k živým	0	15	1	8	10
konání dobra	2	56	8	13	49
konání zla	0	1	0	1	6
strašení zlých lidí	1	12	1	4	32
nicnedělání	34	9	0	10	24
odpočívání	53	132	0	49	105
sledování blízkých, bez bližšího kontaktu	14	48	5	16	42
plnění přání blízkým	1	36	1	15	44
užívání nového a lepšího světa	5	123	99	38	22
čekání	33	0	0	90	0
prožívání barvitého snu	0	0	90	0	0
jiné	0	89		0	101
celkem odpovědí	239	697	213	285	812

Tabulka 35 prezentuje výsledky týkající se představy života po životě. Respondenti mohli označit libovolné množství odpovědí, proto jsou údaje udávány v absolutních četnostech. Počet validních odpovědí činil 2 246.

Odpověď „*po mé smrti již nebude nic*“, byla označená židy 1krát, křesťany 35krát, buddhisty 3krát, muslimy 7krát a ateisty 257krát. Odpověď „*ochrana blízkých*“, byla označená židy 39krát, křesťany 141krát, buddhisty 5krát, muslimy 34krát a ateisty 120krát. Odpověď „*promlouvání k živým*“, byla označená židy 0krát, křesťany 15krát, buddhisty 1krát, muslimy 8krát a ateisty 10krát. Odpověď „*konání dobra*“, byla označená židy 2krát, křesťany 56krát, buddhisty 8krát, muslimy 13krát a ateisty 49krát. Odpověď „*konání zla*“, byla označená židy 0krát, křesťany 1krát, buddhisty 0krát, muslimy 1krát a ateisty 6krát. Odpověď „*strašení zlých lidí*“, byla označená židy 1krát, křesťany 12krát, buddhisty 1krát, muslimy 4krát a ateisty 32krát. Odpověď „*nicnedělání*“, byla označená židy 34krát, křesťany 9krát, buddhisty 0krát, muslimy 10krát a ateisty 24krát. Odpověď „*odpočívání*“, byla označená židy 53krát, křesťany 132krát, buddhisty 0krát, muslimy 49krát a ateisty 105krát. Odpověď „*sledování*

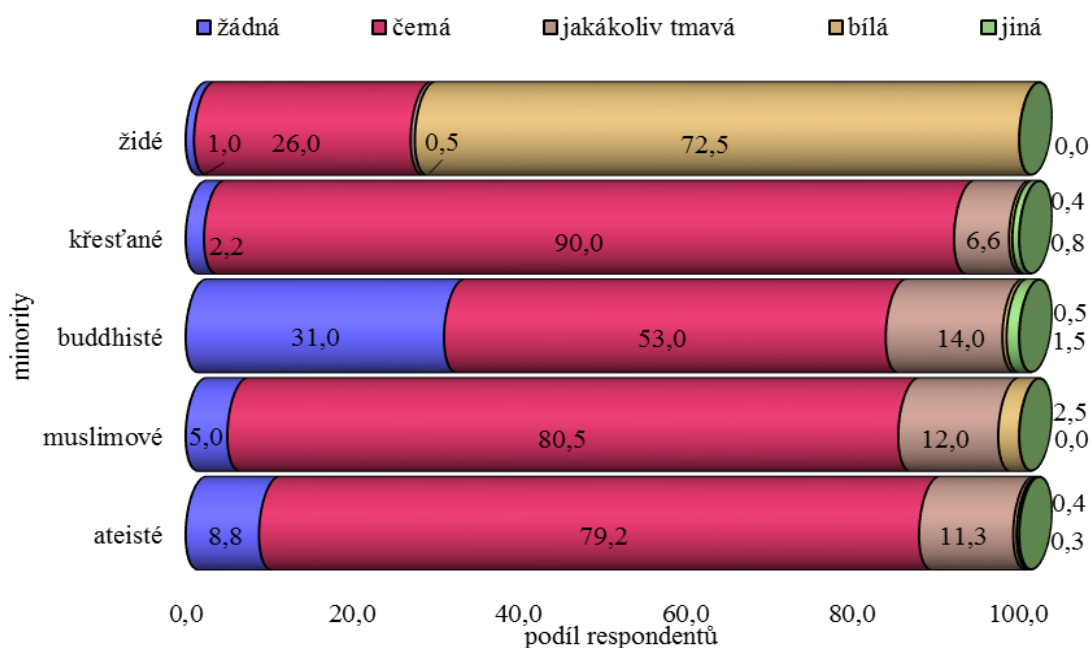
blízkých bez bližšího kontaktu”, byla označená židy 14krát, křesťany 48krát, buddhisty 5krát, muslimy 16krát a ateisty 42krát. Odpověď „*plnění přání blízkým*”, byla označená židy 1krát, křesťany 36krát, buddhisty 1krát, muslimy 15krát a ateisty 44krát. Odpověď „*užívání nového a lepšího světa*”, byla označená židy 5krát, křesťany 123krát, buddhisty 99krát, muslimy 38krát a ateisty 22krát. Odpověď „*čekání*”, byla označená židy 33krát, křesťany 0krát, buddhisty 0krát, muslimy 90krát a ateisty 0krát. Odpověď „*prožívání barvitého snu*”, byla označená židy 0krát, křesťany 0krát, buddhisty 90krát, muslimy 0krát a ateisty 0krát. Odpověď „*jiné*”, byla označená židy 0krát, křesťany 89krát, buddhisty 0krát, muslimy 0krát a ateisty 101krát.

Graf 65 Promlouvání se zemřelými u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



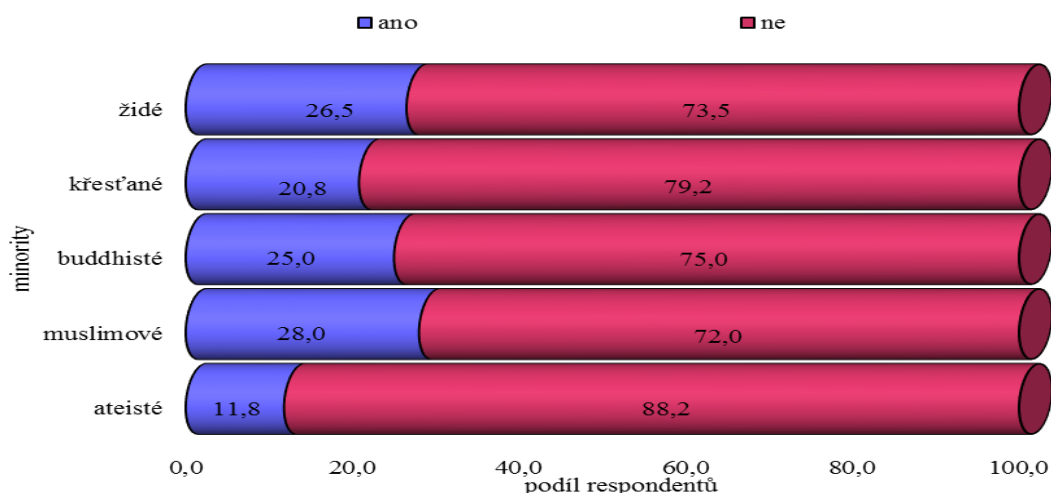
Graf 65 prezentuje výsledky týkající se promlouvání se zemřelými. Se zemřelými promlouvá 193 židů (96,5 %), 342 křesťanů (68,4 %), 170 buddhistů (85,0 %), 127 muslimů (63,5 %) a 240 ateistů (40,1 %). Se zemřelými nepromlouvá 7 židů (3,5 %), 158 křesťanů (31,6 %), 30 buddhistů (15,0 %), 73 muslimů (36,5 %) a 359 ateistů (59,9 %).

Graf 66 Smuteční barva u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



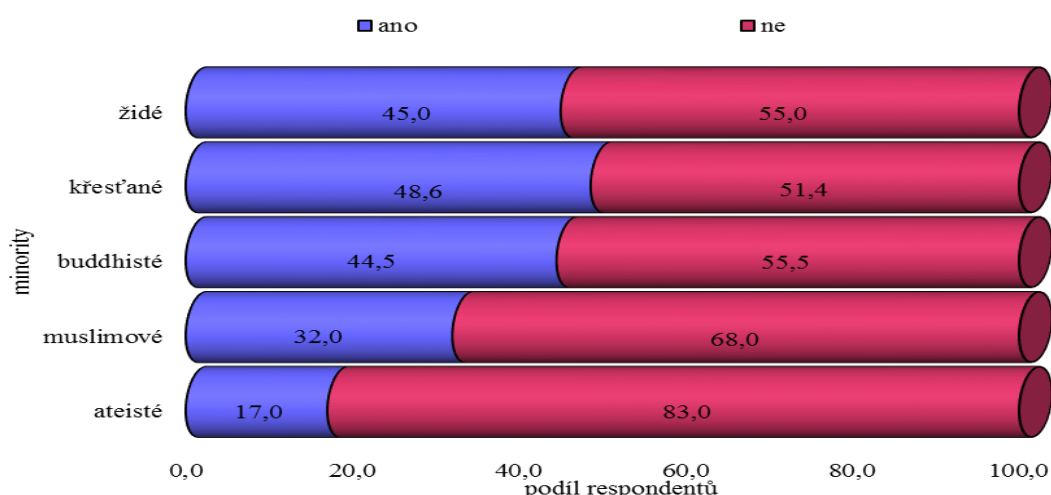
Graf 66 prezentuje výsledky týkající smuteční barvy. Žádnou smuteční barvu mají 2 židé (0,1 %), 11 křesťanů (2,2 %), 62 buddhistů (31,0 %), 10 muslimů (5,0 %) a 53 ateistů (8,8 %). Černou považuje za svou smuteční barvu 52 židů (26,0 %), 450 křesťanů (90,0 %), 106 buddhistů (53,0 %), 161 muslimů (80,5 %) a 475 ateistů (79,2 %). Jakoukoliv tmavou barvu jako svou smuteční označuje 1 žid (0,5 %), 33 křesťanů (6,6 %), 28 buddhistů (14,0 %), 24 muslimů (12,0 %) a 68 ateistů (11,3 %). Netradiční bílou barvu za svou smuteční považuje 145 židů (72,5 %), 2 křesťané (0,4 %), 1 buddhista (0,5 %), 5 muslimů (2,5 %) a 2 ateistů (0,3%).

Graf 67 Liší se rituály v období umírání, pokud jde o dítě a ne o dospělého u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



Graf 67 prezentuje výsledky týkající se lišících rituálů v období umírání, pokud jde o dítě a ne o dospělého. Rituály spojené s umíráním dítěte se liší u 53 židů (26,5 %), 104 křesťanů (20,8 %), 50 buddhistů (25,0 %), 56 muslimů (28,0 %) a 71 ateistů (11,8 %). Rituály spojené s umíráním dítěte se neliší u 147 židů (73,5 %), 396 křesťanů (79,2 %), 150 buddhistů (75,0 %), 144 muslimů (72,0 %) a 592 ateistů (88,2 %).

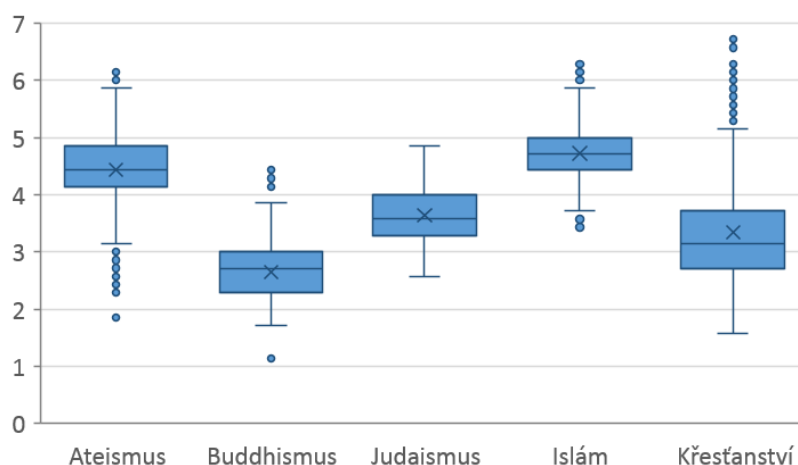
Graf 68 Liší se rituály v období smrti, pokud jde o dítě a ne o dospělého u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



Graf 68 prezentuje výsledky týkající se lišících rituálů v období smrti, pokud jde o dítě a ne o dospělého. Rituály spojené se smrtí dítěte se liší u 90 židů (45,0 %), 243 křesťanů (48,6 %), 89 buddhistů (44,5 %), 64 muslimů (32,0 %) a 102 ateistů (17,0 %). Rituály spojené se smrtí dítěte se neliší u 110 židů (55,0 %), 253 křesťanů (51,4 %), 111 buddhistů (55,5 %), 136 muslimů (68,0 %) a 498 ateistů (83,0 %).

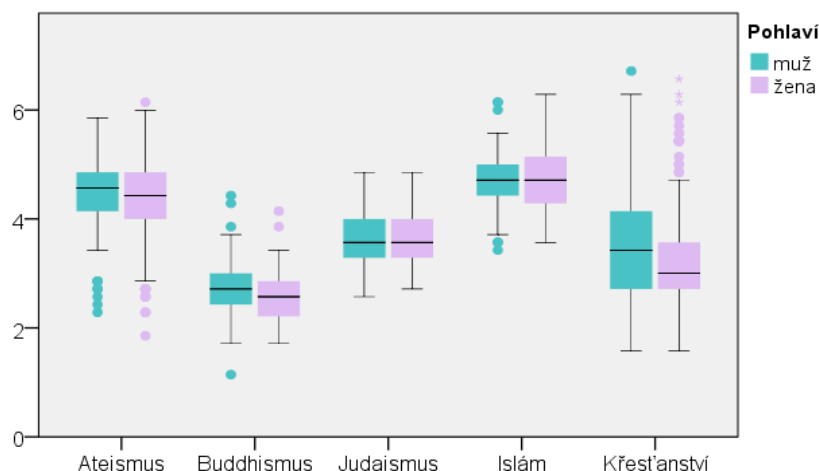
4.3 Výsledky standardizovaného dotazníku DAP-R

Graf 69 Postoj strach ze smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení
n = 1 700



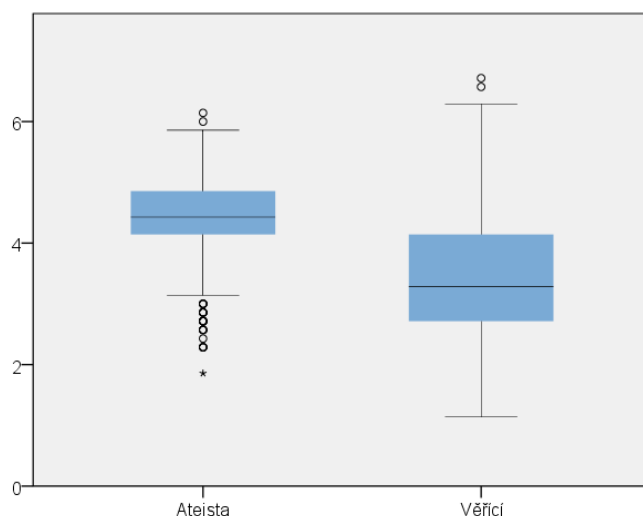
Graf 69 prezentuje výsledky týkající se postoje strachu ze smrti. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u ateistů 4,4, u buddhistů 2,6, u židů 3,6, u muslimů 4,7 a u křesťanů 3,3. Minimální hodnota strachu ze smrti je 1,1 a náleží buddhistům. Maximální hodnota strachu ze smrti je 6,7 a náleží křesťanům.

Graf 70 Postoj strach ze smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na pohlaví
n = 1 700



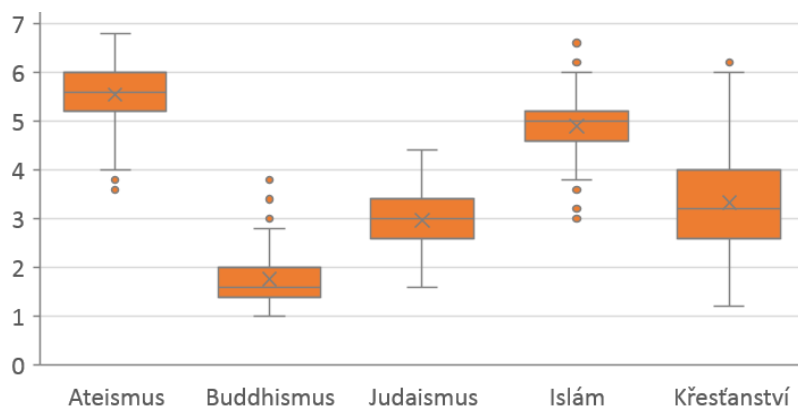
Graf 70 prezentuje výsledky týkající se postoje strachu ze smrti v závislosti na pohlaví. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána nejnižší průměrná hodnota strachu 2,6 a náleží buddhistům ženského pohlaví, druhá nejnižší hodnota je 2,7 a náleží buddhistům mužského pohlaví. Nejvyšší průměrná hodnota strachu je 4,7 a náleží muslimům bez rozdílu genderového rozdělení.

Graf 71 Postoj strach ze smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na víře **n = 1 700**



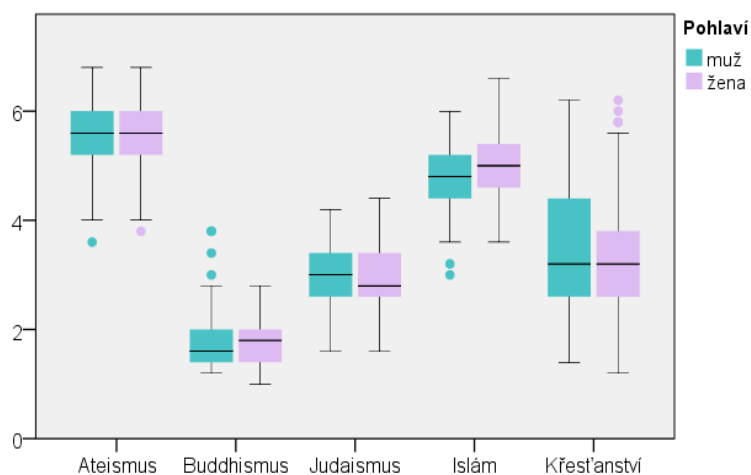
Graf 71 prezentuje výsledky týkající se postoje strachu ze smrti v závislosti na víře. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána průměrná hodnota strachu 3,5 u věřících a 4,4 u nevěřících.

Graf 72 Vyhýbavý postoj ke smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



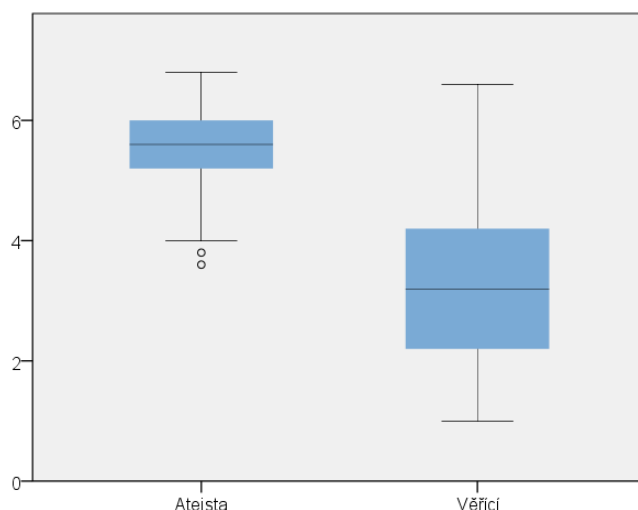
Graf 72 prezentuje informace týkající se vyhýbavého postoje ke smrti. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u ateistů 5,5, u buddhistů 1,8, u židů 3,0, u muslimů 4,9 a u křesťanů 3,3. Minimální hodnota vyhýbavého postoje ke smrti je 1,0 a náleží buddhistům. Maximální hodnota vyhýbavého postoje ke smrti je 6,8 a náleží ateistům.

Graf 73 Vyhýbavý postoj ke smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na pohlaví **n = 1 700**



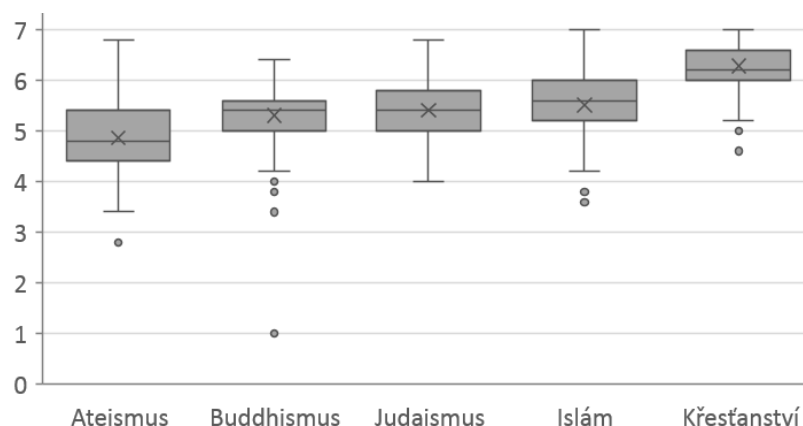
Graf 73 prezentuje výsledky týkající se vyhýbavého postoje ze smrti v závislosti na pohlaví. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána nejnižší průměrná hodnota vyhýbání 1,7 a náleží buddhistům ženského pohlaví, druhá nejnižší hodnota je 1,8 a náleží buddhistům mužského pohlaví. Nejvyšší průměrná hodnota vyhýbání je 5,6 a náleží ateistům mužského pohlaví, druhá nejvyšší hodnota je 5,5 a náleží ateistům ženského pohlaví.

Graf 74 Vyhýbavý postoj ke smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na víře **n = 1 700**



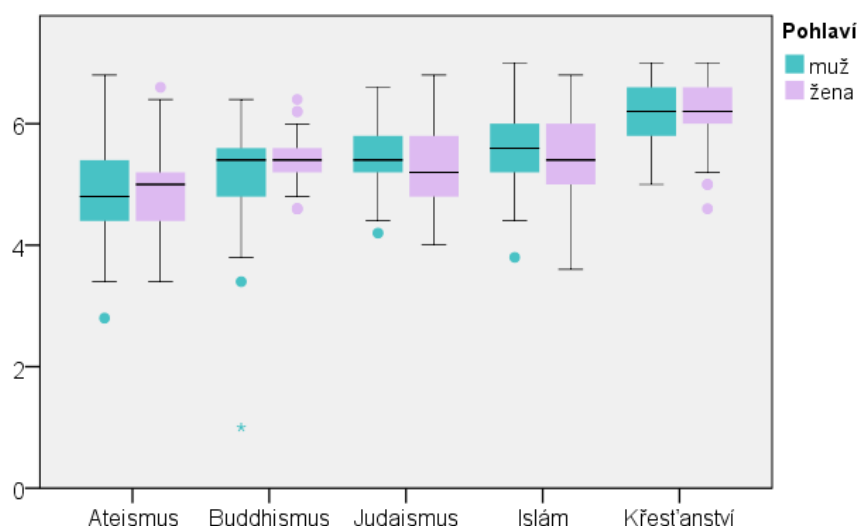
Graf 74 prezentuje výsledky týkající se vyhýbavého postoje ke smrti v závislosti na víře. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána průměrná hodnota strachu 3,3 u věřících a 5,5 u nevěřících.

Graf 75 Postoj neutrální přijetí smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



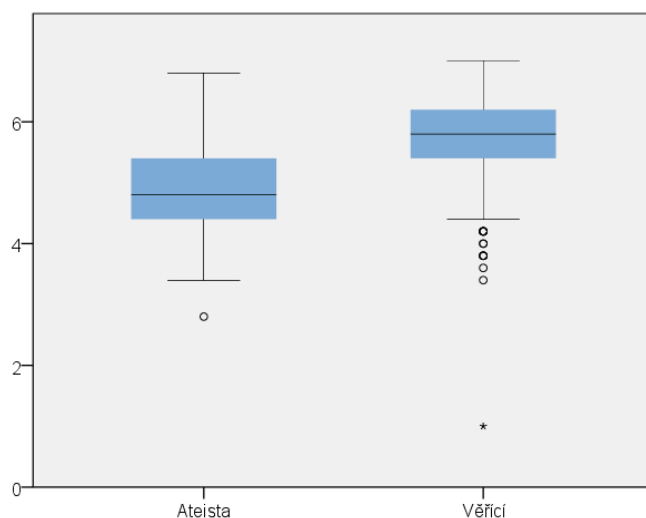
Graf 75 prezentuje informace týkající se postoje neutrálního přijetí smrti. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u ateistů 4,9, u buddhistů 5,3, u židů 5,4, u muslimů 5,5 a u křesťanů 6,3. Minimální hodnota neutrálního přijetí smrti je 1,0 a náleží buddhistům. Maximální hodnota neutrálního přijetí smrti je 7,0 a náleží muslimům a křesťanům.

Graf 76 Postoj neutrální přijetí smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na pohlaví **n = 1 700**



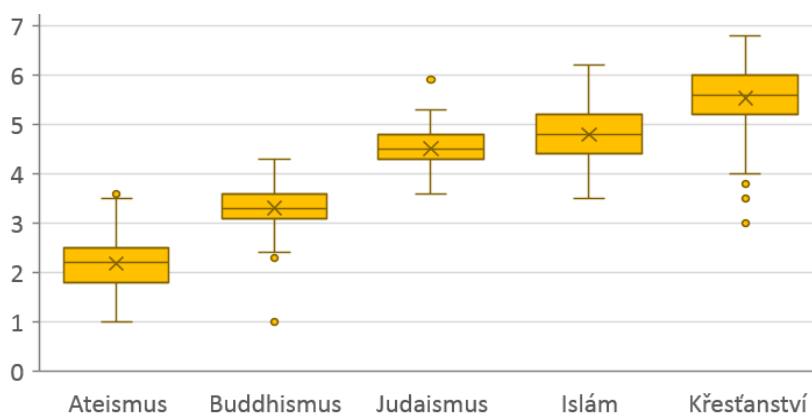
Graf 76 prezentuje výsledky týkající se postoje neutrálního přijetí smrti v závislosti na pohlaví. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána nejnižší průměrná hodnota neutrálního přijetí 4,9 a náleží ateistům bez rozdílu genderového rozdělení. Nejvyšší průměrná hodnota strachu je 6,3 a náleží křesťanům bez rozdílu genderového rozdělení.

Graf 77 Postoj neutrální přijetí smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na víře **n = 1 700**



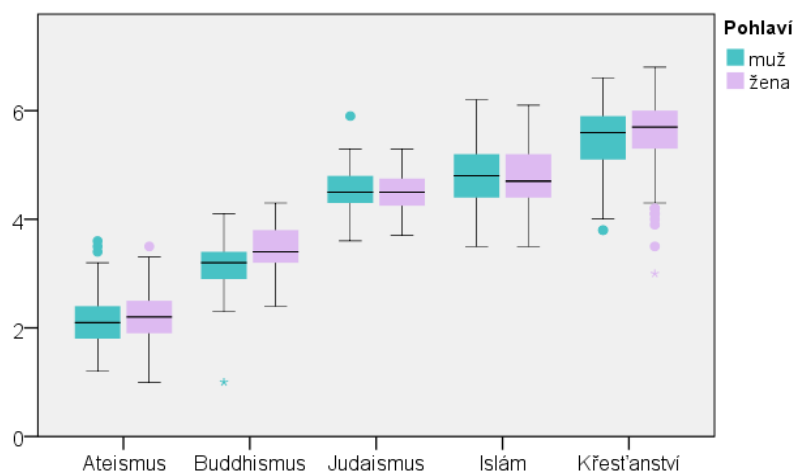
Graf 77 prezentuje výsledky týkající se postoje neutrálního přijetí smrti v závislosti na víře. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána průměrná hodnota strachu 5,8 u věřících a 4,9 u nevěřících.

Graf 78 Postoj vstřícné přijetí smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



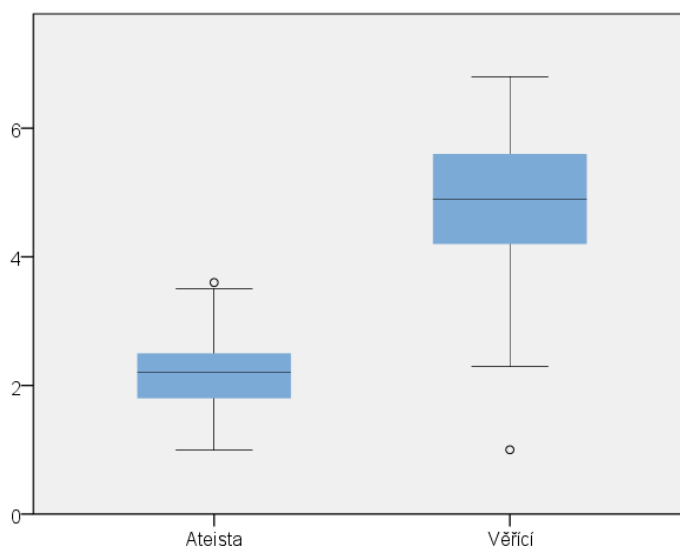
Graf 78 prezentuje výsledky týkající se postoje vstřícného přijetí smrti. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u ateistů 2,2, u buddhistů 3,3, u židů 4,5, u muslimů 4,8 a u křesťanů 5,5. Minimální hodnota vstřícného přijetí smrti je 1,0 a náleží ateistům a buddhistům. Maximální hodnota vstřícného přijetí smrti je 6,8 a náleží křesťanům.

