

Zmysel života z pohľadu zomierajúcich pacientov

doc. PhD. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD., Mgr. Dušana Pčolková

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská Univerzita v Trnave

V príspevku sa zaoberáme zmyslom života v utrpení v teoretickej i praktickej rovine so zameraním na zomierajúceho pacienta. Hľadáme a objasňujeme vzťahy medzi zmyslom života zisťovaným prostredníctvom logo-testu a niektorými ukazovateľmi, ako je pohlavie, rodičovstvo a religiozita. Zaujímavé sú aj zistenia týkajúce sa komparácie rôznych skupín respondentov (zomierajúci, pozostalí, suicidálni klienti a klienti bez domova) podľa ich výsledkov životnej zmysluplnosti.

Kľúčové slová: zmysel života, logoterapia, logo-test, zomierajúci človek.

Meaning of live from the perspective of the dying patients

The paper deals with the meaning of life in suffering in theory and in practical terms, focusing on the dying patient. We are looking for a clarification of the relationship between the meaning of life through logo-test and some indicators such as sex, parenting and religiosity. Interesting are also findings regarding the comparison of different groups of respondents (dying, survivors, suicidal clients and homeless clients) according to the results of the meaningfulness of life.

Key words: meaning of life, logotherapy, logo-test, the dying person.

Úvod

Pocit zmyslu predstavuje kvalitu hlboko zakotvenú v nás samých. Niekedy však predstavuje kvalitu, ktorá ešte len čaká na svoje odhalenie či kvalitu úplne absentujúcu v živote jednotlivca. Práve v najzávažnejších okamihoch života človeka je dôležité zacieliť pozornosť na zmysluplnosť ľudskej existencie.

Zmysel života v utrpení

Život človeka kamsi smeruje – k istému zmyslu. Zmyslom nie je bolesť ani smrť, zmyslom nie je ani utrpenie. V bolesti i utrpení sú však ukryté isté otázky. Sú to otázky kultivujúce rast stále zrejúcej ľudskej osobnosti. Fakt je, že nás nekultivujú len otázky kladené sebe a okoliu, ale i otázky, ktoré kladú naše životné situácie nám, a to predovšetkým bolesť, utrpenie či vedomie vlastnej konečnosti (1). Aj Porubčanová (2) vo svojom prieskume zistila, že vplyvom ťažkej choroby sa mení nazeranie človeka na svet. Často má za následok zmenu jeho základnej hierarchie hodnôt.

Človek môže prežiť zmysluplný život i vtedy, keď tento život nie je ani tvorivo plodný, ale ani bohatý na zážitky. Realizácia postojových hodnôt spočíva v tom, ako sa človek postaví k obmedzeniam svojho života. Práve v zaujatí postoja, v situácii predstavujúcej zúženie jeho možností sa otvára nová, špecifická ríša hodnôt prináležiaca podľa Frankla hodnotám najvyšším. I keď je človek ochudobnený o hodnoty zážitkové a tvorivé, ešte vždy má poslednú, ba dokonca najvyššiu šancu realizovať hodnoty. Záleží na tom, aký postoj človek zaujme k nezmeniteľnému osudu (statočnosť prijímať utrpenie, dôstojnosť v ohrození života, nevyliciteľná choroba). Každý človek až do konca svojho života nesie zodpovednosť za hodnoty, aj keby to boli hodnoty „len“ postojové. Len ak

človek chápe život ako hodnotu, len vtedy bude schopný dať mu obsah a nájsť jeho cieľ (3).

Schopnosť trpieť nie je nič iné, než schopnosť uskutočniť postojové hodnoty. Život má teda až do posledného okamihu zmysel, ten si uchováva až do jeho konca. Možnosť uskutočňovať hodnoty tým, aký postoj človek k svojmu osudovo nevyhnutnému utrpeniu zaujme, tá tu existuje vždy. Uskutočňovanie postojových hodnôt, teda dodávanie zmyslu života cez utrpenie, je možné len tam a len vtedy, keď je utrpenie osudové a nedá sa mu vyhnúť (4). Utrpenie, ktoré nie je nevyhnutné, je považované za zbytočné a malo by byť odstránené. Najmä vo chvíľach veľkého utrpenia a bolesti môže človek odpovedať svojmu osudu. Vtedy zúročí všetko, čo od života dostal a ukáže, kým v skutočnosti je. Pred svetom i pred sebou samým odhalí svoje najhlbšie ja.

