

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Postoje a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče  
v domově pro seniory**

Attitudes and Coping with the Death of the Direct Service  
Workers in Home for the Elderly



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Milada Němcová

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

Olomouc

2017

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Postoje a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Ostravě dne 24. 3. 2017

Podpis.....

## **Poděkování**

Velmi ráda bych poděkovala Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské diplomové práce, podnětné rady, podpůrná slova a drahocenný čas věnovaný konzultacím. Také bych chtěla poděkovat vedení domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji, které mi umožnily realizaci dotazníkového šetření. Velké díky patří zejména pracovníkům přímé obslužné péče v domovech pro seniory a osloveným respondentům z řad běžné populace, kteří byli ochotni vyplnit anonymní dotazník, a umožnili tak realizaci mého výzkumu. Samozřejmě nemohu opomenout vyjádřit vřelé díky mému manželovi a dětem za podporu a shovívavost nejen při psaní bakalářské práce.

## Obsah

Úvod .....	5
Teoretická část.....	6
1 Smrt .....	7
1.1 Historie smrti .....	8
1.2 Vnímání smrti od dětství po dospělost .....	9
1.3 Umírání jako proces.....	10
1.3.1 Pre finem .....	11
1.3.2 In finem .....	11
1.3.3 Post finem.....	13
1.4 Strach ze smrti .....	13
2 Postoje - pojem a struktura .....	17
2.1 Historický vývoj názorů a výkladové modely postoje.....	18
2.2 Funkce a charakteristiky postojů .....	19
2.3 Utváření postojů.....	20
2.4 Změny postojů .....	21
2.5 Postoje ke smrti.....	21
3 Stres a zvládání životních těžkostí .....	23
3.1 Osobnostní charakteristiky hrající roli při zvládání stresu .....	24
4 Vymezení pojmu „pracovník v přímé obslužné péči“ v domově pro seniory...27	
4.1 Pracovník v přímé obslužné péči .....	27
4.2 Zátěž pracovníka v přímé obslužné péči.....	30
4.3 Péče ze strany zaměstnavatele o pracovníky přímé péče .....	31
5 Teoreticko-kritická analýza výzkumů .....	34
Empirická část .....	37
6 Výzkumný problém a hypotézy.....	38
6.1 Výzkumný problém .....	38
6.2 Výzkumné cíle .....	39
6.3 Hypotézy .....	40

7	Metodologický rámec práce .....	42
7.1	Aplikovaná metodika .....	42
7.2	Metody získávání dat .....	42
7.2.1	Death Attitude Profile- Revised .....	42
7.2.2	Coping with Death Scale .....	44
7.3	Sběr dat .....	46
7.4	Zpracování a analýza dat .....	47
7.5	Výzkumný soubor .....	49
8	Etické aspekty výzkumu .....	51
9	Přehled výsledků výzkumu .....	52
9.1	Deskriptivní statistika .....	52
9.2	Výsledky testování hypotéz .....	55
10	Diskuze .....	62
11	Závěry .....	70
12	Souhrn .....	72
	Seznam použité literatury a zdrojů .....	76
	Seznam příloh .....	80

## Úvod

Smrt je přirozenou součástí života každého z nás. Avšak vyvolává v nás rozporuplné pocity. Zatímco někdo se jí bojí jako čert kříže, jiný je se smrtí smířený a vnímá ji jako nedílnou součást své cesty zde na zemi. Přímé setkání se smrtí je pro běžnou populaci spíše mimořádnou událostí. Jsou však povolání, kde je smrt téměř každodenní součástí pracovní náplně.

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem smrti. Svou pozornost obracím k problematice postojů a zvládání smrti u pracovníků v přímé obslužné péči v domově pro seniory. Cílem je zjistit, jaké postoje ke smrti zaujímají pracovníci v přímé obslužné péči v domovech pro seniory a jak zvládají každodenní setkávání se smrtí ve své pracovní náplni. A zda existují rozdíly mezi postoji a zvládáním smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a postoji a zvládáním smrti u běžné populace.

V teoretické části se věnuji tématu smrti od definice pojmu smrt pohledem různých autorů přes vývoj vnímání smrti od dětství do dospělosti, specifika jednotlivých fází umírání až po obavy a strach ze smrti. Následně vysvětluji termíny postoje a zvládání životních těžkostí. Navazuji definováním termínu pracovník přímé obslužné péče v domově pro seniory a upřesňuji jeho pracovní náplň a roli v domově pro seniory. Zmiňuji péči o tyto zaměstnance ze strany zaměstnavatele. Druhou část práce věnuji výzkumu ve výše uvedené problematice.

Byla jsem rok zaměstnaná jako fyzioterapeutka v domově pro seniory. Přestože jsem se již dříve setkala s úmrtím v rodině či blízkém okolí, nikdy mé setkání nebylo tváří v tvář smrti. Tento prožitek byl v rámci mého zaměstnání zcela nový a hluboce mne zasáhl. Tehdy mi na mysli vyvstala otázka, jak tyto okamžiky zvládají zaměstnanci v přímé obslužné péči, kde je přímé setkání se smrtí podstatně čtenější, než je u běžné populace obvyklé...

## **Teoretická část**

# 1 Smrt

*„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jakoby uznávali, že je největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.“*

Platón

Existuje celá řada pokusů o definici smrti, jejichž odlišnost je dána především náhledem definujícího na problematiku smrti. Také z pohledu medicíny se definice smrti vyvíjela přes několik variant až po definici klinicky využitelnou. Pro potřeby humánní medicíny považujeme v současné době za smrt jedince okamžik nezvratitelné ztráty funkcí mozkového kmene. Důsledkem ztráty funkcí mozkového kmene je ireverzibilní ztráta schopnosti vědomí společně s ireverzibilní ztrátou schopnosti dýchat. Tato ztráta funkcí mozkového kmene vede dle našich současných znalostí k rychlé a nezvratitelné dezintegraci celého organismu. Tradičně byla smrt pojmem označujícím zástavu srdeční činnosti, ale některé srdeční zástavy je možné resuscitovat a smrt tak zvrátit. Takovou zástavu pak označujeme jako klinickou smrt. Teprve smrt mozku je smrtí individua, protože mozek jako jediný reprezentuje osobnost a identitu člověka (Špatenková et al., 2014).

Pro psychology je smrt završením života, všech jeho vývojových etap. Pro teology je smrt ukončením pozemského života a začátkem jiného. Sociologické hledisko pohlíží na smrt jako na vyústění životní dráhy. Náš život si ve své jednoduchosti můžeme představit jako prostou úsečku ohraničenou dvěma krajními body – počátek značí zrození, respektive početí, konec naše smrt. Fakt smrti tak nepředstavuje cosi nenormálního, nepřírozeného, acyklického (Špatenková, 2014).

Umírání a smrt je velké lidské a obtížně uchopitelné odborné téma. Prakticky je však umírání i smrt především údělem člověka a obojí nás v budoucnosti čeká a nemine. Tato jistota je současně i nejistotou – nevíme kdy a jakým způsobem se tak stane. V běžném životě se však lidé chovají tak, jako by měli žít věčně (Haškovcová, 2015).

„Smrt každého člověka je zcela osobní a jedinečná. Hraje při ní roli mnoho faktorů – struktura osobnosti, věk umírajícího, jeho sociální zázemí, jeho minulost a naplnění života,



jeho naděje. Každý před smrtí bilancuje. Každý v této fázi svého života potřebuje lásku a úctu druhých“ (Matoušek, Kolářková & Kodymová, 2010).

Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tudíž i člověka. V minulosti lidé častěji umírali tzv. přirozenou smrtí – sešlostí věkem. V dnešní době je častěji smrt konečným stádiem nějakého patologického procesu (nemoci) – lékařská smrt. Podle rychlosti skonu hovoříme o smrti náhlé, rychlé nebo pomalé. Zatímco pomalá smrt se v určitém, relativně dlouhém čase ohlašuje, náhlá smrt bývá častěji spojována se smrtí tragickou a přichází bez ohlášení. Podobné je to i se smrtí rychlou – ta je spojována s nemocí, která je příčinou brzkého skonu. Náhlá i rychlá smrt často zaskočí zcela nepřipravené příbuzné (Haškovcová, 2000).

## 1.1 Historie smrti

*„Srdce mi svírá žal. Obávám se smrti.“*

Gilgameš

Faktum konečnosti si lidé uvědomovali vždycky, přesto pozorujeme v historickém kontextu zřetelné rozdíly týkající se akceptace smrti. V dávných dobách byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. Lidé se dožívali jen nízkého nebo relativně nízkého věku. Vysoká kojenecká a dětská úmrtnost, neléčitelné infekce, zranění a špatná výživa výrazně snižovaly reálnou šanci dožít se dospělosti. Teprve v posledních dvoustech letech došlo k výraznému prodloužení života (Haškovcová, 2000).

Kübler-Ross (2015) hovoří v podobném duchu. Ohlédneme-li se do minulosti, na dávné lidi a jejich kultury, dojdeme k poznání, že smrt byla pro člověka vždy čímsi odpuzujícím a zřejmě navždy asi i bude. Pro naše nevědomí je naprosto nepochopitelná představa konce našeho pozemského života, a jestli tento život přece jen nějak skončit musí, pak konec obvykle spojujeme s nějakým zlovolným působením zvenčí. Sama smrt je tak spojována s nějakým zlým činem, jde o událost, která vzbuzuje strach.

Starověký babylonský Epos o Gilgamešovi je filozofickou úvahou o lidském údělu vyjádřenou v mýtické formě. Toto vyprávění o přátelství mezi lidmi popisuje oddanost jednoho člověka k druhému s důrazem na bolest z odloučení způsobeného smrtí a zkoumá

samotnou podstatu lidské přirozenosti. Zatímco Gilgameš se vrací po cestě domů moudřejší, ač osamělejší, biblická kniha Genesis přichází s popisem původu smrti. Biblický mýtus o stvoření zahajuje vyprávění o lidech a smrti jakožto důsledku neuposlechnutí božích příkázání. Teprve zhruba dvě stě let před příchodem Ježíše z Nazaretu začala část židovského obyvatelstva rozvíjet představu zmrtvýchvstání, k němuž mělo dojít jako k božské odplatě spravedlivým. Utrpení během tohoto života mohlo mít usmírující účinek a smrt samotná, jenž byla spíše chápána jako proces umírání, také působila jako vykoupení hříchů. Tyto představy se spojily v interpretaci Ježíšova života jakožto spásonosného utrpení. Utrpení a smrt jsou interpretovány jako prostředek vedoucí k vykoupení hříchů všech lidí. Křesťanství oslavovalo smrt, která byla důsledkem hříchu, ale hřích byl zničen čistým životem Krista vydaným v jeho vykupitelské smrti. Proti tomu buddhismus, hinduismus a sikhismus chápou smrt jako součást velkého cyklu pokračující existence, z něhož by se životodárné já mohlo a mělo osvobodit. Konečného vysvobození lze dosáhnout po dlouhé době, po mnoha inkarnacích a po přísném dodržování pravidel správného chování (Davies, 2010).

V průběhu věků se změnil pohled i na způsob smrti. Zatímco v současné době by většina lidí dala přednost náhlé nebo rychlé smrti, ve středověku vládl názor zcela opačný. Za nejhorší byla považována smrt náhlá a nepředvídatelná. Před tou měl ochránit člověka sám Bůh (Haškovcová, 2000).

## **1.2 Vnímání smrti od dětství po dospělost**

Teoreticky je možné uvažovat ad absurdum, že v jistém slova smyslu umíráme od zrození. Vývoj života je podmiňován životem a život je umožňován opět smrtí (Haškovcová, 2015).

Způsob, jakým dítě chápe smrt, závisí nejen na jeho věku, ale i na úrovni a vývoji intelektuálních schopností. Porozumění smrti během prvních dvou let života chybí, ale je přítomen vývojově daný strach ze separace. Ve třech až pěti letech chápe většina dětí smrt jako něco, co se přihodí druhým. Pojem smrti je stále neurčitý a je spojován se spánkem a nepřítomností světla nebo pohybu. Smrt není pokládána za něco stálého, je odmítána jako konečná realita. Děti věří, že smrt je náhodná a že ony samy nikdy nezemřou. Registrují však mrtvé živočichy a uvádající květiny. Přibližně v šesti letech děti akceptují tvrzení, že smrt je konečná, nevyhnutelná, všeobecná a osobní. V raném školním věku vnímá mnoho

děti smrt jako osobu. Jejich představy jsou podporovány řadou pohádek s touto tematikou. Ve věku deseti až jedenácti let se univerzalita a permanence smrti stává pochopitelnou na základě souvislosti s vývojem času a prostoru, pochopení rozdílů mezi vzpomínkou a fantazií, mezi smrtí a nepřítomností, mezi umíráním a odchodem. Vnímání nevyhnutelnosti smrti jako přirozeného konce lidského života, jako zástavy všech tělesných funkcí. Vývoj pojetí smrti vrcholí v pubertálním období, kdy se začíná obohacovat o dimenzi filozofických úvah o smyslu života (Říčan, Křejičřová a kol., 2006).

Jak léta plynou, jsou adolescentní obavy ze smrti odsouvány stranou dvěma hlavními životními úkoly mladých lidí. Jedním z úkolů je budování kariéry, druhým je založení rodiny. Ale o tři desítky let později, v době, kdy děti opouštějí domov a na obzoru se objevují koncové body profesní kariéry, propuká krize středního věku a s plnou silou znovu vybuchuje i úzkost ze smrti. Dosahujeme vrcholu života a při pohledu vpřed pochopíme, že další cesta už nesměřuje vzhůru, ale svažuje se směrem k ochabování a zmenšování. Od tohoto okamžiku se obavy ze smrti už nikdy z naší mysli nevzdálí příliš daleko (Yalom, 2008).

### **1.3 Umírání jako proces**

*„Umírání je nejvyšší stádium na cestě ke zrání osobnosti.“*

E. Kübler-Rossová

I když jsou příznaky přicházející smrti zřejmé, příbuzní k nim zaujímají ambivalentní postoj. Jakkoliv na racionální úrovni chápou, že život jejich blízkého se blíží ke konci, v emocionální rovině se uplatňuje vzpoura vůči takovým úvahám. Představa, že by je měl blízký člověk opustit, je pro ně naprosto nepřijatelná (Špatenková et al., 2014).

Pojem umírání je v lékařské terminologii opravdu synonymem terminálního stavu – dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik jedince – tj. smrt. Je to především proces. Teorie biologických hodin praví, že člověk umírá fakticky tehdy, když se naplnil jeho geneticky podmíněný program života. Nebo když je v určitém daném čase realizován program smrti. K realizaci těchto programů mohou vést vnitřní i vnější příčiny. Někteří odborníci rozdělují proces

umírání na tři časově nestejná, ale výrazná období: pre finem, in finem a post finem (Haškovcová, 2015).

### **1.3.1 Pre finem**

Období pre finem začíná tam, kde vejde v odbornou a případně i laickou, tedy pacientovu vědomost, že nemoc konkrétního člověka je vážná a perspektivně neslučitelná s životem. Smrt je tedy v určitém čase vysoce pravděpodobná (týdny, měsíce). Po celé toto období je třeba nejen usilovat o dosažení remise (v případě nemoci), popř. alespoň zmírnění obtíží strádajícího, ale také s ohledem na pravděpodobnost zlého konce vést umírajícího úskalími nemoci. Umírající musí bezpečně vědět, že krom lékařské pomoci mu bude poskytnuta též pomoc psychologická a lidská. Umírajícího je bezpodmínečně nutné uchránit od tzv. psychické a sociální smrti. Psychická rezignace, intenzivně prožívaná beznadějí a zoufalství nepochybně usnadňují vstup smrti fyzické. Psychologická intervence může umírajícího uchránit od tzv. sociální smrti. Sociální smrtí označujeme stav, kdy člověk sice žije, ale je vyvázán z důležitých sociálních, interpersonálních vztahů, kdy je odtržen od všeho lidského a nelze jej vrátit do kontextu společnosti (Haškovcová, 2015).

### **1.3.2 In finem**

Situace in finem je totožná s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Dříve mělo umírání svůj řád. Z generace na generaci přecházela nejen zkušenost, jak o umírajícího pečovat, ale rovněž i prožitek, co je umírání a smrt zblízka. Již od dítěte se jedinec učil nejen akceptovat smrt, ale i detailně poznávat roli, kterou bude opakovaně hrát jako osoba doprovázející a pomáhající. Životem proškolený jedinec zvládl to, co dnes lze nazvat adekvátním přístupem k umírajícímu. Umírající člověk měl jistotu, že nebude opuštěn. A že se mu dostane péče v takové formě a kvalitě, jakou poskytoval mnohokrát svým bližním on sám. Podstatné je, že umírající zpravidla svůj skon předjímal, a proto mohl svolat své příbuzné a vyslovit poslední přání, mohl rozmlouvat s knězem a přijmout poslední pomazání. Umírající, který byl smířen se stavem věcí, pak čekal v náruči milujících a milovaných. Smrt nastala po ritualizovaném rozloučení za různě dlouhou dobu (Haškovcová, 2015).