Graf 79 Postoj vstřícné přijetí smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na pohlaví **n = 1 700**



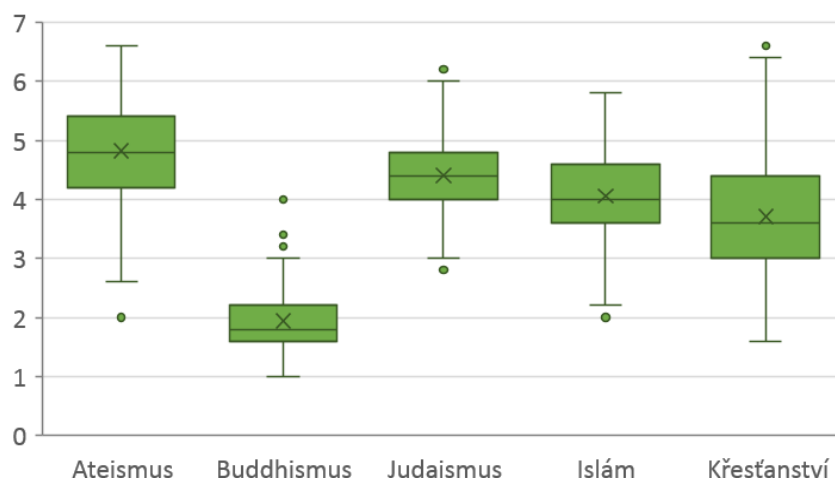
Graf 79 prezentuje výsledky týkající se postoje vstřícného přijetí smrti v závislosti na pohlaví. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána nejnižší průměrná hodnota vstřícného přijetí 2,1 a náleží buddhistům mužského pohlaví, druhá nejnižší hodnota je 2,2 a náleží buddhistům ženského pohlaví. Nejvyšší průměrná hodnota vstřícného přijetí je 5,6 a náleží křesťanům ženského pohlaví, druhá nejvyšší hodnota je 5,5 a náleží křesťanům mužského pohlaví.

Graf 80 Postoj vstřícné přijetí smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na víře **n = 1 700**



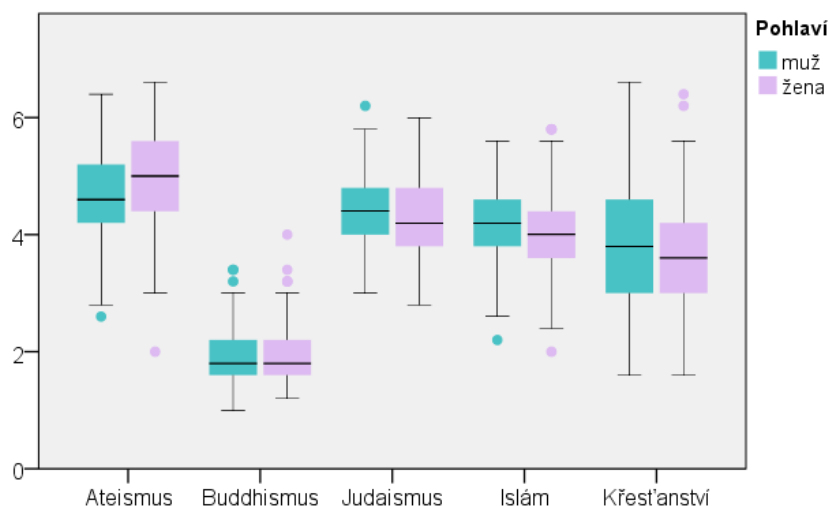
Graf 80 prezentuje výsledky týkající se postoje vstřícného přijetí smrti v závislosti na víře. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána průměrná hodnota strachu 4,8 u věřících a 2,2 u nevěřících.

Graf 81 Postoj únikové přijetí smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení **n = 1 700**



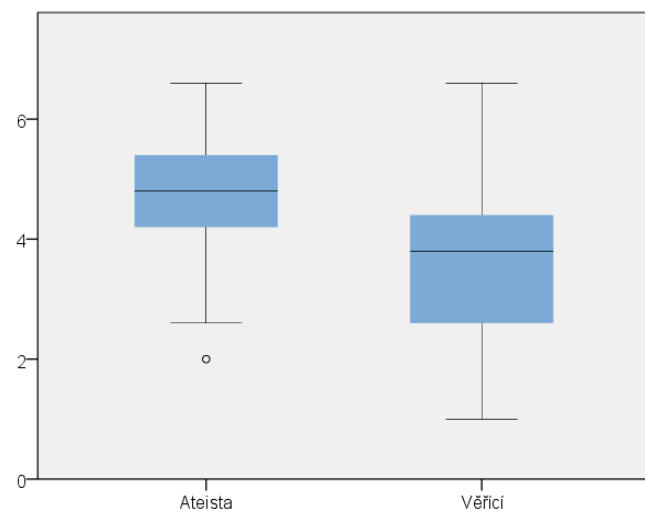
Graf 81 prezentuje výsledky týkající se postoje únikového přijetí smrti. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kdy byla průměrná hodnota u ateistů 4,8, u buddhistů 1,9, u židů 4,4, u muslimů 4,1 a u křesťanů 3,7. Minimální hodnota přijetí smrti jako úniku je 1,0 a náleží buddhistům. Maximální hodnota přijetí smrti jako úniku je 6,6 a náleží ateistům a křesťanům.

Graf 82 Postoj únikové přijetí smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na pohlaví **n = 1 700**



Graf 82 prezentuje výsledky týkající se postoje únikového přijetí smrti v závislosti na pohlaví. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána nejnižší průměrná hodnota úniku je 1,9 a náleží buddhistům mužského pohlaví, druhá nejnižší hodnota je 2,0 a náleží buddhistům ženského pohlaví. Nejvyšší průměrná hodnota úniku je 4,9 a náleží ateistům ženského pohlaví, druhá nejvyšší hodnota je 4,7 a náleží ateistům mužského pohlaví.

Graf 83 Postoj únikové přijetí smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na víře **n = 1 700**



Graf 83 prezentuje výsledky týkající se postoje únikového přijetí smrti v závislosti na víře. Boxplot znázorňuje skóre od 1 – 7, kde byla zaznamenána průměrná hodnota strachu 3,6 u věřících a 4,8 u nevěřících.

Tabulka 36 Vztah mezi postoji ke smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a věkem

Postoj ke smrti	Minorita	Spearmanovo ρ		
		Korelační koeficient	Dosažená hladina významnosti	n
Strach ze smrti	židé	0,063		200
	křesťané	0,249	< 0,001	500
	buddhisté	0,153	< 0,05	200
	muslimové	0,157	< 0,05	200
	ateisté	0,059		600
Vyhýbavý postoj ke smrti	židé	-0,027		200
	křesťané	0,332	< 0,001	500
	buddhisté	-0,039		200
	muslimové	0,119		200
	ateisté	0,070		600
Neutrální přijetí smrti	židé	-0,013		200
	křesťané	-0,053		500
	buddhisté	-0,105		200
	muslimové	0,103		200
	ateisté	-0,049		600
Vstřícné přijetí smrti	židé	0,070		200
	křesťané	0,031		500
	buddhisté	-0,030		200
	muslimové	-0,037		200
	ateisté	0,108	< 0,01	600
Únikové přijetí smrti	židé	0,101		200
	křesťané	0,147	< 0,001	500
	buddhisté	0,082		200
	muslimové	0,125		200
	ateisté	-0,113	< 0,01	600

Tabulka 36 prezentuje výsledky týkající se statistické signifikance postojů ke smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na věku. Výsledky neparametrické korelace prokázaly statisticky významný vztah mezi větším strachem ze smrti a vyšším věkem u křesťanů ($p < 0,001$), buddhistů ($p < 0,05$) a muslimů ($p < 0,05$). Dále mezi větším vyhýbavým postojem ke smrti a vyšším věkem u křesťanů ($p < 0,001$) a vstřícném přijetí smrti u ateistů ($p < 0,01$), únikovém přijetí smrti u křesťanů ($p < 0,001$). U ateistů ($p < 0,01$) bylo prokázáno, že s vyšším věkem skórují méně únikové přijetí smrti.

Tabulka 37 Vztah mezi postoji ke smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a mírou subjektivní identifikace

Postoj ke smrti	Minorita	Spearmanovo r		
		Korelační koeficient	Dosažená hladina významnosti	n
Strach ze smrti	židé	-0,043	0,557	192
	křesťané	0,093	< 0,05	461
	buddhisté	0,186	< 0,01	200
	muslimové	-0,025	0,725	197
	ateisté	-0,082	< 0,05	594
Vyhýbavý postoj ke smrti	židé	-0,002	0,983	192
	křesťané	-0,005	0,908	461
	buddhisté	-0,033	0,643	200
	muslimové	-0,015	0,838	197
	ateisté	-0,058	0,156	594
Neutrální přijetí smrti	židé	0,003	0,963	192
	křesťané	-0,009	0,850	461
	buddhisté	-0,094	0,185	200
	muslimové	-0,048	0,503	197
	ateisté	-0,042	0,310	594
Vstřícné přijetí smrti	židé	0,118	0,102	192
	křesťané	-0,034	0,466	461
	buddhisté	0,051	0,471	200
	muslimové	-0,075	0,294	197
	ateisté	0,000	0,996	594
Únikové přijetí smrti	židé	0,007	0,919	192
	křesťané	0,180	< 0,001	461
	buddhisté	0,043	0,549	200
	muslimové	0,008	0,909	197
	ateisté	-0,057	0,167	594

Tabulka 37 prezentuje výsledky týkající se statistické signifikance postojů ke smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na subjektivní identifikaci. Výsledky neparametrické korelace prokázaly statisticky významný vztah mezi vyšší identifikací a větším strachem ze smrti u křesťanů ($p < 0,05$), buddhistů ($p < 0,01$) a u ateistů ($p < 0,05$) vyšší identifikaci v souvislosti s větším strachem. Dále mezi vyšší identifikací a větším únikovým přijetím smrti u křesťanů ($p < 0,001$).

Tabulka 38 Vztah mezi postoji ke smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a strachem ze smrti

Postoj ke smrti	Minorita	Spearmanovo r		
		Korelační koeficient	Dosažená hladina významnosti	n
Strach ze smrti	židé	0,039	0,584	200
	křesťané	0,096	< 0,05	500
	buddhisté	0,143	< 0,05	200
	muslimové	-0,143	< 0,05	200
	ateisté	0,036	< 0,001	600
Vyhýbavý postoj ke smrti	židé	0,073	0,306	200
	křesťané	0,040	0,371	500
	buddhisté	-0,147	< 0,05	200
	muslimové	-0,047	0,513	200
	ateisté	-0,135	< 0,001	600
Neutrální přijetí smrti	židé	-0,043	0,549	200
	křesťané	-0,019	0,666	500
	buddhisté	-0,045	0,529	200
	muslimové	0,037	0,600	200
	ateisté	-0,140	< 0,001	600
Vstřícné přijetí smrti	židé	-0,043	0,545	200
	křesťané	-0,112	< 0,05	500
	buddhisté	0,095	0,179	200
	muslimové	0,112	0,133	200
	ateisté	0,115	< 0,01	600
Únikové přijetí smrti	židé	-0,029	0,688	200
	křesťané	0,154	< 0,001	500
	buddhisté	0,046	0,515	200
	muslimové	-0,150	< 0,05	200
	ateisté	-0,097	< 0,05	600

Tabulka 38 prezentuje výsledky týkající se statistické signifikance postojů ke smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na strachu ze smrti. Výsledky neparametrické korelace prokázaly statisticky významný vztah mezi větším strachem ze smrti zjištěného z dotazníku vlastní konstrukce a větším strachem ze smrti z dotazníku DAP-R u křesťanů ($p < 0,05$), buddhistů ($p < 0,05$), muslimů ($p < 0,05$) a u ateistů ($p < 0,001$). Dále mezi větším strachem ze smrti a menším únikovým přijetím smrti u buddhistů ($p < 0,05$) a ateistů ($p < 0,001$). U ateistů ($p < 0,001$) bylo prokázáno, že s větším strachem ze smrti skórují méně neutrální přijetí smrti. U křesťanů ($p < 0,05$) bylo prokázáno, že s větším strachem ze smrti skórují méně její vstřícné přijetí, zatímco u ateistů ($p < 0,01$) znamená větší strach i větší vstřícné přijetí. U křesťanů ($p < 0,001$) se dále ukázalo, že s větším strachem více skórují únikové přijetí smrti, zatímco u muslimů ($p < 0,05$) a ateistů ($p < 0,05$) znamená větší strach, nižší přijetí smrti jako úniku.

4.4 Výsledky focus group

Cílem bylo zjistit silné a slabé stránky předložené ošetrovatelské dokumentace a zjistit návrhy oprav, podle kterých byla předložená ošetrovatelská anamnéza modifikována.

Hlavní témata:

- Silné stránky teoretických východisek
- Slabé stránky teoretických východisek
- Návrh oprav teoretických východisek
- Silné stránky ošetrovatelské anamnézy
- Slabé stránky ošetrovatelské anamnézy
- Návrh oprav ošetrovatelské anamnézy

Focus group 1

Počet zúčastněných: 16, 2 zapisovatelé

Zpracování silných a slabých stránek a návrhu oprav teoretických východisek nelze hodnotit, neboť si je respondenti, dle pokynů, neprostudovali a to proto, že se jim zdál příliš složitý. Na základě poznámek do ošetrovatelské anamnézy by bylo vhodné doplnit zvyklosti spojené s hospitalizací, výčet preferencí a způsob péče. Respondenti by přesunuli všechny rituály ke zvláštnostem. K návrhům ošetrovatelských diagnóz připomínkovali jazykovou bariéru a kulturní odlišnosti, kterým může sestra pacienta nevědomky urazit. Klíčovými činnostmi sestry v péči o pacienta z dané minority byly stanoveny porozumění – komunikace, lidský přístup, piktogramy, gesta, mimika a jejich vhodné využití.

Focus group 2

Počet zúčastněných: 14, 2 zapisovatelé

Druhého setkání se zúčastnilo 14 osob a 2 zapisovatelé. Teoretická východiska byla hodnocena jako nesrozumitelná. V ošetrovatelské anamnéze hodnotili experti postoje za nedůležitou součást hodnocení pacienta a tázali se na jejich využitelnost a to z důvodu toho, že nemají žádný vztah k hospitalizaci. Někteří experti srovnávají význam postojů s rasismem, neboť je to věc čistě individuální a nedůležitá. Tudíž ji není

třeba zjišťovat, navíc je to nesprávně formulované (pozitivní, negativní, je mi to jedno – neutrální). Sestry by měly mít všeobecné znalosti, od kterých se vše odvíjí, a mohou se na jejich základě doptat. Není potřeba se aktivně zajímat o odlišnosti

Focus group 3

Počet zúčastněných: 5, 1 zapisovatel

Třetího setkání se zúčastnilo 5 osob a 1 zapisovatel. K teoretickým východiskům již nebyly ze strany expertů žádné připomínky. K ošetřovatelské anamnéze experti připomínkovali, že i „...kdyby chtěli všichni zemřelého „něco“, stejně to nejde. Často se příbuzní ani nesmí s mrtvým po smrti na oddělení ani rozloučit.“ Dále konstatují: „...že zdravotnické praktiky jsou téma, který má řešit doktor, který poskytuje léčbu. Co já s tím, že někdo nechce transplantaci?“ Také poukazují na problematiku tradiční medicíny, neboť říkají: „...na co mi bude, když zjistím, jakou využívají tradiční medicínu. My tady jako využíváme tradiční medicínu? Nevyužíváme. Tak proč se na to budu ptát. Na nedůležitost zjišťování kulturních proměnných poukazuje další expert, který pozbývá smyslu po tom, proč by se měl ptát, jaké rituály pacienti zachovávají v případě nemoci. Uvádí příklad, že když se bude chtít pacient otužovat, tak to ho jako vezmu na rybník? To asi ne.“ Jako nejvýznamnější ohniska zásahu vidí řeč, jídlo, nezvyklé projevy, které by měly dopad na okolí. Dále poukazují na oblast řeči, která by se asi měla řešit hned na začátku a ne až na 3. straně. Paralingvistické znaky naopak na konci anamnézy.

Tabulka 39a) Zhodnocení teoretických východisek

Teoretická východiska	
focus group 1	
silné stránky	
slabé stránky	➤ <i>Velmi složité, nejasné. Pro běžné absolventy SŠ (asistenty) nesrozumitelné.</i>
návrh oprav	
focus group 2	
silné stránky	
slabé stránky	➤ <i>Nesrozumitelné.</i>
návrh oprav	
focus group 3	
silné stránky	
slabé stránky	
návrh oprav	
Body hodnocení: srozumitelnost, přehlednost, využitelnost v praxi, délka.	

Tabulka 39b) Zhodnocení ošetřovatelské anamnézy

Ošetřovatelská anamnéza	
Focus group 1	
Silné stránky	Slabé stránky
➤ Zaznamenání hodnot a postojů.	➤ Možný zásah do kompetencí lékaře v oblasti hodnocení sociálního začlenění – zde odebírá anamnézu lékař příp. sociální pracovnice. Totéž platí i v případě kouření a konzumace alkoholu.
Návrh oprav	
➤ Vypustit vývojové stádium. Ad druh pobytu – nepřihlášení se nepřiznají. ➤ Otázka nutnosti zaznamenání využívaného druhu písma a využívání gest – vhodnější by bylo poznamenání požadavků klienta (co požaduje v rámci poskytnutí péče). ➤ Doplnit možnosti jazyka. Paralingvistické jevy jsou zbytečné, zvláštnosti by bylo lepší vypsát. ➤ Úprava vývojových stádií. Sjednocení hodnotících škál – otočení minima a maxima. ➤ Doplnit požadavek na tlumočnicka, příp. kontakt a požadavky klienta v oblasti komunikace (co preferuje). Nutno specifikovat role. ➤ Zvážit, zda je nutno uvádět postoj k potratům, eutanázii, rozvodům. Vhodnější by bylo zmapovat, jaké zvyklosti a rituály jsou spojené se smrtí. ➤ Doplnění poučení – v případě hospitalizace nelze užívat alternativní způsoby léčby či jiné léky bez vědomí lékaře. ➤ Všechny rituály se pokusit spojit do jedné oblasti. Specifikovat preventivní aktivity. ➤ Doplnit možnost označení náboženského vyznání a požadavky. Jaké mají preference, co jim vadí... Není nutné se věnovat svátkům. ➤ U nutričního screeningu doplnit obvod paže. Zvážit nutnost uvedení biologických odlišností, příp. vysvětlit, doplnit příklady. ➤ Otázka nutnosti uvádění postoje k dárčovství, transplantaci, transfuzím – lépe by bylo vyjmenovat konkrétní zvyklosti (totéž i při preferenci ošetřující osoby). Nadbytečné otázky pro hodnocení toho, kdo v rodině rozhoduje (stejně je to většinou žena) a role v rodině. ➤ Možná vypustit mortalitu. Otázky spojené se smrtí jsou při příjmu nevhodné. ➤ Možná vypuštění položky tělesná konstituce. ➤ Otázky spojené s prevencí jsou v době hospitalizace nepodstatné.	
Focus group 2	
Silné stránky	Slabé stránky
➤ Charakteristiky původní kultury jsou super. Významné dny a svátky jsou důležité. ➤ Zvyklosti spojen s vírou a výživou jsou důležité. Je vhodně zařazeno.	➤ Komunikace je velmi těžko hodnotitelná. ➤ Duplicita informací s lékařskou anamnézou. ➤ Tělesnou konstituci vidím, není třeba ji zapisovat

➤ <i>Co preferují ve vztahu k péči je vhodně zařazené, rituály také.</i>	➤ <i>(„K čemu mi to je?“).</i> ➤ <i>Chybí zde informace o pojištění.</i>
Návrh oprav	
➤ <i>Vývojová stádia vynechat. Zbytečné je i uvádění fyzického a psychického stavu.</i> ➤ <i>Doplnit sociokulturní zařazení pro cizince (žena v domácnosti).</i> ➤ <i>Nedávat hodnocení zdravotního stavu.</i> ➤ <i>K oblasti komunikace – dát ji na začátek, doplnit tlumočnicka a případně piktogramy.</i> ➤ <i>Nelze hodnotit porozumění, když si nerozumí sestra a pacient.</i> ➤ <i>Vhodnější než na postoje je zeptat se na hodnoty. Dále nerozvádět.</i> ➤ <i>Nedávat postoj k eutanázii.</i> ➤ <i>Celkově postoje odstranit, stejně musí pacient podepisovat souhlasy.</i> ➤ <i>Uvádění toho, kdo v rodině rozhoduje, je zbytečné.</i> ➤ <i>Není nutné se ptát na kouření a alkohol.</i> ➤ <i>U nutričního screeningu doplnit výsledek příp. nutričního terapeuta.</i> ➤ <i>Vhodné by bylo doplnit položku potravinové alergie.</i> ➤	
Focus group 3	
Silné stránky	Slabé stránky
➤ <i>Informace o jazyku a jeho znalosti, vč. porozumění českému jazyku, jen bych je dala hned na začátek. Přijde mi to logičtější.</i>	➤ <i>Postrádám otázku na alergie.</i> ➤ <i>Psychické, fyziologické vlastnosti jsou nesrozumitelné, netuším, co byste tam chtěli napsat. Taký tomu nerozumím, nechápu, co to znamená.</i> ➤ <i>Paralingvistické jevy jsou zbytečné, stejně jako tón řeči, pomlky, rychlost řeči. Je to blbost. Možná ještě hlasitost a správnost výslovnosti, to jo, to bych ještě uvedla.</i> ➤ <i>Oblast rodiny a sociálního začlenění považují za zbytečnou, k čemu mi takové informace jsou? Nepotřebuju znát postoj k interrupci, antikoncepci, mimomanželskému pohlavnímu styku, rodině, ani role v rodině. Stejně tak nejvyšší hodnoty. Na co mi taková informace bude.</i>

Návrh oprav

- *Opět bych doplnila mezi role muže v domácnosti.*
- *V oblasti bydliště by bylo dobré specifikovat, co je městys.*
- *Já bych ho zase úplně vyškrtla, je to zbytečná informace.*
- *Osobně bych rozdělila roli manžel/manželka.*
- *Když už se ptáte na alkohol, bylo by dobré zeptat se i na drogy.*
- *Odstranit v hodnocení času důraz na... K čemu mi taková informace je?*
- *Osobně bych odstranila u základních zdravotních ukazatelů i obvod paže, pasu, TK a TT.*
- *Na co mi to bude, je to duplicitní?*
- *Já bych to zase ponechala, přijde mi to důležitý.*
- *K čemu mi je hodnocení tělesné konstituce, co tím získám?*
- *Odstranila bych položku „zdraví vnímám jako“ a „nemoc vnímám jako“.*
- *Když odpoví dar/trest, k čemu mi to bude. Co s tou informací?*

Body hodnocení: srozumitelnost, přehlednost, využitelnost v praxi, délka, vizuální stránka, množství získaných informací, možnost propojení s dokumentací využívanou v nemocniční/komunitní péči.

4.5 Vyhodnocení hypotéz

Tato část výsledků prezentuje statistické vyhodnocení hypotéz týkajících se ritualizace umírání a smrti v závislosti na náboženském vyznání či osobním přesvědčení, na subjektivní identifikaci s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením. Dále prezentuje statistické vyhodnocení tabuizace umírání a smrti v závislosti na smíření se s vlastní smrtelností a rozdíl v postoji vstřícného přijetí smrti u osob věřících a nevěřících.

H1 (H_A): Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání se liší dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení.

H1 (H₀): Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání se neliší dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení.

Pomocí Pearsonova chí kvadrát testu (X^2) jsme zjišťovali, zda se transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání liší dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení (definice pojmů viz kapitola 2.4 Operacionalizace).

Tabulka 40 Vztah mezi transkulturními rysy, pravidly a kulturními vzory v období umírání a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením n = 1 700

Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání SPECIFIKACE	X^2	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
tabuizace umírání	194,753	16	< 0,001
strach z umírání	474,034	16	< 0,001
kontakt s umírajícím	115,435	4	< 0,001
rituály spojené s umíráním	589,000	4	< 0,001
zachovávání rituálů v nemocnici	450,865	16	< 0,001
přání rozloučit se dle specifík	348,139	16	< 0,001
umírání v domácím prostředí	795,222	16	< 0,001
rituály u umírajícího dítěte	42,044	4	< 0,001

Tabulka 40 prezentuje výsledky týkající statistické signifikance transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,001$ se zamítá H₀ a platí H_A. Lze tedy konstatovat, že se transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání **liší** dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení.

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi tabuizací problematiky umírání a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že muslimové, buddhisté a židé významně častěji uvádějí, že pro ně problematika umírání není tabu, křesťané a ateisté významně více připouštějí, že problematika umírání je u nich tabuizována, ateisté rovněž významně častěji volí odpověď „nevím“.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi strachem z umírání a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že buddhisté a židé významně častěji uvádějí, že strach z umírání nemají, muslimové a ateisté významně více uvádějí, že se umírání bojí, křesťané mají k umírání vyvážený postoj.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi kontaktem s umírajícím a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že křesťané a židé významně častěji uvádějí, že byli v kontaktu s umírajícím, ateisté významně více uvádějí, že v kontaktu s umírajícím nebyli.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi rituály spojenými s umíráním a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že především buddhisté a židé, v menší míře též muslimové a křesťané rituály spojené s umíráním mají, ateisté významně více uvádějí, že rituály spojené s umíráním nemají.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi zachováváním rituálů spojených s umíráním a smrtí v nemocnici a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že tyto rituály v nemocnici zachovávají ve významně větší míře židé, buddhisté a muslimové, ateisté ve významně větší míře uvádějí, že takové rituály v nemocnici nezachovávají nebo že nevědí.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi přáním rozloučit se v nemocničním zařízení s umírajícím dle kulturního přesvědčení a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že buddhisté a židé ve významně větší míře uvádějí, že by si přáli rozloučit se s umírajícím v nemocničním prostředí, ateisté ve významně větší míře uvádějí, že nevědí.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi umíráním v domácím prostředí a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že především židé ve významně větší míře uvádějí, že je u nich běžné umírání v domácím prostředí, u ateistů, křesťanů a buddhistů převažuje názor, že umírání v domácím prostředí běžné není.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi rituály v období umírání, pokud jde o dítě a ne o dospělého a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že muslimové, židé a buddhisté významně častěji uvádějí, že se jejich rituály v období umírání v případě dítěte liší od dospělého, ateisté významně více tvrdí, že se tyto rituály neliší.

H2 (H_A): Transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti se liší dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení.

H2 (H₀): Transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti se neliší dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení.

Pomocí Pearsonova chí kvadrát testu (X^2) jsme zjišťovali, zda se transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti liší dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení (definice pojmů viz kapitola 2.4 Operacionalizace).

Tabulka 41 Vztah mezi transkulturními rysy, pravidly a kulturními vzory v období smrti a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením **n = 1 700**

Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti SPECIFIKACE	X^2	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
tabuizace smrti	208,428	16	< 0,001
strach ze smrti	434,898	16	< 0,001
ztotožnění se s vlastní smrtelností	307,732	16	< 0,001
ztotožnění se se smrtelností blízkých	518,046	16	< 0,001
kontakt se zemřelým	155,266	4	< 0,001
názor na eutanázii	817,403	16	< 0,001
specifika v péči o mrtvé tělo	398,010	4	< 0,001
specifikace rituálů	1211,200	50	< 0,001
zachovávání rituálů v nemocnici	450,865	16	< 0,001
oblékání mrtvého	232,087	4	< 0,001
darování předmětů	236,351	4	< 0,001
poloha zemřelého	319,569	4	< 0,001
dobu do vykonání pohřbu	1377,49	16	< 0,001
pohřbívání do země	334,509	16	< 0,001
pohřbívání žehem	1328,060	16	< 0,001
délka držení smutku	995,273	28	< 0,001
projevy smutku	945,325	32	< 0,001
život po životě	1384,550	24	< 0,001
promlouvání se zemřelým	279,536	4	< 0,001
význam zemřelého	517,023	24	< 0,001
bytí po smrti	976,025	44	< 0,001
smuteční barva	1298,140	16	< 0,001
rituály u zemřelého dítěte	144,285	4	< 0,001

Tabulka 41 prezentuje výsledky týkající se statistické signifikance transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,001$ se zamítá H_0 a platí H_A . Lze tedy konstatovat, že se transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti **liši** dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení.