Veľkosť a hĺbka utrpenia človeka nezávisí len od objektívnych škôd, ale aj od ich poznania a zhodnotenia významu pre život. Človek sa dokáže vyrovnávať s problémami ľahšie, ak má jeho utrpenie zmysel (5).

Logoterapia

Logoterapia je podľa svojho zakladateľa, viedenského psychoanalytika Viktora Emanuela Frankla, psychoterapiou zameranou na hľadanie zmyslu. Starosť o zmysel vlastného života považuje on sám za zvrchovaný prejav ľudstva.

Postulát zmyslu života privádza logoterapeutické presvedčenie k záveru, že život má zmysel, ktorý nestratí za žiadnych okolností. Je však pravda, že tento zmysel sa môže občas vymykať z ľudského chápania. Keďže zmysel je hodnotou presahujúcou človeka, musíme ju niekedy nanovo precítiť a vytušiť. Vo všeobecnosti platí tvrdenie, že logoterapia ponúka pozitívny pohľad na svet (6).

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(3): 99–101

Logoterapia chápe život človeka ako úlohu, ako život realizovaný prostredníctvom konania. Podľa neho sme povolaní uvažovať nad zmyslom ponúknutým v každej životnej situácii a nachádzať význam každého okamihu (7).

Logoterapeutické princípy a ich filozofia môžu byť zosumarizované do nasledovného:

- Život má zmysel za každých okolností.
- Vôľa k zmyslu je základný motivačný faktor v živote človeka.
- Ľudia majú slobodu nájsť zmysel svojho života.
- Možnosti voľby sú prítomné v každej situácii. Sú vyjadrené v našich postojoch k alternatívam, ktoré volíme na to, aby sme urobili rozhodnutie.
- Ľudské bytosti sú trojdimenzionálne – biologické, psychologické a duchovné. Všetky tieto dimenzie musia byť akceptované pri liečbe.
- Ľudský duch je zdravé jadro vo všetkých chorých ľuďoch.
- Máme možnosť transcendentovať seba samých (v záujme iných ľudí potrebujúcich pomoc) na základe lásky.
- Naša existencia v prítomnosti je podmienená nielen našou minulosťou, ale aj tým, čo si pripravíme v budúcnosti.
- Každý človek je jedinečný a nenahraditeľný.
- Zmysel je prítomný v každej situácii. Len na jednotlivcovi záleží, či sa rozhodne využiť alebo zahodiť možnosť nájsť zmysel za každých okolností.
- Zmysel prítomného momentu nie je vždy celkom jasný. Musíme byť trpezliví, aby sme ho objavili.
- Zodpovednosť je schopnosť odpovedať na otázky života v danom momente.
- Objavenie zmyslu života nie je dar, ale úspech. Človek nespozná vlastné limity dovtedy, kým ho život „nedonúti“ čeliť im.

- Rast a rozvíjanie sú výsledkami zmeny. Terapia je potrebná len vtedy, keď zmena nie je správaná rastom.
- Život nám nezabezpečí radosť – tú prináša len zmysel, ktorý musíme objaviť. Šťastie a radosť sú „vedľajšími produktmi“ objavenia zmyslu v živote (7).

Realizácia výskumu a výskumná vzorka

V čase realizácie nášho výskumu sme mali možnosť navštíviť 5 slovenských hospicov a jedno oddelenie paliatívnej starostlivosti, pričom sme počas našej prítomnosti v spomínaných zariadeniach mali možnosť posúdiť 164 klientov, z ktorých 41 pacientov bolo schopných odpovedať na všetky otázky. Títo pacienti tvoria len 25 % z celkového počtu hospitalizovaných z nižšie uvedených dôvodov, z ktorých niektoré vo svojom výskume uvádza aj Dobríková (8):

1. poruchy kognitívnych funkcií, organické poškodenia mozgu pod vplyvom metastáz s odrazom na psychike človeka (cca 30 %)
2. pacient nebol schopný participovať na výskume z dôvodu únavy či denného spánku (cca 10 %)
3. z dôvodu vyčerpanosti pacient nebol schopný dokončiť celú batériu testov (cca 10 %)
4. pacient bol v smrteľnej agónii alebo upadol do kómy (cca 10 %)
5. manifestácia symptómov ochorenia znemožnila účasť na výskume (cca 5 %)
6. pre poruchy zmyslových funkcií pacient nebol schopný participovať na výskume (cca 5 %)
7. pacient bol v karanténe z dôvodu infekčného ochorenia (cca 2 %)
8. pacient nebol schopný komunikovať v slovenskom ani vo svetovom jazyku (cca 3 %)
9. pacient nebol ochotný participovať na výskume (traja pacienti).