Marie Svatošová upozorňuje na fakt, že ti, kdo by mohli a měli umírajícímu umírání ulehčit, se často dopouštějí hrubých chyb. Příčiny mohou být různé, ale téměř vždy lze

najít společného jmenovatele. Nebývá to špatný úmysl, který by vedl k takovým chybám. Obvykle se jedná o neadekvátní chápání procesu umírání a smrti. Pokud například lékař ve smrti nemocného nevidí nic jiného než své selhání, protože nevědomky popírá smrtelnost svou i pacientů, pak může snadno podlehnout pokušení terapeutické posedlosti a nedůstojnému alibistickému jednání. Pokud rodina umírajícího nechápe proces umírání jako mimořádně důležitý a neopakovatelný úsek lidského života, pak vědomě či nevědomě vyloučí umírajícího ze svého společenství a odevzdá ho odborníkům. Představa umírajícího o důstojném umírání a o laskavé péči se ale zřejmě nebude moc lišit od představy umírajícího klienta v jednom britském hospici:

*„Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám. Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profesí, které selhaly v zajištění mého uzdravení. Když ke mně přijdete a věříte mi, bez ohledu na uzdravení či neuzdravení. Když se mnou trávíte čas, ačkoli vám to nemohu vrátit. Když mě berete jako individualitu. Když si vzpomenete na maličkosti, které jsou mi milé, když vzpomenete i na mé blízké. Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti. Když se nesoustřeďujete na mé nálady, ale na mě jako na osobu. Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu. Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce. Tím se ve vašich rukou cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde“* (Matoušek et al., 2010, 195).

Postupně se péče o nemocné a umírající přesunula do nemocnic nebo jiných zdravotnických či sociálních zařízení a nabyla především odborného charakteru. Umírajícím je poskytována potřebná profesionální péče, ale schází jim lidský kontakt. Nikde není zaručeno, že v okamžiku smrti bude někdo u umírajícího. Může se stát, že se příbuzní nestihnou s umírajícím rozloučit, říci si poslední slova. Situaci dříve ještě zhoršovala praxe bílé pleny, kdy byl striktně dodržován požadavek izolace. Ten je naštěstí již opouštěn. Umírající nechce být sám a obvykle touží po přítomnosti druhého člověka, ať se jedná o přítele, rodinného příslušníka či profesionála (Haškovcová, 2015).

Osamělost muka umírání výrazně zhoršuje. Naše kultura kolem umírání příliš často staví zástěnu mlčení a izolace. V přítomnosti umírajícího se členové rodiny a přátelé stávají odtažitějšími, jelikož nevědí, co by měli říct. Bojí se, že umírajícího rozruší. Současně se vyhýbají tomu, aby se dostali příliš blízko a nemuseli se tak konfrontovat

s vlastní smrtí. Převážná většina našeho setkávání se smrtí se k nám dostává v „dezinfikované“ podobě. Prý i řeční bohové prchali v hrůze, když se přiblížil moment lidské smrti (Yalom, 2008, Grof, 2009).

Doprovázet znamená pomáhat druhému žít v období umírání, jít kus cesty spolu s ním. Je to těžký kus cesty. Ale stojí to za to. Jde v podstatě o oboustranné obdarování – o navázání upřímného vztahu s umírajícím, umožnění lidského zrání. Přitom doprovázející roste a zraje současně s doprovázeným (Matoušek et al., 2010).

Umírání je nepochybně velmi náročná situace po emoční stránce pro všechny zúčastněné, zdravotníky či pracovníky přímé obslužné péče nevyjímaje. Můžeme dokonce tvrdit, že pracovníci v pomáhajících profesích představují v tomto smyslu jednu z nejvíce zatížených skupin, neboť se s umírajícími často setkávají. Bývají konfrontováni se situacemi sdělování „kruté pravdy“. Bezprostředně ošetřují umírající, vidí jejich bolest, trápení, zoufalství (Špatenková et al., 2014).

### **1.3.3 Post finem**

Post finem období začíná bezprostředně po smrti umírajícího. Nejprve je potřebné informovat o úmrtí příbuzné. Zde stále přetrvává kritizovaná, ale zatím stále nejrychlejší a průkazná varianta zasilání telegramů. Rovněž předávání věcí pozůstalým je zatím nedořešenou oblastí. Jedinou bezproblémovou oblastí je péče o mrtvé tělo. Ideálním řešením je pietně upravená místnost, kde mají příbuzní možnost důstojně se rozloučit se svým zemřelým. Personál by měl být rovněž připraven na případný rozhovor s příbuznými. Ti se většinou ptají, jaké byly poslední chvíle života jejich blízkého, a především si přejí být ujisti o tom, že dotyčný netrpěl bolestmi (Haškovcová, 2015).

## **1.4 Strach ze smrti**

*„Nejméně se bojí smrti ti, jejichž život má největší cenu.“*

Immanuel Kant

*„Mnozí z nás směšují úzkost ze smrti se strachem z něčeho zlého, z opuštěnosti nebo zániku. Jiné ohromuje nesmírný rozměr věčnosti, představa, že budou mrtví navždy a navěky. Další nedokážou pochopit stav nebytí a hloubají nad otázkou, kde vlastně po smrti*

*budou. Jiní se soustředují na hrůzu z toho, že zmizí celý jejich osobní svět“* (Yalom, 2008, 16).

I při vážném stavu, tedy v situaci pre finem, si umírající nejen uvědomuje svůj závažný stav, ale jeho existenci tzv. adaptabilní negligací popírá. Popření, vytěsnění umírání bývá tím intenzivnější, čím více se člověk blíží faktické smrti. Ostatně i v období pre finem jsou úzkostné stavy z ohrožení a manifestní strach ze smrti intenzivnější a někdy i častější než ve fázi in finem. Vysvětlení této zvláštní situace lze spatřovat v tom, že dokud člověk žije, byť je vážně nemocen, nezemřel, a tudíž chce uskutečnit osobně vytyčené cíle. Strach ze smrti je pak vlastně transformovaným strachem o život. Ve fázi in finem je strach jistě také přítomen, ale má jiný obsah, i když často stejný nebo podobný projev. Každopádně je třeba umírajícího úskalím pre finem období odborně vést a poskytovat mu podle potřeby intermitentně nebo trvale emoční podporu (Haškovcová, 2015).

Strach ze smrti na sebe bere rozmanité podoby, od strachu z pohřbení zaživa po očekávání pekelných útrap v posmrtném světě, od hluboké obavy z toho, že opustíme svoji rodinu po hrůzu z vlastní konečnosti (Davies, 2007).

Haškovcová (2015) uvádí, že tabuizována byla smrt především ve 20. století, zejména v poválečném období. Důvodů byla celá řada a důsledkem je pak skutečnost, že lidé se nikdy tak neobávali smrti jako v moderní době. Minulé století je naopak typické detabuizací sexu, která je kontrastem ke smrti. Sex evokuje slast, smrt naopak strach. Smrt se týká každého z nás i v současnosti a její tabuizace zabránila řešení praktických a lidsky vysoce citlivých problémů. Snad nám bude lehkou útěchou, že tabuizace umírání a smrti postihla všechny vyspělé země.

Současná neschopnost vyrovnat se se smrtí klidně má řadu důvodů. Jedním z nejdůležitějších je skutečnost, že samo umírání má dnes v mnoha směrech děsivější podobu než dříve. Stalo se mnohem osamělejším, mechanickým, odlidštěným. Naše zprofesionalizovaná společnost klade větší důraz na IQ a třídní postavení než na otevřenost, vnímavost a pochopení. Kdybychom uměli vyučování nejnovějších vědeckých a technických poznatků zkombinovat s důkladnou přípravou v oblasti mezilidských vztahů, bezpochyby bychom se dostali dál (Kübler-Ross, 2015).

Smrt je událostí, která je pro všechny bezprostředně zúčastněné citově velmi náročná, a to bez ohledu na to, zda umírá sešlostí stářím, mladší dospělý nebo dítě. Každý člověk prožívá svůj smutek a žal po svém, není možné jej objektivizovat, měřit (Špatenková et al., 2014).

Díky rychlému technickému pokroku a novým vědeckým poznatkům lidé sice získali příležitost rozvinout nejen nové schopnosti a možnosti, ale také vytvořit zbraně hromadného ničení, které obecně ještě zvyšují strach z násilné a katastrofické smrti. Kdysi se člověk mohl nepříteli postavit tváří v tvář a měl šanci, že se utká s opravdovým nepřítelem. Postupem času však došlo k přesunu pozornosti od jednotlivce k masám, ztratil se empatický přístup. Společnost se obrací k technickým vymoženostem. Člověk se musí všemožnými způsoby psychicky bránit proti zvýšenému strachu ze smrti, který cítí, a současně proti své rostoucí neschopnosti hrozící nebezpečí smrti včas rozpoznat a účinně se před ním ochránit. Čistě psychologicky můžeme realitu vlastní smrtelnosti na čas popírat. Nevyhneme se však zprávám o úmrtí našich bližních nebo zprávám o počtech lidí, kteří zahynuli na válečných bojištích, při autonehodách (Kübler-Ross, 2015).

Ve světě začal proces detabuizace problematiky umírání a smrti počátkem 70. let 20. století. U nás však přetrvávalo vlivem politického nastavení hluboké mlčení. Teprve rok 1989 a následující roky vedly ke zvýšenému zájmu o tuto složitou a naléhavou problematiku. Dlouhodobá absence přirozené reflexe problémů umírání a smrti však v počátcích vedla k úzkému zaměření laiků i odborníků jen na atraktivní otázky umírání a smrti. Pokusem o střízlivé a komplexní pojetí problematiky umírání a smrti je kniha *Thanatologie* Heleny Haškovcové (Haškovcová, 2015).

Zájem o umírání dosud tlumí jistá kulturní tabu. Pro některé nelze o smrti mluvit z důvodu obav z mocných zážitků, které nás tam očekávají, pro jiné je příliš bolestné a smutné se tím zabývat. Ale pro většinu z nás, bez ohledu na naši víru, je dostatečným důvodem k vyhýbání tomuto tématu všudypřítomná hrozba ztráty našich milovaných a konfrontace s naší vlastní smrtelností. Smrt se často jeví jako obtížnější pro živé než pro umírající (Mindell, 2008).

Epikuros zdůrazňoval, že většina lidí si obav ze smrti není vědoma, ale lze na ně usuzovat z maskovaných projevů, jako je například přehnaná zbožnost, nekonečné



hromadění bohatství a slepé uchvacování moci a sbírání poct, což vše nabízí falešné zdání nesmrtelnosti (Yalom, 2008).

O tom, že člověk si může za určitých okolností uvědomit svoji smrtelnost, hovoří Heidegger (2002, in Kupka, 2011). Míjí, že i když se člověk lidem sebevíc přiblíží, přesto musí životu čelit a žít ho „na vlastní kůži“. A toto zjištění vede k úzkosti, kterou se snažíme mírnit únikem od sebe k někomu či něčemu.

## 2 Postoje - pojem a struktura

*„Postojem rozumíme relativně trvalé soustavy poznatků, pocitů a tendencí jednat určitým způsobem ve vztahu k některému předmětu našeho sociálního světa“ (Řehan, 2007, 7).*

Postoje jsou každodenní a naprosto běžnou součástí naší komunikace. Díky nim se dá předpokládat, jak se daný jedinec bude v situacích chovat. Postoje nejsou neutrální. Vyjadřují současně náš hodnotící vztah k různým sociálním objektům v našem okolí, odráží v sobě informaci o tom, co máme rádi a co upřednostňujeme. Jedná se o relativně stabilní charakteristiku. Přestože část postojů je vrozená, větší část z nich získáváme teprve v průběhu života díky bezprostřední zkušenosti s objekty, nebo zprostředkovaně prostřednictvím sociálního učení. Postoje umožňují adaptaci jedince na prostředí (Výrost, Slaměnik, 2008).

Objektem postoje může být cokoliv, co člověk registruje nebo čím se v mysli zabývá. Předměty postojů mohou být konkrétní (např. kostel) nebo abstraktní (např. buddhismus) či neživé věci (např. osobní počítač), osoby (např. Tony Blair) nebo skupiny (např. britští politici). Některé postoje označujeme specifickými názvy podle objektu postoje: negativní postoje ke společenským skupinám se nazývají předsudky, postoje k sobě označujeme jako sebehodnocení (Eagly a Chaiken, 1998, in Hewstone, Stroebe, 2006).

Postoje jsou produktem kognitivních, emočních a behaviorálních procesů a ty se zase kognitivně, emočně a behaviorálně projevují. Kognitivní složku tvoří přesvědčení o objektu postoje, emoční složka obsahuje emoce a pocity, které objekt postoje vyvolává, behaviorální komponentou je jednání směřující k objektu postoje a úmysl se takto chovat. K tomu, aby mohly postoje vést k vyvolání hodnotící reakce, musí být reprezentovány v paměti a vybaveny či zváženy při setkání s předmětem postoje. Tento vybavovací proces může probíhat s vynaložením úsilí a kontrolovaně nebo spontánně a automaticky (Hewstone, Stroebe, 2006).

## 2.1 Historický vývoj názorů a výkladové modely postoje

Vývoj studia postojů probíhal ve třech základních obdobích. K těm je vázán i vznik tří výkladových modelů postojů.

První období charakterizují léta 1918 až 1948 a jména W. I. Thomas a F. Znaniecki. Publikováním dvoudílné studie *Polský rolník v Evropě a Americe* v roce 1918 zásadním způsobem ovlivnili sociální psychologii, kterou nyní chápou jako „vědecké studium postojů“. Následuje rychlý rozvoj sociálně – psychologického výzkumu díky vytvoření prostředků k měření – postojových škál. Gordon Allport přichází se snahou o formulaci obecně přijatelné definice postoje – jde o mentální a nervový stav pohotovosti organizovaný zkušeností, vyvíjející dynamický a direktivní vliv na odpovědi jedince vůči všem objektům a situacím, se kterými je ve vztahu. Do tohoto období patří i práce M. B. Smithe, která definuje postoj jako tříložkovou strukturu sestávající ze tří základních složek - kognitivní, emocionální a konativní (Výrost, Slaměník, 2008).

Druhé období vymezují léta 1950 až 1970. Zkoumání postojů se začalo přesouvat do oblasti jejich utváření a změny. Hlavním představitelem na tomto poli je C. I. Hovland, který ve své práci „Attitude Change and the Communication Research Projects“ zkoumal komunikační souvislosti změny postoje. Vycházel z pozic neobehaviorismu. Odlišný přístup představují teoretici vycházející z pozic kognitivní psychologie. C. N. Insko a J. Schopler na základě Festingerovy koncepce kognitivní disonance vypracovali pojetí, jehož základem je předpoklad, že mezi poznáním a jednáním v rámci postoje je tendence k vytváření souladu. Díky tomuto zjištění postulovali poznatkovou součást postoje jako dominantní. Konec tohoto období charakterizuje zásadní kritika vycházející z metateoretického sledování, jehož výsledky publikoval především A. W. Wickers. Došlo k definitivnímu zpochybnění bezprostředního vztahu mezi interními komponentami postoje a chováním. Toto zjištění vedlo ke krizi sociální psychologie, především v oblasti studia postojů (Řehan, 2007).

Třetí období začíná rokem 1970 a trvá doposud. Nejvýznamnější reakci na předchozí krizi představují studie M. Fishbeina a I. Ajzena. Jejich nejnovější poznatky o postojích a jejich struktuře představují základ jednosložkového modelu. Jejich koncepce vychází z předpokladu, že pojem postoj lze spojovat pouze s emocionální či afektivní složkou. Původní kognitivní složka se rozděluje na vlastní přesvědčení osoby o určitém chování na

základě subjektivních poznatků a na přesvědčení o obecnějším názoru druhých o daném předmětu (Řehan, 2007).

V sociální psychologii se objevil ještě dvousložkový model. Jeho formulace bývá nejčastěji spojována se jménem R. P. Bagozziho, který ve svých pracích z let 1978 a 1981 zahrnul pod pojem postoj pouze komponentu kognitivní a emocionální. Do jisté míry navázal na R. T. LaPierra. Ten roku 1934 publikoval výsledky studie dokládající nesoulad mezi verbálně vyjádřeným postojem a chováním (Řehan, 2007).

## 2.2 Funkce a charakteristiky postojů

Nakonečný (1999) uvádí, že postoje mají určitý individuální význam. Jde o zkušenosti organizované vztahy k hodnotám. Dle Katze mají postoje tyto konkrétní funkce:

- Instrumentální, adjustační nebo utilitární funkce – pozitivní postoje si subjekt vytváří vůči objektům, které jsou spojeny s odměnami, jsou zdrojem aktuálních či očekávaných odměn. Negativní postoje jsou spojeny s objekty spojenými s tresty nebo s očekáváním trestů – tím vyjadřuje určité zobecnění zkušenosti.
- Ego-defenzivní funkce – postoje chránící integritu osobnosti, neboť redukuje úzkost, popřípadě vyvažují negativní složky sebepojetí snížením významu negativních vlastností, které si jedinec uvědomuje či přiznává.
- Hodnotově expresivní funkce – subjekt nachází uspokojení ve vyjadřování svých postojů a zasazuje se za realizaci jejich zaměření.
- Kognitivní funkce – tendence každého člověka uspořádat si své poznatky o světě i sobě samém. Potřeba ujasnit si, najít určitý řád a systém se vztahuje ke snaze pochopit smysl a význam věcí a událostí, a to se ve vzájemných vztazích promítá do strukturace zkušeností.