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi tabuizací problematiky smrti a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že muslimové, buddhisté a židé významně častěji uvádějí, že pro ně problematika smrti není tabu, křesťané se přiklánějí ve významně větší míře k odpovědi „spíše ne“ a ateisté významně více připouštějí, že problematika

umírání je u nich tabuizována; ateisté rovněž významně častěji volí odpověď „nevím“.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi strachem ze smrti a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že buddhisté a židé a v menší míře křesťané významně častěji uvádějí, že strach ze smrti nemají, muslimové a ateisté významně více uvádějí, že se smrti bojí.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi ztotožněním se s vlastní smrtelností a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že buddhisté, křesťané a židé významně častěji uvádějí, že jsou ztotožnění s vlastní smrtelností, muslimové a ateisté významně více uvádějí, že nejsou ztotožnění s vlastní smrtelností.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi ztotožněním se se smrtelností svých blízkých a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že buddhisté a židé významně častěji uvádějí, že jsou ztotožnění se smrtelností svých blízkých, u muslimů a křesťanů převládá vyvážený postoj, ateisté významně více uvádějí, že nejsou ztotožnění se smrtelností svých blízkých.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi kontaktem se zemřelým člověkem a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že muslimové, křesťané a židé významně častěji uvádějí, že byli v kontaktu se zemřelým člověkem, ateisté významně více uvádějí, že v kontaktu se zemřelým člověkem nebyli.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi názorem na eutanázii a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že muslimové, buddhisté a židé ve významně větší míře eutanázii odmítají, postoj křesťanů je vyvážený, ateisté s eutanázií ve významně větší míře souhlasí nebo nevědí.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi specifiky v péči o mrtvé tělo a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že muslimové, buddhisté, křesťané i židé ve významně větší míře uvádějí, že mají specifika v péči o mrtvé tělo, ateisté ve významně větší míře uvádějí, že taková specifika nemají.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi konkrétními specifiky v péči o mrtvé tělo a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že muslimové významně častěji uvádějí omývání těla, oblékání mrtvého, modlitbu, polohu těla a pokládání předmětů na mrtvého, buddhisté meditaci, rozloučení celé rodiny, případně jiná specifika, křesťané zapálení svíček, otevření okna, ticho a rozjímání, modlitbu a rozloučení celé rodiny, židé ve významně větší míře uvádějí omývání těla, oblékání mrtvého, rozjímání a jiná specifika a ateisté zapálení svíček a otevření okna.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi zachováváním rituálů spojených s umíráním a smrtí v nemocnici a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že tyto rituály v nemocnici zachovávají ve významně větší míře židé, buddhisté a muslimové, ateisté ve významně větší míře uvádějí, že takové rituály v nemocnici nezachovávají nebo že nevědí.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi oblékáním mrtvého do speciálního oblečení a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že mrtvého do speciálního oblečení ve významně větší míře oblékají židé, buddhisté a muslimové, ateisté ve významně větší míře uvádějí, že mrtvého do speciálního oblečení neoblékají.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi darováním speciálních předmětů mrtvému a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že mrtvému dávají nějaké předměty ve významně větší míře židé, buddhisté a křesťané, muslimové a ateisté ve významně větší míře uvádějí, že mrtvému žádné předměty nedávají.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi ukládáním mrtvého do speciální polohy a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že mrtvého do speciální polohy ve významně větší míře ukládají židé, buddhisté a muslimové, ateisté ve významně větší míře uvádějí, že mrtvého do speciální polohy neukládají.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi dobou, do jaké je zvykem vykonat pohřeb a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že muslimové a židé významně častěji uvádějí, že vykonávají pohřeb v den úmrtí, křesťané a ateisté do jednoho týdne (v případě ateistů je rovněž významně vyšší podíl odpovědí „do dvou týdnů“ nebo „to je různé“, buddhisté ve významně větší míře volí odpověď „jiné“, tj. od 3. dne od úmrtí).

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi názorem na pohřbívání do země a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že s pohřbíváním do země ve významně větší míře souhlasí židé, muslimové a buddhisté, ateisté ve významně větší míře nevědí nebo vyjadřují s pohřbíváním do země nesouhlas.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi názorem na pohřbívání žehem a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že s pohřbíváním žehem ve významně větší míře souhlasí buddhisté a ateisté, nesouhlas vyjadřují ve významně větší míře židé a muslimové.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi délkou držení smutku a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že buddhisté ve významně větší míře uvádějí, že smutek drží do jednoho roku případně, že ho nedrží, židé významně častěji uvádějí do jednoho roku případně jinou odpověď, křesťané a ateisté významně více uvádějí, že se to přesně nedá říci a že je to různé a muslimové označují významně častěji jinou odpověď.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi projevy smutku ze ztráty blízkého a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že buddhisté ve významně větší míře uvádějí, že smutek neprojevují, případně to berou jako vysvobození a netrápí se či uvádějí jiný způsob, židé významně častěji hledají útěchu v modlitbách, jsou celá rodina pohromadě a volí emoční projevy či jiný způsob, křesťané významně častěji hledají útěchu v modlitbách či se zaměstnávají jinou činností, muslimové významně více uvádějí, že jsou celá rodina pohromadě, zaměstnávají se jinou činností a čas je pro ně nejlepší lék a ateisté též významně více uvádějí, že čas je nejlepší lék nebo že se smutek projevují emočně.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi názorem, co nastane po smrti a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že buddhisté ve významně větší míře uvádějí, že dojde ke znovuzrození, že tělo zemře, ale duše zůstává na zemi nebo že nastane nový, lepší život, židé významně častěji zastávají názor, že tělo zemře, ale duše zůstává na zemi či zastávají jiný názor, křesťané významně častěji uvádějí, že následuje nebe nebo peklo či volí něco jiného, muslimové jsou významně více názoru, že následuje nebe nebo peklo, že tělo zemře, ale duše zůstane na zemi či že nastane nový a lepší život a ateisté významně více uvádějí, že po smrti nic není případně, že je prázdno.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi promlouváním se zemřelými a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že se zemřelým promlouvají ve významně větší míře židé, buddhisté a křesťané, ve významně menší míře ateisté.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi významem zemřelého pro respondenty a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že buddhisté ve významně větší míře uvádějí, že zemřelý člověk je pro ně dobrem či něčím jiným, židé významně častěji zastávají názor, že zemřelý člověk je pro ně rádcem či něčím jiným, křesťané významně častěji uvádějí, že zemřelý člověk je pro ně dobrem, muslimové jsou významně více názoru,

že zemřelý je pro ně obavou a zlem a ateisté významně více uvádějí, že nevědí a že o tom nepřemýšlí.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi představou o bytí po smrti a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že muslimové a buddhisté ve významně větší míře volí odpověď „*něco jiného*“, židé významně častěji zastávají názor, že po smrti nebudou dělat vůbec nic, budou odpočívat či budou dělat něco jiného, křesťané významně častěji uvádějí, že budou ochraňovat své blízké, budou konat dobro, budou odpočívat a užívat si nového, lepšího světa a ateisté významně více uvádějí, že nevědí případně, že budou strašit zlé lidi.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi smuteční barvou a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že muslimové, křesťané a ateisté významně častěji uvádějí smuteční barvu černou, židé bílou a buddhisté žádnou nebo jakoukoliv tmavou.

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi rituály v období smrti, pokud jde o dítě a ne o dospělého a náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

- Platí, že židé, křesťané a buddhisté významně častěji uvádějí, že se jejich rituály v období smrti v případě dítěte liší od dospělého, ateisté významně více tvrdí, že se tyto rituály neliší.

H3 (H_A): Transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání jsou závislé na míře subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

H3 (H₀): Transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání nejsou závislé na míře subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

Pomocí Spearmanova ρ jsme zjišťovali, zda jsou transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání závislé na míře subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením (definice pojmů viz kapitola 2.4 Operacionalizace).

Tabulka 42 Vztah mezi transkulturálními rysy, pravidly a kulturními vzory v období umírání u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a mírou subjektivní identifikace **n = 1 644**

Transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání SPECIFIKACE	Spearmanovo ρ									
	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	korelační koeficient	<i>p</i>	korelační koeficient	<i>p</i>	korelační koeficient	<i>p</i>	korelační koeficient	<i>p</i>	korelační koeficient	<i>p</i>
tabuizace umírání	0,130	0,072	0,101	< 0,05	0,286	< 0,001	0,259	< 0,001	0,212	< 0,001
strach z umírání	0,231	< 0,01	0,185	< 0,001	0,236	< 0,01	0,119	0,095	-0,065	0,116
kontakt s umírajícím	0,163	< 0,05	0,075	0,107	0,159	< 0,05	-0,016	0,828	-0,035	0,392
rituály spojené s umíráním	0,280	< 0,001	0,116	0,013	0,312	< 0,001	0,318	< 0,001	-0,083	< 0,05
zachovávání rituálů v nemocnici	-0,052	0,471	-0,142	< 0,01	-0,292	< 0,001	-0,350	< 0,001	0,153	< 0,001
přání rozloučit se dle specifik	-0,059	0,416	-0,146	< 0,01	-0,379	< 0,001	-0,207	< 0,01	0,129	< 0,01
umírání v domácím prostředí	-0,226	< 0,05	0,054	0,245	-0,166	< 0,05	-0,194	< 0,01	0,070	0,087
rituály u umírajícího dítěte	-0,013	0,854	0,030	0,678	0,002	0,958	0,090	0,214	0,080	0,052

Pozn.: *p* - dosažená hladina významnosti

Tabulka 42 prezentuje výsledky týkající se statistické signifikance transkulturálních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na míře subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením. Výsledky korelačního koeficientu prokázaly statisticky významný vztah mezi vyšší identifikací a menší tabuizací umírání u křesťanů ($p < 0,05$), buddhistů ($p < 0,001$), muslimů ($p < 0,05$) a ateistů ($p < 0,001$). Dále mezi vyšší identifikací a menším strachem z umírání u židů ($p < 0,05$), křesťanů ($p < 0,001$) a buddhistů ($p < 0,01$). Vyšší identifikace prokázala statisticky významný vztah s častějším kontaktem s umírajícím u židů ($p < 0,05$) a buddhistů ($p < 0,05$), častějšími rituály spojenými s umíráním u židů ($p < 0,001$), buddhistů ($p < 0,001$) a muslimů ($p < 0,001$). Vyšší identifikace znázorňuje rostoucí přání zachovávání rituálů v nemocnici u buddhistů ($p < 0,05$), a klesající u křesťanů ($p < 0,01$), buddhistů ($p < 0,05$) a muslimů ($p < 0,001$). Vyšší identifikace má vliv na větší přání rozloučit se s umírajícím dle specifik u křesťanů ($p < 0,01$), buddhistů ($p < 0,001$), muslimů ($p < 0,01$) a menší u ateistů ($p < 0,01$). Vyšší identifikace znamená běžnější umírání v domácím prostředí u židů ($p < 0,05$), buddhistů ($p < 0,05$) a muslimů ($p < 0,05$).

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$, $p < 0,01$, $p < 0,05$) mezi transkulturálními rysy, pravidly a kulturními vzory v období umírání u některých vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a mírou subjektivní identifikace ve specifikaci tabuizace umírání, strach z umírání, kontakt s umírajícím rituály spojené s umíráním, zachovávání rituálů v nemocnici, přání rozloučit se dle specifik, umírání v domácím prostředí, u rituálů u umírajícího dítěte nebyl prokázán statisticky významný vztah (viz tabulka 42).

H4 (H_A): Transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti jsou závislé na míře subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

H4 (H₀): Transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti nejsou závislé na míře subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením.

Pomocí Spearmanova ρ jsme zjišťovali, zda jsou transkulturální rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti závislé na míře subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením (definice pojmů viz kapitola 2.4 Operacionalizace).

Tabulka 43 Vztah mezi transkulturními rysy, pravidly a kulturními vzory v období smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a mírou subjektivní identifikace – 1. část **n = 1 644**

Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti SPECIFIKACE	Spearmanovo ρ									
	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	korelační koeficient	<i>p</i>	korelační koeficient	<i>p</i>	korelační koeficient	<i>p</i>	korelační koeficient	<i>p</i>	korelační koeficient	<i>p</i>
tabuizace smrti	0,148	< 0,05	0,119	< 0,01	0,287	< 0,001	0,268	< 0,001	0,104	< 0,05
strach ze smrti	0,231	< 0,01	0,185	< 0,001	0,236	< 0,01	0,119	0,095	-0,065	0,116
ztotožnění se s vlastní smrtelností	-0,168	< 0,05	-0,206	< 0,001	-0,310	< 0,001	-0,175	< 0,05	0,082	< 0,05
ztotožnění se se smrtelností blízkých	-0,162	< 0,05	-0,199	< 0,001	-0,315	< 0,001	-0,185	< 0,01	-0,018	0,655
kontakt se zemřelým	0,290	< 0,001	0,083	0,074	0,183	< 0,01	0,034	0,631	-0,072	0,081
názor na eutanázii	0,215	< 0,01	0,038	0,411	0,025	0,724	0,200	< 0,01	0,014	0,725
specifika v péči o mrtvé tělo	0,209	< 0,01	0,126	< 0,01	0,162	< 0,05	0,177	< 0,05	-0,123	< 0,01
zachovávání rituálů v nemocnici	-0,052	0,471	-0,142	< 0,01	-0,292	< 0,001	-0,350	< 0,001	0,153	< 0,001

Pozn.: *p* - dosažená hladina významnosti

Tabulka 43 prezentuje výsledky týkající se statistické signifikance transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na subjektivní míře identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením. Výsledky neparametrické korelace prokázaly statisticky významný vztah mezi vyšší identifikací a menší tabuizací smrti u židů ($p < 0,05$), křesťanů ($p < 0,01$), buddhistů ($p < 0,001$), muslimů ($p < 0,001$) a ateistů ($p < 0,05$). Dále mezi vyšší identifikací a menším strachem ze smrti u židů ($p < 0,01$), křesťanů ($p < 0,001$) a buddhistů ($p < 0,01$). Vyšší identifikace prokázala větší ztotožnění se s vlastní smrtelností u židů ($p < 0,05$), křesťanů ($p < 0,001$), buddhistů ($p < 0,001$), muslimů ($p < 0,05$) a menší ztotožnění se s vlastní smrtelností u ateistů ($p < 0,05$). Vyšší identifikace prokázala větší ztotožnění se smrtelností svých blízkých u židů ($p < 0,05$), křesťanů ($p < 0,001$), buddhistů ($p < 0,001$) a muslimů ($p < 0,01$). Vyšší identifikace prokazuje častější kontakt se zemřelým u židů ($p < 0,001$) a buddhistů ($p < 0,01$), větším souhlasem s eutanázií u židů ($p < 0,01$) a muslimů ($p < 0,01$) a přítomností specifik v péči o mrtvé tělo u židů ($p < 0,01$), křesťanů ($p < 0,01$), buddhistů ($p < 0,05$), muslimů ($p < 0,05$) a nepřítomnosti specifik v péči o mrtvé tělo u ateistů ($p < 0,01$). S vyšší identifikací více zachovávají rituály v nemocnici křesťané ($p < 0,01$), buddhisté ($p < 0,001$) a muslimové ($p < 0,001$), oproti ateistům, kteří je zachovávají méně často ($p < 0,001$).

Tabulka 44 Vztah mezi transkulturními rysy, pravidly a kulturními vzory v období smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a mírou subjektivní identifikace – 2. část **n = 1 644**

Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti SPECIFIKACE	Spearmanovo ρ									
	Minorita									
	židé		křesťané		buddhisté		muslimové		ateisté	
	Korelační koeficient	p	Korelační koeficient	p	Korelační koeficient	p	Korelační koeficient	p	Korelační koeficient	p
oblékání mrtvého	0,123	0,088	0,110	< 0,01	0,162	< 0,05	0,213	< 0,01	-0,167	< 0,001
darování předmětů	0,045	0,538	0,128	< 0,01	-0,078	0,271	0,011	0,878	-0,140	< 0,01
poloha zemřelého	0,045	0,538	0,139	< 0,01	0,120	0,091	0,268	< 0,001	-0,136	< 0,01
doba do vykonání pohřbu	-0,233	< 0,01	-0,136	< 0,01	0,092	0,412	-0,241	< 0,001	-0,024	0,567
pohřbívání do země	0,030	0,675	-0,072	0,124	-0,138	0,052	-0,270	< 0,001	0,024	0,563
pohřbívání žehem	0,080	0,272	0,098	< 0,05	-0,190	< 0,01	0,371	< 0,001	-0,081	0,050
délka držení smutku	-0,105	0,324	0,099	< 0,05	-0,265	< 0,001	0,009	0,921	0,028	0,508
promlouvání se zemřelým	0,169	< 0,05	0,065	0,163	0,132	0,063	0,184	< 0,01	-0,122	< 0,01
rituály u zemřelého dítěte	-0,009	0,900	0,159	< 0,01	0,143	< 0,05	-0,037	0,602	-0,099	< 0,05

Pozn.: p - dosažená hladina významnosti

Tabulka 44 prezentuje výsledky týkající se statistické signifikance transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení v závislosti na subjektivní míře identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením. Výsledky korelačního koeficientu prokázaly statisticky významný vztah mezi vyšší identifikací a častějším oblékáním mrtvého do speciálního oblečení u křesťanů ($p < 0,05$), buddhistů ($p < 0,05$), muslimů ($p < 0,01$) a méně častým oblékáním mrtvého do speciálního oblečení u ateistů ($p < 0,001$). Vyšší identifikace znamená častější darování předmětů mrtvému u křesťanů ($p < 0,01$) a méně časté u ateistů ($p < 0,01$). Dále byla identifikována závislost ve vyšší identifikaci a speciální polohou zemřelého u křesťanů ($p < 0,01$), u ateistů nikoliv ($p < 0,01$). Vyšší identifikace ukázala kratší dobu do vykonání pohřbu u židů ($p < 0,01$), křesťanů ($p < 0,01$) a muslimů ($p < 0,001$). Vyšší identifikace ukazuje větší souhlas s pohřbíváním do země u muslimů ($p < 0,001$) a menší u pohřbívání žehem ($p < 0,001$), jako u křesťanů ($p < 0,05$). U buddhistů znamená vyšší identifikace častější pohřbívání žehem ($p < 0,01$). S vyšší identifikací souvisí delší doba smutku u křesťanů ($p < 0,05$) a kratší u buddhistů ($p < 0,001$). Dále byla prokázána signifikantní závislost mezi vyšší identifikací a častějším promlouváním se zemřelým u židů ($p < 0,05$), muslimů ($p < 0,01$) a méně časté u ateistů ($p < 0,01$). Vyšší identifikace u křesťanů ($p < 0,01$) a buddhistů ($p < 0,05$) ukazuje na méně se lišící rituály při smrti dítěte, zatímco u ateistů ($p < 0,05$) na více lišící se.

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$, $p < 0,01$, $p < 0,05$) mezi transkulturálními rysy, pravidly a kulturními vzory v období smrti u některých vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a mírou subjektivní identifikace ve specifikaci tabuizace smrti, strach ze smrti, ztotožnění se s vlastní smrtelností, ztotožnění se se smrtelností blízkých, kontakt se zemřelým, názor na eutanázii, specifika v péči o mrtvé tělo, zachovávání rituálů v nemocnici, oblékání mrtvého, darování předmětů, poloha zemřelého, doba do vykonání pohřbu, pohřbívání do země, pohřbívání žehem, délka držení smutku, promlouvání se zemřelým, rituály u zemřelého dítěte (viz tabulky 43, 44).

H5 (H_A): Existuje statisticky významný vztah mezi tabuizací problematiky umírání a smířením se s vlastní smrtelností.

H5 (H₀): Neexistuje statisticky významný vztah mezi tabuizací problematiky umírání a smířením se s vlastní smrtelností.

Pomocí Pearsonova chí kvadrát testu (X^2) jsme zjišťovali statisticky významný vztah tabuizace problematiky umírání u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení (definice pojmů viz kapitola 2.4 Operacionalizace) a smíření se se svou vlastní smrtelností.

Tabulka 45 Vztah mezi tabuizací umírání u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a smířením se se svou vlastní smrtelností **n = 1 700**

Tabuizace umírání a smíření se s vlastní smrtelností SPECIFIKACE	X^2	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
židé	58,33	9	< 0,01
křesťané	91,1234	16	< 0,001
buddhisté	109,632	16	< 0,001
muslimové	69,5298	16	< 0,001
ateisté	92,0239	16	< 0,001

Tabulka 45 prezentuje výsledky týkající se signifikantní závislosti tabuizace umírání u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a smířením se s vlastní smrtelností. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,01$ u židů a $p < 0,001$

u křesťanů, buddhistů, muslimů a ateistů se zamítá H_0 a platí H_A . Lze tedy konstatovat, že existuje statisticky významný vztah v tabuizaci problematiky umírání a smířením se svou vlastní smrtelností u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení.

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$, $p < 0,01$) mezi tabuizací problematiky umírání u vyznavače náboženského vyznání či osobního přesvědčení a smířením se s vlastní smrtelností.

Platí, že respondenti, pro které je problematika umírání tabu (odpověď naprosto ano), statisticky významně častěji nejsou ztotožnění se svou vlastní smrtelností. Zatímco ti respondenti, kteří se maximálně ztotožňují se svou vlastní smrtelností statisticky významně častěji tvrdí, že pro ně problematika umírání není tabu.

H6 (H_A): Existuje statisticky významný vztah mezi tabuizací problematiky smrti a smířením se s vlastní smrtelností.

H6 (H_0): Neexistuje statisticky významný vztah mezi tabuizací problematiky smrti a smířením se s vlastní smrtelností.

Pomocí Pearsonova chí kvadrát testu (X^2) jsme zjišťovali statisticky významný vztah tabuizace problematiky smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení (definice pojmů viz kapitola 2.4 Operacionalizace) a smíření se s vlastní smrtelností.

Tabulka 46 Vztah mezi tabuizací smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a smířením se se svou vlastní smrtelností n = 1 700

Tabuizace umírání a smíření se s vlastní smrtelností SPECIFIKACE	X^2	Počet stupňů volnosti	Dosažená hladina významnosti
židé	64,333	9	< 0,01
křesťané	145,95	16	< 0,001
buddhisté	115,077	16	< 0,001
muslimové	76,924	16	< 0,001
ateisté	115,815	16	< 0,001

Tabulka 46 prezentuje výsledky týkající se signifikantní závislosti tabuizace smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení a smířením se s vlastní smrtelností. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,01$ u židů a $p < 0,001$ u křesťanů, buddhistů, muslimů a ateistů se zamítá H_0 a platí H_A . Lze tedy konstatovat, že existuje statisticky významný vztah v tabuizaci problematiky smrti a smířením se svou vlastní smrtelností u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení.

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

Existuje statisticky významný vztah ($p < 0,001$, $p < 0,01$) mezi tabuizací problematiky smrti u vyznavače náboženského vyznání či osobního přesvědčení a smířením se s vlastní smrtelností.

Platí, že respondenti, pro které je problematika smrti tabu (odpověď naprosto ano), statisticky významně častěji nejsou ztotožnění se svou vlastní smrtelností. Zatímco ti respondenti, kteří se maximálně ztotožňují se svou vlastní smrtelností statisticky významně častěji tvrdí, že pro ně problematika smrti není tabu.

H7 (H_A): Existuje statisticky významný vztah v postoji vstřícného přijetí smrti u lidí věřících a nevěřících.

H7 (H_0): Neexistuje statisticky významný vztah v postoji vstřícného přijetí smrti u lidí věřících a nevěřících.

Pomocí Mann-Whitney U testu jsme zjišťovali statisticky významný vztah postoje vstřícného přijetí smrti u vyznavačů náboženského vyznání či osobního přesvědčení (definice pojmů viz kapitola 2.4 Operacionalizace).

Tabulka 47 Postoj vstřícného přijetí smrti u vyznavačů náboženského vyznání (věřící) či osobního přesvědčení (nevěřící) n = 1 700

Postoje ke smrti SPECIFIKACE		průměr	medián	směrodatná odchylka	minimum	maximum	n
strach ze smrti	věřící	3,5	3,3	1,00	1,14	6,71	1 100
	nevěřící	4,4	4,4	0,65	1,86	6,14	600
vyhýbavý postoj ke smrti	věřící	3,3	3,2	1,26	1,0	6,6	1 100
	nevěřící	5,5	5,6	0,59	3,6	6,8	600
neutrální přijetí smrti	věřící	5,8	5,8	0,69	1,0	7,0	1 100
	nevěřící	4,9	4,8	0,64	2,8	6,8	600
vstřícné přijetí smrti	věřící	4,8	4,9	0,97	1,0	6,8	1 100
	nevěřící	2,2	2,2	0,44	1,0	3,6	600
únikové přijetí smrti	věřící	3,6	3,8	1,16	1,0	6,6	1 100
	nevěřící	4,8	4,8	0,78	2,0	6,6	600

Tabulka 47 prezentuje výsledky týkající se postojů ke smrti. Znázorněný postoj vstřícného přijetí smrti ukazuje průměrnou hodnotu u věřících 4,8 a nevěřících 2,2.

Tabulka 48 Vztah mezi postojem vstřícného přijetí smrti a náboženským vyznáním (věřící) či osobním přesvědčením (nevěřící) n = 1 700

Postoje ke smrti SPECIFIKACE	Mann-Whitney U test	Z	Dosažená hladina významnosti
strach ze smrti	146012,0	146012,0	< 0,001
vyhýbavý postoj ke smrti	40097,5	40097,5	< 0,001
neutrální přijetí smrti	105531,0	105531,0	< 0,001
vstřícné přijetí smrti	4463,5	4463,5	< 0,001
únikové přijetí smrti	128550,0	128550,0	< 0,001

Tabulka 48 prezentuje výsledky týkající se signifikantní závislosti vstřícného přijetí a náboženského vyznání či osobního přesvědčení. Na základě Mann-Whitney U testu byl prokázán statisticky významný vztah ($p < 0,001$) ve všech postojích ke smrti v závislosti na náboženském vyznání či osobním přesvědčení. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,001$ se zamítá H_0 a platí H_A . Lze tedy konstatovat, že existuje statisticky významný vztah v postoji vstřícného přijetí smrti u lidí věřících a nevěřících, kdy osoby věřící významně častěji zaujímají postoj vstřícného přijetí smrti, oproti nevěřícím.

5. DISKUSE

Kultury, které vytvářejí rozsáhlé spektrum způsobu žití, jsou rozdílné i v ritualizaci umírání a smrti. Citlivost předkládaného tématu shledáváme zejména v jedinečnosti aktu poslední cesty člověka, která je pro každého jiná, je jemu vlastní. Dnešní společnost si nerada připouští svou vlastní smrtelnost, je orientovaná na výkon, idealizující mládí, těžko přiznávající svou pomíjivost. Smýšlení o konečnosti či nekonečnosti života úzce souvisí se spiritualitou, jakožto duchovním způsobem života (Svatošová, 2012). Sestra, jakožto představitelka ošetrovatelské profese, doprovází umírající a jejich rodiny na cestě ke skutečné smrti, která se zdá býti skutečná až tehdy, když udeří nedaleko či zasáhne člověka přímo.

Empirická část práce byla zpracována kombinací kvalitativních a kvantitativních výzkumných metod. Ústředním cílem předvýzkumu realizovaného s vyznavači jednotlivých náboženských vyznání či osobního přesvědčení, bylo rozpoznat co nejvíce specifík v oblastech transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti, na jehož základě bylo provedeno kvantitativní výzkumné šetření, jehož ústředním cílem bylo zjistit a zpracovat transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky. Následné kvalitativní výzkumné šetření bylo zaměřeno na ověření navržené ošetrovatelské dokumentace, jejímž podkladem byly dva koncepční modely. Diskuse je interpretována dle stanovených hypotéz a výzkumných otázek. Z důvodu velkého množství proměnných se však jednotlivé části diskuse prolínají, neboť předkládanou problematiku nelze striktně oddělit, nýbrž je potřeba na ni nahlížet komplexněji.

V rámci kvantitativní analýzy dat byly testovány první dvě hypotézy ve znění: ***„Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání se liší dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení“*** a ***„Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti se liší dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení“***. Zmíněné hypotézy byly potvrzeny a na základě jejich testování lze vyslovit konkrétní závěr, že se transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání a smrti liší v závislosti na náboženském vyznání či osobním přesvědčení, v našem případě se tedy liší u vyznavačů judaismu, křesťanství, buddhismu, islámu a ateismu (viz tabulky 40, 41). Toto zjištění pro nás nebylo překvapením, neboť jak píše

Tóthová et al. (2012) žijeme ve stále multikulturnější společnosti, ve které dochází k prolínání kultur, které se odlišují svými zvláštnostmi.