Čo sa týka niektorých socio-demografických ukazovateľov a základných informácií o respondentoch, zistili sme, že najviac (pätnásť) zomierajúcich klientov bolo pred umiestnením do hospicu hospitalizovaných na onkologickom oddelení, deväti na oddelení chirurgie, siedmi na oddelení kardiológie, štyria na oddelení neurológie, traja klienti prišli z domáceho prostredia, jedna klientka z gynekológie, jedna klientka z interného oddelenia a jedna z infekčného. Až 35 zomierajúcich pacientov postrehlo veľký rozdiel medzi hospicom a oddelením, na ktorom boli hospitalizovaní pred príchodom do hospicu. Ich odpovede poukazovali výlučne na pozitíva v prospech hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Pozitívne klienti hodnotili najmä prístup personálu (záujem o klienta a jeho potreby, spôsob komunikácie, čas venovaný klientovi), lepšiu starostlivosť, to, že sa v hospici necítia osamelí, krásne prostredie, ktoré pripomína viac domov, lepšiu

stravu, možnosť mať samostatnú izbu, uspokojovanie duchovných potrieb. Štyria klienti nebadali rozdiel medzi hospicom a oddelením, na ktorom boli hospitalizovaní pred umiestnením do hospicu, a traja prišli do hospicu z domáceho prostredia.

Z hľadiska informovanosti o svojom zdravotnom stave sa väčšina respondentov (27) cítila úplne informovaná o svojej diagnóze, 8 ďalších vedelo o svojej diagnóze takmer všetko, 4 klienti sa cítili informovaní priemerne, 1 klient málo a 1 klient vôbec. Prvotné informácie o diagnóze podali klientom lekári (27 klientov), zdravotné sestry (8 klientov), rodina (dvaja klienti), dvaja klienti uviedli, že vážnu diagnózu vytyšili sami a dvaja klienti tvrdili, že o diagnóze nehovorili s nikým.

Výskumné metódy

Použili sme vlastný dotazník na zistenie základných socio-demografických ukazovateľov a Logo-test E. Lukasovej, ktorý umožňuje posúdiť stupeň ohrozenia existenciálnou frustráciou. Môže byť používaný v praxi lekárov, psychológov, sociálnych pracovníkov, pedagógov i kňazov. Je určený na individuálne i hromadné vyšetrenie. Tvoria ho tri časti a bol vypracovaný osobitne pre mužov a pre ženy. Výsledky sa vyjadrujú v kvartiloch Q1 – Q4, pričom výsledok Q1 reprezentuje dobrú úroveň prežívanej životnej zmysluplnosti, Q2 a Q3 priemernú úroveň a zaradenie do Q4 znamená nízku úroveň prežívanej zmysluplnosti. Pre podrobnejšie rozlíšenie výsledkov môžeme v Q4 vymedziť ešte decily D9 a D10, pričom D9 znamená veľmi zlá prežívaná zmysluplnosť – existenciálna frustrácia a D10 najhoršia úroveň prežívanej zmysluplnosti (9).

Výskumné zistenia

Pri analýze logo-testu sme sa zamerali na pásmo Q4 (v rámci ktorého sa navyše vyznačujú decily D9 a D10, pretože tu hovoríme o zhoršenom až veľmi zlom „naplnení zmyslu“, čo má pre nás z hľadiska potrebnej logoterapeutickej intervencie v paliatívnej starostlivosti najväčší význam (výsledky pozri v tabuľke č. 1).

Na otázky uvedené v logo-teste zo 41 zomierajúcich klientov bolo u 7 pacientov zaznamenané zhoršené naplnenie zmyslu. Štyria boli zaradení do pásma D9, čo vypovedá o prítomnosti existenciálnej frustrácie, ktorá prispieva k vzniku mnohých duševných porúch (neuróz či depresí). K tomu pristupuje takisto nebezpečenstvo suicídia. Existenciálna frustrácia, ktorá sa prejavuje v „krízach zmyslu“, v citoch prázdnoty, márnosti, nudy, strate záujmu a hodnôt, značne oslabuje aj imunitný systém zomierajúceho človeka (jeho duševnú i telesnú imunitu), čím ho núti zaujať nihilistický postoj a rezignovať. Prítomnosť existenciálnej frustrácie v živote zomierajúceho je jednoznačnou indikáciou na liečbu so zvláštnym logoterapeutickým zameraním. Sedem testovaných