*„Systém postojů se utváří, strukturuje a profiluje vlivem subjektivních významů jednotlivých předmětů sociálního světa individua. V centru – relativně neprofilovanější – jsou postoje k subjektivně nejvýznamnějším objektům. Na ně v mnohavrstevném (obrazně*

*vyjádřeno) – prostorovém systému navazují a vzájemně se propojují postoje k subjektivně méně a méně významným předmětům sociálního světa“ (Řehan, 2007, 17).*

Postoje z hlediska jejich odolnosti vůči změnám charakterizuje:

- Extrémnost postoje – bylo prokázáno, že čím je postoj extrémnější, tím je také stabilnější. Zcela extrémních postojů není mnoho, avšak jsou trvalé a často patří do centra postojového systému. Na stabilitě centrálních postojů závisí do značné míry stabilita celého postojového systému.
- Mnohotvárnost postoje – se váže ke kognitivní komponentě, mnohotvárnost je spojena s větším či značným množstvím poznatků.
- Konzistentnost postoje – vysoká konzistentnost vyjadřuje úplnou shodu mezi poznatky, hodnocením a vztažným jednáním vůči danému předmětu sociálního světa, nízká je důsledkem nedostatku shody (Řehan, 2007).

### **2.3 Utváření postojů**

Dítě již od raných období začíná rozlišovat mezi libým a nelibým. Na začátku se jedná o ryze smyslové určování hodnot. Postupně se začne utvářet vlastní hodnotová orientace, kde jsou již zastoupeny i hodnoty sociálního prostředí. V procesu sociálního učení se postupně utváří systém apetencí a averzí, který vyjadřuje emocionální zkušenost s odměnami a tresty. Od prvotně ryze subjektivního rozlišení na základě subjektivní zkušenosti se postupně vyděluje i rovina společensko-normativní, která zachycuje hodnocení dobrého i špatného z hlediska kulturního a sociálního prostředí – tímto se vytváří základní síť hodnocení předmětů našeho sociálního světa. M. Sherif a H. Cantril formulovali klíčovou tezi ke vzniku postojů – postoje jsou odvozovány z verbálních a neverbálních reakcí člověka. Pokud jedinec opakovaně reaguje ve vztahu k určitému stimulujícímu subjektu charakteristickým způsobem, lze z toho vyvodit, že si k tomuto stimulu vytvořil postoj. Utváření postojů je funkcí významné stimulace (Řehan, 2007).

## 2.4 Změny postojů

Hlavní složkou změny postojů je přesvědčování – persvaze. Předpokládá se, že při působení na pasivního příjemce persvazivní informace nemůže být tak efektivní jako při práci s jedincem, u kterého změnu postoje navodíme aktivní účastí v různých sociálních situacích. Na základě dalších výzkumů byly stanoveny základní faktory změny postoje:

- důvěryhodnost zdroje informací – odkud či od koho zpráva přichází;
- atraktivita zdroje informací;
- moc zdroje informací;
- styl, struktura a obsah informace;
- charakteristiky příjemce zprávy (Řehan, 2007, Výrost, Slaměnik, 2008).

## 2.5 Postoje ke smrti

*„Smrt není porážka, jako ani život není vítězství“.*

Reinhard Abeln, Anton Kner

Phillipe Aries je jedním z nejznámějších badatelů v oblasti smrti a jeho analýza smrti v evropských společnostech nese podobu hrubých tahů štětcem, počínaje chápáním smrti jakožto přirozené a nevyhnutelné záležitosti. Dále popisuje dlouhé období se začátkem ve dvanáctém století, kdy se smrt stala individuálnější záležitostí, a následně období od začátku osmnáctého století, kdy jsme se začali zajímat více o smrt ostatních než o tu vlastní. Dvacáté století vnímá jako dobu, kdy se smrt stala něčím nepojmenovatelným (Davies, 2007).

Sv. František z Assisi nenazývá smrt ve své Sluneční písni, ale ani v běžné řeči jinak, než „sestřička Smrt“. S naprostou samozřejmostí ji zařadil do své obrovské rodiny, vedle „sestřičky Luny, bratra Slunce“ a mnoha dalších sourozenců (Svatošová, 2011).

Mnozí filozofové spatřovali těsnou souvislost mezi různými postoji ke smrti a naším pojetím identity, způsobem, jakým žijeme, a smyslem, který ve svém životě spatřujeme.

Dá se říci, že strach ze smrti souvisí se strachem ze života. Tento strach ze života sestává z dílčích strachů od strachu z války po strach z epidemie nějaké nemoci či chudoby. Postoj filozofů ke smrti je obvykle poznamenán jejich kulturním východiskem. Martin Heidegger mimo jiné zkoumal vliv smrti ostatních a našeho vědomí smrtelnosti na náš přístup k životu. Můžeme být zajisté tvůrčí a zároveň si být vědomi, že smrt patrně v budoucnosti přeruší naši schopnost cokoli vytvářet. Proti tomuto pozitivnímu rámci úvah, že by smrt mohla dodávat životu smysl, se staví odmítavě Jean Paul Sartre (Davies, 2007).

Již samo stáří je chápáno jako synonymum smrti a na smrt nechce nikdo myslet, nechce se jí zabývat. Smrt je v pojetí západních zemí vnímána silně negativně. O tom nás denně přesvědčují např. americké seriály, v nichž lékaři „bojují proti smrti a nemoci“, a každou neúspěšnou snahu o záchranu života nemocného hodnotí dramatickým projevem „Ztrácíme ho!“. Následně podléhají depresím a pocitům osobního selhání při nemožnosti zabránit smrti. Takže to, co je ve východní filozofii zcela přirozené (smrt chápe jako nedílnou součást lidského života), je pro západní svět naprosto nepřijatelné. Naše společnost v poslední době prošla díky hospicům a paliativní péči změnou v náhledu na umírání a smrt. Přesto nemá stále mnoho lidí svůj vztah k smrti vyřešen. (Malíková, 2011).

Grof (2009) uvádí, že postoje ke smrti mohou zcela změnit a často změni psychedelické zážitky. Lidé, kteří si prošli psychospirituální smrtí a znovuzrozením, sdělovali, že díky tomuto prožitku se smrti přestali bát a umírání pojmají jako fantastickou cestu. Smrt vnímají jako méně vážnou a hrozivou.

Výsledky studie Kláry Machů (2012) ukázaly, že nejsilnějším faktorem, který ovlivňuje postoje ke smrti, je náboženské přesvědčení. Lidé, kteří se hlásí k nějaké víře, zastávají spíše pozitivní postoje ke smrti než ti, kteří neuvádějí žádné náboženské přesvědčení. Pojetí víry je však v České republice specifické – setkáváme se s křesťany, kteří věří v reinkarnaci nebo nevěří v peklo.

### 3 Stres a zvládání životních těžkostí

Zprvu byl stres definován jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, což nelze změnit. Podstatný je poměr mezi intenzitou stresogenní situace a schopností danou situaci zvládnout. Stresem je stav, kdy je míra intenzity stresogenní situace vyšší než schopnost či možnost daného člověka situaci zvládnout. Nadlimitní zátěží nemusí být jen jeden jediný negativní zážitek (situace). Může jí být i nadlimitní množství běžných starostí (Křivohlavý, 2001).

Paleta stresorů může být poměrně široká. Namátkou uvedu jen několik faktorů, které se vztahují k problematice mé práce:

- vysoká míra požadavků kladených na člověka, kombinovaná s malou mírou možností řídit běh dění, která vede ke stresu v zaměstnání;
- vzájemné vztahy mezi lidmi na pracovišti;
- přetížení množstvím práce;
- časový stres;
- neúměrně velká odpovědnost;
- nevyjasnění pravomocí;
- vysilující snaha o kariéru;
- kontakt s lidmi (Křivohlavý, 2001).

V psychologii zdraví se již dvacet let traduje klasická definice zvládání, se kterou přišel R. S. Lazarus – zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jedinec ve stresu hodnotí jako ohrožující jeho zdroje (Lazarus, 1966, in Křivohlavý, 2001).

Zvládání stresu je ovlivněno řadou různých faktorů. Jsou to jednak osobnostní charakteristiky lidí bojujících se stresem, jednak styly zvládání, strategie zvládání a



techniky zvládání, které se lze naučit. Zvládání stresu a životních těžkostí chápeme jako dynamický proces, v němž dochází k vzájemným interakcím mezi člověkem a stresovou situací. Stojí zde na jedné straně daná osoba se svými zdroji, možnostmi, hodnotami a osobním zaměřením, na druhé straně je prostředí, které na jedince klade určité požadavky a působí na něho řadou vlivů. Průběh zvládání stresu si můžeme představit jako zápas v boxu – probíhá řada vzájemných akcí a aktivit z jedné i druhé strany. Lazarus vytipoval několik pozitivních momentů, které nám mohou pomoci v boji se stresem. Jedná se o dobrý zdravotní stav a dostatek síly, pozitivní postoj daného člověka k možnostem úspěšného zvládnutí situace. Pomocí jsou i dobré znalosti a dovednosti zvládání těžkostí a dovedností sociálního chování, kladný vliv sociální opory a materiální situace daného člověka (Křivohlavý, 2001).

Wong (2016a) hovoří o proaktivním zvládání stresu, které zahrnuje budování odolnosti prostřednictvím učení na základě zážitků, přátelství, spolupráce a budování komunit a zároveň zvyšování psychického potenciálu jako je učení, emoční inteligence a víra. Proaktivní zvládání je tvůrčí, konstruktivní a nabízí více možností.

### **3.1 Osobnostní charakteristiky hrající roli při zvládání stresu**

Zjišťování rozdílů mezi lidmi v přístupu k obtížím a různým problémům se věnoval Julian Rotter. V roce 1966 publikoval svá zjištění. Rozlišil dvě krajní dimenze přístupu k životním obtížím:

- Lidé s interním locus of control – vycházejí ze sebe, z vlastních schopností, možností a dovedností, ze své vlastní iniciativy a chuti jít do boje.
- Lidé s externím locus of control – vycházejí z toho, co je před nimi a domnívají se, že se těžká situace vyřeší sama. Iniciativa nevychází z nich samých, ale ze situace, ve které jsou.

Každý z nás se nachází někde mezi těmito dvěma extrémy (Křivohlavý, 2001).

V literatuře zaměřené na psychologii zdraví se setkáváme s několika termíny, které jsou v podstatě označením pro tutéž věc – osobnostní charakteristiku typu „nedat se a bojovat s těžkostí“ – v českém jazyce ji označujeme jako „nezdolnost“:

- Termín „resiliency“ („pružnost, elasticnost, houževnatost, schopnost rychle se vzpamatovávat apod.) použila vývojová psycholožka Emmy Wernerová při studiu dětí na ostrově Kauai. Zjistila, že ačkoliv děti pocházely z velmi chudých a ubohých poměrů, třetina z nich později dožrála v kompetentní občany. Tyto děti charakterizovalo, že měly v mládí zálibu, která jim dělala radost, dobře komunikovaly s druhými, osvojily si dovednosti zvládání problémů, byly emocionálně citlivější a věřily ve své schopnosti. Nebyly nejchytřejší, ale měly velmi úzký vztah alespoň k jednomu z rodičů či jinému dospělému člověku, který je měl rád.
- Termín „sence of coherence“ („smysl pro integritu“ – rys soudržnosti osobnosti) prezentuje Aaron Antonovsky, který svou pozornost zaměřil na Židy, kteří přežili holocaust. Studoval, co lidem ve chvílích maximálního stresu pomohlo přežít (zvládnout extrémní stres). Pojmem „koherence“ rozumí jednak pospolitost v sociálním slova smyslu, jednak vnitřní skloubenost osobnosti člověka. Antonovsky tuto osobnostní charakteristiku definoval třemi základními charakteristikami – srozumitelností situace, smysluplností boje a zvládnutelností úkolu. K měření výše uvedených tří dimenzí vytvořil diagnostickou metodu zjišťující vnímání a chápání sebe samého, světa a života jako koherentní skutečnosti.
- Termín „hardiness“ (osobnostní tvrdost) - problematice se věnovala S. Kobasová a svým výzkumem zjistila tři charakteristiky – control (dojem dané osoby, že je s to řídit a kontrolovat dění, v němž se pohybuje), committment (oddanost, do jaké míry se daný člověk osobně ztotožňuje s tím, co dělá) a challenge (chápání těžkých životních situací jako výzev k boji). Vyšší hodnoty v dimenzi hardiness jsou spojeny s lepším zvládnutím zdravotních těžkostí, jsou tělesně i fyzicky zdravější, lépe se o sebe starají, používají častěji účinnější a aktivnější strategie řešení problémů. Hlubší studie ukázaly, že základním faktorem je složka zvaná control.
- Termín „self-efficacy“ (vnímaná osobní zdatnost) prezentuje pocit, že člověk je schopen řídit chod dění. Zmiňují ho jak Cohen s Edwardsem, tak i Bandura

a další. V řadě studií se ukázalo, že tato charakteristika je mimořádně dobrým obranným faktorem proti stresu (Křivohlavý, 2001).

Mezi další osobnostní charakteristiky, u kterých byl výzkumem potvrzen vliv na zvládání životních těžkostí, můžeme zařadit i optimismus, smysl života, smysl pro humor, kladné sebehodnocení a sebedůvěra v sílu vlastního já či svědomitost. Tématem optimismu se zabývali Scheier a Carver, kteří definovali tzv. dispoziční optimismus – charakteristiku, kterou vlastní lidé, jež očekávají, že výsledek dění, kterého jsou účastni, bude kladný. Seligman věnoval mnoho pozornosti studiu osob, které se na svět dívají pouze pesimisticky – hovoří o naučeném pesimismu. Ve vztahu ke smyslu života zmiňuje Ellison náboženskou víru. Ukázalo se, že lidé s hlubším náboženským přesvědčením vykazují vyšší míru spokojenosti se životem, vyšší kvalitu života, vyšší míru osobního štěstí a podstatně menší negativní důsledky traumatických zkušeností (Křivohlavý, 2001).

## **4 Vymezení pojmu „pracovník v přímé obslužné péči“ v domově pro seniory**

*„Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem určenou pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči. Služba je určena především pro osoby, které vzhledem ke své neschopnosti se postarat se o sebe nemohou dále setrávat ve svém přirozeném sociálním prostředí“ (Malíková, 2008, 45).*

Domovy pro seniory patří společně s centry denních služeb, denními stacionáři, týdenními stacionáři, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněným bydlením, azylovými domy, domy na půli cesty, zařízeními pro krizovou pomoc, nízkoprahovými denními centry, nízkoprahovými zařízeními pro děti a mládež, noclehárnami, terapeutickými komunitami, sociálními poradnami, sociálně terapeutickými dílnami, centry sociálně rehabilitačních služeb a pracovišti rané péče do skupiny zařízení sociálních služeb. V sociálních službách vykonávají odbornou činnost sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci a pedagogičtí pracovníci (Malíková, 2008).

### **4.1 Pracovník v přímé obslužné péči**

Při vykonávání práce v pobytových zařízeních (domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem apod.) se pracovníka v sociálních službách, konkrétně pracovníka v přímé obslužné péči, týkají tyto činnosti: nácvik jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulace s přístroji, pomůckami a prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podpora soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.

Kvalifikační požadavky na pozici pracovníka v sociálních službách:

- základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v minimálním rozsahu 150 hodin;
- střední všeobecné nebo střední odborné vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v minimálním rozsahu 200 hodin;

- základní vzdělání, střední vzdělání, střední odborné vzdělání nebo vyšší odborné vzdělání.

Předpokladem pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách jsou bezúhonnost, zdravotní způsobilost, odborná způsobilost na základě splnění kvalifikačního požadavku (Malíková, 2008).

Konkrétní náplň práce pracovníka v přímé obslužné péči je podstatně obsáhlejší. V této práci zmíním jen náplň vztahující se k tématu:

- pomáhá klientovi v potřebném rozsahu s příjmem potravy – dopravuje jej do jídelny, připravuje stravu na pokoji klienta, upravuje lůžko, instaluje servírovací stůl, krmí klienta, umožňuje mytí rukou a úst po jídle, sleduje pitný režim klienta, podává nápoje, nabízí tekutiny;
- pečuje o lůžko klienta, udržuje je čisté a upravené, provádí povrchovou dezinfekci a pečuje o polohovací, rehabilitační a jiné pomůcky v lůžku klienta;
- pomáhá klientovi při pohybových aktivitách mimo lůžko – napomáhá do sedu či lehu, podává rehabilitační a kompenzační pomůcky, doprovází klienta při chůzi, přemísťuje jej na vozíku apod.;
- poskytuje klientovi pomoc při udržení žádoucí polohy na lůžku – vleže, vsedě, pomáhá při změnách polohy, během dne opakovaně provádí úpravy lůžka;
- poskytuje klientovi pomoc při odpočinku a spánku – upravuje lůžko, vyvětrá, podá vhodné pomůcky nebo je odstraní na noc z lůžka, zajistí signalizaci na dosah rukou klienta;
- poskytuje klientovi pomoc při používání vhodného oděvu, pomáhá při svlékání a oblékání, zouvání a obouvání, podává oděv, ukládá odložené šatstvo, pomáhá při náročných činnostech (manipulace s knoflíky, zipy);

- pomáhá klientovi při udržování čistoty a upravenosti těla a při ochraně pokožky, sleduje čistotu těla klienta, projevy na kůži a podle potřeby provádí péči s použitím vhodných přípravků;
- pomáhá klientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí, sleduje projevy tepelného komfortu a podle potřeby volí opatření k dosažení optimální hodnoty tělesné teploty;
- poskytuje klientovi ochranu před nebezpečím z okolí a podílí se na zajištění jeho bezpečnosti v mimořádných situacích, odstraňuje možné rizikové zdroje v klientově okolí, předpokládá možná rizika a preventivně je eliminuje;
- poskytuje klientovi pomoc při vyprazdňování a provádí v potřebném rozsahu hygienickou péči v souvislosti s vyprazdňováním, zejména u klientů s inkontinencí moči a stolice;
- pod dohledem všeobecné sestry provádí základní ošetrovatelskou péči;
- podle instrukcí všeobecné nebo vrchní sestry pečuje o umírajícího, uspokojuje jeho základní potřeby a poskytuje mu psychickou podporu;
- provádí péči o tělo zemřelého;
- připravuje osobní předměty zemřelého klienta k předání pozůstalým;
- provádí úklid a dezinfekci lůžka, pokoje a veškerého vybavení používaného u zemřelého klienta;
- plní roli klíčového pracovníka – se svěřenými klienty projednává tvorbu individuálního plánu a provádí návrh činností, se souhlasem klienta zapisuje dohodnuté intervence do individuálního plánu a organizačně zajišťuje jejich plnění, na realizaci spolupracuje s dalšími spolupracovníky, průběžně sleduje efekt prováděných činností a v dohodnutých termínech hodnotí s klientem plnění individuálního plánu, podle výsledků hodnocení pokračuje v dalším plánování a realizaci činností;

- u nekomunikujících klientů používá augmentativní a alternativní komunikační techniky;
- samostatně vede záznamy v dokumentaci individuálního plánu klienta, zapisuje v časové posloupnosti průběh plnění plánu, změny, důležité informace apod.;
- při komunikaci a přístupu ke klientům používá všechny prvky emoční inteligence (Malíková, 2011).