Zmíněné zvláštnosti vycházejí z míry identifikace s vlastním náboženským vyznáním či osobním přesvědčením, které bylo předmětem testování dalších dvou hypotéz ve znění: „*Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání jsou závislé na míře subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením*“ a „*Transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období smrti jsou závislé na míře subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením*“.

Identifikaci jsme zvolili jako vhodný posuzovací nástroj pro hodnocení způsobu života, který se odráží i v ritualizaci umírání a smrti. Kübler - Ross (2012) uvádí, že největší problémy v oblasti ritualizace umírání a smrti mají lidé pochybovační, tedy ti, kteří trochu věří a trochu nevěří. Dále uvádí, že může existovat rozdíl mezi vysokou identifikací s nevírou a nízkou identifikací s vírou. Pro stanovení specifík umírání byly použity otázky z dotazníku vlastní konstrukce (122, 124, 124 b, 128, 130, 132, 132 b, 133, 134 – viz příloha 4). Hypotéza tvrdící, že jsou specifika v období umírání v závislosti na identifikaci, se v převážné většině vybraných specifík potvrdila. Specifikace rituálů u umírajícího dítěte nebyla v závislosti na míře identifikace potvrzena (viz tabulka 42). Což si vysvětlujeme tím, že hodnota lidského života v závislosti na věku je našimi respondenty vnímána totožně, proto se neliší rituály v období umírání ani u dítěte, ani u dospělého.

Pro stanovení specifík smrti byly použity otázky z dotazníku vlastní konstrukce (123, 125, 125 b, 126, 127, 129, 131, 135, 136, 136 b, 137, 138, 138, 139, 140, 148, 151, 153 – viz příloha 4). Hypotéza tvrdící, že jsou specifika v období smrti v závislosti na identifikaci, se u všech vybraných specifík potvrdila (viz tabulka 43, 44). Na základě výše uvedeného bylo potvrzeno, že existují rozdíly v období umírání a smrti i identifikaci v závislosti na náboženském vyznání či osobním přesvědčení. V další části jsou prezentovány výsledky týkající se specifitějších vztahů předkládané problematiky, jejíž interpretace úzce souvisí s hypotézami výše uvedenými.

Další dvě testované hypotézy byly ve znění: „*Existuje statisticky významný vztah mezi tabuizací problematiky umírání a smířením se s vlastní smrtelností*“ a „*Existuje statisticky významný vztah mezi tabuizací problematiky smrti a smířením se s vlastní smrtelností*“. Zmíněné hypotézy byly potvrzeny a na základě jejich testování lze

vyslovit konkrétní závěr, že smíření se s vlastní smrtelností umožňuje detabuizaci problematiky umírání a smrti, protože bylo zjištěno, že respondenti, pro které je problematika umírání a smrti tabu, statisticky významně častěji nejsou ztotožnění se svou vlastní smrtelností. Zatímco ti respondenti, kteří se maximálně ztotožňují se svou vlastní smrtelností statisticky významně častěji tvrdí, že pro ně problematika umírání a smrti tabu není (viz tabulka 45).

Sigmundem Freudem bylo tabu vyjádřeno jako posvátný ostych, dokonce jako prastarý zákaz vnucený zvenčí, jenž se obrací proti nejsilnějším lidským chtíčům (Kraft, 2006). Tabuizace problematiky umírání a smrti souvisí s paradigmatickým dnešní společnosti, neboť, jak upozorňuje Špatenková (2014), v dnešní společnosti dochází k vytěšňování smrti z lidského života. Naléhavě prosí, aby společnost neodsouvala smrt do pozadí, protože musí zpátky nabýt svou přirozenou důležitost, ve které se společnost opět naučí umírat. Z důvodu tabuizace problematiky umírání a smrti, kterou jsme si ověřili již v předvýzkumu, který byl realizován se zástupci vyznavačů jednotlivých náboženských vyznání či osobního přesvědčení, jsme zařadili otázky tabuizace umírání a smrti i do baterie otázek ritualizace smrti v dotazníku vlastní konstrukce. Podle Kinnamona (2017) žijeme ve světě poháněném strachem, ale otázkou zůstává, proč by měl strach hrát tak důležitou roli v životech lidí. Dle náboženských společností je víra jediný způsob, jak bojovat proti strachu, proto jsme se v rámci předkládaných hypotéz, jež testují především tabuizaci, dále zaměřili na podrobnější analýzu této skutečnosti. Podobný výzkum přinesl marketingový výzkum STEM/MARK (2011), který zkoumal u dospělé populace (n = 1090) v komparaci s odbornou veřejností zdravotníků (n = 1006) strach z umírání a ze smrti, včetně konkrétních obav a následnou tabuizaci těchto témat. Podobný design otázek tvořil stěžejní část oblasti ritualizace umírání a smrti i v našem výzkumu, kde jsme se zaměřili na otázky: „*Je pro Vás problematika umírání tabu?*“, „*Je pro Vás problematika smrti tabu?*“, „*Bojíte se umírání?*“ a pokud ano: „*Uveďte prosím, z čeho máte konkrétní obavy.*“, „*Bojíte se smrti?*“ a pokud ano: „*Uveďte prosím, z čeho máte konkrétní obavy.*“ S tabuizací umírání a smrti uvedli židé spíše nesouhlas (27,5 %; 23,5 %) a naprostý nesouhlas (66,0 %; 70,5 %), s čímž koreluje i další sada otázek, kdy židé odpovídali, že se umírání a smrti spíše nebojí (28,5 %; 57,5 %) a vůbec nebojí (22,5 %; 59,5 %). Na rozdíl od židů, kde naprosté tabu neuvedl ani jeden respondent (0,0 %; 0,0 %), ateisté uváděli problematiku umírání a smrti jako naprosto tabuizovanou v zastoupení 13,7 % a 10,5 %. Otázkou zůstává,

proč je problematika umírání a smrti tabuizována i přesto, že se týká každého člověka na světě. Podle marketingového výzkumu STEM/MARK (2011) je umírání a smrt tabu proto, že přináší obavy a strach (n = 1 090, 65 %), kdy pozoruhodně 42 % osob uvedlo, že je spojeno s nedostatkem víry a 40 % osob se domnívá, že je to způsobené nepřímou zkušeností, která by pomohla tato témata detabuizovat.

V našem výzkumu jsme se zajímali nejen o tabuizaci umírání a smrti, ale i o konkrétní představy obav. Mezi nejčastější obavy židů (filtr, počet odpovědí = 28) z umírání patří bolest (6,5 %), uvěznění duše démony (5,5 %) a nedostatek času pro vyznání se z vin skrze modlitby (4,0 %) a mezi nejčastější obavy ze smrti (filtr, počet odpovědí = 30) patří konec života na zemi (4,5 %) a uvěznění duše démony (4,5 %). Obavy z umírání jsou závislé na významu umírání, který je daným člověkem přisuzován. Židé si nejčastěji pod pojmem umírání představují loučení se s pozemským životem (35,0 %), přechod do jiné dimenze (41,0 %), přirozenou součást lidského života (11,0 %) a čas pro vyznání se z vin skrze modlitby (6,0 %). Smrt je poté židy nejčastěji nahlížena jako na Velký den smíření (30,0 %), přechod do jiné dimenze (29,0 %) a čekání na příchod Mesiáše (20,0 %). Jak uvádí totiž Scholem (2011), židé čekají na příchod Mesiáše, což je pro ně Velký den smíření. Nejčastější konkrétní obavou z umírání (filtr, počet odpovědí = 227; 17,2 %) i ze smrti (filtr, počet odpovědí = 348; 16,2 %) je křesťany znázorňována bolest. Což je přirozené, neboť jak uvádí Krivohlavý (2002), umírající se velmi často obávají bolesti, která podněcuje již za plného života obavu z konečnosti života. Na umírání nahlíží jako na přirozenou součást lidského života (36,6 %), která je zároveň koncem života zde na Zemi (19,2 %), prolínána změnou v prožívání (14,4 %) a bolestí (12,4 %). Na smrt nahlíží v převážné většině (41,8 %) jako na vstup do života věčného. Buddhisté již za svého života pracují pomocí praxe učení na stavu mysli, který nastává v konečné fázi života (Powers, 2007), proto uvedlo obavu z umírání pouze 49 respondentů a tito znázorňují své obavy nejčastěji v podobě bolesti (10,5 %). Obavu ze smrti sdělilo pouze 17 respondentů, kteří nejčastěji uvedli, že ještě neví (4,0 %), zda je čeho se bát. Samotné umírání je pro ně zrcadlením nevyhnutelnosti (33,5 %), přechodem do nové dimenze (15,0 %), čemuž předchází nirvána (10,5 %) a samsára (9,5 %). Samotná smrt je buddhisty nejčastěji nahlížena jako přechod do nové dimenze (54,0 %) s novým začátkem (18,5 %). Vždyť buddhisté věří v koloběh života, který smrtí rozhodně nekončí (Rinpoche, 2014).

Pro vyznavače islámu je typické rodinné zázemí a rodinná soudržnost, přesto mají obavy z umírání (filtr, počet odpovědí = 150) především proto, že zůstanou sami (30,5 %) v bolestech (27,0 %) a utrpení (18,0 %). Obavou ze smrti (filtr, počet odpovědí = 127) je pro ně též utrpení (16,5 %) a pozoruhodně hádky rodiny (10,0 %). Samota při umírání je přitom běžná, jak popsal již v roce 1988 Thomas, kdy potřebu samoty umírajících lidí připodobňoval k samotě umírajících zvířat, vždyť i ta jakoby v posledních chvílích anticipovala svůj další osud, když mizí ze scény v podobě úprku a stranění se. Z našich zkušeností víme, že ve skrytosti duše existuje zárodek potřeby osamocení, které existuje v naší mysli, neboť jak popisuje Svatošová (1995), umírající často naposledy vydechne v momentě, kdy se pečující osoba jen na chvíli vzdálí, to proto, aby měl svůj klid, a právě klid definujeme jako velmi důležitý sociální akt, na který by mělo být nahlíženo. Na umírání je muslimy nahlíženo jako na přirozenou součást života (42,5 %), která je prolnta bolestí (19,0 %). Na smrt je muslimy nejčastěji nahlíženo jako na zánik těla a přežívání do vzkříšení v soudný den (47,0 %), překvapením pro nás bylo, že je smrt pro 18,0 % muslimů konec veškeré existence, což se neshoduje s odbornou literaturou, která uvádí, že pro muslimy není smrt konec, neboť pevně věří ve vzkříšení těla a život po životě (Venhorst, 2013). Ateisté se zaměřovali na problematiku nezabezpečení rodiny, když své obavy z umírání (filtr, počet odpovědí = 454) a ze smrti (filtr, počet odpovědí = 336) vyjádřili nejčastěji bolestí (30,2 %; 18,7 %) a právě nezabezpečením rodiny (16,9 %; 1,8 %). Pod pojmem umírání si představují zejména bolest (31,8 %) a změny v prožívání. Pod pojmem smrt si představují nejčastěji konec existence (40,8 %), ostatně toto popisuje i Jandourek (2010).

Dle již zmiňovaného výzkumu STEM/MARK (2011), se lidé nejvíce bojí ztráty důstojnosti a soběstačnosti (51 %), bolesti (46 %), odloučení od blízkých (35 %), samoty (26 %), psychického strádání (24 %) a nejistoty z toho, co bude (13 %). Přestože se témata umírání a smrti do dnešního života příliš nehodí, je čím dál častěji přijímán názor, že v souvislosti nejen s civilizačními proměnami stylu našich životů, je důležité detabuizovat smrt a hovořit civilně a bez emocí o problematice umírání. Život totiž nelze dost dobře smysluplně prožívat, pokud je v našich myslích vytěšňována problematika finality života. Přesto, že výsledky ukazují, že naši respondenti ve větší či menší míře netabuizují problematiku umírání a smrti, je potřeba poznamenat, že 10,0 % dotazníků bylo vrácených s odmítnutím příliš choulostivých a tabuizovaných

otázek a byť mnozí respondenti označili, že pro ně aspekty umírání a smrti tabuizovány nejsou, na některé další otázky nechtěli odpovídat, protože jim přišly nevhodné, nechtěli nad nimi přemýšlet a styděli se o nich mluvit. Totožné zkušenosti se dostalo i Feifelovi v roce 1973 (Yalom, 2006), který popisuje zkušenosti z dotazování se specifík umírání a smrti, kdy byl obohacen pocity prvotního zaskočení, tichosti, emocionální vypjatosti, nepochopení či odmítnutí. Toto souvisí i s názorem Haškovcové (2007), která definuje všeobecná témata o umírání a smrti společností více akceptovatelná, než konkrétní prožitky a drobné nuance, které člověka více nutí přemýšlet o své vlastní smrtelnosti. Právě smíření se s vlastní smrtelností a se smrtelností blízkých osob, byla předmětem našeho dalšího bádání, které jsme testovali na otázkách: „*Nakolik jste ztotožněn/a se svou vlastní smrtelností?*” a „*Nakolik jste ztotožněn/a se smrtelností svých blízkých?*”

Výsledky výzkumů ukazují, že smíření se s vlastní smrtelností se přímo prolíná do poskytované péče a tím pádem ovlivňuje i kvalitu života umírajících jedinců a jejich rodin. Svatošová (2008) podotýká, že smíření lidem umožňuje o těchto problematických tématech mluvit i je prožívat. O důležitosti smíření se s vlastní smrtelností hovoří i Haškovcová (2007), která tento bod vidí jako nepostradatelný ve vyřešení posledních věcí v životě člověka. Židé uváděli, že jsou se svou vlastní smrtelností ztotožnění maximálně (66,0 %) a spíše ano (26,0 %). Podobné výsledky přináší ztotožnění se se smrtelností svých blízkých, které židé nejvíce vyjádřili nejkrásnější kladnou odpovědí maximálně (67,5 %) a spíše ano (25,5 %). Křesťané sice ve větším procentuálním zastoupení odpovědí uvedli, že jsou maximálně (42,9 %) a spíše (24,8 %) smíření se svou vlastní smrtelností, zároveň však uvedli, že spíše nejsou (22,0 %) a vůbec nejsou (10,0 %) smíření se smrtelností svých blízkých. Podobně jako křesťané odpovídali i buddhisté, ale z analýzy jejich odpovědí je patrné, že přikládají smrtelnosti stejný význam u své osoby jako u osob blízkých, což dokazují tato čísla vždy v zastoupení vlastní smrtelnosti a smrtelnosti svých blízkých a to v maximální možné míře (49,5 %; 45,5 %), spíše ano (32,5 %; 27,5 %), středně (6,0 %; 8,0 %), spíše ne (11,0 %; 14,5 %) a vůbec ne (1,0 %; 4,5 %). Nerozdělování významu smrti deklaruje i Cheng (2017). Odpovědi muslimů jsou oproti předchozím minoritám řazeny sestupně, neboť maximálně je se svou smrtelností smířeno 22,5 %, spíše ano 34,0 %, středně 14,0 %, spíše ne 23,0 % a vůbec ne 6,0 %. Ztotožnění se smrtí svých blízkých je nejvíce zastoupeno ve dvou krajních negativních odpovědích, tzn. spíše ne (23,5 %) a vůbec ne (21,0 %). Nejhomogennější rozdělení odpovědí jsme zaznamenali u ateistů, kde byly

všechny odpovědi týkající se ztotožnění se svou vlastní smrtelností zastoupené téměř jednou pětinou a to oproti ztotožnění se se smrtí svých blízkých, kde odpovědi respondentů rostly od kladné po zápornou vzestupnou tendenci. Smířenost se smrtelností svých blízkých udávali ateisté v maximální možné míře pouze v 7,5 %, spíše ano v 14,5 %, středně v 16,8 %, spíše ne ve 22,8 % a nejvíce zastoupenou odpovědí byla odpověď vůbec ne (38,0 %).

V této souvislosti nás zajímalo, zda existují statisticky významné vztahy mezi strachem z umírání a strachem ze smrti a smířením se s vlastní smrtelností. Analýza výsledků s sebou přinesla skutečnost, že respondenti, kteří se statisticky významně méně bojí umírání a smrti, jsou statisticky významně více ztotožnění se svou vlastní smrtelností. Důvod změny detabuizace umírání a smrti, zmírnění či zesílení strachu a smíření se se smrtelností většinou přichází až v momentech, kdy se člověka nějakým způsobem umírání či smrtí dotkne (Morgan, 2017). Nedostatek informací o finalitě života v dnešním postmoderním světě nehrozí a to již z důvodu médií, která nás čím dál častěji zahlcují zprávami s katastrofickými scénáři, a právě obraz umírání a smrti, je důvod tak častého přepínání obrazovek našich televizorů, přeladění frekvencí našich rádií, otočení listu novin. V těchto případech máme na vybranou, buď tyto informace chceme, nebo nechceme přijmout. V životě plném zvratů a nečekaných událostí však mohou nastat chvíle, kdy si člověk nemůže vybrat, zda chce nebo nechce. A proto nás zajímala osobní zkušenost a kontakt s umírajícím a mrtvým, které byly předmětem našich dvou otázek: „*Byl jste někdy v kontaktu s umírajícím?*” a „*Byl jste někdy v kontaktu se zemřelým?*” 88,0 % židů uvedlo, že bylo v kontaktu s umírajícím člověkem a téměř stejný počet (89,0 %) židů uvedl, že již někdy byl v přímém kontaktu se zemřelým. Poměrně vysokých čísel jsme se dočkali i u skupiny křesťanů, kteří uvedli, jak kontakt s umírajícím (74,3 %), tak se zemřelým (68,4). V nadpoloviční většině se buddhisté setkali, jak s umírajícím (67,0 %), tak se zemřelým (61,5 %). Muslimové uvedli, jak kontakt s umírajícím (70,5 %), tak i se zemřelým (72,5 %). Ateisté uváděli nejnižší frekvenci setkání jak s umírajícím (51,7 %), tak i se zemřelým (44,8 %). V této souvislosti nás zajímalo, zda existují statisticky významné vztahy mezi strachem z umírání a strachem ze smrti a kontaktem s umírajícím člověkem a kontaktem s mrtvým. U věřících bylo prokázáno, že existuje staticky významný vztah spojený se strachem z umírání a ze smrti, který ukázal, že ti, kteří se statisticky výrazně méně bojí

smrti nebo se jí nebojí vůbec, byli statisticky mnohem častěji v kontaktu s umírajícím a se zemřelým.

U nevěřících byl prokázán statisticky významný vztah, který ukazuje, že ti, kteří mají maximální strach z umírání a ze smrti, byli méně často v kontaktu s umírajícím i s mrtvým. Tento výsledek jsme očekávali, neboť je dokázáno, že přímý kontakt s finalitou života zmírňuje strach, protože dává umírání i smrti reálnější podobu.

V rámci kvantitativní analýzy dat byla testována poslední hypotéza: **„Existuje statisticky významný vztah v postoji vítaného přijetí smrti u lidí věřících a nevěřících“**. Tato hypotéza byla potvrzena a na základě jejího testování lze vyslovit konkrétní závěr, že existuje statisticky významný vztah v postoji vítaného přijetí smrti u věřících, v našem případě u židů, křesťanů, buddhistů a muslimů v komparaci s nevěřícími. Věřící osoby mají vstřícnější postoj ke smrti, než osoby nevěřící (viz tabulka 48). Statisticky významný rozdíl byl zjištěn u všech postojů, kdy strach ze smrti průměrně skórují věřící hodnotou 3,5 a nevěřící 4,4; vyhýbavý postoj ke smrti průměrně skórují věřící hodnotou 3,3 a nevěřící 5,5; neutrální přijetí smrti průměrně skórují věřící hodnotou 5,8 a nevěřící 4,9 a únikové přijetí průměrně skórují věřící hodnotou 3,6 a nevěřící 4,8.

Cicireli (2011) provedl studii zabývající se rozdíly v postoji ke smrti a spiritualitou, na základě čehož došel k závěru, že věřící lidé pocítují větší strach ze smrti, ale menší vyhýbaní a vstřícnější přijetí smrti, než osoby nevěřící. Větší strach ze smrti u nevěřících se nám nepotvrdil, neboť naši nevěřící respondenti uváděli strach ze smrti oproti věřícím statisticky významně častěji. Christopher et al. (2006) také přinesl výsledky studie, které prokázaly statisticky významný vztah mezi náboženským přesvědčením a pozitivním postojem ke smrti, na základě čehož bývá smrt snadněji přijímána. Tento fakt dokazuje i Machů (2016) přicházející se zajímavými zjištěními mapující statisticky významnou odlišnost mezi vírou či nevírou a strachem ze smrti. V jejím výzkumu potvrzuje hypotézu, že respondenti zastávající náboženské přesvědčení mají statisticky významně méně negativní postoje ke smrti než respondenti bez náboženského vyznání.

Na základě výsledků v rozdělení věřících a nevěřících nás dále zajímalo, zda existují rozdíly v postojích ke smrti a pohlavím a věkem. Diverzitou strachu ze smrti s pohlavím se zabýval i výzkum Rose a O'Sullivan (2002), kde byl prokázán statisticky významný

vztah mezi pohlavím, kdy ženy významně častěji pociťují strach ze smrti. Nám se toto potvrdit nepodařilo, neboť strach ze smrti statisticky významněji uváděli muži (viz graf 70). Naše zjištění potvrzuje i Vágnerová (2005), která ženám přisuzuje reálnější představu žití po smrti a s tím spojené větší smíření se.

Russac et al. (2007) přinesl zajímavou studii mapující úzkost ze smrti v průběhu dospělosti. Překvapivým zjištěním bylo, že nejintenzivnější úzkost pociťují adolescenti, s vyvrcholením u obou pohlaví ve 20. roce života. K podobným výsledkům došla i Jackson (2008), která zkoumala vliv věku, pohlaví a sebeúcty na úzkost ze smrti. Výzkum odhalil, že starší dospělí a ženy prožívají větší úzkost ze smrti oproti mužům. Viney (1984) v rané studii nezjistil signifikantní závislost věku a úzkosti ze smrti. Haškovcová (1991) uvádí, že s přibývajícím věkem klesá strach ze smrti, nám se však podařilo zjistit, že naopak s přibývajícím věkem roste strach ze smrti u křesťanů, buddhistů a muslimů (viz tabulka 36).

Výše uvedený text je věnován specifickým znakům vyjádřeným z popisné a vztahové statistiky, které vybraným minoritám náleží a vzhledem k tomu, že si v převážné většině přejí respektovat své odlišnosti i v období hospitalizace, bylo pro nás stěžejní zjistit odpověď na výzkumnou otázku: **„Jaká specifika v oblastech transkulturálních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti mají vybrané minority na území České republiky“?** Analýza polostrukturovaných rozhovorů přinesla zajímavé výsledky (diagram 1). Zatímco sami informátoři udávali, že nemají žádná specifika, která by vyžadovali, při podrobnějším zkoumání jsme došli k závěru, že specifika mají nepřehledné množství, ale protože jsou daným komunikačním partnerům vlastní, sami je za zvláštnosti nepovažují. Na tento fakt upozorňuje i Tóthová et al. (2012), která popisuje, že si člověk častokrát neuvědomuje zvláštnosti jiných osob, neboť se od něj vnějšími znaky příliš neliší. Specifika náboženských minorit spočívají především v potřebě čerpání energie ze svých modliteb/meditací, četbou náboženských textů a společenství ostatních věřících s preferencí blízkých osob. Informanti uvádějí potřebu modlitebních pomůcek, která s případnou hospitalizací klesá. Na základě výpovědí je možné konstatovat, že věřící osoby preferují svůj tradiční oděv, který využívají především v době modliteb. Přejí si rozloučit se se svým blízkým v nemocničním zařízení dle svého kulturního přesvědčení, kde by mohli uplatnit své zvláštnosti jak v péči o umírajícího, tak v péči o mrtvé tělo, s kterou následně souvisí i rituální omývání těla, speciální oblékání mrtvého, darování speciálních předmětů a ukládání

mrtvého do speciální polohy. O důležitosti výše zmíněného svědčí i fakt, že s nimi souvisí doba, do které je zvykem vykonat v dané kultuře pohřeb, který je většinou s preferencí do země, dále délka držení smutku i jeho projevy. Je důležité poznamenat, že náboženské minority mají omezení některých činností v období svátků a rituálů spojených s omezením v jídelníčku, jak sami však uvádějí, s blížící se smrtí a životem v české ateistické společnosti některé nároky klesají a ztrácejí na významu. Ty nejstříktnější zajistí rodina, s ostatními se umírající může vyrovnat na základě svých modliteb/meditací, promluvou s Bohem či vyšší mocí, popř. sám se sebou.

Druhá výzkumná otázka zněla: **„Jakým způsobem si vybrané minority na území České republiky přejí respektovat transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory při umírání a smrti“?** Odpověď informantů spočívala v hodnocení způsobu vhodné péče na základě 7 ctností, jimiž jsou humilitas, liberatis, humanitas, patientia, castitas, frenum a industria (diagram 2). Tento fakt dokazuje, že minority vyžadují lidský přístup s chápáním člověka jako holistické bytosti, který stojí na tradičních hodnotách lidského společenství. Tímto se zabývala i Kübler - Ross (2012), která tvrdí, že přesto, že si uvědomuje diverzitu transkulturních rysů v oblasti umírání a smrti, jsou si tyto aspekty tolik blízké všem lidem, že ač žijeme v globalizovaném světě plném pohybu, přání na způsob poskytování péče je postaven na tradičních hodnotách, které nic nestojí.

Třetí výzkumná otázka zněla: **„Jaké zkušenosti mají vybrané minority na území České republiky s poskytováním transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti“?** Všichni informanti měli zkušenosti s poskytováním péče v období umírání a smrti a jednoznačně se shodli, že sestry mají dostatek kulturních kompetencí a to zejména proto, že respektují lidskou důstojnost a zapojují rodinu do péče (diagram 3). Jako negativní zkušenost hodnotili absenci holismu, který vysvětlovali nedostatkem času a nerespektováním specifik z důvodu kulturní slepoty. Kulturní slepotu přitom Jeffreys (2010) definuje jako stav, kdy jedinec nedokáže zřetelně vnímat, že je jeho vlastní konání kulturně předpojaté. Tato skutečnost vede k zamyšlení, jak zlepšit péči pacienty z jiných kultur.

Na základě předvýzkumu se zástupci jednotlivých minorit a focus group se sestrami jsme zjišťovali odpověď na otázku: **„Jaké jsou možnosti využití koncepčního modelu ošetrovatelského posuzování Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar**

a koncepčního modelu kulturních kompetencí Larry D. Purnell u vybraných minorit na území České republiky“?

Pomocí focus group jsme ověřovali návrh modifikované ošetrovatelské anamnézy u sester, která je vhodným prostředkem k poskytování kulturně vhodné péče, neboť je k poskytování co nejvyšší kvality poskytované péče zapotřebí, aby sestry ovládaly kulturní kompetence, protože jejich neznalost může významnou měrou snížit kvalitu života pacientů i jejich rodin (tabulka 39a, 39b). Z našeho pohledu je využití předkládaných koncepčních modelů velmi vhodné, neboť hodnotí člověka jako holistickou bytost a jejich aplikace není náročná, neboť pracuje s konkrétními intervencemi, které by sestra měla vykonávat. V kvalitativním výzkumu se sestrami jsme však zjistili, že některé sestry pozbývají smyslu v získávání kulturních kompetencí, což se odrazilo i ve výpovědích informantů z předvýzkumu, kdy u sester absentovali holismus, který spočívá v nedostatku času a nerespektování specifik z důvodu kulturní slepoty. Přitom jsou kulturní kompetence hlavním faktorem pro poskytování kulturně diverzifikované péče a tudíž nepostradatelnou součástí dnešní moderní ošetrovatelské profese (Kutnohorská, 2013). Z osobnostních předpokladů vyplynulo, že sestry potřebují více tolerance, kterou Goldstücker (1998) definoval jako: *...„umělou květinu, která poprvé vyrostla a vykvetla na vysokém stupni mravního zrání, kdy člověk v člověku z jiného společenství spatřil bližního, jemuž nemá činit, co si sám nepřeje pro sebe, Zakořenit tuto květinu v mysli zástupců byla odjakživa práce nesnadná, stálý zápas s nepřízní půdy i podnebí, stálá nutnost začínat znovu po bouřích a erupcích. Ve světě kolem nás, vyzývajícím k rychlému zbohatnutí a zároveň proniknutém obavami o budoucnost, je to úsilí obzvláště těžké“* (Goldstücker, 1998, s. 33).