Tabuľka 1. Výsledky logo-testu pre jednotlivé skupiny respondentov

Skupiny respondentov			Percentá
	Kvartil	Počet	
Zomierajúci	Q1	13	31,7
	Q2+Q3	10	24,4
	Q4	7	17,1
	D9	4	9,8
	D10	7	17,1
	Spolu	41	100,0
Pozostalí	Q1	11	36,7
	Q2+Q3	12	40,0
	D9	4	13,3
	D10	3	10,0
	Spolu	30	100,0
Klienti bez domova	Q1	1	1,4
	Q2+Q3	24	33,3
	Q4	12	16,7
	D9	21	29,2
	D10	14	19,4
	Spolu	72	100,0
Suicídálni	Q1	2	12,5
	Q2+Q3	4	25,0
	Q4	2	12,5
	D9	5	31,3
	D10	3	18,8
Spolu	16	100,0	

Legenda k tabuľke č. 1:

Q1: veľmi dobrá úroveň „naplnenia zmyslu“

Q2+Q3: stredná úroveň „naplnenia zmyslu“

Q4-(D9+D10): zhoršené „naplnenie zmyslu“

D9: zlé „naplnenie zmyslu“ ako ukazovateľ prítomnosti „existenciálnej frustrácie“ ohrozujúcej zdravie

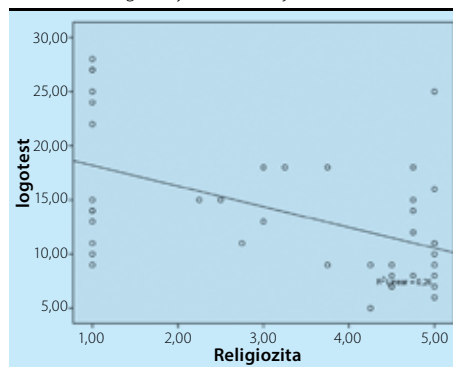
D10: veľmi zlé „naplnenie zmyslu“

klientov je možné na základe prežívanej zmysluplnosti zaradiť do pásma D10, do ktorého spadajú tí, ktorých úroveň prežívanej zmysluplnosti je najhoršia. Sú to ľudia, ktorí svoju existenciu prežívajú ako bezzmyselnú, sú vo svojom živote veľmi nespokojní, nešťastní a možno taktiež nevidia zmysel v jeho pokračovaní. Diagnosticky tu môžeme hovoriť o ohrození masívnou existenciálnou frustráciou ktorá otriasa zomierajúceho klienta v samotnej podstate jeho existencie a dá sa vyličiť len radikálnym zlepšením v oblasti životného zmyslu, pričom naliehavo vyžaduje takúto liečbu. Je preto nevyhnutné venovať im náležitú pozornosť a ak je to možné, aj logoterapeutickú liečbu, pretože prejavujú „NIE“ proti životu.

V našom výskume nás taktiež zaujímalo, či zaznamenáme rozdiely v prežívaní zmysluplnosti života v závislosti od pohlavia. Po štatistickom spracovaní dát sa nepreukázali signifikantne významné rozdiely medzi pohlaviami v „naplnení zmyslu“ u zomierajúcich ($t(39) = 1,874$; $p = 0,068$), pričom priemerné hodnoty logo-testu boli u žien 12,63 a u mužov 16,43 (čím nižšie skóre, tým vyššie naplnenie zmyslu).

Výsledky širokého spektra výskumov zameraných na zmysel života v závislosti od pohlavia sa však mnohokrát rôznia. Napríklad Kling a kolektív (10) tvrdia, že zmysluplnosť života signifikantne

Graf 1. Korelácia medzi zmyslom života a mierou religiozity u zomierajúcich



súvisí so sebaapriatím. Autori ďalej pokračujú, že ženy vykazujú odlišnú mieru sebaapriatia ako muži, z čoho možno usudzovať aj ich odlišné „naplnenie zmyslu“ ako u mužov. K podobnému názoru dospeli Hedberg, Gusafson a Brulin, ktorí sa zaoberali skúmaním zmyslu života (prostredníctvom Purpose in Life Scale) u starých ľudí nad 85 rokov v závislosti od pohlavia. Zistili, že ženy skórovali nižšie než muži. Determinanty zmyslu života sa však pri jednotlivých pohlaviach viac-menej nelíšili. Muži i ženy vykazovali silný vzťah medzi postojom k vlastnému starnutiu a zmyslom života, tak isto ako bolo pre nich dôležité mať rodinu, s ktorou sa môžu rozprávať (11).