## 4.2 Zátěž pracovníka v přímé obslužné péči

Při práci s klienty je personál vystaven široké škále zátěžových situací. Vztah je nutné navázat se všemi klienty, ale bohužel ne vždy a ne všichni klienti jsou nám sympatičtí. Pak je nutné zapojení profesionality, vůle a překonávat úskalí tak, aby vztah fungoval. Pracně vybudovaný vztah je často ukončen smrtí klienta nebo jeho překladem do jiného zařízení ve zhoršeném stavu. Obranou před smutkem může být podvědomá tendence se příliš emočně neangažovat, zůstat raději chladnějším. Mnohdy jsou pracovníci vystaveni stresujícím situacím vyplývajícím například z konfliktu mezi profesionalitou (snahou zachovat co nejvyšší míru samostatnosti klienta) a požadavky klienta či členů rodiny (maximální pomoc personálu v péči o klienta). Můžou zažívat útoky rodiny, že nejsou dostatečně ochotní, nestarají se, jak by měli (Venglářová, 2007).

Rovněž Haškovcová (2015) zdůrazňuje, že žádný senior nemá být jen pasivním příjemcem péče, ale měla by být podporována aktivita v rozsahu, na který stačí. Péče snadno konzervuje, navozuje závislost a tím pozvolna prohlubuje nedostatečnost a v konečném důsledku seniorům neprospívá. Problémem je nastavení současných seniorů a jejich rodin, kteří často plně spoléhají na institucionální péči.

Osobně jsem byla několikrát svědkem situace, kdy si klient či klientka vynucoval provedení úkonu, na který ještě fyzicky stačil/a, slovy: „Vždyť si Vás platím“. Pro pracovníky v přímé obslužné péči jsou tyto spory denním chlebem a vyžadují od nich velkou dávku trpělivosti a diplomatického přístupu v komunikaci se samotnými klienty a i jejich rodinnými příslušníky.

Problematika doprovázení bývá v současné odborné literatuře spojována výhradně s doprovázením umírajících, tedy doprovázením osob v závěru jejich životní dráhy, a doprovázející se v této souvislosti dostává do role symbolického převozníka, který má důstojným způsobem doprovodit člověka na hranici, která předěluje jeho bytí a ne-bytí. Profesionální sociálně inteligentní doprovázení druhých osob je značně zodpovědnou a náročnou činností, která od doprovázejících vyžaduje velké osobní nasazení a angažovanost. Práce v pomáhajících profesích (profesích pracujících s lidmi a pro lidi) je jednou z nejnáročnějších a nejzodpovědnějších. Na pracovníky jsou kladeny nemalé nároky v oblasti znalostí, dovedností, schopností a kompetencí. (Vávrová, 2012).

Svatošová (2012) zdůrazňuje umění naslouchat – nejen umět bezchybně zopakovat slova klienta, ale zároveň správně interpretovat i jeho emoce a řeč těla. Mějme stále na paměti, že při naslouchání nepozoruji jen já klienta, ale i klient mne. Poznává, jestli mu naslouchám, nebo to jen předstírám. Poznává, zda v duchu myslím na něco jiného. Poznává, když ho v duchu kritizuji nebo odsuzuji, jestli mi na něm skutečně záleží a snažím se ho pochopit.

Pomocí pochopit smysl utrpení může být někdy největší pomocí, kterou umírajícímu a jeho rodině může doprovázející poskytnout. Vyžaduje to však hluboce lidský a současně profesionální přístup (Matoušek et al., 2010).

### **4.3 Péče ze strany zaměstnavatele o pracovníky přímé péče**

Aby v průběhu pracovní dráhy nedocházelo u doprovázejících ke stagnaci, k vyčerpání životní energie a optimismu, což by mohlo postupem času vést až k profesnímu selhávání, měli by být všichni pracovníci pomáhajících profesí celoživotně odborně vzděláváni a supervizně podporováni. Měli by si osvojit základní pravidla psychohygieny a včlenit je do svého života. Tím předcházet syndromu vyhoření, který se v pomáhajících profesích vyskytuje mnohem častěji než při výkonu jiných povolání. Jedním z nástrojů prevence vyhoření je dobře fungující systém dalšího vzdělávání pracovníků a nabídka individuální a skupinové supervize v organizaci. Vhodným nastavením systému vzdělávání, zejména v oblasti měkkých dovedností, a supervize mohou pomoci nejen pracovníkům samotným, ale také organizaci jako celku, neboť přispívají k odhalování četných nedostatečností (Vávrová, 2012).



Tento náročný úkol doprovázení umírajících je schopen splnit jen ten, kdo se vyrovnal se svou vlastní smrtelností (Svatošová, 2011).

Je zřejmé, že pro kvalitní výkon v pomoc poskytujících profesích se nejlépe hodí lidé, kterým byla dána do vínku pořádná dávka altruismu. Každý pracovník pomáhající profesi by si měl být dobře vědom nejen ušlechtilé a ceněné stránky altruismu, ale i rizik, která se k němu váží. Pracovník by měl dbát pravidel základní duševní hygieny. Při nepraktikování duševní hygieny nebo dlouhodobé nadlimitní zátěži se může u pracovníka projevit syndrom vyhoření (Haškovcová, 2000).

*„Supervizi chápeme jako jeden z nástrojů metadoprovázení pracovníků pomáhajících profesí a účinný prostředek prevence syndromu vyhoření. Požadavky kladené na výkon povolání mohou být pro mnohé z pracovníků psychicky, emočně i fyzicky vyčerpávající, tudíž je zapotřebí vytvářet vhodnou nabídku podpůrných mechanismů“* (Vávrová, 2012, 128).

Úkolem supervize je nejen rozvíjení dovedností, porozumění, schopnosti supervidovaného, ale může mít i funkci vzdělávací a řídicí. Podle počtu supervidovaných dělíme supervizi na individuální a skupinovou, která bývá v oblasti pomáhajících profesí využívána častěji. V rámci skupinové supervize dochází k interakcím mezi členy pracovního týmu. Účastníci jsou konfrontováni s tím, jak probíraný případ či situaci vnímají druzí lidé a jak je jejich role chápána druhými. Pracovníci tak dostávají v průběhu procesu zpětnou vazbu ke svému chování. Úloha supervizora je spíše koordinační, setkání usměrňuje a facilituje, ale samotná supervize je spíše o supervidovaných. V případě, že supervidovaní přistupují a priori k supervizi jako k nutnému zlu, supervize se pro ně skutečně špatnou a nepřínosnou může stát. Účinnost supervize přímo úměrně koreluje s vyspělostí pracovního kolektivu a ochotou a snahou jednotlivých členů týmu změnit dosavadní způsoby práce a přístupy (Vávrová, 2012).

Správně prováděná supervize je nástrojem, který mimo možnosti zvyšování kvality může pomoci i s řešením mnoha problémů na pracovišti. Pozitivně působí na klima v interpersonálních vztazích, prevenci syndromu vyhoření, zaškolování nových pracovníků, podporu vzdělávání a osobnostní rozvoj jednotlivých pracovníků i celých týmů, podporuje také sjednocení kolektivu (Malíková, 2008).

Systematickou metodou v supervizi je balintovská skupina. Jedná se o rozšířenou metodu ve zdravotnictví. Standardní postup má 5 fází. Po krátké prezentaci případů, které profesionálové přináší na supervizi, se vybere jeden případ. Následuje podrobnější popis problémové situace ze strany profesionála. Ve druhé fázi vznášejí kolegové upřesňující dotazy. Ve třetí fázi jsou sdělovány fantazie k probíranému klientovi. Předkladatel naslouchá. Čtvrtá fáze přináší nápady na postup v dané situaci. Pátá fáze patří shrnutí postupů, které předkladatele něčím zaujaly a jeví se mu užitečné. Na závěr je možné vyjádřit podporu a nabídnout pomoc (Venglářová, 2007).

*„Supervizní sezení jsou hodně o upřímnosti, a to ve vztahu k sobě i k druhým, a přiznání si nejnítěrnějších pocitů. Vzhledem k tomu by se měla odehrávat v bezpečném prostředí založeném na vzájemném respektu, důvěře a úctě k názorům i postojům druhých osob. V první řadě jde o to, aby každý člen supervizního skupiny uměl vyjádřit názor vhodným způsobem, aniž by se dotýkal lidské důstojnosti ostatních lidí. Za druhé by měly být v supervizní skupině respektovány rozdíly v názorech a případné diskrepance řešeny bez zbytečných negativních emocí“ (Vávrová, 2012, 131).*

## 5 Teoreticko-kritická analýza výzkumů

Výzkum postojů ke smrti má více jak čtyřicetiletou tradici. Většina výzkumů se zaměřuje na zkoumání vlivu pohlaví, věku či náboženského přesvědčení na postoje ke smrti. Jsou používány rozličné nástroje od rozhovoru, přes dotazníky po projektivní metody aj.

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

- zbožní věřící se méně bojí smrti;
- mladí lidé, kteří ztratili jednoho z rodičů, mají větší strach ze smrti;
- většina studií vykazuje malé rozdíly ve věku;
- středoškolští studenti mají závažné obavy, které souvisí se smrtí;
- ženy mají větší vědomý strach ze smrti než muži.

V jedné ze studií (Wen, 2010) prováděné na 165 osobách navštěvujících pravidelně bohoslužby bylo prokázáno, že silné náboženské přesvědčení může souviset s nižšími pocity úzkosti ve vztahu ke smrti, jelikož smrt je spojována s novým začátkem, který je slibován prostřednictvím mnoha náboženství.

Obdobné výsledky získala ve svém výzkumu postojů ke smrti v rámci bakalářské práce Klára Machů (2012). Na vzorku 330 osob ve věku 18 až 88 let pomocí dotazníku Death Attitude Profile-Revised ověřovala statisticky významnou souvislost postojů ke smrti dle věkových kategorií a náboženského přesvědčení. Vliv věku se potvrdil u škály Strach ze smrti. Věk negativně koreluje se strachem ze smrti na hladině významnosti  $p < 0,00$ . Škála Únikového přijetí pozitivně koreluje s věkem, a to na hladině významnosti  $p < 0,01$ . Strach ze smrti negativně koreluje s křesťanským vyznáním na hladině významnosti  $p < 0,00$  a taktéž jinými než křesťanskými vyznáními na hladině významnosti  $p < 0,00$ . Věřící lidé tedy prožívají statisticky významně nižší míru strachu ze smrti než ateisté. Škála Vyhýbání se smrti také negativně koreluje s křesťanstvím ( $p < 0,01$ ) a jinými vyznáními ( $p < 0,00$ ), z čehož vyplývá, že lidé věřící statisticky významně méně často zastávají vyhýbavý postoj ke smrti než ateisté. U škály Přátelské přijetí smrti byla zjištěna

pozitivní korelace s křesťanským vyznáním ( $p < 0,00$ ) a jinými než křesťanskými vyznáními ( $p < 0,00$ ). Lidé hlásící se ke křesťanským či jiným vyznáním tedy zastávají statisticky významně častěji pozitivní postoj ke smrti.

Výsledky byly potvrzeny ve výzkumu Machů, Pechové a Dostála (2012). Zjišťovali vliv náboženského přesvědčení na postoje ke smrti u 240 respondentů. Ve výzkumu opět použili dotazníkovou metodu Death Attitude Profile-Revised, která měří pět dimenzí postojů ke smrti. Dvě škály měří pozitivní postoje ke smrti, dvě škály zjišťují negativní postoje ke smrti a jedna zjišťuje neutrální přijetí smrti. Regresní analýzou byl prokázán vliv náboženského přesvědčení na výsledcích hned tří škál (strach ze smrti, vyhýbání se smrti a přátelské přijetí smrti). Výsledky ukázaly negativní korelaci mezi náboženským přesvědčením a strachem ze smrti. U škály „strach ze smrti“ byla zjištěna negativní korelace s věkem.

Překvapivé zjištění, že religiozita pozitivně koreluje se zvýšeným strachem ze smrti, takže více nábožensky založení jedinci se obávají smrti více, přináší studie z roku 2013 prováděná na lidech z USA, Turecka a Malajsie (Ellis, Wahab & Ratnasingan).

Spiritualitě a postojům ke smrti na vzorku osob v České republice se věnuje výzkum Machů, Pechové a Dostála (2015). Výzkum byl realizován na 300 respondentech ve věku 18 až 83 let s využitím dotazníků Expressions of Spirituality Inventory a Death Attitude Profile-Revised. Cílem výzkumu bylo prostudovat vztah spirituality k postojům ke smrti. Ve výzkumu byla zjištěna signifikantní negativní korelace mezi škálami, které měří spiritualitu a škálou Strach ze smrti. Nabízí se tedy interpretace, že spiritualita je protektivní faktor, který pomáhá překonávat obavy z konečnosti života. Rovněž škála Vyhýbavý postoj ke smrti, která také měří negativní postoj ke smrti, signifikantně negativně koreluje se škálami měřícími spiritualitu i se škálami dotazníku Death Attitude Profile-Revised, které snímají pozitivní a neutrální postoj ke smrti. Neočekávaná je signifikantně negativní korelace mezi škálou Vstřícný postoj ke smrti a škálou Existenciální pohody. Výsledky naznačují, že lidé, kteří skórují výše na této škále, což jsou zpravidla věřící křesťané, pocítují nižší míru životní pohody. Škála Existenciální pohody rovněž signifikantně negativně koreluje i se škálou Únikové přijetí smrti, které opět měří pozitivní postoj ke smrti. Vysvětlení může spočívat v tom, že škála Únikového přijetí smrti je charakteristická tvrzením „Smrt ukončí všechna moje trápení“, takže na této škále

mohou výše skórovat respondenti, kteří se svým životem nejsou zcela spokojeni, a pro které je smrt spojena s pocitem vysvobození.

Vlivem kultury, politické situace v zemi či osobní zkušeností se smrtí a vlivem bojové zkušenosti na postoje ke smrti se zabývá práce Kolářové a Pechové (2016). Ve své práci se věnují postojům ke smrti u vysokoškolských studentů v České republice a Izraeli. K ověření cílů a hypotéz byla zvolen dotazník Death Attitudes Profile-Revised. Výzkumný soubor čítá 306 prezenčních studentů různých vysokých škol z České republiky ve věku 18 až 43 let a 140 prezenčních studentů z Tel-Avivské univerzity v Izraeli ve věku 18 až 48 let. Izraelští studenti signifikantně výše skórují na škálách, které vyjadřují pozitivní či neutrální postoje ke smrti. Největší rozdíly byly nalezeny u škály Vstřícné přijetí a to jak u žen a u mužů, což patrně vyplývá z vyšší religiozity izraelských respondentů. Další významný rozdíl se potvrdil u škály Únikové přijetí, kde skórovali významně výše muži působící na bojové, oproti mužům působícím v armádě na jiné pozici. Tento masivní rozdíl nelze vysvětlit na základě sociodemografických faktorů a jeví se spíše jako důsledek osobní zkušenosti s blízkostí smrti.

## **Empirická část**

## 6 Výzkumný problém a hypotézy

Tato kapitola se věnuje ozřejmění výzkumného problému, výzkumných cílů a následnému stanovení hypotéz, které jsou posléze ověřovány.

### 6.1 Výzkumný problém

Teoretická část se zabývá problematikou postojů a konkrétně postojů ke smrti, které se jako dynamická součást jedince vyvíjí na základě vývoje chápání smrti a na základě životních zkušeností. Další oblastí rozpracovanou v teoretickém bloku je problematika zvládání stresu a životních těžkostí. Je nezpochybnitelné, že setkání se smrtí v jakékoliv podobě je jednou ze stresogenních situací. Dle Křivohlavého (2001) je zvládání stresu ovlivněno řadou různých faktorů. Jsou to jednak osobnostní charakteristiky lidí bojujících se stresem, jednak styly zvládání, strategie zvládání a techniky zvládání, které se lze naučit. Zvládání stresu a životních těžkostí tedy chápeme jako dynamický proces, v němž dochází k vzájemným interakcím mezi člověkem a stresovou situací. Z náplně práce pracovníka přímé obslužné péče v domově pro seniory je zřejmé, že tito pracovníci jsou výrazně častěji konfrontováni se smrtí, často přímo tváří v tvář. V rámci odborné přípravy a zároveň v průběhu zaměstnání jsou pracovníci přímé obslužné péče vzdělávání v problematice doprovázení, ve strategiích a technikách zvládání nároků v péči o seniory a zvládání smrti, technikách péče o sebe sama v rámci prevence syndromu vyhoření. Současně lze předpokládat, že osobnostní charakteristiky pracovníků přímé obslužné péče jsou odlišné od běžné populace, která se pracovně nepohybuje v sociální nebo zdravotní sféře. Je zřejmé, že pro kvalitní výkon v pomoc poskytujících profesích se nejlépe hodí lidé, kterým byla dána do vínku pořádná dávka altruismu (Haškovcová, 2000). Na základě výše uvedených skutečností lze předpokládat, že výsledky dotazníkového šetření postojů ke smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory budou odlišné od výsledků respondentů z řad běžné populace, kteří nejsou pracovně svázáni se sociální nebo zdravotní sférou.