S tímto souvisí i poslední výzkumná otázka, která zněla: ***„Jaké jsou možnosti využití modifikované ošetrovatelské dokumentace u vybraných minorit na území České republiky“?*** Minority mají rituály, které podmiňují jejich kulturu, jak mimo jiné znázorňuje graf 6, jejich specifikace tkví zejména ve filosofii náboženského vyznání či osobního přesvědčení (graf 7). Židé, křesťané, buddhisté a muslimové si více přejí zachovávat rituály i v období nemoci a při hospitalizaci (graf 8), které jsou podle nich z převážné většiny zdravotnickými pracovníky respektovány (graf 9). Modifikovaná verze dokumentace poskytuje jasný návrh na komplexní zhodnocení pacienta jako holistické bytosti s respektováním kulturních zvláštností. Některé sestry vidí vhodnost

využití modifikované ošetrovateľskej dokumentácie u vybraných minorít na území Českej republiky, niektoré nevidia prínos vo využívaní jakékoliv dokumentácie, preto si dovoľujeme diskusiu ukončiť citátom od zakladateľky transkultúrneho ošetrovateľstva:

„Až sestry pochopia a uplatnia etické princípy vo všetkých oblastiach transkultúrnej starostlivosti, dosiahneme jedného z najväčších ľudských cieľov ošetrovateľstva.“ (Leininger, 1992, s. 423)

6. ZÁVĚR

Předložená disertační práce poskytuje ucelený pohled na problematiku transkulturních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti vybraných minorit na území České republiky. Pro dosažení předem stanovených cílů bylo využito kombinace kvalitativního a kvantitativního vědeckého přístupu. V prvopočátku byl realizován předvýzkum se zástupci vybraných minorit, což přineslo odpovědi na výzkumné otázky, které pomohly odhalit stěžejní aspekty k hlavnímu kvantitativnímu šetření, ve kterém bylo stanoveno 7 hypotéz, jejichž testování ukázalo, že se transkulturní rysy, pravidla a kulturní vzory v období umírání i smrti liší dle náboženského vyznání či osobního přesvědčení a u vybraných specifikací se liší i na základě míry subjektivní identifikace s náboženským vyznáním či osobním přesvědčením. Dále se nám podařilo prokázat, že tabuizace problematiky umírání a smrti úzce souvisí se smířením se s vlastní smrtelností i fakt, že věřící osoby smrt přijímají snadněji, protože s otázkami života a smrti pracují již v průběhu života. Realizované kvalitativní šetření se sestrami sloužilo ke zjištění možnosti využití transkulturních koncepčních modelů a následnému ověření modifikované ošetrovatelské anamnézy, čímž se nám podařilo zjistit informovanost sester o transkulturních rysech, pravidlech a kulturních vzorech při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky. S ohledem na výše uvedené považujeme stanovené cíle za naplněné.

Do moderní ošetrovatelské profese přinášíme komplexní pojetí problematiky transkulturního paliativního ošetrovatelství a do klinické praxe návrh ošetrovatelské anamnézy, jejíž obsah plně vyhovuje osobám, o které pečujeme a které doprovázíme. Výzkum identifikoval konkrétní vzorce chování, které jsou napříč kulturami odlišné a vzhledem k tomu, že informanti uváděli částečnou nespokojenost s poskytováním ošetrovatelské péče, bylo by vhodné implementovat žádoucí podmínky do ošetrovatelských plánů péče napříč všemi spektry zdravotnických zařízení v České republice. Význam této disertační práce spatřujeme i v tom, že přinesla do české sekulární společnosti jednoznačný přínos náboženství v aspektech finality života. V kontextu sekularizace společnosti a duchovní potřebou věřících, by bylo vhodné sestry více vzdělávat nejen v transkulturním ošetrovatelství, aby tak nabyly kulturních kompetencí, které jsou pro poskytování co nejvyšší kvality péče o osoby z jiných kultur nezbytné, ale též v oblasti duchovní podpory pacientů. Pro realizaci vhodných

podmínek vedoucích k zachování duchovního způsobu života, je zapotřebí zajistit multidisciplinární spolupráci pacientů a osob se stejným náboženským přesvědčením, a pokud z jakýchkoliv důvodů nelze saturovat spirituální potřeby ze stran profesionálů, je potřeba vytvořit vhodné podmínky pro spolupodílení se rodiny umírajícího a zemřelého na péči, která zůstává i v posledních okamžicích života na prvním místě hodnotového žebříčku.

Na základě výzkumu jsme zjistili nepřehledné množství proměnných, které se svou zajímavostí již nyní stávají podnětem pro potřebu hlubšího zkoumání transkulturálních rysů, pravidel a kulturních vzorů při umírání a smrti u vybraných minorit na území České republiky.

Pokud se po přečtení této práce v čtenáři zrodí otázky po smyslu života a důležitosti holistického přístupu v péči o pacienta, jenž přichází s obavou, strachem, bolestí a nejistotou do neznámého prostředí, odloučen od své rodiny, když obzor smrti už je na dohled, pak splnila svůj účel. Pokud v nás přiblížení problematiky smrti vyvolalo úzkost, nesmutněme, protože i kdyby smrtí končilo všechno, budou naše životy reprezentovány v ostatních bytostech, ať v podobě nehmotných vzpomínek v myslích našich blízkých nebo v podobě hmotných genů zapsaných v DNA lidských buněk, kde v jedné buňce je zakódováno celé tělo a v každém těle je zakódován celý svět. Ať už je život umíráním nebo smrt životem, záleží na tom, jak s fondem 86 400 vteřin, který je nám každý den přidělen, naložíme...

6.1 Modifikovaná ošetřovatelská anamnéza

1) Teoretická východiska

Základní informace - Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar

Předpoklady pro poskytování kulturně ohleduplné péče

- *kulturní profil studenta* – uvědomění si svých postojů, hodnot, kulturního dědictví a kulturně podmíněných vzorců chování
- *kulturní profil sestry* – uvědomění si svých znalostí, postoje, předsudků vůči kultuře a pochopení odlišností v kulturních hodnotách pacientů/klientů

Oblasti ošetrovateľského posudzovania

- *kultúrne svébytný jedinec* – miesto narodenia a popis kultúry očami jedinca; rasa a dĺžka pobytu v zemi
- *komunikácia* – zhodnotenie jazykovej vybavenosti, mimoslovné prejavy, gesta, reakcie na dotek
- *prostor* – vnímanie priestoru, jeho vymedzenie a členenie
- *sociálne začlenenie* – zhodnotenie rodinného života, zdravotní a rodinný stav (vč. počtu detí), život vo viacgeneračných rodinách
- *pojetie času* – vnímanie času na ose minulosť, prítomnosť a budúcnosť; denné rozvrženie aktivít
- *vplyv výchovy a prostredia* – hodnotová orientácia, víra, náboženské vyznanie, možnosť kontrolovať svoj život
- *biologické odlišnosti* (vč. konštitúcie, farba pokožky, hustota vlasov a nutričného stavu)

Základná informácia - Model získavania kultúrnych kompetencií Larry D. Purnell

Kultúra je jednou z determinant ošetrovateľskej starostlivosti s dopadom na realizované ošetrovateľské intervencie. Vzhľadom k tomu, že každý má právo na rešpektovanie jedinečnosti kultúrneho dedičstva, patrí znalosť kultúrnych odlišností k podstatným aspektom zdravotníckej profese.

- Je súhrnom vzorců chováni, umění, hodnot, víry, zvyků, životního stylu a produktů lidské práce a myšlení, které podléhají vlivu vnějších faktorů a globalizaci.
- Je předávána v procesu socializace (primárně v rodinách).

Kulturní kompetence jsou získávány v procesu počínajícím na úrovni nevědomé nekompetentnosti (čili nepřipouštěním si faktu o nedostatku znalostí o jiné kultuře), dále pak vědomé nekompetentnosti (čili uvědomění si neznalosti), vědomé kompetentnosti a výsledně nevědomé kompetentnosti (čili automatickým poskytováním kulturně ohleduplné péče).

Základní struktura modelu

Globální společnost, komunita, rodina a osobnost jedince coby prvky, které jsou v interakci s 12 oblastmi (doménami) vyjadřujícími oblasti kulturního dědictví. Pozornost je věnována i neznámým proměnným, které se mohou ve vztahu ke kulturním skupinám vyskytovat.

- Osobnost je soběstačným individuem, bio-psycho-socio-kulturní bytostí s možností neustále se adaptovat.
- Rodina je charakterizována společenstvím lidí spojených vzájemnou citovou vazbou (pokrevní příbuznost není podmínkou).
- Komunita je označením pro skupinu lidí s podobnými nebo shodnými zájmy, kteří žijí na určitém území.
- Globální společnost – světónázor.
- Domény – oblasti:
 - přehled a dědictví – informace o zemi původu, současném místě pobytu, ekonomických a politických faktorech, podnětech pro emigraci a hodnotové orientaci s ohledem na vzdělání
 - komunikace – zhodnocení jazykové vybavenosti, dialektu, využívání jazyka (vč. paralingvistických projevů – výška hlasu, tón, pauzy, intonace atd.), neverbální komunikace a odlišnosti ve vnímání času na ose minulost – přítomnost - budoucnost
 - rodina – role a organizace rodiny – zhodnocení rodinného uspořádání vč. rolí, které jedinec v rodině plní (kdo je autoritou, jaký má status atd.), postoj k manželství, rozvodu a sexuální orientaci
 - problematika zaměstnanosti – zhodnocení uplatnitelnosti na trhu práce s ohledem na původ, jazykovou vybavenost i způsob poskytování zdravotní péče
 - biokulturní ekologie – zhodnocení biologických, psychologických a fyziologických vlastností (barvy kůže, tělesné konstituce, výskytu dědičných chorob, metabolismu atd.)
 - vysoce rizikové chování – užívání návykových látek (kouření, alkohol, drogy), ale také sexuální praktiky, fyzická aktivita, provozování rizikových sportů a využívání ochranných pomůcek

- výživa – zhodnocení výživového stavu (vč. základních ukazatelů – BMI, výška, hmotnost), dietních omezení s důrazem na rituály spojené s výživou a význam stravy v dané kultuře
- těhotenství a rodičovská praxe s důrazem na otázky rodičovství, způsobu porodu, ale i postoj k potratům či umělému oplodnění
- smrt a s ní spojené rituály (vč. postoje k eutanázii)
- spiritualita – náboženské vyznání, víra a praktiky spojené s náboženstvím
- zdravotnické praktiky – zhodnocení preventivních aktivit ve vztahu k udržení pevného zdraví; vnímání a definování nemoci (vč. postoje k dárce orgánů, transplantacím, vnímání bolesti apod.)
- poskytovatelé zdravotnické péče – postoj k využívání tradiční, alternativní i západní medicíny, preference pohlaví u poskytovatelů péče

2) Ošetrovatelská anamnéza

I.

a) Základní anamnestické údaje:

- věk
- pohlaví – muž x žena
- vývojové stádium (dle WHO):
 - období plné dospělosti 18–29 let
 - období mladého věku 30–44 let
 - období středního věku 45–59 let
 - období stárnutí 60–74 let
 - období starého věku 75–89 let
 - období stařecké 90 let a více
- zdravotní stav
- sociokulturní zařazení (např. student, zaměstnanec, OSVČ...)
- rodinné zázemí (vdaná/ženatý, rozvedená/rozvedený, vdova/vdovec; počet dětí; s kým žije v domácnosti atd.)
- bydliště

b) Domény kulturního posouzení

- Charakteristika původní kultury – místo narození, současný pobyt, socioekonomické zázemí, politické faktory (vč. podnětů pro emigraci).

- Zhodnocení komunikace – jazyková vybavenost (prvky verbální i neverbální komunikace), paralingvistické jevy.
- Zhodnocení pojetí času – vnímání času na ose minulost – přítomnost – budoucnost.
- Rodina a sociální začlenění – zhodnocení vlivu výchovy a prostředí (vč. hodnotové orientace), organizace rodiny a její uspořádání; postoj k manželství, rozvodům, sexuální orientaci a problematika rizikového chování (užívání návykových látek, sexuální praktiky apod.).
- Mortalita – smrt a s ní spojené rituály, postoj k eutanázii, případné požadavky a přání; náboženské vyznání a zvyklosti (praktiky).
- Zhodnocení výživy – výživového stavu (vč. základních ukazatelů – BMI, výška, hmotnost), dietních omezení s důrazem na rituály spojené s výživou a význam stravy v dané kultuře.
- Biologické odlišnosti (tělesná konstituce, barva pokožky, hustota vlasů), psychologické a fyziologické vlastnosti.
- Zdravotnické praktiky – zhodnocení preventivních aktivit (primární, sekundární i terciární oblast), postoj k dárcoství orgánů, transplantacím, vnímání bolesti a definování nemoci – zdraví i s ohledem na využívání tradiční, alternativní a západní medicíny; preference pohlaví poskytovatelů zdravotní péče.

II.

Identifikovaný deficit.

III.

Zvolený ošetrovatelský zásah se zohledněním kulturních specifik.

Ošetřovatelská anamnéza		Identifikace pacienta:
		Kontakt na osobu blízkou:
I. Základní anamnestické údaje		
Věk:	Pohlaví: ☐ muž ☐ žena	Alergie: ☐ ne ☐ ano:
Zdravotní stav: * ☐ fyzický stav ☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☹ ☐ psychický stav ☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☹		
Zhodnocení komunikace:		
Potřeba tlumočníka: ☐ ano ☐ ne Možnost využití rodinného příslušníka jako tlumočníka: ☐ ano ☐ ne Možnost využití piktogramů: ☐ ano ☐ ne		Původní jazyk: Využívaný druh písma:
Požadavky pacienta ve vztahu ke komunikaci:		Porozumění českému jazyku: ☐ slovem 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☐ písmem 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Sociokulturní zařazení: ☐ studující ☐ nezaměstnaný/á ☐ OSVČ, podnikatel ☐ zaměstnanec v zaměstnaneckém poměru ☐ invalidní důchodce (částečný, plný) ☐ starobní důchodce ☐ žena v domácnosti ☐ rodičovská, mateřská dovolená ☐ jiné:		Rodinné zázemí: Rodinný stav: ☐ svobodný/á ☐ ženatý/vdaná ☐ rozvedený/rozvedená ☐ vdovec/vdova Počet dětí: Osoby ve společné domácnosti: ☐ žiji sám/sama ☐ manžel/manželka ☐ druh/družka ☐ rodiče ☐ děti ☐ širší rodina ☐ jiné:
Bydliště: ☐ vesnice (menší obec) ☐ město ☐ velkoměsto	Způsob bydlení: ☐ dům ☐ byt ☐ domov pro seniory ☐ dům s pečovatelskou službou ☐ jiné:	
II. Domény kulturního posouzení:		
Charakteristika původní kultury:		
Místo narození:	Současný pobyt:	
Podněty pro emigraci: ☐ ekonomické pohnutky ☐ politické pohnutky ☐ náboženské pohnutky ☐ jiné:	Druh pobytu: ☐ krátkodobý pobyt (nepřekračuje 90 dnů) ☐ dlouhodobý pobyt (90 dnů až 60 měsíců) ☐ trvalý pobyt ☐ nejsem hlášen/a ☐ jiné:	
Zdravotní pojištění:		

☐ veřejné zdravotní pojištění ☐ komerční pojištění- zdravotní pojištění pro případ neodkladné péče ☐ komerční pojištění - zdravotní pojištění pro případ komplexní péče ☐ nejsem pojištěn/pojištěna ☐ nevím ☐ jiné:		
Náboženské vyznání: ☐ žádné ☐ judaismus ☐ křesťanství ☐ buddhismus ☐ islám ☐ jiné:		Zvyklosti spojené s vírou, náboženským vyznáním: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Zhodnocení pojetí času:		
Odlišnosti ve vnímání času: ☐ ☐ ☐		Významné dny a svátky: ☐ ☐ ☐
Rodina a sociální začlenění:		
5 nejvyšších hodnot: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Postoj k interrupci: ☐ zcela souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ zcela nesouhlasím	Postoj k antikoncepci: ☐ zcela souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ zcela nesouhlasím
Postoj k mimomanželskému pohlavnímu styku: ☐ zcela souhlasím ☐ spíše souhlasím ☐ nevím ☐ spíše nesouhlasím ☐ zcela nesouhlasím	V rodině rozhoduje: ☐ já ☐ děti ☐ manžel/manželka ☐ rodiče ☐ prarodiče ☐ sourozenci ☐ jiné:	Role zastávané v rodině: ☐ žádná ☐ výchova dětí ☐ chod domácnosti (vaření, úklid ...) ☐ rozhodování ☐ financování rodiny ☐ jiné:
Užívání alkoholu: ☐ ne ☐ ano: frekvence:	Užívání drog: ☐ ne ☐ ano	Kouření: ☐ ne ☐ ano: frekvence:
Mortalita:		
Rituály spojené se smrtí: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
Zhodnocení výživy:		
Základní zdravotní ukazatele: ☐ výška: ☐ hmotnost: ☐ BMI: ☐ obvod paže:	Nutriční screening: ☐ neproveden ☐ proveden – výsledek:	Zvyklosti spojené s výživou: ☐ ☐ ☐ ☐

☐ obvod pasu: ☐ TK: ☐ TT:	Dietní omezení: ☐ ano ☐ ne Dieta č.	☐ ☐ Potřeba kontaktovat nutričního terapeuta: ☐ ano ☐ ne
Pokud to bude možné, preferuji zajištění stravování rodinou: ☐ ano ☐ ne		
Biologické odlišnosti:		
Tělesná konstituce ☐ astenický typ (vysoký, štíhlý, slabé svalstvo) ☐ atletický typ (silně vyvinutá kostra, výrazné svalstvo) ☐ pyknický typ (menší, zakulacená postava, slabé svalstvo)		
Psychologické, fyziologické vlastnosti:		
Zdravotnické praktiky:		
Specifika v oblasti zdravotnických praktik (např. omezení spojená s dárcovstvím orgánů, transplantacemi, transfuzemi apod.): ☐ ☐ ☐ ☐		
Zdraví vnímám jako:		
Nemoc vnímám jako:		
Při ošetřování preferuji: ☐ osobu stejného pohlaví ☐ osobu opačného pohlaví ☐ na pohlaví nezáleží	V případě onemocnění preferuji: ☐ tradiční medicínu ☐ západní medicínu ☐ kombinaci tradiční a západní medicíny ☐ jiné:	
V rámci předcházení onemocnění: ☐ docházím na pravidelné lékařské prohlídky ☐ se věnuji pravidelným pohybovým aktivitám ☐ dbám o své stravování ☐ snažím se udržet si stálou hmotnost ☐ otužuji se ☐ nedělám nic ☐ jiné:	V případě nemoci zachovávám rituály: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
III. Identifikovaný deficit		
Deficit: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Míra dopadu: ☐ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☐ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☐ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☐ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☐ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ☐ 1 – 2 – 3 – 4 – 5	
IV. Zvolený ošetřovatelský zásah se zohledněním kulturních specifik		
☐ ☐		

- ☐
- ☐

Ošetřovatelská anamnéza vznikla v rámci grantového projektu GAJU realizovaného za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity (GAJU) v Českých Budějovicích v rámci týmového grantového projektu, který nese název „Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi“, č. 048/2015/S.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ABD AL-‘ÁTÍ, H., 2010. *Zaostřeno na islám*. Praha: Ústředí muslimských obcí. 203 s. ISBN 978-80-904373-6-4.

AL-SBENATY, A., 2003. *Islamské právo: oblast mieru a vojny*. Bratislava: Alja. 79 s. ISBN 978-80-9682-623-0.

ANASTASSIADOU, H., 2002. *Transkulturní péče – podněty z praxe*. 1. vydání. Praha: Grada. 21 s. ISBN 80-247-0536-2.

ANDREWS, M. M., BOYLE, J. S., 2008. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 487 p. ISBN 978-0-7817-9037-6.

ARIÈS, P., 2000. *Dějiny smrti: zdivočelá smrt*. 1. vydání. Praha: Argo. 410 s. ISBN 80-720-3293-3.

ASSMANN, J., 2006. *Religion and Cultural Memory: Ten Studies*. Stanford: Stanford University Press. 222 p. ISBN 978-0-8047-4523-9.

BAHBOUH, Ch., FLEISSIG, J., RACZYŃSKI, R., 2008. *Encyklopedie islámu*. 1. vydání. Brandýs nad Labem: Dar ibn Rushd. 366 s. ISBN 978-80-86149-48-X.

BAKALÁŘ, P., 2003. *Tabu v sociálních vědách*. Praha: Votobia, 343 s. ISBN 80-7220-135-2.

BALTHASAR, H. U., 1998. *Cesty k ujasnění: rozlišování duchů*. 1. vydání. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 179 s. ISBN 80-85959-17-8.

BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BASKIN, J., 2011. *The Cambridge Dictionary of Judaism and Jewish Culture*. 1st pub. New York: Cambridge University Press. 716 p. ISBN 978-0-521-82597-9.

BAŠTECKÁ, B. et al., 2013. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada Publishing a.s. 317 s. ISBN 9788024741956.

BENEDIKT XVI, 2008. *Ježíš Nazaretský*. 2. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister & Principal, 269 s. ISBN 978-80-87029-33-6.

BENEDICTOVÁ, R, 1999. *Kulturní vzorce*. 1. vydání. Praha: Argo. 223 s. ISBN 80-7203-212-7.

BLAHA, J., 2016. *Tóra a láska: hebrejská poesie, mystika a píseň současnosti*. Praha: Josef Blaha. 120 s. ISBN 9788027002597.

BLATNÝ, M., 2010. *Psychologie osobnosti - Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing a.s. 301 s. 978-80-2473-434-7.

BLUMENTHAL-BARBY, K., 1987. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum. 149 s. ISBN 08-052-87.

BONDY, E., 1991. *Indická filosofie*. 1. vydání. Praha: Sdružení na podporu na vydávání časopisů. 237 s. ISBN 9788085239072.

BRAND, Y., 2010. Religious Medical Ethics. *Journal of Religious Ethics*. 38(3), 495-520. doi: 10.1111/j.1467-9795.2010.00443.x

BREGMAN, L., 2003. *Death and Dying, Spirituality, and Religions: a Study of the Death Awareness Movement*. 1. vydání. New York: Peter Lang. 251 s. ISBN 08-204-6729-4.

BREGMAN, L., 2010. *Religion, death, and dying*. Santa Barbara, Calif: Praeger. 275. ISBN 9780313351808.

BRUMLIK, M., 2012. *Judaismus*. 1. vydání. Praha: Grada, 93 s. ISBN 978-802-4739-144.

BRODIE, R., KELMAN, V., 2003. *Jewish Family Education: A Casebook for the Twenty-First Century*. Los Angeles: Torah Aura Productions. 187 p. ISBN 1-891662-17-1.

BULLIVANT, S.S., RUSE, M., 2013. *The Oxford Handbook of Atheism*. UK: OUP Oxford, 763 p. ISBN 978-0-19-964465-0.

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vydání. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

CICIRELI, V.G., 2011. Religious and nonreligious spirituality in relation to death acceptance or rejection. *Death Studies*. 35, 124 – 146. doi: 10.1080/07481187.2011.535383

CROFTER, W., 2006. *Velká kniha islámu*. 1. vydání. Čechtice: BVD. 242 s. ISBN 80-903754-0-5.

CUEVAS, B.J., STONE, J.I., 2007. *The Buddhist Dead: Practices, Discourses, Representations*. Honolulu: University of Hawai'i Press. 491 p. ISBN 978-0-8248-3031-1.

ČESKÁ BIBLICKÁ SPOLEČNOST, 1996. *Bible: písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih)*. 7. přepr. vyd. Praha: Česká biblická společnost. 1290 s. ISBN 9788085810110.

ČESKÁ BIBLICKÁ SPOLEČNOST, 2014. *Bible kralická: Písmo svaté Starého a Nového zákona: podle posledního vydání z roku 1613*. 5. vyd. v ČBS. Praha: Česká biblická společnost. 1036 s. ISBN 9788087287774.

ČERMÁKOVÁ, K., 2011. Specifika v přístupu a péči o umírající pacienty jiného etnika a náboženství. In: STANČIAK, J., CETLOVÁ, L., eds. *Most k partnerství: sborník z mezinárodní konference Jihlavské zdravotnické dny 2011*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií, s. 85-93. ISBN 978-80-87035-37-5.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Cizinci podle typu pobytu, pohlaví a státního občanství*. [online] 2014 [cit. 2015-3-3]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/cizinci/2-ciz_pocet_cizincu-005100

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Obyvatelstvo podle náboženské víry a pohlaví podle výsledků sčítání lidu v roce 2011*. [online]. 2015 [cit. 2016-20-1]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/>

DALAJLAMA, Jeho Svatost, 2002. *Čtyři vznešené pravdy: základy buddhistického učení*. Praha: Pragma. 160 s. ISBN 9788072058570.

DALAJLAMA, Jeho Svatost, 2006. *Rady jak umírat a žít lepší život*. 1. vydání. Praha: Argo. 184 s. ISBN 9788072037070.

DAYER-BERENSON, L., 2011. *Cultural competencies for nurses: impact on health and illness*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, xiv, 346 p. ISBN 0763756504.

DE VRIES, H., 2007. *Religion Beyond a Concept*. Bronx: Fordham University Press. 1000 p. ISBN 978-0823227266.

DIAMANT, A., 2005. *The new Jewish Baby Book: Names, Ceremonies & Customs : a Guide for Today's Families*. 2nd ed. Woodstock, Vt.: Jewish Lights Pub. 277 p. ISBN 978-1-58023-251-7.

DINZELBACHER, P., 2004. *Poslední věci člověka: nebe, peklo, očištec ve středověku*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad. 151 s. ISBN 80-7021-693-x.

DIVIŠOVÁ, Milada. *Dialog křesťanů a Židů*. V Praze: Společnost křesťanů a Židů v Nakl. Vyšehrad, 1999. 445 s. ISBN 9788070212936.

DREACHSLIN, J.L., GILBERT, M., MALONE, B., 2013. *Diversity and Cultural Competence in Health Care: a Systems Approach*. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 457 p. ISBN 9781118283851.

DUBCOVÁ, I., 2011. Etika umírání a smrti [online] Praha: Zdravotnické noviny [cit. 2017-03-09]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>.

DUFOUR, J.F., 2007. *Buddhismus*. Praha: Levné knihy KMa. 65 s. ISBN 978-80-7309-427-0.

DUNDA, M. et al., 2012. *Příprava na svátost smíření dnes*. 1. vydání. Olomouc: Matice cyrilometodějská. 45 s. ISBN 978-80-7266-373-6.

EBELOVÁ, K., 2012. *Maska v proměnách času a kultur*. Praha: Grada. 265 s. ISBN 978-80-247-2470-6.

EKUMENICKÉ KOMISE PRO STARÝ A NOVÝ ZÁKON, 2001. *Bible: Písmo Svaté Starého a Nového Zákona, včetně deuterokanonických knih: český ekumenický překlad*. 8. vyd. Praha: Česká biblická společnost. 1814 s. ISBN 9788085810295.

ERBACHER, J., 2012. *Vatikán*. 1. vydání. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-3911-3.

ERIKSEN, T.H., 2008. *Sociální a kulturní antropologie: příbuzenství, národnostní příslušnost, rituál*. 1. vydání. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-7367-465-6.

EUROPEAN TRANSKULTURAL NURSING ASSOCIATION, 2015. [online] ETNA [cit. 2017-03-20] Dostupné z: <http://europeantransculturalnurses.eu/>

EVROPSKÝ PROGRAM PRO MIGRACI, 2015 [online] 2016 [cit. 2016-08-15]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/background-information/docs/eam_state_of_play_20160113_cs.pdf

FARKAŠOVÁ, D., 2005. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta. 215 s. ISBN 978-80-8063-182-6.

FAWCETT, J., 2013. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia: Davis, F.A. 480 p. ISBN 978-0-8036-3794-8.

FINE, L., 2001. *Judaism in Practice: From the Middle Ages Through the Early Modern Period*. Princeton, N.J.: Princeton Univ. Press. 537 p. ISBN 9780691057873.

FINKELSTEIN, N.G., 2006. *Průmysl holocaustu: Úvahy o zneužívání židovského utrpení*. Praha: Dokořán. 160 s. ISBN 80-7363-068-0.

FUNDA, O.A., 2007. *Ježíš a mýtus o Kristu*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 366 s. ISBN 978-80-246-1276-8.

FŽO, 2016 [online] Federace židovských obcí v ČR [cit. 2017-04-23]. Dostupné z: <https://www.fzo.cz/>

GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vydání. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-731-5185-0.

GERNER, K., 2008. *Judaism*. New York: Marshall Cavendish Benchmark. 32 p. ISBN 978-0-7614-3170-1.

GIGER, J.N., DAVIDHIZAR, R.E., 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3), 185-188. doi: 10.1177/10459602013003004.

GIGER, J.N., DAVIDHIZAR, R.E., 1991. *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. St. Louis: Mosby Year Book. 540 p. ISBN 9780801619281.

Giger, J.N., Davidhizar, R.E., 2008. *Transcultural nursing assessment and intervention*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier. 688 p. ISBN 978-0-3230-4811-8.

GIGER, J.N., 2013. *Transcultural nursing: assessment & interventions*. 6th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby. 720 p. ISBN 9780323083799.

GIGER, J.N., 2014. *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. St. Louis: Elsevier Health Sciences. 736 p. ISBN 978-0-323-08379-9.