Zamerali sme sa aj na otázku, či existujú rozdiely v prežívaní zmysluplnosti života v jednotlivých skupinách respondentov v závislosti od toho, či majú deti. V súvislosti s danou hypotézou sme nezaznamenali signifikantný rozdiel medzi prežívaním zmysluplnosti života zomierajúcich klientov, ktorí majú deti, a tými, ktorí deti nemajú ($t(39) = -1,947$; $p = 0,059$). Napriek tomu badáme tendenciu, ktorá ukazuje, že vyšší zmysel života je u tých klientov, ktorí majú deti, pričom priemerné hodnoty logotestu u pacientov s deťmi boli 12,94 a u bezdetných 17,44.

Napokon sme sa zaoberali otázkou týkajúcou sa existencie vzťahu medzi zmyslom života a religiozitou respondentov. Pre zistenie vzťahu medzi zmyslom života a mierou religiozity sme použili Pearsonov korelačný koeficient. Zaznamenali sme signifikantný vzťah medzi zmyslom života a mierou religiozity ($r = -0,510$, $p = 0,001$) (pozri graf č. 1, kde 0 je najvyššie naplnenie zmyslu a 43 najnižšie naplnenie zmyslu a 1 je najnižší stupeň religiozity a 5 najvyšší stupeň religiozity), čo znamená, že čím nižšiu mieru religiozity zomierajúci vykazovali, tým horšie bolo ich „naplnenie zmyslu“.

Krause (12) vo svojom výskume potvrdil, že jednotlivci, ktorí našli v živote zmysel prostredníctvom náboženstva, menej zažívajú pocity strachu a úzkosti zo smrti ako ľudia, ktorí neboli schopní nájsť zmysel života prostredníctvom religiozity. Aj Tix (13) zistovala vzťah medzi zvnútornenou religiozitou a rôznymi formami mentálneho zdravia. Výsledky

ukázali, že zvnútornená religiozita je spojená s nižšou hostilitou, vyššou úrovňou zmyslu života a pozitívnejšími vzťahmi k iným ľuďom. Zaujímavé sú aj závery, ktoré poukazujú na to, že hospicoví pacienti s internalizovaným religióznym pohľadom na svet vykazujú menej emocionálneho utrpenia a vyššiu mieru akceptácie smrti. Zvnútornená religiozita aj u nich predikovala postoj akceptácie blížacej sa smrti. Na druhej strane však prekvapujúco zistili, že participanti s vyššou mierou zvnútornenej religiozity sa viac snažili vyhnúť rozhovoru na tému smrť (14).

Keďže sme realizovali výskumné šetrenie aj v iných skupinách respondentov, teda nielen u zomierajúcich, zaujímalo nás, či existuje signifikantný rozdiel medzi danými skupinami respondentov v prežívaní zmysluplnosti života. Porovnávali sme navzájom nasledovné skupiny: zomierajúci klienti ($n = 41$), pozostalí klienti v akútnom smútku ($n = 30$), klienti bez domova ($n = 72$) a klienti hospitalizovaní na psychiatrickom oddelení po neúspešnom suikidálnom pokuse ($n = 16$).

Na určenie rozdielu v prežívaní zmysluplnosti života medzi jednotlivými skupinami respondentov sme použili parametrický test ANOVA, pretože bola splnená podmienka normálneho rozloženia. Zaznamenali sme signifikantne významné rozdiely v prežívaní zmysluplnosti života medzi skupinami ($F = 8,859$; $p = 0,001$). Zaujímali sme sa aj o konkrétnejšie výsledky. Tentoraz sme sa zamerali na veľmi dobrú úroveň naplnenia zmyslu. 31,7 % klientov s infaustnou prognózou vykazovalo veľmi dobrú úroveň „naplnenia zmyslu“ aj napriek ich obmedzeným možnostiam. Rovnako veľmi dobrú úroveň „naplnenia zmyslu“ vykazovalo 36,7 % pozostalých. Danforth (15) zistil, že kríza spojená so stratou blízkeho človeka okrem iných výziev iniciovala v pozostalom potrebu nájsť novú perspektívu v živote, zmeniť vnímanie seba a nájsť zmysluplné životné smerovanie. Davis a kol. (16) sa vo svojom výskume pýtali respondentov, či sú schopní nájsť zmysel v smrti ich blízkeho. Definovali dva konštrukty zmyslu – hľadanie zmyslu udalosti a hľadanie benefitu v skúsenosti straty. Zistili, že oba tieto konštrukty nezávisle hrajú dôležitú úlohu v procese vyrovnávania sa so stratou. Výsledky hovoria, že hľadanie zmyslu straty je spojené s nižším distresom, ale len v priebehu prvého roka po strate, zatiaľ čo hľadanie benefitu v skúsenosti straty hrá najvýznamnejšiu úlohu v prispôbovaní sa životu po strate v priebehu 13 a 18 mesiacov po strate. Veľmi dobrú úroveň „naplnenia zmyslu“ sme zaznamenali len u 1,4 % klientov bez domova a v prípade suikidálnych klientov sme veľmi dobrú úroveň naplnenia zmyslu zaznamenali u 12,5 % (podrobne pozri tabuľku č. 1).