V oblasti postojů ke smrti byla realizována celá řada výzkumu nejen v zahraničí, ale i u nás. Žádný s výzkumu, který byl při přípravě bakalářské práce prostudován, se nezabýval srovnáním postojů ke smrti a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově

pro seniory a postoju ke smrti a zvládání smrti u respondentů z řad běžné populace na území České republiky.

Konkrétně lze předpokládat, že existuje statistický významný rozdíl mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory a běžnou populací na škálách dotazníku Death Attitude Profile-Revised. Současně lze očekávat statisticky významný rozdíl mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory a běžnou populací na škále Coping with Death Scale. Na základě dostupných výzkumů lze předpokládat statisticky významný rozdíl na jednotlivých škálách dotazníku Death Attitude Profile-Revised u pracovníků přímé obslužné péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, a pracovníků přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ NE. A očekávat, že existuje statisticky významný rozdíl na škále Coping with Death Scale u pracovníků přímé obslužné péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, a pracovníků přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ NE.

## 6.2 Výzkumné cíle

Tento výzkum má několik cílů:

- Zjistit, jak se liší postoje ke smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a respondenty z řad běžné populace.
- Zjistit, jak se liší zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a u respondentů z řad běžné populace.
- Prozkoumat, jak se liší postoje ke smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, od těch pracovníků přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.
- Prozkoumat, jak se liší zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, od těch pracovníků přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.



## 6.3 Hypotézy

Konkrétní cíle výzkumného problému lze formulovat do těchto hypotéz:

- **Hypotéza H1:** *Pracovníci přímé obslužné péče budou skórovat statisticky významně níže na škále Strach ze smrti než běžná populace.*
- **Hypotéza H2:** *Pracovníci přímé obslužné péče budou skórovat statisticky významně níže na škále Vyhýbání se smrti než běžná populace.*
- **Hypotéza H3:** *Pracovníci přímé obslužné péče budou skórovat statisticky významně výše na škále Přátelské přijetí než běžná populace.*
- **Hypotéza H4:** *Pracovníci přímé obslužné péče budou skórovat statisticky významně výše na škále Únikové přijetí než běžná populace.*
- **Hypotéza H5:** *U škály Neutrální přijetí bude statisticky významný rozdíl mezi postoji pracovníků přímé obslužné péče a běžnou populací.*
- **Hypotéza H6:** *Pracovníci přímé obslužné péče budou skórovat statisticky významně výše na Škále vyrovnanosti se smrtí než běžná populace.*
- **Hypotéza H7:** *Pracovníci přímé obslužné péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, budou vykazovat statisticky nižší Strach ze smrti než pracovníci přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*
- **Hypotéza H8:** *Pracovníci přímé obslužné péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, budou vykazovat statisticky nižší Vyhýbání se smrti než pracovníci přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*
- **Hypotéza H9:** *Pracovníci přímé obslužné péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, budou vykazovat statisticky vyšší Přátelské přijetí než pracovníci přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*

- **Hypotéza H10:** *Pracovníci přímé obslužné péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, budou vykazovat statisticky vyšší Únikové přijetí než pracovníci přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*
- **Hypotéza H11:** *Existuje statisticky významný rozdíl u škály Neutrální přijetí mezi pracovníky přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO a pracovníky přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*
- **Hypotéza H12:** *Existuje statisticky významný rozdíl u Škály vyrovnanosti se smrtí mezi pracovníky přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO a pracovníky přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*

Všechny hypotézy byly ověřovány na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Hodnoty  $p < 0,05$  označujeme za signifikantní.

## **7 Metodologický rámec práce**

Součástí jsou podkapitoly věnované aplikované metodice, metodám použitým k získávání dat pro výzkum, sběru dat, použitým statistickým metodám a popisu výzkumného souboru.

### **7.1 Aplikovaná metodika**

Ve výzkumu v rámci této bakalářské práce byl využit kvantitativní přístup, konkrétně se jedná o dotazníkové šetření.

Kvantitativní výzkum je charakteristický primární metodologickou snahou předmět zkoumání vyjádřit, analyzovat a manipulovat jím s využitím čísel. Záměr kvantitativně orientovaných výzkumů je především konfirmatorní a většina z nich má deduktivní charakter. Výzkumník stojící před mnohorozměrností objektu zkoumání si plně uvědomuje nemožnost zachytit ji přesně ve všech jejích podobách. Ve svém zkoumání proto vybírá jen některé z nich a ty potom pečlivě studuje. V kvantitativním přístupu mají data číselnou podobu. Kvantitativní výzkum tak upřednostňuje výběr a analýzu pořadových, intervalových a poměrových proměnných (Ferjenčík, 2000).

### **7.2 Metody získávání dat**

Data byla získána prostřednictvím dotazníku, jenž není ničím jiným než standardizovaným interview předloženým v písemné podobě (Ferjenčík, 2000). V této bakalářské práci byly použity dva dotazníky. Jedná se o široce využívané dotazníky Death Attitude Profile-Revised a Coping with Death Scale.

#### **7.2.1 Death Attitude Profile-Revised**

Death Attitude Profile-Revised (dále jen DAP-R) – Profil postoje ke smrti (Wong, Reker, & Gesser, 1994) je revidovanou verzí původního Death Attitude Profile (Gesser, Wong, & Reker, 1987 – 88). Wong se svými kolegy rozšířili původní dotazník k měření postojů ke smrti o pozitivní dimenze jako je přijetí smrti. Dotazník byl vytvořen a validován na vzorku 100 mladých dospělých (18 – 29 let), 100 dospělých středního věku (30 – 59 let) a 100 starších dospělých (60 – 90 let).

Revidovaná verze obsahuje 32 položek, které posuzují pět dimenzí postojů ke smrti:

- Strach ze smrti („Smrt je bezpochyby hrozivá zkušenost“) – dimenze identifikuje pocit strachu, který v nás smrt vzbuzuje.
- Vyhýbání smrti („Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu“) – dimenze zachycuje vyhýbavé tendence ve vztahu ke smrti.
- Neutrální přijetí („Smrt není dobrá ani špatná“) – smrt je vnímána jako přirozená součást života.
- Přátelské přijetí („Věřím, že po smrti přijdu do nebe“) – pozitivní pohled na smrt, jehož základy nacházíme ve víře v posmrtný život.
- Únikové přijetí („Smrt ukončí všechny mé problémy“) – dimenze představuje pozitivní přijetí smrti, smrt je vnímána jako vítaná alternativa k životu plnému utrpení a bolesti.

Těchto pět dimenzí reprezentuje jak pozitivní postoje (přátelské přijetí, únikové přijetí) tak negativní postoje ke smrti (strach a vyhýbání smrti).

Respondenti vybírají své odpovědi na sedmibodové škále Likertova typu v rozmezí od „zcela nesouhlasím“ (ZN = 1) po „zcela souhlasím“ (ZS = 7). Hrubé skóry (HS) pro jednotlivé škály se počítají dle skórovacího klíče:

- Strach ze smrti – položky č. 1, 2, 7, 18, 20, 21, 32 (HS škály v rozmezí od 7 do 49).
- Vyhýbání smrti – položky č. 3, 10, 12, 19, 26 (HS škály v rozmezí od 5 do 35).
- Neutrální přijetí – položky č. 6, 14, 17, 24, 30 (HS škály v rozmezí od 5 do 35).
- Přátelské přijetí – položky č. 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31 (HS škály v rozmezí od 10 do 70).
- Únikové přijetí – položky č. 5, 9, 11, 23, 29 (HS škály v rozmezí od 5 do 35).

Vyšší skóry ukazují na větší přijetí, strach nebo vyhýbání smrti (Reimer, 2007).

Clements a Rooda (1999 – 2000) v nezávislé studii faktorové struktury, reliability a validity revidovaného Death Attitude Profile potvrdili adekvátní vnitřní konzistenci čtyř škál (Strach ze smrti, Vyhýbaní smrti, Přátelské přijetí a Únikové přijetí). Jako problematická se jeví škála Neutrální přijetí, která se projevuje ve dvou rozdílných faktorech. Zatímco položka č. 6 „Smrt by měla být nahlížena jako přirozená, nepopíratelná a nevyhnutelná událost“, položka č. 14 „Smrt je přirozená součást života“ a položka č. 24 „Smrt je jednoduše součást života“ je spojována s pohledem respondenta na smrt jako přirozenou součást života, položka č. 17 „Smrti bych se ani nebál/a, ani ji nevítal/a“ a položka č. 30 „Smrt není dobrá ani špatná“ je spojována s mnohem čistším neutrálním postojem ke smrti.

Výhodou dotazníku DAP-R je jeho zaměření na pozitivní i negativní postoje a příznivá délka, proto je vhodný pro zařazení do testových baterií, jejíž součástí je více dotazníků. Nevýhodou dotazníku DAP-R je jeho orientace na křesťanskou náboženskou tradici. A proto někteří respondenti mohou vyjadřovat nesouhlas s prezentovanými formulacemi, neboť nemohou ani souhlasit ani nesouhlasit. Jedná se především o respondenty, kteří věří v nirvánu, reinkarnaci a jiné nekřesťanské formy posmrtné existence (Machů, 2016).

Dotazník byl přeložen z anglického jazyka do jazyka českého tak, aby zůstal zachován smysl jednotlivých výroků. V průběhu administrace se nevyskytly žádné problémy s jeho srozumitelností (Machů, 2012).

V České republice testovali reliabilitu všech pěti škál dotazníku DAP-R Pechová, Machů a Dostál (2012). Byla prokázána vysoká vnitřní konzistence, a to hlavně u čtyř škál – Přátelské přijetí (0,93), Vyhýbavé přijetí (0,91), Strach ze smrti (0,86), Únikové přijetí (0,81). Škála Neutrální přijetí měla reliabilitu výrazně nižší (0,68).

### **7.2.2 Coping with Death Scale**

Coping with Death Scale (dále jen CDS) – Škála vyrovnanosti se smrtí (Bugen, 1980) byla vyvinuta k hodnocení schopností zvládat smrt získaných v kurzech nauky o smrti. CDS obsahuje 30 položek, kterými probandi vyjadřují zvládací schopnosti spojené s vlastní smrtí i smrtí druhých. Probandi označují své odpovědi na stupnici Likertova typu od 1 (vůbec nesouhlasím) po 7 (zcela souhlasím). Hrubý skóre škály dosahuje hodnot od 30 do

210. Příkladem položek CDS jsou: „Mám dobré vyhlídky na smrt a umírání“, „Rozumím svým obavám, které souvisí se smrtí“, „Vím, koho kontaktovat v případě úmrtí“ a „Dokážu komunikovat s umírajícím“. CDS hodnotí postoje ke smrti ze širšího hlediska. Měří pozitivní a negativní postoje vůči vlastní smrti a umírání ostatních. Mimo názorů respondentů na smrt a jejich pocitů ze smrti, hodnotí i specifické chování související se smrtí. Kategorii zvládnutí vlastní smrti tvoří položky jako „Rozumím svým obavám, které souvisí se smrtí“ nebo „Cítím se připraven čelit svému umírání“. Kategorii zvládnutí umírání ostatních reprezentují položky „Dokážu komunikovat s umírajícím“ nebo „Vím, jak mluvit s dětmi o smrti“ (Bugen, 1980). Výsledkem je součet všech položek, přičemž položky č. 13 a 24 jsou inverzní, proto jejich původní hodnota musí být přepočtena. Vysoké celkové skóre reprezentuje jedince s výbornými zvládacími schopnostmi (Reimer, 2007).

Reliabilitu dotazníku CDS testoval na vzorku 320 dobrovolníků v hospicích Robbins (1994, in Reimer, 2007). Byla prokázána vysoká vnitřní konzistence (0,90).

Škála	Cronbachova alfa
DAP-R Strach ze smrti	0,86
DAP-R Vyhýbání smrti	0,89
DAP-R Neutrální přijetí	0,63
DAP-R Přátelské přijetí	0,93
DAP-R Únikové přijetí	0,87
CDS	0,89

Tabulka č. 1 - Test reliability DAP-R a CDS

V rámci tohoto výzkumu byla ověřena reliabilita jednotlivých škál dotazníku DAP-R a dotazníku CDS. V případě dotazníku DAP-R byla potvrzena vysoká vnitřní konzistence u škály Strach ze smrti (0,86), Vyhýbání smrti (0,89), Přátelské přijetí (0,93) a Únikové

přijetí (0,87), škála Neutrální přijetí měla reliabilitu výrazně nižší (0,63). Ověření reliability dotazníku CDS potvrdilo vysokou vnitřní konzistenci (0,89).

Plné verze dotazníku DAP-R a dotazníku CDS jsou součástí příloh tištěné verze této práce (příloha č. 3 a 4). Respondenti výzkumu byli rovněž dotazováni na pohlaví, věk, vzdělání a otázku „považujete se za věřícího člověka“.

### **7.3 Sběr dat**

Kompletní záznamový arch se skládal z úvodního listu objasňujícího důvod dotazníkového šetření včetně informace o anonymitě. Druhý list obsahoval položky týkající se osobních a demografických údajů (pohlaví, věk, vzdělání a otázku „považujete se za věřícího člověka“). Následovaly plné verze dotazníku DAP-R a dotazníku CDS. Pro odlišení verze pro pracovníky přímé obslužné péče a verze pro běžnou populaci byly dotazníky pojmenovány „Dotazník zaměstnanců přímé péče v domově pro seniory“ a „Dotazník“. Oba dotazníky jsou mimo názvu plně shodné.

Dotazník DAP-R a dotazník CDS jsou zařazeny v podobě, jaká byla již opakovaně použita v řadě výzkumů. Nebyly nijak upravovány.

Výběr respondentů pro dotazníkové šetření probíhal prostřednictvím záměrného výběru na základě dostupnosti (Hendl, 2012). Konkrétně v případě pracovníků přímé péče v domově pro seniory se jednalo o výběr přes instituci. Vzorek respondentů z řad běžné populace byl vybrán na základě osobních a demografických údajů od respondentů z řad pracovníků přímé obslužné péče.

V první fázi byly s žádostí o spolupráci na výzkumu osloveny domovy pro seniory v Moravskoslezském kraji. Po vyjádření souhlasu s provedením dotazníkového šetření ze strany vedení domovů pro seniory byly dotazníky osobně doručeny vedoucím sociálních útvarů ve spolupracujících zařízeních. Ty byly podrobně osobně seznámeny s náležitostmi výzkumu. Předání vyplněných dotazníků se rovněž uskutečnilo osobně. Ústně byly předány i postřehy a připomínky související s vyplňováním dotazníků. Rovněž bylo dohodnuto zaslání hotové bakalářské práce k nahlédnutí.

Ve druhé fázi byli na základě osobních a demografických údajů pracovníků přímé obslužné péče osobně nebo emailem oslovováni respondenti z řad běžné populace, kteří

nepracují v oblasti zdravotnictví nebo sociálních služeb. Cílem byla ekvivalentnost srovnávaných skupin dle pohlaví a odpovědi „ANO“ na otázku „považujete se za věřícího člověka“ (Ferjenčík, 2010).

Sběr dat probíhal v období od října 2016 do února 2017.

## **7.4 Zpracování a analýza dat**

Jednotlivé dotazníky byly zkontrolovány, zda jsou kompletně vyplněné. Nekompletní dotazníky byly z dalšího zpracování vyřazeny.

Následně byla data překódována do počítačového programu Excel. Pro proměnné pohlaví, vzdělání a odpověď na otázku „považujete se za věřícího člověka“ byly zvoleny číselné hodnoty (muž = 0, žena = 1; odpověď „ANO“ na otázku „považujete se za věřícího člověka“ = 1, odpověď „NE“ na otázku „považujete se za věřícího člověka“ = 0). Odpovědi na Likertově škále dotazníku DAP-R byly skórovány na číselné hodnoty od 1 („zcela nesouhlasím“) do 7 („zcela souhlasím“) dle manuálu. Číselné odpovědi dotazníku CDS byly přepsány. Následovala úprava invertovaných položek dotazníku CDS a spočítání celkového skóru. U dotazníku DAP-R byly spočítány skóry pro jednotlivé škály.

Takto připravená data byla dále zpracována v programu STATISTICA 12. Nejprve bylo provedeno testování normality rozložení pomocí Shapiro-Wilkova testu.

Na základě výsledků Shapiro-Wilkova testu bylo rozhodnuto o použití parametrických či neparametrických testů.

Konkrétně v případě parametrického testu se jedná o výběr Studentova t-testu pro dva nezávislé výběry. K ověření shody rozptylů byl použit Leveneův test, který je o poznání robustnější než Fisherův F test. Z neparametrických testů byl použit Mann-Whitneyův U test. Při prezentaci dat je uváděna hodnota statistiky Z upravené korekcí na spojitost a korekcí na shody pořadí.