GLET, J., 2012. *Svatí na Karlově mostě*. 1. vydání. V Praze: Věra Nosková. 149 s. ISBN 978-80-87373-20-0.

GOUIN, M., 2012. *Tibetan rituals of death Buddhist funerary practices*. London: Routledge. 208 p. ISBN 978-0-415-56636-0.

GREEN, R.S., 2014. *Buddhism Goes to the Movies: an Introduction to Buddhist Thought and Practice*. 1st ed. New York: Routledge. 159 p. ISBN 978-0-415-84146-7.

GREENSPOON, L.J., 2016. *Mishpachah: the Jewish Family in Tradition and in Transition*. Indiana: Purdue University Press. 268 p. ISBN 9781557537577.

GUNARATANA, H., 2012. *Jednoduchá meditace pro každého*. 1. vydání. Praha: Grada. 182 s. ISBN 978-80-247-4191-8.

HALÍK, T., 2002. *Co je bez chvění, není pevné, labyrintem světa s vírou a pochybností*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 381 s. ISBN 80-7160-628-1.

HALÍK, T., 2010. *Tomáš Halík: ptal jsem se cest: rozhovor*. 3. vydání. Praha: Portál. 381 s. ISBN 978-80-7367-720-6.

- HALÍK, T., 2011. *Tomáš Halík: smířená různost: rozhovor*. 1. vydání. Praha: Portál. 211 s. ISBN 978-80-7367-860-9.
- HALÍK, T., 2012. *Chci, abys byl. Křesťanství po náboženství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 264 s. ISBN 978-80-7422-177-4.
- HALÍK, T., 2013. *Žít s tajemstvím, podněty k promýšlení víry*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 252 s. ISBN 978-80-7422-255-9.
- HAMPLOVÁ, D., 2013. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 151 s. ISBN 978-80-246-2244-6.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 1975. *Rub života - líc smrti*. Praha: Orbis. 176 s. ISBN 11-107-75.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vydání. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HAUSTEN, A. et al., 2006. *Náboženství světa*. 1. vydání. Plzeň: Fraus. 48 s. ISBN 80-7238-470-8.
- HEIDEGGER, M., 2002. *Bytí a čas*. Vyd 2. Praha: Oikoymenh. 487 s. 2. vydání. ISBN 80-7298-048-2.
- HEJNA, D., 2010. *Náboženství a společnost*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2427-0.
- HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HIRT, M., VOREL, F. 2015. *Soudní lékařství*. Praha: Grada Publishing. 272 s. ISBN 978-80-247-5680-6.
- HITCHCOCK, J.E., SCHUBERT, P.E., THOMAS, S.A., 2003. *Community Health Nursing: Caring in Action*. 2nd ed. Clifton Park, NY: Thomson/Delmar Learning. 832 p. ISBN 978-0766834972.

HITCHCOCK, S.T., 2009. *Zeměpis náboženství: kde žije Bůh, kudy kráčí poutníci*. Praha: Knižní klub. 415 s. ISBN 978-80-2422-524-1.

HLADÍKOVÁ, A., 2004. Tolerance a multikulturalismus: vztah dvou konceptů. In: BALVÍN, J. *Výchova, vzdělávání a kultura ve vztahu k národnostním menšinám: Mezinárodní konference*. Praha: Komise Rady hl.m.Prahy pro oblast národnostních menšin. s. 55-58. ISBN 80-902972-6-9.

HOLLAND, K., HOGG, C., 2010. *Cultural Awareness in Nursing and Health Care: an Introductory text*. 2nd ed. London: Hodder Arnold. 248 p. ISBN 978-0340972908.

HONZÍK, J., 2010. *Jednota v rozmanitosti: buddhismus v České republice*. 1. vydání. Praha: DharmaGaia. 263 s. ISBN 978-80-7436-006-0.

HOOD, L.J., 2010. *Leddy & Pepper's conceptual bases of professional nursing*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health /Lippincott Williams & Wilkins. 617 p. ISBN 978-0-781-79248-6.

HORYNA, B., PAVLINCOVÁ, H., 2003. *Judaismus, křesťanství, islám*. 2. vydání. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 664 s. ISBN 80-7182-165-9.

HOWART, G., 2007. *Death and Dying: a Sociological Introduction*. 1 st pub. Malden: Polity. 312 s. ISBN 978-07456-2533-1.

HOURLANI, A., 2010. *Dějiny arabského světa od 7. století po současnost*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 566 s. ISBN 978-80-7422-059-3.

HRBEK, I., 2000. *Korán*. 4. vydání. Praha: Academica. 798 s. ISBN 80-7309-922-6.

HUDIBURG, M., 2015. Moving Toward a Culturally Competent Model of Education: Preliminary Results of a Study of Culturally Responsive Teaching in an American Indian Community. *School Libraries Worldwide*. 21(1), 137-148. doi: 10.14265.20.1.009.

HYTYCH, R., 2008. *Smrt a nesmrtelnost*. Vyd. 1. Praha: Triton. 232 s. ISBN 978-80-7387-092-8.

CHENG, F.K., 2017. Buddhist insights into life and death: Overcoming death anxiety. *Athens Journal of Social Sciences*. 4(1), 67-87. ISSN 2241-7737.

CHOPRA, D., 2008. *Buddha: příběh osvícení*. 1. vydání. Praha: Knižní klub. 305 s. ISBN 978-80-242-2001-7.

CHEVRA KADIŠA, 2017 [online] Elektronická databáze českých a moravských židovských hřbitovů [cit. 2017-02-23]. Dostupné z: <http://www.chewra.com/keshetnew/kweb/kategorie.aspx?kid=47>

CHRISTOPHER, A.N. et al., 2006. Beliefs about one's own death, personal insecurity, and materialism. *Personality and Individual Differences*, 40(3), 441-451. ISSN 0191-8869.

IVANOVÁ, K., ŠPIDUROVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J., 2005. *Multikulturní ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JACKSON, B.R., 2008. How gender and self-esteem impact death anxiety across adulthood. *Psi chi journal of undergraduate research* 13(2), 96-101. ISSN 1089-4136.

JACOBY, S., TERRONE, A., 2007. *Buddhism beyond the monastery: tantric practices and their performers in Tibet and the Himalayas*. Boston: Brill. 202 p. ISBN 9004176004.

JANDOUREK, J., 2010. *Vzestup a pád moderního ateismu*. Praha: Grada. 103 s. ISBN 978-80-247-2981-7.

JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3679-2.

JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 224 s. ISBN 978-80-725-4329-8.

JAROŠOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, R., 2001. *Umírání z pohledu sestry*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, Zdravotně sociální fakulta. 21 s. ISBN 80-7042-325-0.

JEFFREYS, M.R., 2010. *Teaching cultural competence in nursing and health care: inquiry, action, and innovation*. 2nd ed. New York: Springer Pub Co. 395 p. ISBN 9780826117878.

JOHNSON, P., 2010. *Ježíš – životopis pro 21. století*. 1. vydání. Brno: Barrister a Principal. 168 s. ISBN 978-80-87474-02-0.

- JORDAN, M., 2005. *Buddha*. 1. vydání.. Praha: Ottovo nakladatelství. 320 s. ISBN 9788073601676.
- KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient v primární péči*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KANDERT, J., 2010. *Náboženské systémy: člověk náboženský a jak mu porozumět*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3166-7.
- KANT, I., 1798. *Die Metaphysik der Sitten*. Die Metaphysik der Sitten: Metaphysische Anfangsgründe der Rechtslehre. Frankfurt/M: Nicolovius. 266 p.
- KAPSTEIN, M., 2011. *Dějiny Tibetu*. 1. vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3268-8.
- KARIYAWASAM, A.G.S., 1995. *Buddhist Ceremonies and Rituals of Sri Lanka* [online] Kandy: Buddhist Publication Society. 43 p. [2016-09-15] Dostupné z: http://www.buddhanet.net/pdf_file/ceremonies-srilanka6.pdf
- MIZUNO, K., TENPA, L., 2015. *Himalayan nature and Tibetan Buddhist culture in Arunachal Pradesh, India: a study of monpa*. New York, NY: Springer Berlin Heidelberg. 196 p. ISBN 978-4-431-55491-2.
- KARLÍK, T., 2011. Dějiny zahalování. Proč nádherné muslimky skrývají tváře? [online] National Geographic [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.national-geographic.cz/clanky/dejiny-zahalovani-proc-nadherne-muslimky-skryvaji-tvare.html>
- KEENE, M., 2008. *Světová náboženství*. 2. vydání. Praha: Knižní klub. 192 s. ISBN 978-802-4221-373.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2010. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada. 162 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
- KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KHYENTSE, J., 2010. *Co z vás (ne)dělá buddhistu*. Praha: DharmaGaia. 130 s. ISBN 978-80-7436-008-4.

KINNAMON, M., 2017. *The Witness of Religion in an Age of Fear*. Kentucky: Westminster John Knox Press. 120 p. ISBN 978-16-1164-802-7.

KISVETROVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J., 2010. Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*. 12(2), 212-219. ISSN 1212-4117.

KNOTKOVÁ-ČAPKOVÁ, B., 2004. *Základy asijských náboženství: judaismus, islám, hinduismus, džinismus, buddhismus, sikhismus, pársismus*. Praha: Karolinum. 270 s. ISBN 978-80-246-0832-7.

KOČÍ, CH., 2013. *Jak navázat aneb současná Chevra Kadiša* [online]. Praha [cit.2017-05-01]. Dostupné z: <http://www.maskil.cz/5773/8.p>

KODEX KANONICKÉHO PRÁVA, 1994. Praha: Zvon. 812 s. ISBN 80-7113-082-6.

KOKAISL, P., 2009. *Geografie náboženství*. Praha: Nostalgie. 264 s. ISBN 978-80-2131-935-6.

KOKAISL, P., 2015. *Geografie náboženství*. 2. vydání. Praha: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta. 266 s. ISBN 978-80-213-2551-7.

KOL BO AL AVEJLUT, 1947 [online] Elektronická databáze českých a moravských židovských hřbitovů [cit. 2016-11-25]. Dostupné z: <http://www.chewra.com/keshetnew/kweb/kategorie.aspx?kid=2>

KOLEKTIV AUTORŮ, 2014. *Boží království je blízko: modlitební týden mládeže*. 1. vydání. Praha: Advent-Orion. 51 s. ISBN 978-80-7172-815-3.

KOLMAŠ, J., 2008. *Bardo thödol: tibetská kniha mrtvých - vysvobození v bardu skrze naslouchání*. 1. vyd. Praha: Argo. 266 s. ISBN 978-80-257-0062-4.

KOLMAŠ, J., 2003. *Smrt a pohřbívání u Tibetanů*. 1. vydání. Brno: Nauma. 88s. ISBN 80-86258-38-6.

KOPECKÝ, R., BAHBOUH, CH., 2014. *Co je dobré vědět o arabském a islámském světě*. 1. vydání. Brandýs nad Labem: Dar Ibn Rushd. 356 s. ISBN 978-80-86149-88-2.

KOPŘIVA, K., 2013. *Lidský vztah jako součást profese*. 7. vydání. Praha: Portál. 147 s. ISBN 9788026205289.

- Korán*, 1991. Praha: Odeon. 794 s. ISBN 80-207-0444-2.
- KOSÁKOVÁ, E., 2006. *Slovník judaik*. Praha: Židovské muzeum. 142 s. ISBN 978-80-8688-939-9.
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R., 1995. *Ošetovatel'stvo*. Martin: Osveta. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KRAFT, H., 2006. *Tabu: Magie a sociální skutečnost*. Praha: Mladá Fronta, 2006. 218 s. ISBN 80-204-1345-6.
- KROPÁČEK, L., 2006. *Duchovní cesty islámu*. 4. vydání. Praha: Vyšehrad. 292 s. ISBN 80-7021-821-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 1993. *Povídej, naslouchám*. Praha: Návrat. 105 s. ISBN 80-85495-18-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. 1. vydání. Praha: Grada. 138 s. ISBN 978-80-247-2362-4.
- KUBÁTOVÁ, H., 2009. *Judaismus* [online] Provozněekonomická fakulta ČZU v Praze [cit. 2017-03-15] Dostupné z: http://www.hks.re/wiki/judaismus_2009-1.kruh
- KÜBLER – ROSS, E., 1992. *Hovory s umírajícími*. 1. vydání. Nové Město n. Metují: ignum unitatis. 132s. ISBN 80-85439-04-2.
- KÜBLER – ROSS, E., 1993. *O smrti a umírání* 1. vydání. Turnov: Arica. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
- KÜBLER – ROSS, E., 1995. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Jinočany: H & H. 288 s. ISBN 0-02-089150-4.
- KÜBLER – ROSS, E., 2002. *On Death and Dying; Questions and Answers on Death and Dying; On Life after Death*. New York: Quality Paperback Book Club. ISBN 978-0965414975.

KÜBLER – ROSS, E., 2009. *On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. 40th anniversary ed. New York: Routledge. 240 p. ISBN 978-0-415-46399-7.

KÜBLER – ROSS, E., 2014. *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families*. New York: Scribner Simon & Schuster. 304 p. ISBN 978-1-4767-7554-8.

KÜBLER – ROSS, E., 1989. *On death and dying*. London: Taylor & Francis Ltd. 272 p. ISBN 9780415040150.

KÜNG, H., 2006. *Věčný život?* 1. vydání. Praha: Vyšehrad. 297 s. ISBN 8070218363.

KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

KUTNOHORSKÁ, J. 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

LANGER, R., 2007. *Buddhist rituals of death and rebirth: contemporary Sri Lankan practice and its origins*. New York: Routledge. 244 p. ISBN 9780203960738.

LAU, J.M., 2012. *Praktický judaismus*. 1. vydání. Praha: P3K. 363 s. ISBN 978-80-87343-09-8.

LAQUEUR, W., 2012. *Harvest of a decade Disraelia and other essays*. New Brunswick [NJ]: Transaction. 268 p. ISBN 978-14-1284-555-7.

LEININGER, M.M., MCFARLAND, M.R., 2006. *Culture Care Diversity and Universality: a Worldwide Nursing Theory*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett. 413 p. ISBN 978-0763734374.

LEININGER, M.M., MCFARLAND, M.R., 2002. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division. 621 p. ISBN 978-0071353977.

LEININGER, M.M., 2001. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. Boston: Jones and Bartlett Publishers, xvi. 432 p. ISBN 0763718254.

LEININGER, M.M., 1979. *Transcultural nursing*. New York: MASSON International Nursing Publications. 730 p. ISBN 978-0893520793.

LEVETE, S., 2010. *Death*. New York: The Rosen Publishing Group. 48 s. ISBN 978-1-4358-5351-5

LEWIS, T., NAWANG, T., SIHLÉ, N., 2014. *Buddhists: understanding Buddhism through the lives of practitioners*. Chichester, England: Wiley-Blackwell. 384 p. ISBN 978-1-118-32208-6.

LOU, Y., 2015. *Buddhism*. Boston: Brill. 377 p. ISBN 978-9004174511.

MACH, J. et al., 2013. *Univerzita medicínského práva: Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. Praha: Grada Publishing a.s. 232 s. ISBN 978-80-2475-113-9.

MACHŮ, K., 2016. *Spiritualita a postoje ke smrti*. Olomouc. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.

MAČÁK, J., 2012. *Patologie*, 2. vydání. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978- 80-247-3530-6.

MAŇHALOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V., 2016. Možnosti využití koncepčních modelů kulturních kompetencí v ošetrovatelské profesi. *Kontakt*. 18 (2), 69-74. doi: 10.1016/j.kontakt.2016.03.002

MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1

MA'SÚMIÁN, F., 1996. *Život po smrti: v učení světových náboženství*. 1. vydání. Brno: Jota. 183 s. ISBN 80-85617-83-8.

MCFARLAND, M.R., WEHBE-ALAMAH, H.B., 2015.. *Leininger's Culture Care Diversity and Universality: a Worldwide Nursing Theory*. Third edition. Burlington,

- MCGRATH, A.E., 2014. *Dějiny křesťanství - úvod*. 1. Vydání. Praha: Volvox Globator. 599 s. ISBN 978-80-7511-081-7.
- MENDEL, M., 1997. *Džihád: islámské koncepce šíření víry*. Brno: Atlantis. 231 s. ISBN 978-80-7108-151-7.
- MIKULEC, J., 2013. *Náboženský život a barokní zbožnost v českých zemích*. 1. Vydání. Praha: Grada. 394 s. ISBN 978-80-247-3698-3.
- MILLS, M.A., 2003. *Identity, Ritual and State in Tibetan Buddhism: the Foundations of Authority in Gelukpa Monasticism*. London and New York: RoutledgeCurzon ISBN 978-1136854675.
- MILTNER, V., 2012. *Vznik a vývoj buddhismu*. 2. Vydání. Praha: Vyšehrad. 373 s. ISBN 978-80-7429-156-2.
- MINAŘÍK, K., 1992. *Malý mystický slovník naučný*. 1. vydání. Praha: Canopus. 507 s. ISBN 80-85202-06-9.
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MOODY, R.A., 1991. *Život po životě. Úvahy o životě po životě. Světlo po životě*. Praha: Euromedia Group - Odeon. 323 s. ISBN 80-207-0314-4.
- MORGAN, J.D., 2009. *Death and bereavement around the world*. Amityville, N.Y: Baywood Publ. Comp. 300 p. ISBN 978-0895032386.
- MROWIECOVÁ, K., KUBLER, M., SFEIR, A., 2009. *Bůh, Jahve, Alláh*. 1. vydání. Praha: Garamond. 190 s. ISBN 978-80-7407-058-7.
- MÜLLER, Z., 1997. *Islám*. Praha: Svoboda. 188 s. ISBN 978-80-2050-534-7.
- MUNZAROVÁ, M., 1997. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Masarykova univerzita. 29 s. ISBN 80-210-1057-6.
- MUNZAROVÁ, M., 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing a.s. 108 s. ISBN 978-80-2471-025-9.

NARADA, N., 2006. *The Buddha and His Teachings*. Jaico Pub House. 532 p. ISBN 9788179926178.

NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 424 p. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEŠPOROVÁ, O., 2013. *O smrti a pohřbívání*, Brno: CDK. 351 s. ISBN 978-80-7325-320-2.

NEUPAUER, E., 2005. Legalizácia kresťanstva cisárom Konštantínom: vzťah štátnej moci k cirkvi: 306-337. In: *Ročenka Ústavu pre vzťahy štátu a cirkví 2004*. Bratislava: Ústav pre vzťahy štátu a cirkví v SR. s. 172-177. ISBN: 80-89096-20-4.

NEWMAN, Ja'akov a Gavri'el SIVAN. *Judaismus od A do Z: slovník pojmů a termínů*. Dot. 1. vyd. Praha: Sefer, 1998. Judaika. ISBN 8090089534.

NEZHODOVÁ, S., 2006. *Židovský Mikulov*. Brno: Matice Moravská. 423 s. ISBN 978-80-8648-828-8.

NOSEK, B., DAMOHORSKÁ, P., 2010. *Židovské tradice a zvyky*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 271 s. ISBN 978-80-246-1518-9.

NOSEK, B., DAMOHORSKÁ, P., 2016. *Židovské tradice a zvyky*. 2. Vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 276 s. ISBN 978-80-2462-996-4.

NOVOTNÝ, V., 2011. *Úvod do eschatologie* [online]. Praha: KTF UK [cit. 2016-11-15]
Dostupné z:
http://ktf.cuni.cz/~novotny/statistiky/eschatologie/novotny_uvod_k_eschatologii.pdf

NYÁNATOLIKA, M. 2010. *Slovo Buddhovo: systematický přehled Buddhova učení v jeho vlastních slovech*. Vyd. 3. Brno: Albert. 132 s. ISBN 978-80-7326-181-8.

NYDAHL, L.O., 2006. *Moudrost okamžiku: buddhismus Diamantové cesty v otázkách a odpovědích*. 1. vydání. Brno: Bílý deštník. 216 s. ISBN 9788023970548.

NYDAHL, O., 2009. *Jak se věci mají: současný úvod do Buddhova učení*. 2. upr. vydání. Brno: Bílý deštník. 213 s. ISBN 978-80-9038-211-4.

NYDAHL, O., 2011. *O smrti a znovuzrození: pohled buddhismu na poslední okamžiky života*. 1. vydání. Praha: Bílý deštník. 270 s. ISBN 978-80-903821-8-3.

NYDAHL, O., 2010. *Otázky a buddhistické odpovědi*. Brno: Bílý deštník. 192 s. ISBN 978-80-903821-4-5.

O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

ONDOK, J.P., 2006. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton. 214 s. ISBN 978-80-7254-486-8.

ONDRAČKA, L., 2010. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 1. vydání. Praha: Cesta domů. 116 s. ISBN 978-809-0451-636.

ORLÍK, K., 2012. *Zápas o zemi zaslíbenou*. Havlíčkův Brod: ICHTYS. 79 s. ISBN 8085397048.

OSTŘANSKÝ, B., 2009. *Malá encyklopedie islámu*. 1. vydání. Praha: Libri. 255 s. ISBN 978-0-7277-404-3.

PALS, D.L., 2015. *Osm teorií náboženství*. 1. Vydání. Praha: ExOriente, 483 s. ISBN 978-80-905211-2-4.

PAPADOPOULOS, I., 2006. *Transcultural Health and Social Care Development of Culturally Competent Practitioners*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone. 216 p. ISBN 978-0-702-03379-7.

PARTRIDGE, C., 2006. *Lexikon světových náboženství*. Praha: Slovart. 496 s. ISBN 978-80-7209-796-8.

PAŘÍK, A., HAMÁČKOVÁ, V., 2003. *Pražské židovské hřbitovy*. Praha: Židovské Muzeum. 131 s. ISBN 978-80-8560-869-4.

PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatel'stva v kocke*. 1. vydání. Praha: Grada. 141 s. ISBN 978-80-247-1918-4.

PAVLINCOVÁ, H., 1994. *Slovník Judaismus, Křesťanství, Islám*. Praha: Mladá fronta. 463 s. ISBN 80-204-0440-6

PELCOVÁ, N., 2009. *Multikulturalismus a multikulturní výchova*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. 226 s. ISBN 978-80-7290-392-4.

PEDERSEN, P.B., 2013. *Multiculturalism as a Fourth Force*. NY: Routledge. 300 p. ISBN 978-0-876-30929-2.

PELIKÁN, P., 1997. *Sunna*. Praha: Vodnář. 163 s. ISBN 80-85889-13-7.

PERA, H., WEINERT, B., 1996. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad. 199 s. ISBN 80-7021-152-0.

PHELPS, L.D., 2004. Developing Local Public Health Capacity in Cultural Competency: A Case Study With Haitians in a Rural Community. *Journal of Community Health Nursing*. 21(4), 203-215. doi: 10.1207/s15327655jchn2104_1.

PLEVOVÁ I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

POPOVIČ, J., *Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2014*. 2015. [online]. [citace 2016-25-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cerpani-zdravotni-pecce-cizinci-roce-2014>

POWERS, John, 2007. *Introduction to Tibetan Buddhism*. 2nd ed. Ithaca, N.Y: Snow Lion Publications. 504 p. ISBN 978-1-55939-282-2.

PREECE, R., 2009. *Moudrost nedokonalosti: proces individuace v životě buddhisty*. Praha: DharmaGaia. 279 s. ISBN 978-80-86685-96-0.

PROCHÁZKA, L., 2002. *Základní kniha buddhismu: Budha a jeho učení*. Olomouc: Fontána. 288 s. ISBN 978-80-86179-97-4.

PŘIDALOVÁ, M., 1998. Proč je moderní smrt tabu? *Czech Sociological Review*. 34 (3), 347-362. ISSN 0038-0288.

PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-3.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2012. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3.

PURNELL, L.D., 2012. *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*. Philadelphia: F.A.Davis Company. 480 p. ISBN 978-0-8036-3705-4.

- PURNELL, L.D., 2014. *Guide to Culturally Competent Health Care*. Philadelphia: F.A.Davis Company. 480 p. ISBN 978-0-8036-3962-1.
- PURNELL, L.D., PAULANKA, B.J., 2005. *Guide to Culturally Competent Health Care*. Philadelphia: F.A. Davis Company. 478 p. ISBN 978-0-8036-1163-4.
- PURNELL, L., 2005. The Purnell Model for Cultural Competence. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*. 11(2), 7-15. ISSN 1526-8233.
- PURNELL, L.D., 2013. *Transcultural Health Care: a Culturally Competent Approach*. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis. 505 p . ISBN 978-0-8036-3705-4.
- PUTÍK, A., KOSÁKOVÁ, E., SVĚTLÁ, D., 2005. *Židovské tradice a zvyky: svátky, synagoga a běh života*. 1. vydání. Praha: Židovské muzeum v Praze. 88 s. ISBN 80-868-8901-7.
- RATZINGER, J., 2008. *Eschatologie – smrt a věčný život*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 196 s. ISBN 978-80-8702-930-5.
- RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. Komunikační dovednosti lékaře o smrti a umírání v péči o pacienty, kterým hrozí smrt. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 4(3), 103-106. ISSN – 1337-6896.
- RAY, M.A., 2010. *Transcultural Caring Dynamics in Nursing and Health Care*. Philadelphia: F.A. Davis Co. 320 p. ISBN 978-0-8036-0809-2.
- REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- RIEDEL, G., 1962. *Ludvík Feuerbach a Mladý Marx*. Praha: Státní Pedagogické nakladatelství. 275 s. ISBN neuvedeno.
- RIGGS, E. et al., 2012. Accessing Maternal and Child Health Services in Melbourne, Australia: Reflections from Refugee Families and Service Providers. *BMC Health Services Research*.12(1), 1-16. doi: 10.1186/1472-6963-12-117.
- RINBOCHAY, L., HOPKINS, J., 2012. *Smrt, mezistav a znovuzrození v tibetském buddhismu*. 2. vydání. Brno: Barrister & Principal. 102 s. ISBN 978-80-87474-73-0.
- RINPOCHE, S., *Tibetská kniha o životě a smrti*. 1.vyd. Pragma. 1996. 405s. ISBN: 80-7205 006-0

RINPOCHE, T., 2012. *The Living Buddha Within*. Petaling Jaya: Kechara Media & Publications. 152 p. ISBN 9789675365416.

RINPOCHE, S., 2014. *The Tibetan Book of Living and Dying the Spiritual Classic & International Bestseller*. S.l.: HarperCollins. 444 p. ISBN 9780061800344.

ROBINSON, K., 2009. *Gender, Islam and Democracy in Indonesia*. New York: Taylor & Francis Group. 240 p. ISBN 978-0203891759.

ROSE, B.M., O'SULLIVAN, M.J., 2002. Afterlife beliefs and death anxiety: An exploration of the relationship between afterlife expectations and fear of death in an undergraduate population. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 45(3), 229-243. ISSN 0030-2228.

ROSEN, S., 2008. *Ultimate Journey: Death and Dying in the World's Major Religions*. 1 st. pub. Westport, CT: Praeger. 208 p. ISBN 978-0-313-35608.

ROTTER, H., 1999. *Důstojnost lidského života: základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad. 112 s. ISBN 978-80-7021-302-5.

RUSAC, R.J. et al., 2007. Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies*. 31, 549-561. doi:10.1080/07481180701356936

SADEK, V., 2001. *Židé: dějiny a kultura*. 2. vydání. Praha: Židovské muzeum v Praze. 143 s. ISBN 978-80-8560-843-4.

SAGAR, P.L., 2012. *Transcultural nursing theory and models: application in nursing education, practice, and administration*. New York: Springer. 169 p. ISBN 978-0-8261-0748-0.

SAGAR, P.L., 2014. *Transcultural Nursing Education Strategies*. New York, NY: Springer Publishing Company. 456 p. ISBN 978-0-8261-9593-7.

SARDAR, Z., 2010. *Islám: náboženství, historie a budoucnost*. Brno: JOTA. 379 s. ISBN 978-80-7217-628-1.

SATLOW, M.L., 2006. *Creating Judaism: History, Tradition, Practice*. New York: Columbia University Press. 340 p. ISBN 9780231134897.

- SCHERER, G., 2005. *Smrt jako filosofický problém*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 271 s. ISBN 80-7192-914-X.
- SCHMIDT-GLINTZER, H., 2011. *Der Buddhismus*. 2nd ed. München: C.H. Beck. 128 p. ISBN 978-3-406-61853-6.
- SCHOLEM, G., 2011. *The messianic idea in Judaism: And Other Essays on Jewish Spirituality*. New York: Schocken. 408 p. ISBN 978-0-30778908-2.
- SCHROEDER, H.W., 2010. *Andělé a lidé*. 1. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3190-2.
- SINGH, H., 2009. *The Spiritual Gems of Judaism and Sikhism*. India: Aardvark Global Publishing. 208 p. ISBN 978-14-2763-876-2.
- SLÁMA, O. et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
- SOUKUP, V., 2000. *Přehled antropologických teorií kultury*. 1. vydání. Praha: Portál. 229 s. ISBN 978-80-7178-328-5.
- SPIEGEL, P., 2007. *Kdo jsou Židé?*. 1. vydání. Brno: Barrister & Principal. 228 s. ISBN 978-808-7029-077.
- SPIEGEL, P., 2010. *Kdo jsou Židé?* Brno: Barrister & Principal. 254 s. ISBN 978-80-8702-997-8.
- STEJSKAL, D., ŠEJVL, J., 2011. *Pohřbívání a hřbitovy*. 1. Vydání. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. 461 s. ISBN 978-80-7357-680-6.
- STEM/MARK, 2011. *Neumíráme tam, kde si přejeme* [online]. Cesta domů, 2011. [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz>
- SUCHÁNEK, D., DRŠKA, V., 2013. *Církevní dějiny*. 1. Vydání. Praha: Grada. 427 s. ISBN 978-80-247-3719-5.
- SVATOŠOVÁ, M., 2003. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.