Môžeme teda konštatovať, že zomierajúci pacienti majú napriek ich veľmi ťažkej životnej situácii a prežívanému utrpeniu podstatne vyššie

naplnenie zmyslu než klienti bez domova alebo suikidálni klienti.

Záver

V kontexte prežívanej straty zmyslu života klienta sociálnej práce sa javí ako veľmi nápomocné, ak má psychológ (alebo iný odborník) príslušné logoterapeutické vzdelanie, ktoré mu pomôže lepšie porozumieť prežívaniu a správaniu klienta a následne mu poskytnúť adekvátnu odbornú pomoc.

Literatúra

1. Kašparu M. Růst osobnosti na nemocničním lůžku anebo otázky přímo Jobovské. In: Žáková, M. (Ed.), Zborník z 3. Ročníka Mezinárodní konference hospicové a paliativní starostlivosti. Bratislava: Oto Németh, 2005. ISBN 80-88949-84-X.
2. Porubčanová P. Nachádzanie zmyslu života cez utrpenie. In: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie. Problémy a perspektívy filozofických, humanitných a sociálnych vied. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 2002: 179–184. ISBN 80-89074-32-4.
3. Klčovanská E. Hodnoty a ich význam v psychológii. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 2005: 232. ISBN 80-8082-039-2.
4. Frankl EV. Teorie a terapie neuróz. Praha: Grada 1999: 171. ISBN 80-7169-779-6.
5. Nemčeková M. Miesto utrpenia v mravnom sebaurčení človeka. In: Psychická regulácia a edukácia mravného správania. Trnava: Trnavská univerzita Trnava, 1999: 91–99. ISBN 80-88774-59-4.
6. Lukášová E. Základy logoterapie. Bratislava: Lúč 2009: 272. ISBN 978-80-7114-704-6.
7. Guttman D. Logotherapy for the Helping Professional: Meaningful Social Work. New York: Springer publishing company 1996: 256. ISBN 0-8261-9020-0.
8. Dobříková P. Quality of life in incurable patients. Bratislava, SAP, Studia Psychologica 2010; 52(2): 155–163. ISSN: 0039-3320.
9. Balcar K. Standardizace dotazníku „Logo – test“ na vzorku studujících českých vysokých škol. In: Československá psychologie. 1995; 39(5): 400–405.
10. Kling KC, et al. In Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. Psychological Bulletin 1999; 125: 470–500.
11. Hedberg P, Gustafson Y, Brulin C. Purpose in life among men and women aged 85 years and older. In: International Journal of Aging & Human Development 2010; 70(3): 213–229.
12. Krause N. Reported contact with the dead, religious involvement, and dead anxiety in late life. In: Review of Religious Research 2011; 52(4): 347–364.
13. Tix AP. Moderators and goal-based mediators of the relationship between intrinsic religiousness and mental health. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2002; 63(5-B): 2608.
14. Neimeyer RA, et al. Confronting suffering and death at the end of life: The impact of Religiosity, Psychosocial Factors, and Life Regret among Hospice Patients. In: Death Studies. 2011; 35: 777–800. ISSN 0748-1187.
15. Danforth M. Listen to My Words, Give Meaning to My Sorrow: A Study in Perspective Transformation in Middle Aged Women Who Experience Loss of Spouse. Dizertačná práca. North Carolina State University, 1999, 104s.
16. Davis CG, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. In: Journal of Personality and Social Psychology 1998; 75(2): 561–574. ISSN 0022-3514.

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Trnavská Univerzita
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
dobrikp@gmail.com