Přehled výsledků Shapiro-Wilkova testu, Leveneova testu a výběru testu pro testování hypotéz zobrazuje tabulka (tabulka č. 2).

Symboliku použitých značek obsahuje příloha (příloha č. 5).



Hypotéza	Proměnné	Shapiro-Wilkův test p<0,05	Leveneův test p<0,05	Použitý test
H1	PP_SS BP_SS	p<0,05 p=0,63	- -	Mann-Whitneyův U test
H2	PP_VS BP_VS	p=0,14 p<0,05	- -	Mann-Whitneyův U test
H3	PP_PP BP_PP	p=0,57 p=0,43	p=0,68	t-test nezávislé výběry
H4	PP_UP BP_UP	p=0,30 p=0,09	p=0,74	t-test nezávislé výběry
H5	PP_NP BP_NP	p<0,05 p<0,05	- -	Mann-Whitneyův U test
H6	PP_CDS BP_CDS	p=0,21 p=0,36	p=0,18	t-test nezávislé výběry
H7	PP_SS_0 PP_SS_1	p=0,35 p=0,09	p=0,07	t-test nezávislé výběry
H8	PP_VS_0 PP_VS_1	p=0,59 p=0,24	p=0,41	t-test nezávislé výběry
H9	PP_PP_0	p=0,42	p=0,86	t-test nezávislé výběry

	PP_PP_1	p=0,78		
H10	PP_UP_0	p=0,22	-	Mann-Whitneyův U test
	PP_UP_1	<b>p&lt;0,05</b>	-	
H11	PP_NP_0	p<0,05	-	Mann-Whitneyův U test
	PP_NP_1	p<0,05	-	
H12	PP_CDS_0	p=0,57	p=0,80	t-test nezávislé vzorky
	PP_CDS_1	p=0,34		

Tabulka č. 2 - Výsledky Shapiro-Wilkova testu, Leveneova testu a následná volba testu

## 7.5 Výzkumný soubor

Základní populace je množina všech teoreticky možných objektů v uvažované problémové situaci (Hendl, 2012).

Základní populaci výzkumu v rámci této bakalářské práce tvoří pracovníci přímé obslužné péče pracující v domově pro seniory.

Výběrový soubor čítá 53 pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory ve věku 18 až 60 let, který je srovnáván s výběrem 59 respondentů z řad běžné populace ve věku 18 až 64 let.

Kritériem pro výběr respondentů do výběrového souboru byl věk 18 až 65 let, zaměstnání na pozici pracovníka přímé obslužné péče v domově pro seniory a ochota kompletně vyplnit anonymní „Dotazník zaměstnanců přímé péče v domově pro seniory“.

Kritériem pro výběr respondentů z řad běžné populace byl věk 18 až 65 let, zaměstnání mimo zdravotnictví a sociální sféru a ochota kompletně vyplnit anonymní „Dotazník“. Respondenti do výběru běžné populace byli získáni vyrovnáváním. Kritériem

byl stejný počet mužů a žen a stejný počet respondentů s odpovědí „ANO“ na otázku „považujete se za věřícího člověka“.

Dle pohlaví vzorek pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory tvoří 47 žen a 6 mužů, ve vzorku běžné populace 52 žen a 7 mužů.

Ve vzorku pracovníků přímé obslužné péče bylo 20 respondentů, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ uvedli odpověď „ANO“ a 33 respondentů, kteří uvedli odpověď „NE“. Ve vzorku běžné populace bylo 19 respondentů, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ uvedli odpověď „ANO“ a 40 respondentů, kteří uvedli odpověď „NE“.

Dle vzdělání tvoří vzorek pracovníků přímé obslužné péče 6 respondentů se základním vzděláním, 17 respondentů se středním odborným bez maturity, 17 respondentů s úplným středním s maturitou, 3 respondenti s vyšším odborným a nástavbovým, 9 respondentů s vysokoškolským vzděláním a 1 respondent uvedl vzdělání jiné bez konkrétního upřesnění. Vzorek běžné populace tvoří 1 respondent se základním vzděláním, 12 respondentů se středním odborným bez maturity, 24 respondentů s úplným středním s maturitou, 4 respondenti s vyšším odborným a nástavbovým a 18 respondentů s vysokoškolským vzděláním.

## 8 Etické aspekty výzkumu

Výzkum by přinejmenším neměl nikoho poškodit. Tato nutná podmínka, v latinské podobě známá jako *primum non nocere* („prvotní je neškodit“), je základním principem etiky ve výzkumu (Weiss a kol., 2011).

Na základě zákona č. 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů respondenti výzkumu nevyplňovali žádné osobní údaje, na jejichž základě by mohli být identifikováni. Z výše uvedeného důvodu rovněž neuvádím jména domovů pro seniory, které daly souhlas k dotazníkovému šetření. Respondenti z řad běžné populace rovněž nejsou blíže specifikováni.

Potencionálním problémem výzkumu se jeví téma smrti, které může být pro některé osoby problematické. Absolvování dotazníkového šetření může např. otevřít či znovuotevřít problém nebo traumatickou zkušenost, které se respondentů dotkly (Weiss a kol., 2011).

Účast na výzkumu byla dobrovolná a každý respondent se mohl svobodně rozhodnout, zda dotazník vyplní či nikoliv.

Každému respondentovi byly před souhlasem s vyplněním dotazníku zcela objasněny všechny náležitosti tohoto výzkumu. Nikdo nebyl klamán.

Všem respondentům byl nabídnut kontakt pro případné otázky či nejasnosti spojené s účastí ve výzkumu. Současně bylo všem respondentům nabídnuto zaslání hotové bakalářské práce k nahlédnutí. Domovy pro seniory tuto možnost využily.

## 9 Přehled výsledků výzkumu

Kapitola přináší popisnou statistiku výběrových souborů a výsledky testování hypotéz.

### 9.1 Deskriptivní statistika

Zkoumaný soubor tvoří 53 pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory ve věku 18 až 60 let a 59 respondentů z řad běžné populace ve věku 18 až 64 let. Rozložení dle pohlaví znázorňuje tabulka (tabulka č. 3). V domovech pro seniory se zúčastnilo výzkumu 6 mužů (11 %) a 47 žen (89 %). Z běžné populace 7 mužů (12 %) a 52 žen (88 %).

Respondenti	ženy	ženy	muži	muži
dle pohlaví	četnost	relativní četnost	četnost	relativní četnost
pracovníci přímé péče	47	89 %	6	11 %
běžná populace	52	88 %	7	12 %

Tabulka č. 3 - Respondenti dle pohlaví

Věkově tvoří vzorek pracovníků přímé péče v domově pro seniory respondenti od 18 do 60 let, průměrný věk je 39,7 let (směrodatná odchylka, dále jen SD 10,36), běžnou populaci respondenti ve věku od 18 do 64 let s průměrným věkem 44,1 let (SD 9,88). Graficky reprezentuje věkové rozložení histogram (příloha č. 6 - Histogram č. 1 a 2).

Vzorek 53 pracovníků přímé péče v domově pro seniory tvoří 20 respondentů (38 %), kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli „ANO“ a 33 respondentů (62 %), kteří odpověděli „NE“. Mezi 59 respondenty běžné populace odpovědělo „ANO“ 19 respondentů (32 %) a „NE“ 40 respondentů (68 %).

Označení „ANO“ u otázky „považujete se za věřícího člověka“ obsahovalo odpovědi od příslušnosti ke konkrétní církvi přes prostou odpověď „ANO“ po odpovědi „věřím v osud“, „mám vnitřní víru“, „věřím, že je něco nad námi, ale ne v Boha“, „věřím

v univerzum, ne něco konkrétního“ apod. Všechny odpovědi „ANO“ na otázku „považujete se za věřícího člověka“ byly v rámci tohoto výzkumu akceptovány. Respondenty dle odpovědi na otázku „považujete se za věřícího člověka“ prezentuje tabulka (tabulka č. 4).

Respondenti dle odpovědi na otázku „považujete se za věřícího člověka“	„ANO“ četnost	„ANO“ relativní četnost	„NE“ četnost	„NE“ relativní četnost
pracovníci přímé péče	20	38 %	33	62 %
běžná populace	19	32 %	40	68 %

Tabulka č. 4 – Respondenti - odpověď na otázku „považujete se za věřícího člověka“

Popisnou statistiku u 53 pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory dle dosažených bodů v dotaznících DAP-R a CDS prezentuje tabulka, která znázorňuje minimální a maximální bodový zisk v jednotlivých škálách dotazníku DAP-R a minimální a maximální bodový zisk celkového skóru v dotazníku CDS, průměrné hodnoty, medián, modus a směrodatné odchylky (tabulka č. 5).

Proměnná	Popisné statistiky - Pracovníci přímé péče							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	Sm.odch.
PP_SS	53	24,57	24	Vícenás.	4	7	44	10,60
PP_VS	53	18,40	18	13	6	5	33	7,76
PP_NP	53	28,28	30	30	12	5	35	4,83
PP_PP	53	36,81	39	41	4	10	70	14,51
PP_UP	53	20,64	21	26	5	5	35	8,02
PP_CDS	53	135,08	131	107	3	83	197	29,21

Tabulka č. 5 - Popisné statistiky pracovníci přímé péče

Popisnou statistiku u 59 respondentů běžné populace dle dosažených bodů v dotaznících DAP-R a CDS prezentuje tabulka, která znázorňuje minimální a maximální bodový zisk v jednotlivých škálách dotazníku DAP-R a minimální a maximální bodový zisk celkového skóru v dotazníku CDS, průměrné hodnoty, medián, modus a směrodatné odchylky (tabulka č. 6).

Proměnná	Popisné statistiky - Běžná populace							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	Sm.odch.
BP_SS	59	25,07	25	26	6	7	45	8,64
BP_VS	59	20,51	22	26	5	5	35	8,41
BP_NP	59	29,73	30	33	11	21	35	3,57
BP_PP	59	34,46	33	33	4	10	67	13,87
BP_UP	59	21,27	21	Vícenás.	4	7	35	7,56
BP_CDS	59	124,49	127	Vícenás.	3	73	172	25,29

Tabulka č. 6 - Popisné statistiky běžná péče

Popisnou statistiku u 53 pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory dle odpovědi na otázku „považujete se za věřícího člověka“ zobrazují tabulky v příloze (příloha č. 7).

V průběhu sběru dat se objevily různé reakce ze strany respondentů. V domově pro seniory nebyly nijak neobvyklé, jelikož zaměstnanci domovů pro seniory jsou častými účastníky dotazníkových šetření s různou problematikou. Současně téma doprovázení umírajícího je v náplni práce pracovníka přímé obslužné péče. Mezi respondenty běžné populace byly reakce velmi rozmanité od odmítnutí vyplnění dotazníku, jelikož toto téma je pro ně přímo šokující, přes zvědavost po kladné odpovědi, že je tento dotazník přivedl k přemýšlení o této etapě našeho života. Rozhovory byly často velmi osobní. Velká část respondentů, kteří dotazník vyplnili, zmiňovala, že pro ně bylo vyplnění dotazníku velmi těžké a museli se k němu i opakovaně vracet. Zajímavé je, že se jednalo i o osoby starší, u kterých je předpoklad, že tuto oblast už mají nějakým způsobem vyřešenou.

## 9.2 Výsledky testování hypotéz

Prvním cílem výzkumu bylo zjistit, jak se liší postoje ke smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a u respondentů z řad běžné populace. Na základě tohoto cíle byly formulovány hypotézy H1 až H5.

**Hypotéza H1:** *Pracovníci přímé obslužné péče budou skórovat statisticky významně níže na škále Strach ze smrti než běžná populace.*

Škála dotazníku DAP-R	součet pořadí PP	součet pořadí BP	U	Z upravené	p-hodnota
Strach ze smrti	2968	3360	1537	-0,15	0,44

Tabulka č. 7 – Výsledky testování hypotézy H1

Pozorované skóry na škále Strach ze smrti dotazníku DAP-R dosahují očekávané nižší, nikoliv však signifikantní hodnoty u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory proti běžné populaci,  $U = 1537$ ;  $Z$  upravené = - 0,15;  $p = 0,44$ ;  $AUC = 0,49$ . Medián pracovníků přímé péče v domově pro seniory dosahuje hodnoty 24, u běžné populace je hodnota mediánu 25. Získaná data nepodporují rozhodnutí o přijetí hypotézy H1, **hypotézu H1 tedy nepřijímáme.**

**Hypotéza H2:** *Pracovníci přímé obslužné péče budou skórovat statisticky významně níže na škále Vyhýbání se smrti než běžná populace.*

Škála dotazníku DAP-R	součet pořadí PP	součet pořadí BP	U	Z upravené	p-hodnota
Vyhýbání smrti	2751	3577	1320	-1,42	0,08

Tabulka č. 8 – Výsledky testování hypotézy H2



Pozorované skóry na škále Vyhýbání se smrti dotazníku DAP-R dosahují u pracovníků přímé péče očekávané nižší, nikoliv však statisticky významné hodnoty proti běžné populaci,  $U = 1320$ ;  $Z$  upravené  $-1,42$ ;  $p = 0,08$ ;  $AUC = 0,42$ . Medián pracovníků přímé péče v domově pro seniory dosahuje hodnoty 18, u běžné populace je medián 22. **Hypotézu H2 tedy nepřijímáme.**

**Hypotéza H3:** *Pracovníci přímé obslužné péče budou skórovat statisticky významně výše na škále Přátelské přijetí než běžná populace.*

Škála dotazníku DAP-R	průměr PP	průměr BP	t	stupně volnosti	p-hodnota
Přátelské přijetí	36,81	34,46	0,88	110	0,19

Tabulka č. 9 - Výsledky testování hypotézy H3

Co se týče škály Přátelské přijetí, skórovali na této škále pracovníci přímé péče v domově pro seniory v průměru 36,81 bodů proti průměru 34,46 bodů běžné populace,  $t(110) = 0,88$ ;  $p = 0,19$ ;  $d = 0,17$ ). Očekávaný signifikantní rozdíl se nepodařilo prokázat. Pracovníci přímé péče skórovali jen o 0,17 SD výše než běžná populace. **Hypotézu H3 nepřijímáme.**

**Hypotéza H4:** *Pracovníci přímé obslužné péče budou skórovat statisticky významně výše na škále Únikové přijetí než běžná populace.*

Škála dotazníku DAP-R	průměr PP	průměr BP	t	stupně volnosti	p-hodnota
Únikové přijetí	20,64	21,27	-0,43	110	0,67

Tabulka č. 10 - Výsledky testování hypotézy H4

Očekávaný směr na škále Únikové přijetí dotazníku DAP-R nebyl u pracovníků přímé obslužné péče potvrzen. Průměr pracovníků přímé péče v domově pro seniory na škále

Únikové přijetí dosahuje hodnoty 20,64, což je o 0,63 bodu méně než běžná populace, ( $t(110) = -0,43$ ;  $p = 0,67$ ;  $d = -0,08$ ). Pracovníci přímé péče v domově pro seniory skórovali o 0,08 SD níže než běžná populace. **Hypotézu H4 nepřijímáme.**

**Hypotéza H5:** *U škály Neutrální přijetí bude statisticky významný rozdíl mezi postoji pracovníků přímé obslužné péče a běžnou populací.*

Škála dotazníku DAP-R	součet pořadí PP	součet pořadí BP	U	Z upravené	p-hodnota
Neutrální přijetí	2691,5	3636,5	1260,5	-1,77	0,08

Tabulka č. 11 - Výsledky testování hypotézy H5

Mezi pracovníky přímé péče v domově pro seniory a běžnou populací nebyl na škále Neutrální přijetí prokázán statisticky významný rozdíl v postojích,  $U = 1260,5$ ;  $Z$  upravené  $-1,77$ ;  $p = 0,08$ ;  $AUC = 0,40$ . Z výsledků je zřejmé, že pracovníci přímé obslužné péče skórovali na škále Neutrální přijetí níže proti běžné populaci, výsledky však nepodporují přijetí hypotézy H5, **hypotézu H5 tedy nepřijímáme.**

Následujícím cílem bylo zjistit, jak se liší zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče a u respondentů z řad běžné populace. S tímto cílem byla formulována hypotéza H6.

**Hypotéza H6:** *Pracovníci přímé obslužné péče budou skórovat statisticky významně výše na Škále vyrovnanosti se smrtí než běžná populace.*

Škála	průměr PP	průměr BP	t	stupně volnosti	p-hodnota
CDS	135,08	124,49	2,06	110	<b>0,02</b>

Tabulka č. 12 - Výsledky testování hypotézy H6

Škála vyrovnanosti se smrtí vykazuje u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory signifikantně vyšší skóry než u běžné populace, ( $t(110) = 2,06$ ;  $p < 0,05$ ;  $d = 0,39$ ). Pracovníci přímé obslužné péče skórovali na Škále vyrovnanosti se smrtí o 0,39 SD výše než běžná populace. Výsledky podporují rozhodnutí o přijetí hypotézy H6, **hypotézu H6 přijímáme.**

S cílem prozkoumat odlišnosti v postojích ke smrti mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO a pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na tuto otázku odpověděli NE, byly formulovány hypotézy H7 až H11.