SVATOŠOVÁ, M., 2004. Hospicové hnutí ve světě a u nás. In VORLÍČEK, J., ADAM, Z. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. s. 449 – 458. ISBN 978-80-2476-761-1.

SVATOŠOVÁ, M., 2010. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In: MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál. s. 195 – 210. ISBN 978-80-7367-818-0.

SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠEVČÍK, P., 2003. *Intenzivní medicína*. Praha: Galen. 422 s. ISBN 807262203X.

ŠOTTNEROVÁ, D., 2009. *Lidové tradice: původ lidových tradic, zvyky, pověry, pranostiky, říkadla a hry*. 1. vydání. Olomouc: Rubico. 253 s. ISBN 978-80-7346-096-9.

STOKES, P., BUBEN, A., 2011. *Kierkegaard and Death*. Indiana: Indiana University Press. 336 p. ISBN 978-0-253-35685-7.

ŠPATENKOVÁ, N., 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. 315 s. ISBN 9788074921384.

ŠPIRUDOVÁ, L., 2015a. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. 1. vydání. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠPIRUDOVÁ, L., 2015b. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. 1. vydání. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.

ŠPIRUDOVÁ, L., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. Vydání. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1213-x.

ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie-Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing a.s. 229 s. ISBN 978-80-2472-068-5.

ŠTAMPACH, I.O., 2008. *Přehled religionistiky*. Praha: Portál. 240 s. ISBN 978-80-7367-384-0.

TEAL, C.R., STREET, R.L., 2009. Critical Elements of Culturally Competent Communication in the Medical Encounter: A Review and Model. *Social Science & Medicine*. 68(3), 533-543. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.10.015.

THOMAS, L., 1988. *The Wonderful Mistake: Notes of a Biology Watcher: Incorporating The Lives of a Cell, And, the Medusa and the Snail*. London: Oxford Paperbacks. 304 p. ISBN 978-0192830647.

TOMÁŠEK, F., 1967. *Katolický katechismus*. 8. vydání. ÚCN: Kalifornská univerzita. 149 s.

TOORN, K., BECKING, B., HORST, P.W., 1999. *Dictionary of Deities and Demons in the Bible DDD*. 2nd extensively rev. ed. Grand Rapids, Mich.: Eerdmans. 960 p. ISBN 0802824919.

TORTUMLUOGLU, G. et al., 2006. The Implications of Transcultural Nursing Models in the Provision of Culturally Competent Care. *ICUs & Nursing Web Journal*. 25(1-4), 1-10. ISSN 1108-7366.

TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. Problems Of Providing Culturally Differentiated Nursing Care in Selected Minorities in the Czech Republic. *Kontakt*. 11(2), 282 – 291. ISSN 1212-4117.

TÓTHOVÁ, V. et al., 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. 1. vydání. Praha: Triton. 277 s. ISBN 978-80-7387-645-6.

TRETERA, R.J., HORÁK, Z., 2011. *Slovník církevního práva*. 1. Vydání. Praha: Grada. 147 s. ISBN 978-80-247-3614-3.

UNGER, J., 2002. *Pohřební ritus a zacházení s těly zemřelých v českých zemích (s analogiemi i jinde v Evropě) v 1. - 16. Století*. Brno: Scientia. 151 s. ISBN 80-210-2849-1.

UŘÍČKOVÁ, A., 2010. Josepha-Campinha-Bacote-Model rozvoje kulturní způsobilosti. *Sestra*. 20(4), 18-19. ISSN 1210-0404.

UŘÍČKOVÁ, A., 2012. Model (Purnell & Paulanka). *Diagnóza v ošetrovatelství*. 6(5), 3-5. ISSN 1801-1349.

- UTLEY, R.A., 2011. *Theory and Research for Academic Nurse Educators: Application to Practice*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers. 408 p. ISBN 0763774138.
- VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Základy psychologie*. 1. vydání. Praha: UK Karolinum. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
- VARADARAJA, V.R., 2005. *Variety in Religion and Science: Daily Reflections*. Lincoln, NE: iUniverse. 592 p. ISBN 978-0-5953-5840-3.
- VÁVROVÁ, S., POLEPILOVÁ, R., 2010. Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie. *Sociální práce*. 10(2), 71-80. ISSN 1213-6204.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- VENHORST, C, 2013. *Muslims ritualising death in the Netherlands: death rites in a small town context*. Zürich: LIT Verlag Münster. 161 p. ISBN 978-3-643-90351-8.
- VERMÈS, G., 2009. *Ježíšovo narození: historie a legenda*. 1. Vydání. Praha: Paseka. 183 s. ISBN 978-80-7432-004-0.
- VIDO, R., 2011. Smrt blízká, či vzdálená? *Sociální studia*. 8(2), 7–12. ISSN 1214-813X.
- VINEY, L.L., 1983. Concerns about death among severely ill people. *Death education*. 7(2-3), 229-243. ISSN 1091-7683.
- VOJTÍŠEK, Z., 2004. *Encyklopedie náboženských směrů a hnutí v České republice: náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*. Praha: Portál. 462 s. ISBN 80-717-8798-1.
- VOKURKA, M. et al., 2005. *Velký lékařský slovník*. 5. vydání. Maxdorf, Praha. 1008 s. ISBN 80-734-5058-5.
- VONDRUŠKOVÁ, A., 2011. *Jařmo, parkán, trdlice*. Praha: Grada Publishing a.s. 199 s. ISBN 978-80-2473-946-5.
- VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

VRUBLOVÁ, Y., 2009. Kultura a zdravotní péče [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta zdravotnických studií [cit. 2016-10-26]. Dostupné z: http://www.uzs.tul.cz/data/studijni_opory/mo1_vrublova.pdf

WADDELL, L., 1972 *Tibetan Buddhism: With its Mystic Cults, Symbolism and Mythology, and in its Relation to Indian Buddhism*. New York: Dover Publications. 598 p. ISBN 978-0486201306.

WATTS, J.S., TOMATSU, Y., 2012. *Buddhist Care for the Dying and Bereaved*. Boston: Wisdom Publications in collaboration with the Jodo Shu Research Institute (JSRI). 312 p. ISBN 978-1614290520.

WERNER, K., 2002. *Náboženské tradice Asie: od Indie po Japonsko: s přihlédnutím k Přednímu východu*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 711 s. ISBN 80-210-2978-1.

WHITE, E.G.H., 2012. *Velký spor věků*. Backnang: Gihon. 367 s. ISBN 978-3-939979-26-5.

WILLIAMS, P., LADWIG, P., 2012. *Buddhist Funeral Cultures of Southeast Asia and China*. Cambridge: Cambridge University Press. 296 p. ISBN 978-1-107-00388-0.

WILLIAMS, P., TRIBE, A., 2011. *Buddhistické myšlení: úplné uvedení do indické tradice*. 1. Vydání. Praha: ExOriente. 302 s. ISBN 978-80-904246-8-5.

WINKELHÖFEROVÁ, V., 2001. Okinawské hroby a pohřební zvyklosti, In: OBUCHOVÁ, L. *Svět živých a svět mrtvých: Soubor studií interdisciplinární pracovní skupiny Náboženské směry v Asii*. Praha: Česká orientalistická společnost. s. 196-200. ISBN 80-902510-2-1.

WONG, P.T.P., REKER, G.T., GESSER, G., 1994. Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: NEIMEYER, R.A. *Death anxiety handbook: Research, Instrumentation, and Application*. Washington, DC: Taylor & Francis. S. 121-148. ISBN 1-56032-282-9.

WORTH, R., 2004. *Elisabeth Kubler-Ross Encountering Death and Dying*. New York: Infobase Pub. 123 p. ISBN 9781438107578.

YALOM, I.D., 2011. *Staring at the sun: overcoming the dread of death*. London: Piatkus. 320 p. ISBN 9780749928780.

ZÁBRANSKÝ, M., RODA, J., 2014. *Putování za betlémy*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-5063-7.

ZACHARIAS, R., 2003. *The Kingdom of the Cults*. 2nd ed., revised. Minnesota: Bethany House Publishers. 704 p. ISBN 978-0-7642-2821-6.

ZACHAROVÁ, E., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění

pozdějších předpisů, 1999. [online]. [cit. 2009-02-17]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 80, s. 2282-2400. Dostupné z: http://www.mzv.cz/moscow/cz/viza_a_konzularni_informace/volby_2010/predpisy/zakon_c_326_1999_sb_o_pobytu_cizincu_na.html

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů, 2002. [online]. [cit. 2015-7-31]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 103, s. 6051-71 Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2002&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=10>

ZAMAROVSKÝ, V., 2013. *Bohové a hrdinové antických bájí: encyklopedie*. 7. vydání. Praha: Deus. 454 s. ISBN 978-80-87408-26-1.

ZOTZ, V., 1995. *Buddha*. Olomouc: Votobia. 130 s. ISBN 80-85885-72-7.

ZOUFALÁ, M., 2012. *Judaismus a ženy v Izraeli*. Praha: Karolinum Press. 160 s. ISBN 978-80-2462-039-8.

ŽIŽLAVSKÝ, R., 2008. *Meditace klidu a vhledu: samatha a vipassana*. 1. Vydání. Praha: Triton. 195 s. ISBN 978-80-7387-126-0.

8. SEZNAM ZKRATEK

BMI – Body Mass Index

ČR – Česká republika

DABRA – Denial, Anger, Bargaining, Depression, Acceptance

DAP - The Death Attitudes Profile

DAP-R - The Death Attitudes Profile – Revised

ETNA - European Transcultural Nurses Association

GAJU – Grantová agentura Jihočeské univerzity

MS Excel – Microsoft Excel

SASD – Statistická Analýza Sociálních Dat

SPSS – Statistical Program for Social Sciences

UCLA - University of California, Los Angeles

USA - United States of America

WHO – World Health Organization

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 – Schéma Modelu ošetrovatelského posuzování

Příloha 2 – Schéma Modelu získávání kulturních kompetencí

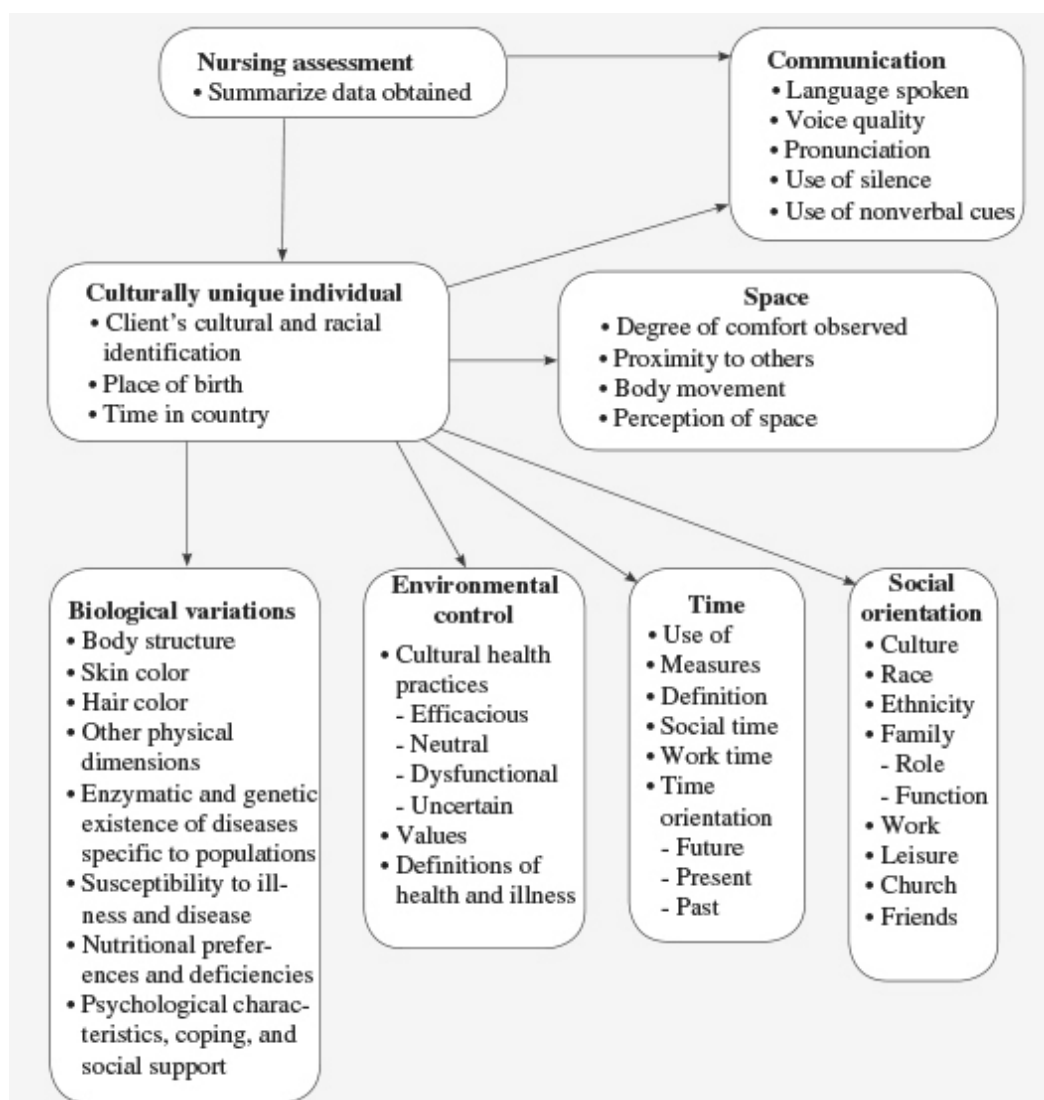
Příloha 3 – Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 4 – Dotazník vlastní konstrukce

Příloha 5 - Dotazník DAP-R

Příloha 1

Schéma Modelu ošetrovatelského posuzování Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar

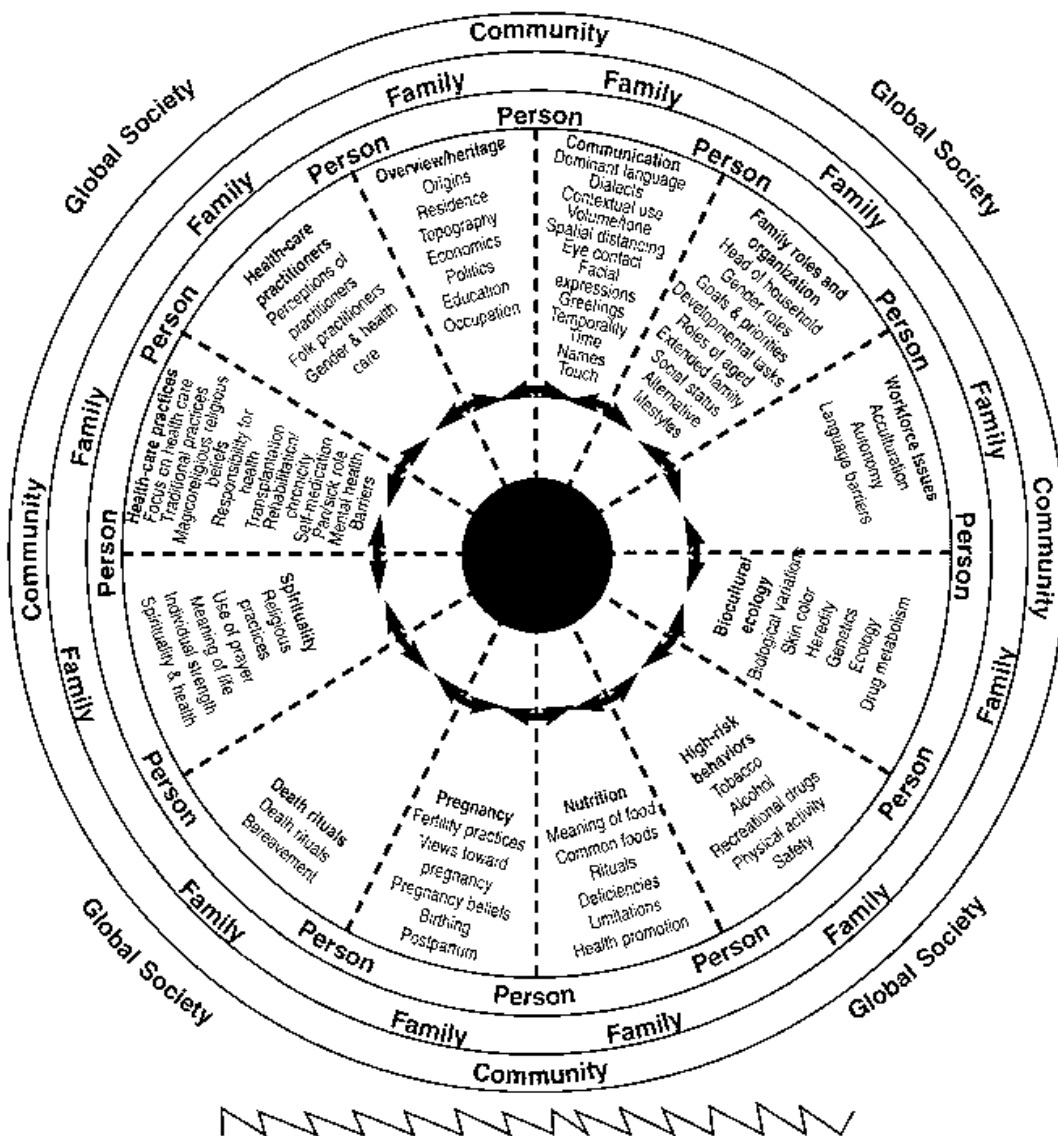


Zdroj:

Giger, J.N., Davidhizar, R.E., 2008. *Transcultural nursing assessment and intervention*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier. 688 p. ISBN 978-0-3230-4811-8.

Příloha 2

Schéma Modelu získávání kulturních kompetencí Larry D. Purnell



Unconsciously incompetent - Consciously incompetent - Consciously competent - Unconsciously competent

Primary characteristics of culture: age, generation, nationality, race, color, gender, religion

Secondary characteristics of culture: educational status, socioeconomic status, occupation, military status, political beliefs, urban versus rural residence, enclave identity, marital status, parental status, physical characteristics, sexual orientation, gender issues, and reason for migration (sojourner, immigrant, undocumented status)

Zdroj:

PURNELL, L., 2005. The Purnell Model for Cultural Competence. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*. 11(2), 7-15. ISSN 1526-8233.

Příloha 3

Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

- Jaký je Váš věk?
- Jaké je Vaše pohlaví?
- Jaké je Vaše náboženské vyznání?
- Jaké je Vaše vzdělání?
- Jaký je Váš sociální status?
- Kde bydlíte? V čem? S kým? Rodinný stav?
- Jak dlouho žijete v České republice?
- Jste zdravý/á? Jakým onemocněním trpíte, někdo z Vaší rodiny?

KULTURNĚ SVĚBYTNÝ JEDINEC

- Jakou formou vyznáváte svou víru? Co pro Vás znamená?
- Jaký je Váš církevní chrám? (frekvence modliteb, instituce, představení církve, prostředí)
- Jaké jsou vnější znaky vašeho náboženství? (tradiční oděv, filosofie)
- Jaké dodržujete svátky? Rituály? I v době hospitalizace?

BIOLOGICKÉ ODLIŠNOSTI

- Jak často býváte nemocný/á? Proč?
- Musíte užívat pravidelně nějaké léky? Proč?
- Jakým způsobem prožíváte bolest? Tišení? Omamné látky?
- Máte specifické potřeby v oblasti stravování vztahující se k Vaší víře – jídlo, pítí? Vegetariánství? Zákaz potravin? Rituály při stolování? Půst – proč, kdy? I v době hospitalizace? Umírání? Zdravá výživa? Konzumace kávy, čaje, alkoholu, cigaret, užívání drog? Kolik?

VLIV PROSTŘEDÍ A VÝCHOVY

- Co pro Vás znamená zdraví? Jak ho chráníte? Nemoc? Rituály? Preventivní prohlídky? Očkování? Alternativní medicína? Odmítání některých výkonů? Co pro Vás znamená hřích? Život? Rodina?
- Jak to vypadá u Vás doma, když někdo z blízkých onemocní?
- V jakých případech byste se postarali o své blízké?
- Jaký je Váš názor na transfúzi? Transplantaci? Živý dárce? Mrtvý dárce? Interrupci? Antikoncepci? Adopci? Mimomanželský pohlavní styk? Eutanázii?
- Máte nějaká specifika v oblasti těhotenství? Jak probíhá porod ve Vaší kultuře? Šestinedělí? Péče o dítě? Je pro Vás žena v některých obdobích brána jako nečistá? Kdy, proč?
- Jaké jsou Vaše nejvyšší hodnoty a proč tomu tak je?
- Co pro Vás znamená umírání? Smrt? Máte nějaké obřady spojené s umíráním? Specifika? Tradiční model umírání? Jak probíhají specifika v rodné zemi, v ČR? Poloha v době smrti? Obřad a rozloučení v nemocničním zařízení? Specifika o mrtvé tělo? Pohřeb? Zpopelnění? Jakou roli zastávají v tomto období malé děti? Co vyžadujete v těchto obdobích od majoritní společnosti? Od zdravotníků? Jakou roli má sestra v období umírání? Smrti? Co se stane s tělem a duší po smrti? Uznáváte Nebe? Peklo? Truchlení? Tradiční oděv? Návštěvu hrobu? Vzpomínky?

POJETÍ ČASU

- Jak vypadá Váš běžný den?
- Kolik dnů v týdnu a kolik hodin denně pracujete?
- Kolik hodin denně spíte?
- Co pro Vás znamená minulost? Přítomnost? Budoucnost?

SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ

- Jaký je důvod Vašeho pobytu v ČR? Návrat do rodné země?
- Jaké role má ve Vaší kultuře žena? Muž? Autorita – hlava rodiny?
- Jaké je Vaše sociální začlenění? Spokojenost?

PROSTOR

- Jak byste popsal/a život ve Vaší komunitě? V ČR? Spokojenost?
- Co je pro Vás intimní zóna?

KOMUNIKACE

- Jaký je Váš mateřský jazyk? Mluvená forma? Psaná forma?
- Jakým jazykem se v ČR dohovoříte? Ostatní jazyky?
- Jak byste charakterizoval/a Vaši komunikaci? Tykání/vykání? Verbální/neverbální komunikace? Haptika?

SPECIFIKA PŘI HOSPITALIZACI

- Jak jsou podle Vás respektovány Vaše kulturní odlišnosti pracovníky ve zdravotnictví?
- Přejete si, aby zdravotníci znali Vaše kulturní specifika a respektovali je?
- Co očekáváte od zdravotníků v době hospitalizace? Co je podmínkou? Co je nepřijatelné? Vadí Vám něco? Důvěřujete českému zdravotnictví? Sestrám?
- Možnost duchovního? Tlumočnicka?
- Ošetření od opačného pohlaví? Jiné vyznání?
- Přál/a byste si být informován/a o svém zdravotním stavu? Členové rodiny?
- Jak by mělo vypadat důstojné umírání v nemocnici? Smrt?
- Byl/a jste hospitalizovaný/á? Jaké jsou Vaše zkušenosti?

Příloha 4

Dotazník vlastní konstrukce



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

TRANSKULTURNÍ RYSY, PRAVIDLA A KULTURNÍ VZORY PŘI UMÍRÁNÍ A SMRTI VYBRANÝCH
MINORIT NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY.

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době píši disertační práci, jejíž cílem je zjistit, jaká jsou specifika v oblasti umírání a smrti u vybraných náboženských minorit. Tento výzkum se zaměřuje na zjištění subjektivních i objektivních aspektů finality života z pohledu judaismu, křesťanství, buddhismu, islámu a ateismu, které mohou ovlivnit efektivnost poskytované péče v klinické a komunitní praxi.

Dovoluji si Vás proto požádat o účast ve výzkumu a o odpověď na otázky v tomto dotazníku.

VÝZKUM JE ANONYMNÍ, NIKDE NEUVÁDĚJTE SVÉ JMÉNO!

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a budete o nich informováni prostřednictvím tisku.

Děkuji Vám za spolupráci, Jana Maňhalová.

Model ohleduplné a uzpůsobené péče – G+D
KULTURNĚ SVĚBYTNÝ JEDINEC

MINORITA:

REGION:

1) Pohlaví

- 1) muž
- 2) žena

2) Kolik je Vám let? (vypište, prosím, dosažený věk při posledních narozeninách)

.....

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1) základní vzdělání
- 2) vyučen/a, střední vzdělání bez maturity
- 3) střední vzdělání s maturitou
- 4) vyšší odborné vzdělání (VOŠ, pomaturitní nastavba)
- 5) vysokoškolské vzdělání (včetně bakalářského studia)

4) Aktuální rodinný stav:

- 1) svobodný/á
- 2) ženatý/vdaná
- 3) rozvedený/á
- 4) vdovec/vdova
- 5) druh/družka (partnerský vztah)

5) Počet vlastních či vychovávaných dětí:

- 1) žádné
- 2) 1 dítě
- 3) 2 – 3 děti
- 4) 4 a více dětí

6) Bydliště:

- 1) do 1000 obyvatel
- 2) 1001 – 5000 obyvatel
- 3) 5001 – 20 000 obyvatel
- 4) 20 001 – 100 000 obyvatel
- 5) nad 100 000 obyvatel

7) S kým žijete ve společné domácnosti? (Zde můžete označit více možností)

- 1) sám/sama
- 2) s manželkou/manželem
- 3) s družkou/druhem
- 4) s rodiči
- 5) s dětmi
- 6) se širší rodinou
- 7) s někým jiným, vypište prosím.....

8) Jaké je Vaše zaměstnání? (uvedte jen jedno zaměstnání, které považujete za hlavní)

- 1) nezaměstnaný/á
- 2) OSVČ, podnikatel
- 3) zaměstnanec v zaměstnaneckém poměru

- 4) invalidní důchod (I., II., III. stupně)
- 5) starobní důchod
- 6) rodičovská dovolená, mateřská dovolená
- 7) jiné, vypište prosím

9) Léčíte se s některým z následujících onemocnění? (Označte všechna onemocnění, se kterými se léčíte)

- 1) s ničím se neléčím
- 2) cukrovka (diabetes mellitus)
- 3) vysoký krevní tlak
- 4) chronická bronchitida
- 5) ischemická choroba srdeční
- 6) astma
- 7) infarkt myokardu
- 8) ledvinové kameny
- 9) onemocnění žlučníku a žlučových cest
- 10) onemocnění páteře a kloubů
- 11) vředová choroba
- 12) onemocnění štítné žlázy
- 13) psychické problémy
- 14) nádorové onemocnění
- 15) jiné onemocnění, uveďte:

10) Léčí se někdo z Vaší rodiny s některým z následujících onemocnění? (Označte všechna onemocnění, se kterými se léčí)

- 1) s ničím se neléčí
- 2) cukrovka (diabetes mellitus)
- 3) vysoký krevní tlak
- 4) chronická bronchitida
- 5) ischemická choroba srdeční
- 6) astma
- 7) infarkt myokardu
- 8) ledvinové kameny
- 9) onemocnění žlučníku a žlučových cest
- 10) onemocnění páteře a kloubů
- 11) vředová choroba
- 12) onemocnění štítné žlázy
- 13) psychické problémy
- 14) nádorové onemocnění
- 15) jiné:

11) Kde bydlíte?

- 1) byt
- 2) rodinný dům
- 3) ubytovna
- 4) jiné:

12) V kterém státě jste se narodil/a? (doplňte)

.....

13) Jaké jste rasy?

- 1) bílé
2) žluté
3) černé
4) jiné, prosím vypište:

14) Narodil/a jste se v ČR?

- 1) ano 2) ne

14 b) Pokud ne, jak dlouho jste žil/a ve své domovské zemi?

- 1) do 1 roku 3) do 15 let 5) 35 a více let
2) do 5 let 4) do 35 let

15) Jak dlouho žijete v ČR?

- 1) od narození 3) do 5 let 5) 15 a více let
2) do 1 roku 4) do 15 let

16) Jaké náboženství vyznáváte?