**Hypotéza H7:** *Pracovníci přímé obslužné péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, budou vykazovat statisticky nižší Strach ze smrti než pracovníci přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*

Škála	průměr PP ANO	průměr PP NE	t	stupně volnosti	p-hodnota
Strach ze smrti	24,45	24,64	-0,06	51	0,48

Tabulka č. 13 - Výsledky testování hypotézy H7

Co se týče škály Strach ze smrti, vykazují pracovníci přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO očekávaný nižší skór (o -0,02 SD), než pracovníci přímé péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE, ( $t(51) = -0,06$ ;  $p = 0,48$ ;  $d = -0,02$ ). Rozdíly nedosahují statisticky významných hodnot, **hypotézu H7 tedy nepřijímáme.**

**Hypotéza H8:** *Pracovníci přímé obslužné péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, budou vykazovat statisticky nižší Vyhýbání se smrti než pracovníci přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*

Škála	průměr PP ANO	průměr PP NE	t	stupně volnosti	p-hodnota
Vyhýbání smrti	18,40	18,39	0,00	51	0,50

Tabulka č. 14 - Výsledky testování hypotézy H8

Na škále Vyhýbání se smrti nedosahují pracovníci přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO očekávaný nižší skór ve srovnání s pracovníky přímé péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE, ( $t(51) = 0,00$ ;  $p = 0,50$ ;  $d = 0,00$ ). Průměry jsou téměř totožné. Nebyl potvrzen rozdíl na škále Vyhýbání se smrti, **hypotézu H8 nepřijímáme.**

**Hypotéza H9:** *Pracovníci přímé obslužné péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, budou vykazovat statisticky vyšší Přátelské přijetí než pracovníci přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*

Škála	průměr PP ANO	průměr PP NE	t	stupně volnosti	p-hodnota
Přátelské přijetí	46,30	31,06	4,25	51	<b>0,00</b>

Tabulka č. 15 - Výsledky testování hypotézy H9

Na škále Přátelské přijetí dosahují pracovníci přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, signifikantně vyšší skór ve srovnání s pracovníky přímé péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE, ( $t(51) = 4,25$ ;  $p < 0,05$ ;  $d = 1,20$ ). Zatímco pracovníci přímé péče, kteří odpověděli NE, dosahovali v průměru 31,06 bodů, pracovníci, kteří odpověděli ANO, dosahovali v průměru 46,3 bodů (o 1,20 SD více). Očekávaný předpoklad u škály Přátelské přijetí se podařilo prokázat, **hypotézu H9 přijímáme.**

**Hypotéza H10:** *Pracovníci přímé obslužné péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, budou vykazovat statisticky vyšší Únikové přijetí než pracovníci přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*

Škála dotazníku DAP-R	součet pořadí PP ANO	součet pořadí PP NE	U	Z upravené	p-hodnota
Únikové přijetí	597,5	833,5	272,5	1,05	0,15

Tabulka č. 16 - Výsledky testování hypotézy H10

Na škále Únikové přijetí nedosahují pracovníci přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO signifikantně vyšší skóry ve srovnání s pracovníky přímé péče, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE,  $U = 272,5$ ;  $Z$  upravené = 1,05;  $p = 0,15$ ;  $AUC = 0,41$ . Tento předpoklad se nepodařilo prokázat. **Hypotézu H10** tedy **nepřijímáme**.

**Hypotéza H11:** *Existuje statisticky významný rozdíl u škály Neutrální přijetí mezi pracovníky přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO a pracovníky přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*

Škála dotazníku DAP-R	součet pořadí PP ANO	součet pořadí PP NE	U	Z upravené	p-hodnota
Neutrální přijetí	567,5	863,5	302,5	0,50	0,62

Tabulka č. 17 - Výsledky testování hypotézy H11

Pracovníci přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, se signifikantně neliší v postojích na škále Neutrální přijetí od pracovníků přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ uvedli odpověď NE,  $U = 302,5$ ;  $Z$  upravené = 0,50;  $p = 0,62$ ;  $AUC = 0,46$ . Výsledky nepodporují rozhodnutí o přijetí hypotézy H11, **hypotézu H11 tedy nepřijímáme.**

Posledním cílem výzkumu je zjistit, jak se liší zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, od těch pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE. Na základě tohoto cíle je formulována hypotéza H12.

**Hypotéza H12:** *Existuje statisticky významný rozdíl u Škály vyrovnanosti se smrtí mezi pracovníky přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO a pracovníky přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE.*

Škála	průměr PP ANO	průměr PP NE	t	stupně volnosti	p-hodnota
CDS	135,5	134,81	0,08	51	0,94

Tabulka č. 18 - Výsledky testování hypotézy H12

Výsledky ukazují, že na Škále zvládání smrti neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO a pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE, ( $t(51) = 0,08$ ;  $p = 0,94$ ;  $d = 0,02$ ). Pozorované výsledky naznačují, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve zvládání smrti mezi pracovníky přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO a pracovníky přímé péče, kteří na tuto otázku odpověděli NE. **Hypotézu H12 nepřijímáme.**

## 10 Diskuze

Kapitola se věnuje výsledkům šetření, které bylo realizováno v rámci výzkumu pro tuto bakalářskou práci. Výsledky jsou srovnávány s výsledky dřívějších výzkumů realizovaných v této problematice.

Pro výzkum postojů ke smrti a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a srovnání s běžnou populací byl zvolen kvantitativní přístup, který umožňuje přehledné zpracování a vyhodnocení dat získaných v dotazníkovém šetření.

Sběr dat od pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory byl realizován prostřednictvím „Dotazníku zaměstnanců přímé péče v domově pro seniory“. Tento se skládal ze tří částí. První část obsahovala položky „pohlaví“, „věk“, „vzdělání“ a položku „považujete se za věřícího člověka“. Druhou část tvořil široce využívaný dotazník DAP-R (Death Attitude Profile-Revised) a část třetí dotazník CDS (Coping with Death Scale). Dotazník DAP-R měří postoje ke smrti v pěti škálách – Strach ze smrti, Vyhýbání se smrti, Neutrální přijetí, Přátelské přijetí a Únikové přijetí. Za výhody dotazníku DAP-R lze považovat skutečnost, že měří pozitivní i negativní postoje a obsahuje jen 32 položek, takže ho lze použít v kombinaci s jinými dotazníky. Nevýhodou dotazníku DAP-R je jeho křesťansko-náboženská orientace, proto pro některé respondenty mohou být určité položky problematické. Dotazník CDS obsahuje 30 položek, prostřednictvím nichž probandi vyjadřují zvládací schopnosti spojené s vlastní smrtí i smrtí druhých. Výhodou je opět jeho délka, a proto byl použit jako vhodný doplněk dotazníku DAP-R. Sběr dat od respondentů z běžné populace, kteří nejsou pracovně svázáni se zdravotnictvím nebo sociální sférou, byl uskutečněn prostřednictvím „Dotazníku“, který je naprosto shodný s variantou pro pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory.

První výběrový soubor tvořili pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory. Výzkumu se zúčastnilo 53 respondentů ze dvou domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji. Druhý soubor tvořilo 59 respondentů z řad běžné populace, kteří pracovně působí mimo oblast zdravotnictví a sociálních služeb. Cílem bylo vyrovnání obou souborů z hlediska pohlaví a odpovědi na otázku „považujete se za věřícího člověka“ a současně věková různorodost skupin. Vyrovnání skupin se nepodařilo úplně dodržet. Poměrně problematické bylo vyrovnávání podle odpovědi na otázku „považujete se za věřícího

člověka“. V první fázi výzkumu byly dotazníky vyplněny pracovníky přímé péče v domově pro seniory a na základě údajů o pohlaví a odpovědi na otázku „považujete se za věřícího člověka“ byli následně oslovováni respondenti z řad běžné populace. V rámci zachování anonymity nebyli potencionální respondenti z řad běžné populace při prvním kontaktu tázáni na otázku, zda se považují za věřící či nikoliv. Tato otázka byla respondenty zodpovězena až v anonymním dotazníku. Sběr dotazníků probíhal až do naplnění počtu 19 respondentů z řad běžné populace, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO. Zkoumaný soubor pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory tak obsahoval 20 respondentů (38 %), kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, a 33 respondentů (62 %), kteří odpověděli NE. V souboru běžné populace bylo 19 respondentů (32 %), kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, a 40 respondentů (68 %), kteří odpověděli NE. Podle pohlaví byly soubory téměř ekvivalentní. V souboru pracovníků přímé péče v domově pro seniory bylo 47 žen (89 %) a 6 mužů (11 %), v souboru respondentů z řad běžné populace bylo 52 žen (88 %) a 7 mužů (12 %). Vzhledem k použitému záměrnému výběru na základě dostupnosti nejsou výzkumné soubory reprezentativní pro dané populace.

V rámci tohoto výzkumu byla nejprve ověřena reliabilita jednotlivých škál dotazníku DAP-R a dotazníku CDS. U dotazníku DAP-R byla potvrzena vysoká vnitřní konzistence u škály Strach ze smrti (0,86), Vyhýbání smrti (0,89), Přátelské přijetí (0,93) a Únikové přijetí (0,87), škála Neutrální přijetí měla reliabilitu výrazně nižší (0,63). Ověření reliability dotazníku CDS potvrdilo vysokou vnitřní konzistenci (0,89). Výsledky korespondují s výsledky ověřování vnitřní konzistence v rámci jiných výzkumů.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se liší postoje ke smrti a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a respondenty z řad běžné populace. A následně prozkoumat, jak se liší postoje ke smrti a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, od těch pracovníků přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE. V souladu s těmito cíli byly formulovány hypotézy H1 až H12.



Hypotéza H1 nebyla přijata. Na zkoumaném souboru se nepodařilo prokázat, že by pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory měli nižší strach ze smrti proti běžné populaci.

Hypotéza H2 nebyla rovněž přijata. Pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory sice skórovali na škále Vyhýbání se smrti, která zahrnuje otázky týkající se myšlenek na smrt, níže. Rozdíly proti běžné populaci však nebyly statisticky významné. Vyhýbání se myšlenkám na smrt se téměř neliší u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a u respondentů z běžné populace.

Hypotéza H3 nebyla přijata. Přátelské postoje ke smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a respondentů z řad běžné populace se liší jen nepatrně, rozdíly nejsou statisticky významné.

Hypotéza H4 taktéž nebyla přijata. U škály Únikové přijetí na otázky typu „Smrt ukončí všechna moje trápení“, „Smrt nabízí možnost úniku z tohoto hrozného světa“ nebo „Pohlížím na smrt jako na úlevu od pozemského trápení“, odpovídali pracovníci přímé obslužné péče téměř shodně s respondenty z řad běžné populace.

Ani hypotéza H5 nebyla přijata. Pracovníci přímé péče v domově pro seniory skórovali na škále Neutrální přijetí níže než běžná populace. Rozdíly v odpovědích pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory se však významně neliší od běžné populace. Neutrální přijetí tvoří položky typu „Smrt je přirozená součást života“ nebo „Smrt není ani dobrá, ani špatná“.

Cílem hypotéz H1 až H5 bylo zjistit pomocí dotazníku DAP-R, jak se liší postoje ke smrti na jednotlivých škálách mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory a běžnou populací. Žádná z těchto hypotéz nebyla přijata. Nepodařilo se prokázat statisticky významné rozdíly mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory a běžnou populací v postojích ke smrti.

Nicméně je zajímavé, že na škálách Strach ze smrti, Vyhýbání se smrti a Přátelské přijetí se průměry hrubých skóre u obou skupin respondentů pohybovaly pod možným průměrem hrubého skóre těchto škál. Průměr hrubých skóre škály Neutrální přijetí dosahoval naopak u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory hodnoty 28 a u běžné populace hodnoty 30. Tato škála umožňuje bodový zisk hrubého skóre od 5 do 35.

Na škále Únikové přijetí dosahovaly obě skupiny průměrných hodnot hrubého skóru této škály.

Jedním z možných důvodů, proč se nepodařilo hypotézy H1 až H5 přijmout, může být právě vyrovnání výzkumných vzorků podle odpovědi na otázku „považujete se za věřícího člověka“. Díky tomuto vyrovnání se mohl v obou zkoumaných vzorcích projevit vliv náboženského přesvědčení, které je považováno jako nejsilnější faktor, který ovlivňuje postoje ke smrti (Machů, 2012). I křesťansko-náboženskou orientaci dotazníku DAP-R lze považovat za jeden z činitelů.

Výsledky testování těchto hypotéz mohla ovlivnit i hlubší neznalost výběrového souboru pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory. Konkrétně skutečnost, že je zřejmě rozdíl mezi postoji pracovníka přímé obslužné péče v domově pro seniory, který pracuje na této pozici několik let, a za tuto dobu absolvoval více vzdělávacích aktivit zaměřených na problematiku zvládání nároků v péči o seniory, doprovázení a zvládání smrti, a postoji pracovníka přímé obslužné péče, který je zaměstnán na této pozici krátce. Informace o délce praxe pracovníka přímé obslužné péče v domově pro seniory, typu a počtu vzdělávacích aktivit v problematice postojů a zvládání smrti nebyly v rámci tohoto výzkumu zjišťovány.

Věkově byly zkoumané soubory velmi blízké. Výsledky mohly být ovlivněny poměrně početnou skupinou respondentů v obou souborech, kteří spadají do věkové kategorie 30 až 50 let. Věkový průměr pracovníků přímé péče v domově pro seniory je 39,7 let (SD 10,36), u běžné populace 44,1 let (SD 9,88). Toto je podle Yaloma (2008) období, kdy děti opouštějí domov a na obzoru se objevují koncové body profesní kariéry, propuká krize středního věku a s plnou silou znovu vybuchuje i úzkost ze smrti. Dosahujeme vrcholu života a při pohledu vpřed pochopíme, že další cesta už nesměruje vzhůru, ale svažuje se směrem k ochabování a zmenšování. Od tohoto okamžiku se obavy ze smrti už nikdy z naší mysli nevzdálí příliš daleko.

Hypotéza H6 byla přijata. Pracovníci přímé péče v domově pro seniory vykazují lepší zvládací schopnosti ve vztahu ke smrti proti respondentům běžné populace. Je to zřejmě dáno i tím, že dotazník Coping with Death Scale obsahuje položky, které mají vztah k praktickým znalostem vázaným k umírání a smrti. Konkrétně se jedná o položky „Mám přehled o službách nabízených pohřebními ústavými“, „Vím o různých možnostech nakládání

s mrtvolami“, „Vím, co přináší příprava pohřbu“ nebo „Vím, koho kontaktovat v případě smrti“. Tyto znalosti jsou zakomponovány v odborné přípravě na profesi pracovníka přímé obslužné péče v domově pro seniory a následně v jeho náplni práce. Stručně si připomeňme, že pracovník přímé péče v domově pro seniory podle instrukcí všeobecné nebo vrchní sestry pečuje o umírajícího, uspokojuje jeho základní potřeby a poskytuje mu psychickou podporu, provádí péči o tělo zemřelého a připravuje osobní předměty zemřelého klienta k předání pozůstalým.

Hypotéza H7 nebyla přijata. Míra strachu ze smrti u pracovníků přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, se neliší od míry strachu ze smrti pracovníků přímé péče, kteří odpověděli NE.

Hypotéza H8 nebyla rovněž přijata. Ani na škále Vyhýbání se smrti se nepodařilo prokázat platnost předpokladu, že pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, budou skórovat statisticky významně níže proti těm pracovníkům, kteří odpověděli NE.

Hypotéza H9 byla přijata. Pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, na škále Přátelské přijetí vykazují pozitivnější postoje ke smrti proti pracovníkům přímé péče, kteří odpověděli NE. Tyto výsledky jsou velmi vysoce signifikantní. Výsledek lze interpretovat jako důsledek téměř 40% zastoupení pracovníků přímé obslužné péče, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO ve zkoumaném souboru pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory. Tento výsledek koresponduje s výsledky dřívějších výzkumů. Lidé hlásící se ke křesťanským či jiným vyznáním zastávají statisticky významně častěji pozitivní postoj ke smrti (Machů, 2012).

Hypotéza H10 nebyla přijata. Nepodařilo se prokázat rozdíl na škále Únikové přijetí mezi skóry pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď ANO, a pracovníky přímé péče, kteří odpověděli NE. Hypotéza byla formulována jako jednostranná. Byly očekávány vyšší skóry u pracovníků přímé obslužné péče, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO. Škála obsahuje položky typu „Smrt ukončí všechna moje trápení“, „Smrt nabízí možnost úniku z tohoto hrozného světa“, „Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení“ nebo „Vidím smrt jako úlevu z tíhy tohoto života“. Škála Únikové

přijetí je vnímána jako pozitivní postoj ke smrti. Předpoklad vycházel z každodenní zkušenosti pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory s klienty, kteří jsou často dlouhodobě upoutáni na lůžku a plně závislí na péči personálu. Tato škála představuje pozitivní přijetí smrti a smrt je zde vnímána jako vítaná alternativa k životu plnému utrpení a bolesti.

Hypotéza H11 nebyla rovněž přijata. Nebyl prokázán rozdíl na škále Neutrální přijetí mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, a pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří odpověděli NE.

Cílem hypotéz H7 až H11 bylo prokázat rozdíly v postojích ke smrti na škálách dotazníku DAP-R mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, a pracovníky, kteří odpověděli NE. Prokazatelný rozdíl byl shledán pouze na škále Přátelské přijetí ve prospěch pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO.

Hypotéza H12 nebyla přijata. Neexistuje rozdíl ve zvládnání smrti dle dotazníku CDS u pracovníků přímé péče, kteří odpověděli ANO na otázku „považujete se za věřícího člověka“, a pracovníky, kteří odpověděli NE. Důvodem může být již výše zmiňovaná skutečnost, že dotazník CDS obsahuje položky vztahující se i k praktickým dovednostem zvládnání smrti a tyto znalosti jsou částečně zakomponovány v odborné přípravě na profesi pracovníka přímé obslužné péče v domově pro seniory a následně v jeho náplni práce. A není tak prokazatelný rozdíl mezi pracovníky přímé péče v domově pro seniory, kteří odpověděli ANO na otázku „považujete se za věřícího člověka“ a pracovníky, kteří odpověděli NE.