- 1) žádné, nejsem věřící
- 2) Křesťanství – římskokatolická církev
- 3) Křesťanství - pravoslavná církev
- 4) Křesťanství – protestantská církev
- 5) Islám
- 6) Judaismus
- 7) Buddhismus
- 8) jiné:

17) Jakou formou vyznáváte svoji víru? (Zde můžete označit více možností)

- 1) nijak, jsem ateista
- 2) osobním přesvědčením
- 3) uctíváním symbolů
- 4) navštěvováním církevního místa
- 5) modlitbou
- 6) dodržováním přesvědčení a zásad
- 7) jiné:

18) Jaké je Vaše hlavní církevní místo?

- 1) žádné 3) kostel 5) mešita 7) jiné:
- 2) domov 4) synagoga 6) klášter

19) Kolikrát denně se modlíte?

- 1) nemodlím se
- 2) 1 – 2 krát
- 3) 3 – 5 krát
- 4) vícekrát
- 5) jiné:

20) Potřebujete k modlení nějaké předměty?

- 1) ano
- 2) ne
- 3) nemodlím se

20 b) Pokud ano, jaké? (Zde můžete označit více možností)

- 1) svatou knihu

- 2) růženec
- 3) posvátné předměty
- 4) ztvárnění Boha
- 5) koberec, podložka
- 6) speciální oděv
- 7) umyvadlo s vodou
- 8) jiné:

21) Nosíte nějaký oděv, který je pro Vás tradiční?

- 1) ano
- 2) ne
- 21 b) Pokud ano, jaký?
- 21 c) A při jaké příležitosti jej nosíte?.....

22) Je Vaše kultura podmíněná rituály?

- 1) ano
- 2) ne
- 22 b) Pokud ano, jakými?.....

23) Zachovávejte rituály a obřady i během nemoci/hospitalizace?

- 1) zcela
- 2) většinou ano
- 3) středně
- 4) spíše ne
- 5) vůbec ne
- 6) nemáme žádné rituály a obřady

24) Jsou dle Vás respektovány Vaše kulturní odlišnosti pracovníky ve zdravotnictví?

- 1) ano
- 2) ne

BIOLOGICKÉ ODLIŠNOSTI

25) Jak často býváte nemocný?

- | | | |
|----------|------------|----------|
| 1) velmi | 2) často | 4) někdy |
| často | 3) středně | 5) nikdy |

26) Musíte užívat nějaké léky?

- | | | | | |
|---------------|----------|----------|--------------|----------|
| 1) pravidelně | 2) občas | 3) někdy | 4) výjimečně | 5) nikdy |
|---------------|----------|----------|--------------|----------|

27) Jakým způsobem obvykle tišíte svou bolest? (Zde můžete označit více možností)

- | | | |
|-----------------|----------------|-----------------|
| 1) nemívám | 4) akupresurou | 8) alternativní |
| bolest | 5) léky | medicínou |
| 2) ničím | 6) klidem | 9) jiným: |
| 3) akupunkturou | 7) modlitbou | |

28) Na uvedené škále vyznačte, jak se cítíte po fyzické stránce:

(1 – nejhůře, 10 – nejlépe)



L

2

3

4

5

6

7

8

9

10



29) Na uvedené škále vyznačte, jak se cítíte po psychické stránce:
(1 – nejhůře, 10 – nejlépe)



2

3

4

5

6

7

8

9

10



VLIV PROSTŘEDÍ A VÝCHOVY

30) Zdraví je pro Vás nejvyšší dosažená hodnota.

- 1) naprosto souhlasím
- 2) spíše souhlasím
- 3) nevím
- 4) spíše nesouhlasím
- 5) naprosto nesouhlasím

31) Jaký je hlavní smysl Vašeho života? (doplňte)

.....

32) Z čeho čerpáte energii pro osobní sílu? (Zde můžete označit více odpovědí)

- 1) z rodiny
- 2) z práce
- 3) z náboženství, víry
- 4) sám/a ze sebe
- 5) energii nečerpám
- 6) jiné:

33) Jak pečujete o své zdraví? (Zde můžete označit více možností)

- 1) své zdraví nepečuji
- 2) pravidelně chodím na preventivní prohlídky
- 3) občas chodím na preventivní prohlídky
- 4) využívám prvků alternativní medicíny
- 5) medituji
- 6) modlím se
- 7) piji tradiční nápoje
- 8) jím tradiční pokrmy
- 9) užívám léky
- 10) dodržuji zdravý životní styl
- 11) jiné:

34) V jakých případech byste se postaral/a o své blízké?

(Zde můžete označit více možností)

- 1) kdykoliv
- 2) nikdy
- 3) v období nemoci
- 4) v období umírání
- 5) v období smrti
- 6) péči bych ponechal/a na profesionálech
- 7) jiné:

35) Jaký druh zdravotního pojištění máte?

- 1) soukromé zdravotní pojištění
- 2) veřejné zdravotní pojištění
- 3) nevím
- 4) jiné:

36) Souhlasil/a byste s podáním transfúze a krevních derivátů?

- 1) zcela
- 2) většinou
- 3) středně
- 4) někdy
- 5) nikdy

37) Souhlasil/a byste s přijetím transplantace na svém těle?

- 1) zcela
- 2) většinou
- 3) středně
- 4) někdy
- 5) nikdy

38) Souhlasil/a byste s dárcovstvím orgánu od živého dárce?

- 1) zcela
- 2) většinou
- 3) středně
- 4) trochu
- 5) vůbec ne

39) Souhlasil/a byste s dárcovstvím orgánu od mrtvého dárce?

- 1) zcela
- 2) většinou
- 3) středně
- 4) trochu
- 5) vůbec ne

40) Jaká máte očkování?

- 1) nevím
- 2) nejsem očkovaný/á
- 3) základní
- 4) nadstandardní
- 40 b) Pokud máte nadstandardní, proč tomu tak je?

41) Uved'te, prosím Vás, 5 nejvyšších hodnot Vašeho života od nejvyšší po nejnižší (např. zdraví, vzdělání, majetek, peníze apod.).

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

42) Jaký je Váš názor na porod v domácím prostředí?

- 1) naprosto souhlasím
- 2) spíše souhlasím
- 3) nevím
- 4) spíše nesouhlasím
- 5) naprosto nesouhlasím

43) Jaký je Váš názor na interrupci (potrat)?

- 1) naprosto souhlasím
- 2) spíše souhlasím
- 3) nevím
- 4) spíše nesouhlasím
- 5) naprosto nesouhlasím

44) Pokud by lékař doporučil interrupci ze zdravotních důvodů, souhlasil/a byste?

- 1) ano 2) spíše ano 3) nevím 4) spíše ne 5) ne

45) Jaký je Váš názor na ženskou antikoncepci (metody zabraňující početí, např. pilulky, nitroděložní tělísko..)?

- 1) naprosto souhlasím
- 2) spíše souhlasím
- 3) nevím
- 4) spíše nesouhlasím
- 5) naprosto nesouhlasím

46) Jaký je Váš názor na mužskou antikoncepci (metody zabraňující početí, např. kondom)?

- 1) naprosto souhlasím
- 2) spíše souhlasím
- 3) nevím
- 4) spíše nesouhlasím
- 5) naprosto nesouhlasím

47) Povoluje Vaše kultura mimomanželský pohlavní styk?

- 1) ano 2) ne

48) Jaký je Váš názor na adopci dítěte?

- 1) naprosto souhlasím
- 2) spíše souhlasím
- 3) nevím
- 4) spíše nesouhlasím
- 5) naprosto nesouhlasím

49) Můžete adoptovat dítě?

- [illegible]

SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ

50) Plánujete návrat do země svého původu? (Pouze pro osoby, jež nepocházejí z ČR)

- 1) ano 2) ne

50 b) Pokud ano, z jakého důvodu?

51) Jakou roli zastává žena ve Vaší komunitě? (Zde můžete označit více možností)

- 1) žádnou
- 2) výchova dětí
- 3) chod domácnosti (vaření, úklid...)
- 4) rozhodování
- 5) financování rodiny
- 6) jiné:

52) Jakou roli zastává muž ve Vaší komunitě? (Zde můžete označit více možností)

- 1) žádnou
- 2) výchova dětí
- 3) chod domácnosti (vaření, úklid...)
- 4) rozhodování
- 5) financování rodiny
- 6) jiné:

53) Kdo je pro Vás v rodině nejdůležitější?

- 1) děti
- 2) manžel/manželka
- 3) rodiče
- 4) prarodiče
- 5) sourozenci
- 6) všichni jsou stejně důležití
- 7) jiné:

54) Kdo má ve Vaší rodině hlavní slovo?

- 1) děti
- 2) manžel/manželka
- 3) rodiče
- 4) prarodiče
- 5) sourozenci
- 6) jiné:

55) Jste spokojen/a se svým sociálním začleněním?

- | | | | | |
|--------------|----------|------------|-----------|-------------|
| 1) maximálně | 2) hodně | 3) středně | 4) trochu | 5) vůbec ne |
|--------------|----------|------------|-----------|-------------|

56) Nakolik dobře vnímáte své postavení v komunitě?

- | | | | | |
|--------------|----------|------------|-----------|-------------|
| 1) maximálně | 2) hodně | 3) středně | 4) trochu | 5) vůbec ne |
|--------------|----------|------------|-----------|-------------|

57) Nakolik dobře vnímáte své postavení v rodině?

- | | | | | |
|--------------|----------|------------|-----------|-------------|
| 1) maximálně | 2) hodně | 3) středně | 4) trochu | 5) vůbec ne |
|--------------|----------|------------|-----------|-------------|

58) Jaký je Váš názor na rozvod?

- 1) naprosto souhlasím
- 2) spíše souhlasím
- 3) nemám vyhraněný názor
- 4) spíše nesouhlasím
- 5) naprosto nesouhlasím

59) Jaký je Váš názor na homosexualitu?

- 1) naprosto souhlasím
- 2) spíše souhlasím
- 3) nemám vyhraněný názor
- 4) spíše nesouhlasím
- 5) naprosto nesouhlasím

60) Jaký je Váš názor na bigamii (mnohoženství)?

- 1) naprosto souhlasím
- 2) spíše souhlasím
- 3) nemám vyhraněný názor
- 4) spíše nesouhlasím
- 5) naprosto nesouhlasím

PROSTOR

61) Nakolik jste spokojen/a se svým životem v ČR?

- 1) maximálně 2) hodně 3) středně 4) trochu 5) vůbec ne

62) Je pro Vás důležité dodržování intimní zóny (vzdálenost komunikujících je do 60 cm)?

- 1) maximálně 2) hodně 3) středně 4) trochu 5) vůbec ne

KOMUNIKACE

63) Jaké preferujete oslovení?

- 1) jménem 3) titulem 5) církevní hodností
2) příjmením 4) přezdívkou 6) jiné:

64) Jaký je Váš mateřský jazyk?

- 1) čeština 3) vietnamština 5) tibetština
2) slovenština 4) arabština 6) angličtina
7) jiný:

65) Jak byste ohodnotil/a znalost svého mateřského jazyka v mluvené formě?

(označte na škále 1 – 5, přičemž 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)



1 2 3 4 5



66) Jak byste ohodnotil/a znalost svého mateřského jazyka v psané formě?

(označte na škále 1 – 5, přičemž 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)



1 2 3 4 5



67) Jakými jazyky se dokážete dorozumět? (Zde můžete označit více možností)

- 1) svým mateřským
2) češtinou
3) slovenštinou
4) vietnamštinou
5) arabštinou
6) tibetštinou
7) angličtinou
8) jinými:

68) Rozlišujete při rozhovoru tykání a vykání?

- 1) vždy 2) většinou 3) středně 4) spíše ne 5) vůbec ne
ano

69) Používáte při rozhovoru prvky mimoslovní komunikace (gesta, postoj těla, mimika)?

- 1) vždy 2) většinou 3) středně 4) spíše ne 5) vůbec ne
ano

70) Na kterých místech je Vám nepříjemný dotyk cizích osob?

(Zde můžete označit více možností)

- 1) hlava 4) dlaň 7) dolní končetiny
2) ramena 5) trup 8) dotyk cizích osob
3) horní končetiny 6) intimní partie mi nevaří
9) jiné:

71) Na kterých místech je Vám nepříjemný dotyk blízkých osob?

(Zde můžete označit více možností)

- | | | |
|--------------------|-------------------|----------------------------------|
| 1) hlava | 4) dlaň | 7) dolní končetiny |
| 2) ramena | 5) trup | 8) dotyk blízkých osob mi nevadí |
| 3) horní končetiny | 6) intimní partie | 9) jiné: |

72) Jsou dle Vás respektovány zdravotníky Vaše kulturní odlišnosti?

- 1) maximálně 2) hodně 3) středně 4) trochu 5) vůbec ne

73) Co požaduje, aby zdravotníci respektovali? (Zde můžete označit více možností)

- 1) víru 4) mou 5) jiné:
3) kulturu osobu
2) náboženst.

74) Je pro Vás důležitý při hospitalizaci duchovní?

- 1) maximálně 2) hodně 3) středně 4) trochu 5) vůbec ne

75) Preferujete ošetření od zdravotníka stejného pohlaví?

- 1) naprosto ano
2) spíše ano
3) nevím
4) spíše ne
5) naprosto ne

76) Přejete si být informován/a o svém zdravotním stavu?

- 1) ano 2) ne

77) Přejete si být informován/a o zdravotním stavu svých blízkých?

- 1) ano 2) ne

78) Přejete si, aby byli informováni o Vašem zdravotním stavu Vaši blízcí?

- 1) ano 2) ne

79) Máte k dispozici v případě potřeby tlumočníka?

- 1) ano 2) ne 3) nepotřebuji

STRAVOVACÍ NÁVYKY

80) Jaká jsou Vaše tradiční jídla? (doplňte)

.....

81) Jaký druh masa konzumujete? (Zde můžete označit více možností)

- 1) maso nekonzumuji
2) konzumuji všechny druhy masa
3) hovězí
4) vepřové
5) kuřecí
6) králíčí
7) rybí
8) jiné:

82) Máte některé potraviny zakázané?

- 1) ano 2) ne

82 b) Pokud ano, jaké a proč?

.....

83) Máte nějaké rituály při stolování?

- 1) ano 2) ne

83 b) Pokud ano, jaké? (Zde můžete označit více možností)

- 1) stolujeme celá rodina pohromadě
2) modlíme se
3) povídáme si
4) hlava rodiny pronáší řeč
5) jiné:

84) Držíte někdy půst?

- 1) pravidelně 2) občas 3) někdy 4) výjimečně 5) nikdy

84 b) Pokud ano, je ve Vaší kultuře dodržován půst i v období umírání?

- 1) zcela 2) většinou 3) středně 4) spíše ne 5) vůbec ne

85) Jíte pravidelně?

- 1) ano 2) ne

86) Každý den zpravidla: (Zde můžete označit více možností)

- 1) snídám 4) svačím odpoledne 6) dám si něco po večeři
2) svačím dopoledne 5) večeřím
3) obědvám

87) Co pro Vás znamená zdravá strava? (Zde můžete označit více možností)

- 1) zdravý životní styl
2) podpora zdraví
3) samozřejmost
4) náboženské poslání
5) jiné:

88) Stravujete se formou rychlého občerstvení?

- 1) pravidelně 2) občas 3) výjimečně 4) nikdy

89) Kolik tekutin denně zpravidla vypijete?

- 1) méně než ½ litru 3) 1 litr 6) více než 2 litry
4) 1,5 litru
2) ½ litru 5) 2 litry

90) Kolikrát týdně jíte ovoce?

- 1) vůbec ne 3) 3-6x týdně 5) několikrát denně
2) 1-2x týdně 4) každý den

91) Kolikrát týdně jíte zeleninu?

- 1) vůbec ne 3) 3-6x týdně 5) několikrát denně
2) 1-2x týdně 4) každý den

101) Kolik dnů v týdnu zpravidla pracujete?

- 1) nepracuji 2) 1-2 dny 3) 3-4 dny 4) 5 dnů 5) 6-7 dnů

102) Kolik hodin denně obvykle trávíte v práci?

- 1) nepracuji 3) 8 hodin 5) jiné:
2) méně než 8 hodin 4) max. 12 hodin

103) Kolik hodin přibližně denně spíte?

- 1) méně než 6 hodin
2) 6 – 8 hodin
3) 9 – 10 hodin
4) 11 – 12 hodin
5) více jak 12 hodin

104) V kolik hodin běžně vstáváte?

- 1) před 6. hodinou
2) mezi 6. a 8. hodinou
3) mezi 8. a 10. hodinou
4) mezi 10. a 12. hodinou
5) po 12. hodině

105) V životě je pro Vás důležitá minulost.

- 1) naprosto souhlasím
2) spíše souhlasím
3) nevím
4) spíše nesouhlasím
5) naprosto nesouhlasím

106) V životě je pro Vás důležitá budoucnost.

- 1) naprosto souhlasím
2) spíše souhlasím
3) nevím
4) spíše nesouhlasím
5) naprosto nesouhlasím

107) Žiji pouze přítomností.

- 1) naprosto souhlasím
2) spíše souhlasím
3) nevím
4) spíše nesouhlasím
5) naprosto nesouhlasím

PRAKTIKY TĚHOTENSTVÍ A PORODU

108) Žena je určená jen k tomu, aby rodila děti.

- 1) naprosto souhlasím
2) spíše souhlasím
3) nemám vyhraněný názor
4) spíše nesouhlasím
5) naprosto nesouhlasím

109) Nakolik Vaše kultura uznává nemanželské dítě?

- 1) maximálně 2) spíše ano 3) středně 4) spíše ne 5) naprosto ne

110) Nemanželské dítě má mít stejné postavení ve společnosti jako dítě manželské.

- 1) naprosto souhlasím
2) spíše souhlasím
3) nevím
4) spíše nesouhlasím
5) naprosto nesouhlasím

111) Je u Vás brána žena v některých obdobích jako nečistá? (menstruace, těhotenství, porod či šestinedělí)

- 1) naprosto ano
2) spíše ano
3) nevím
4) spíše ne
5) naprosto ne

111 b) Pokud jste odpověděli a, b (naprosto ano, spíše ano), vypište prosím, ve kterých konkrétních obdobích je u Vás žena brána jako nečistá:

.....

Model kulturní kompetence - Larry D. Purnell
OBECNÝ PŘEHLED KULTURNÍHO DĚDICTVÍ

112) Je pro Vás důležité zachování kulturního dědictví?

- 1) naprosto ano
2) spíše ano
3) nemám vyhraněný názor
4) spíše ne
5) naprosto ne

113) Ekonomické postavení země kde jste se narodil, vnímáte jako:

- 1) velmi dobré
2) dobré
3) nevím
4) špatné
5) velmi špatné

114) Politickou situaci země kde jste se narodil, vnímáte jako:

- 1) velmi dobrou
2) dobrou
3) nevím
4) špatnou
5) velmi špatnou

115) Jaké jsou Vaše důvody k pobytu v ČR? (Zde můžete označit více možností)

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| 1) narodil/a jsem se tu | 3) ekonomická situace | 5) životní prostředí |
| 2) politická situace | 4) rodinná situace | 6) zaměstnání |
| | | 7) jiné: |

116) Nakolik se liší výchovné styly ve Vaší rodné zemi oproti ČR?

(Pouze pro osoby, jež nepocházejí z ČR)

- 1) maximálně 2) hodně 3) středně 4) trochu 5) vůbec ne

117) Jaké výchovné styly využíváte ve Vaší rodině při výchově?

- 1) autokratický (dominantní, příkazy, tresty)
2) liberální (slabé vedení, žádné požadavky)
3) demokratický (autorita jako vzor, vzájemná dohoda)

118) Jak probíhá vzdělání ve Vaší rodné zemi?

- 1) pocházím z ČR
2) jako v ČR
3) odlišný vzdělávací systém
4) nevím
5) jiné:

PROBLEMATIKA PRACOVNÍ SÍLY

119) Do jaké míry se cítíte být začleněn/a do majoritní (většinové) společnosti?

(označte na škále 1 – 10, přičemž 1 – nejméně, 10 – nejvíce)



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



120) Nakolik pro Vás bylo obtížné sehnat v ČR práci?

- 1) nepracuji 3) hodně 5) trochu
2) maximálně 4) středně 6) vůbec ne

121) Existuje něco, co byste dělal jinak, ale Vaše kultura Vám to nedovoluje?

- 1) ano 2) ne

121 b) Pokud ano, proč tomu tak je a jakého tématu se to týká?

RITUALIZACE SMRTI

122) Je pro Vás problematika umírání tabu?

- 1) naprosto ano
2) spíše ano
3) nevím
4) spíše ne
5) naprosto ne

123) Je pro Vás problematika smrti tabu?

- 1) naprosto ano
2) spíše ano
3) nevím
4) spíše ne
5) naprosto ne

124) Bojíte se umírání?

- 1) maximálně 2) spíše ano 3) středně 4) spíše ne 5) vůbec ne

124 b) Pokud ano (odpověď 1, 2, 3), uveďte prosím, z čeho máte největší obavy?

.....

125) Bojíte se smrti?

- 1) maximálně 2) spíše ano 3) středně 4) spíše ne 5) vůbec ne

125 b) Pokud ano (odpověď 1, 2, 3), uveďte prosím, z čeho máte největší obavy?

.....

126) Nakolik jste ztotožněn/a se svou vlastní smrtelností?

- 1) maximálně 2) spíše ano 3) středně 4) spíše ne 5) vůbec ne

127) Nakolik jste ztotožněn/a se smrtí svých blízkých?

- 1) maximálně 2) spíše ano 3) středně 4) spíše ne 5) vůbec ne

128) Co pro Vás znamená umírání? (doplňte)

.....

129) Co pro vás znamená smrt? (doplňte)

.....

130) Byl jste někdy v kontaktu s umírajícím?

- 1) ano 2) ne

131) Byl jste někdy v kontaktu se zemřelým člověkem?

- 1) ano 2) ne

132) Máte nějaké rituály spojené s umíráním?

- 1) ano 2) ne

132 b) Pokud ano, jaké?

133) Je ve Vaší kultuře běžné umírání v domácím prostředí?

- 1) naprosto ano
2) spíše ano
3) nevím
4) spíše ne
5) naprosto ne

134) Přáli byste si rozloučit se v nemocničním zařízení s umírajícím, dle Vašeho kulturního přesvědčení?

- 1) naprosto ano
2) spíše ano
3) nevím
4) spíše ne
5) naprosto ne

135) Jaký máte názor na eutanázii (usmrcení na žádost)?

- 1) naprosto souhlasím
2) spíše souhlasím
3) nevím
4) spíše nesouhlasím
5) naprosto nesouhlasím

136) Máte nějaká specifika v péči o mrtvé tělo?

- 1) ano 2) ne

136 b) Pokud ano, jaká? (Zde můžete označit více možností)

- | | |
|--------------------|--------------------------------|
| 1) zapálení svíček | 8) omývání těla |
| 2) otevření okna | 9) oblékání mrtvého |
| 3) ticho | 10) modlitba |
| 4) rozjímání | 11) rozloučení celé rodiny |
| 5) meditace | 12) poloha těla |
| 6) zpěv | 13) pokládání předmětů na tělo |
| 7) tanec | 14) jiné: |

137) Zachovávejte rituály spojené s umíráním a smrtí i v nemocnici?

- 1) maximálně 2) hodně 3) středně 4) trochu 5) vůbec ne

138) Oblékáte mrtvého do speciálního oblečení?

- 1) ano 2) ne

138 b) Pokud ano, do jakého a proč?

139) Dáváte mrtvému při úmrtí nějaké předměty?

- 1) ano 2) ne

139 b) Pokud ano, jaké a proč?

140) Ukládáte mrtvého do nějaké speciální polohy?

- 1) ano 2) ne

140 b) Pokud ano, do jaké a proč?

141) Do jaké doby od úmrtí je ve Vaší kultuře zvykem vykonat pohřeb?

- 1) v den úmrtí
2) do jednoho týdne
3) do dvou týdnů
4) to je různé
5) jiné:

142) Jaký je Váš názor na pohřbívání do země?

- 1) naprosto souhlasím
2) spíše souhlasím
3) nevím
4) spíše nesouhlasím
5) naprosto nesouhlasím

143) Jaký je Váš názor na pohřbívání žehem?

- 1) naprosto souhlasím
2) spíše souhlasím
3) nevím
4) spíše nesouhlasím
5) naprosto nesouhlasím

144) Jak probíhá ve Vaší kultuře pohřeb? (doplňte)

.....
.....

145) Jak dlouho držíte smutek?

- 1) smutek nedržím
- 2) do pohřbu
- 3) do jednoho měsíce
- 4) do půl roku
- 5) do 1 roku
- 6) celý život
- 7) to se nedá říci, je to různé
- 8) jiné:

146) Jak projevujete smutek ze ztráty blízkého? (Zde můžete označit více možností)

- 1) smutek neprojevuji
- 2) emočními projevy (pláč, hněv, agresivita...)
- 3) hledám útěchu v modlitbách
- 4) беру to jako vysvobození, netrápím se
- 5) jsme celá rodina pohromadě
- 6) vzpomínkami na blízkého
- 7) zaměstnám se jinou činností
- 8) čas je nejlepší lék
- 9) jiné:

147) Co nastane po smrti? (Zde můžete označit více možností)

- 1) po smrti není nic
- 2) nový, lepší život
- 3) zemře jen tělo, duše zůstává zde na zemi
- 4) následuje nebe či peklo
- 5) znovuzrození
- 6) prázdno
- 7) jiné:

148) Promlouváte se zemřelými?

- 1) ano
- 2) ne

149) Zemřelý člověk je pro Vás: (Zde můžete označit více možností)

- 1) nevím, nepřemýšlím nad tím
- 2) rádcem
- 3) dobrem
- 4) zlem
- 5) obavou
- 6) nic pro mě neznamená
- 7) jiné:

150) Až jednou zemřete, budete: (Zde můžete označit více možností)

- 1) po mé smrti již nebude nic
- 2) ochraňovat své blízké
- 3) promlouvat k živým
- 4) konat dobro
- 5) konat zlo
- 6) strašit zlé lidi
- 7) nebudu dělat vůbec nic
- 8) budu odpočívat
- 9) své blízké budu sledovat, ale nebudu nic říkat ani konat
- 10) budu plnit přání svých blízkých
- 11) budu si užívat nového a lepšího světa
- 12) jiné:

151) Jaká je Vaše smuteční barva?

- 1) žádná
- 2) černá
- 3) jakákoliv tmavá
- 4) bílá
- 5) jiná:

152) Liší se Vaše rituály v období umírání, pokud jde o dítě a ne o dospělého?

- 1) ano
- 2) ne

153) Liší se Vaše rituály v období smrti, pokud jde o dospělého a ne o dítě?

- 1) ano
- 2) ne

Příloha 5

Dotazník DAP-R

Dotazník Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R)

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

1	2	3	4	5	6	7
zcela nesouhlasím	nesouhlasím	spíše nesouhlasím	nevím	spíše souhlasím	souhlasím	zcela souhlasím

1.	Smrt je bezpochyby hrozivá zkušenost.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Vyhlídka na mou vlastní smrt ve mně vzbuzuje úzkost.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Věřím, že po smrti budu v nebi.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Smrt ukončí všechna moje trápení.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Smrt by měla být nahlížena jako přirozená, nepopíratelná a nevyhnutelná skutečnost.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Jsem rozrušený/á z konečnosti smrti.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Smrt je vstupem na místo konečného uspokojení.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Smrt nabízí možnost úniku z tohoto hrozného světa.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Kdykoliv mi na mysl přijde myšlenka na smrt, snažím se ji odehnat.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Snažím se nemyslet na smrt.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Věřím tomu, že nebe bude mnohem lepší místo než tento svět.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Smrt je přirozená součást života.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Smrt je sjednocení se s Bohem a věčné blaho.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Smrt přináší příslib nového a blaženého života.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Smrti bych se nebál/a, ani ji nevítal/a.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Mám intenzivní strach ze smrti.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Zcela se vyhýbám myšlenkám na smrt.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Téma života po smrti mě hodně znepokojuje.	1	2	3	4	5	6	7

21.	Fakt, že smrt bude znamenat konec všeho tak, jak to znám, mě děsí.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Těším se na znovushledání se svými milovanými, až zemřu.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Pohlížím na smrt jako na úlevu od pozemského trápení.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Smrt je jednoduše součást procesu života.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Vidím smrt jako přechod na věčné a požehnané místo.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Snažím se nemít nic společného s tématem smrti.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Smrt nabízí úžasné osvobození duše.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Víra v posmrtný život mi při střetávání se smrtí dává pocit klidu.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Vidím smrt jako úlevu z tíhy tohoto života.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Smrt není ani dobrá, ani špatná.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Těším se na život po smrti.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Trápí mě nejistota plynoucí z toho, že nevím, co přijde po smrti.	1	2	3	4	5	6	7

Zdroj: WONG, P.T.P., REKER, G.T., GESSER, G., 1994. Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: NEIMEYER, R.A. *Death anxiety handbook: Research, Instrumentation, and Application*. Washington, DC: Taylor & Francis. S. 121-148. ISBN 1-56032-282-9.