Stručně lze říci, že se podařilo se prokázat lepší zvládací schopnosti spojené s vlastní smrtí i smrtí druhých u pracovníků přímé péče v domově pro seniory proti běžné populaci. Naopak nepodařilo se prokázat rozdíly v postojích ke smrti mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory a běžnou populací. Potvrdilo se, že pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, zastávají pozitivnější postoje ke smrti proti pracovníkům přímé péče, kteří odpověděli NE. U negativních škál a neutrální škály se nepodařilo prokázat na

zkoumaném souboru rozdíl mezi pracovníky přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, a pracovníky, kteří odpověděli NE. Rovněž ve zvládacích schopnostech spojených s vlastní smrtí i smrtí druhých se nepodařilo prokázat statisticky významný rozdíl mezi pracovníky přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, a pracovníky, kteří odpověděli NE.

V souvislosti s realizovaným výzkumem je zřejmé, že zvolená kritéria pro výběr vzorku byla poměrně široká. U pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory nebyla zohledněna délka praxe na pozici pracovníka přímé obslužné péče a nebyla blíže specifikována otázka „považujete se za věřícího člověka“. Rovněž by bylo vhodné zmapování vzdělávacích aktivit, které jsou k dispozici pro pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory v problematice doprovázení umírajících, zvládání smrti apod. Vhodné by bylo i zjištění, zda se pracovník přímé obslužné péče účastní pravidelně supervizi, a zda je pokládá za přínosné. U respondentů z řad běžné populace by bylo opět vhodné blíže specifikovat odpověď na otázku „považujete se za věřícího člověka“. Dalším kritériem bylo nynější zaměstnání respondentů z řad běžné populace mimo oblast zdravotnictví a sociální sféru. Zde by bylo vhodné upřesnění, zda respondent někdy v minulosti v těchto oblastech pracoval nebo studoval. Vzhledem k upřesnění kritérií by bylo vhodné navýšení počtu respondentů pro provedení hlubší analýzy dat.

V souvislosti s použitými metodami by mohla být testová baterie doplněna např. o dotazník ESI-R (Expressions of spirituality inventory – revised) a NEO FFI, jak tomu je v disertační práci Kláry Machů (2016). Výsledky by následně mohly být srovnávány s obdobně realizovaným výzkumem v českých podmínkách.

Jistě zajímavá data by mohlo přinést zkombinování použitého kvantitativního přístupu s přístupem kvalitativním.

Tento výzkum postojů ke smrti a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory přinesl překvapivé výsledky. Proti očekávání nebyly potvrzeny rozdílné postoje ke smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a respondenty z řad běžné populace. Naopak se podařilo prokázat předpoklad, že pracovníci přímé obslužné péče zvládají smrt lépe než běžná populace. Proti tomu u pracovníků přímé

obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, se podařilo prokázat očekávaný rozdíl pouze u škály Přátelské přijetí.

Záměrem výzkumu bylo použít získané výsledky prakticky. Na základě zjištění se lze domnívat, že pracovníci přímé obslužné péče jsou poměrně dostatečně odborně vzdělávání v praktických dovednostech v péči o umírající a následné péči o zemřelé včetně péče o tělo zemřelého či předání osobních věcí zemřelého příbuzným. Kde však lze pociťovat nedostatky, je péče o samotné pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory. Otázkou zůstává, zda jsou výsledky důsledkem setkávání s dlouhodobě nemocnými plně závislými a umírajícími klienty nebo tyto postoje pracovníci přímé péče v domově pro seniory zaujímali i dříve a jejich zaměstnání na tyto postoje nemá vliv.

## 11 Závěry

Na základě výše provedených a popsanych analýz byly zjišťovány rozdíly v postojích ke smrti a zvládání smrti mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory a respondenty z řad běžné populace. Analýzy vedly k těmto výsledkům:

- Nepodařilo se prokázat, že by pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory měli nižší strach ze smrti proti běžné populaci.
- Vyhýbání se myšlenkám na smrt se téměř neliší u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a respondenty z běžné populace.
- Přátelské postoje ke smrti se u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a respondenty z řad běžné populace liší jen nepatrně, rozdíly nejsou statisticky významné.
- Na položky škály Únikové přijetí odpovídali pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory téměř shodně jako respondenti z řad běžné populace.
- Pracovníci přímé péče v domově pro seniory skórovali na škále Neutrální přijetí níže než běžná populace. Rozdíly v odpovědích pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory se však významně neliší od běžné populace.
- Pracovníci přímé péče v domově pro seniory vykazují lepší zvládací schopnosti ve vztahu ke smrti proti respondentům běžné populace. Rozdíly jsou signifikantní ( $p < 0,05$ ).

Současně byly pomocí výše provedených a popsanych analýz prozkoumávány postoje ke smrti a zvládání smrti u pracovníků přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, a pracovníky přímé obslužné péče, kteří odpověděli NE. Bylo zjištěno, že:

- Míra strachu ze smrti u pracovníků přímé péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, se neliší od míry strachu ze smrti pracovníků přímé péče, kteří odpověděli NE.

- Ani na škále Vyhýbání se smrti se nepodařilo prokázat platnost předpokladu, že pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, budou skórovat statisticky významně níže proti těm pracovníkům, kteří odpověděli NE.
- Na škále Přátelské přijetí vykazují pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, pozitivnější postoje ke smrti ve srovnání s pracovníky přímé péče, kteří odpověděli NE. Tyto výsledky jsou velmi vysoce signifikantní ( $p < 0,001$ ).
- Nepodařilo se prokázat rozdíl na škále Únikové přijetí mezi skóry pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď ANO, a pracovníky přímé péče, kteří odpověděli NE.
- Nebyl prokázán rozdíl na škále Neutrální přijetí mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, a pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří odpověděli NE.
- Neexistuje rozdíl ve zvládnání smrti dle dotazníku CDS u pracovníků přímé obslužné péče, kteří odpověděli ANO na otázku „považujete se za věřícího člověka“, a pracovníky, kteří odpověděli NE.

V rámci realizovaného výzkumu bylo provedeno ověření vnitřní konzistence dotazníků DAP-R a CDS.

- U čtyř z pěti škál dotazníku DAP-R byla potvrzena vysoká vnitřní konzistence. Nižší reliabilitu má škála Neutrální přijetí. Srovnatelné výsledky získali i Clements a Rooda (1999 – 2000) a u české varianty Pechová, Machů a Dostál (2012).
- Ověření reliability dotazníku CDS potvrdilo vysokou vnitřní konzistenci. Obdobný výsledek získal i Robbins (1994, in Reimer, 2007).



## 12 Souhrn

Umírání a smrt je velké lidské a obtížně uchopitelné odborné téma. Prakticky je však umírání i smrt především údělem člověka a obojí nás v budoucnosti čeká a nemine. Tato jistota je současně i nejistotou – nevíme kdy a jak se tak stane (Haškovcová, 2015).

Samotné vnímání smrti se u každého z nás vyvíjí postupně. Teprve v šesti letech děti akceptují tvrzení, že smrt je konečná, nevyhnutelná, všeobecná a osobní. Ve věku deseti až jedenácti let se univerzalita a permanence smrti stává pochopitelnou na základě souvislosti s vývojem času a prostoru, pochopení rozdílů mezi vzpomínkou a fantazií, mezi smrtí a nepřítomností, mezi umíráním a odchodem. Vývoj pojetí smrti poté vrcholí v pubertálním období, kdy se začíná obohacovat o dimenzi filozofických úvah o smyslu života (Říčan, Křejičřívová a kol., 2006). S přibývajícímí roky jsou adolescentní obavy ze smrti odsouvány stranou dvěma hlavními životními úkoly mladých lidí. Jedním z úkolů je budování kariéry, druhým je založení rodiny. Ovšem o tři desítky let později, v době, kdy děti opouštějí domov a na obzoru se objevují koncové body profesní kariéry, propuká krize středního věku a s plnou silou znovu vybuchuje i úzkost ze smrti (Yalom, 2008). Výzkumy ukázaly, že nejsilnějším faktorem, který ovlivňuje postoje ke smrti, je náboženské přesvědčení (Yalom, 2006, Wen, 2010, Machů, 2012).

Jsou profese, ve kterých jsou setkání se smrtí podstatně častější, než je u běžné populace obvyklé. Příkladem jsou lékaři a zdravotnický personál v nemocnicích nebo ošetřující personál v domovech pro seniory. Již při práci s klienty je tento personál vystaven široké škále zátěžových situací. Vztah je nutné navázat se všemi klienty, ale bohužel ne vždy a ne všichni klienti jsou nám sympatičtí. Pak je nutné zapojení profesionality, vůle a překonávat úskalí tak, aby vztah fungoval. Tento pracně vybudovaný vztah je často ukončen smrtí klienta nebo jeho překladem do jiného zařízení ve zhoršeném stavu (Venglářová, 2007). Tento náročný úkol doprovázení umírajících je schopen splnit jen ten, kdo se vyrovnal se svou vlastní smrtelností (Svatošová, 2011).

Výzkum postojů ke smrti má více jak čtyřicetiletou tradici. Většina výzkumů se zaměřuje na zkoumání vlivu pohlaví, věku či náboženského přesvědčení na postoje ke smrti. Jsou používány rozličné nástroje od rozhovoru, přes dotazníky po projektivní metody

V rámci této bakalářské práce byla problematika umírání a zvládání smrti zpracována pohledem pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory. Kvantitativně byly srovnávány postoje ke smrti a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a běžnou populací. Pro sběr dat od pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory byl použit „Dotazník zaměstnanců přímé péče v domově pro seniory“ složený ze tří částí. První část obsahovala položky „pohlaví“, „věk“, „vzdělání“ a položku „považujete se za věřícího člověka“. Druhou část tvořil široce využívaný dotazník DAP-R (Death Attitude Profile – Revised) a část třetí dotazník CDS (Coping with Death Scale). Dotazník DAP-R měří postoje ke smrti v pěti škálách – Strach ze smrti, Vyhýbání se smrti, Neutrální přijetí, Přátelské přijetí a Únikové přijetí. Dotazník CDS obsahuje položky, prostřednictvím nichž probandi vyjadřují zvládací schopnosti spojené s vlastní smrtí i smrtí druhých. Pro sběr dat od respondentů z běžné populace, kteří nejsou pracovně svázáni se zdravotnictvím nebo sociální sférou, byl použit „Dotazník“, který je naprosto shodný s variantou pro pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory.

První výběrový soubor tvořili pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory. Výzkumu se zúčastnilo 53 respondentů ze dvou domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji. Druhý soubor tvořilo 59 respondentů z řad běžné populace, kteří pracovně působí mimo oblast zdravotnictví a sociálních služeb. Cílem bylo vyrovnání obou souborů z hlediska pohlaví a odpovědi na otázku „považujete se za věřícího člověka“ a zároveň věková různorodost vzorku. Soubory byly vybrány záměrným výběrem na základě dostupnosti.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se liší postoje ke smrti a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory a respondenty z řad běžné populace. A následně prozkoumat, jak se liší postoje ke smrti a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří odpověděli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ ANO, od těch pracovníků přímé obslužné péče, kteří uvedli na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověď NE. V souladu s těmito cíli byly formulovány hypotézy H1 až H12.

Data byla zpracovávána v programu STATISTICA 12. Nejprve bylo provedeno testování normality rozložení dat pomocí Shapiro-Wilkova testu. Na základě výsledků Shapiro-Wilkova testu bylo rozhodnuto o použití parametrických či neparametrických

testů. Konkrétně v případě parametrického testu byl zvolen Studentův t-test pro dva nezávislé výběry. K ověření shody rozptylů byl použit Leveneův test. Z neparametrických testů byl vybrán Mann-Whitneyův U test.

V případě zjišťování rozdílů mezi postoji ke smrti u pracovníků přímé péče v domově pro seniory a běžnou populací pomocí dotazníku DAP-R se nepodařilo na výběrovém souboru prokázat rozdíly mezi pracovníky přímé péče v domově pro seniory a běžnou populací ani na jedné z pěti škál dotazníku DAP-R.

Pomocí dotazníku CDS byly zjištěny signifikantní rozdíly mezi oběma skupinami. Pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory disponují lepšími zvládacími schopnostmi ve vztahu ke smrti ve srovnání s běžnou populací.

Postoje ke smrti a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory byly dále prozkoumávány na základě odpovědi na otázku „považujete se za věřícího člověka“. Zatímco na škálách Strach ze smrti, Vyhýbání se smrti, Neutrální přijetí a Únikové přijetí nebyly prokázány statisticky významné rozdíly mezi pracovníky přímé obslužné péče, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, a pracovníky, kteří odpověděli NE, rozdíly na škále Přátelské přijetí byly mezi srovnávanými skupinami signifikantní. Pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, skórovali na této škále statisticky významně výše než pracovníci, kteří odpověděli NE. Výsledky korespondují se výsledky jiných výzkumů, dle kterých lidé hlásící se ke křesťanským či jiným vyznáním zastávají statisticky významně častěji pozitivní postoj ke smrti.

Na škále Coping with Death Scale nebyly prokázány mezi pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, a těmi, kteří odpověděli NE, statisticky významné rozdíly ve zvládání smrti.

Prakticky lze získané výsledky využít pro zefektivnění vzdělávacích aktivit u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory se zaměřením na osobní rozvoj a prevenci syndromu vyhoření.

Na závěr je třeba zmínit, že výsledky tohoto výzkumu nelze pokládat za reprezentativní pro celou populaci pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory.

Důvodem je zejména způsob výběru vzorku. Nicméně tento výzkum může být brán jako prvotní nahlédnutí a inspirace pro další výzkum v této oblasti.

## Seznam použité literatury a zdrojů

1. Bugen, L. A. (1980). Coping: Effects of Death Education. *Omega*, 11(2), 175-183. doi: 10.2190/JQPA-QFHW-VQ7A-MCAK
2. Clements, R., Rooda, L. A. (1999-2000). Factor Structure, Reliability, and Validity of the Death Attitude Profile – Revised. *Omega: Journal of Death and Dying*, 40(3), 453-463. doi: org/10.2190/XFF0-C6UA-58PC-PHPB
3. Davies, D., J. (2007). *Stručné dějiny smrti*. Praha: VOLVOX GLOBATOR.
4. Ellis, L., Wahab, E. A., & Ratnasingan, M. (2013). Religiosity and fear of death: A three-nation comparison. *Mental Health, Religion and Culture*. 16 (2): 179. Doi: 10.1080/13674676.2011.652606
5. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
6. Grof, S. (2009). *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo.
7. Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie*. Praha: Galén.
8. Haškovcová, H. (2015). *Lékařská etika*. Praha: Galén.
9. Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod*. Praha: Portál, s.r.o.
10. Hewstone, M., Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie*. Praha: Portál.
11. Kolařík, M., Dolejš, M., Dostál, D., Charvát, M., Pechová, O., Seitlová, K., Sobotková, I., Šucha, M., Vtípil, Z. (2015). *Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého.
12. Kolářová, M., Pechová, O. (2016). *Postoje ke smrti v České republice a v Izraeli*. In Maierová, E., Viktorová, L. & Dolejš, M. (Eds.). Ph.D. Existence VI.: Česko-slovensko psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech (147 – 153). Olomouc: Univerzita Palackého.

13. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
14. Kupka, M. (2011). *Psychologické aspekty paliativní péče*. Olomouc. Univerzita Palackého.
15. Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání*. Praha: Portál.
16. Lukáš, K., Žák, A. a kol. (2014). *Chorobné znaky a příznaky*. Praha: Grada Publishing, a.s.
17. Machů, K. (2012). *Postoje ke smrti*. Nepublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
18. Machů, K. (2016). *Spiritualita a postoje ke smrti*. Disertační práce (Ph.D.). Olomouc. Univerzita Palackého.
19. Machů, K., Pechová, O. & Dostál, D. (2012). *Pět dimenzí postojů ke smrti*. In Dolejš, M., Charvát, M., Neusar, A., Bendová, K. & Maierová, E. (Eds.), PhD existence II: Sborník odborných příspěvků (110 - 116). Olomouc: Univerzita Palackého.
20. Machů, K., Pechová, O. & Dostál, D. (2015). *Spiritualita a postoje ke smrti*. In Maierová, E., Šrámková, L., Hosáková, K., Dolejš, M. & Skopal, O. (Eds.). PhD existence 2015: česko – slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech (197 – 202). Olomouc: Univerzita Palackého.
21. Malíková, E. (2011). *Péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
22. Matoušek, O., Kolářková, J., & Kodymová, P. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
23. Mindell, A. (2008). *Kóma*. Brno: Emitos a Nakladatelství Tomáše Janečka.
24. Nakonečný, M. (1999). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.

25. Reimer, S. E. (2007). *A Test of a Model of Positive and Negative Death Attitudes Among Family Caregivers of the Elderly*. Dissertation. The Ohio State university.
26. Řehan, V. (2007). *Sociální psychologie 2*. Olomouc: Univerzita Palackého.
27. Říčan, P., Krejčířová, D., a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
28. Svatošová, M. (2011). *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
29. Svatošová, M. (2012). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing, a.s.
30. Špatenková, N. (2013). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha. Grada Publishing, a.s.
31. Špatenková, N. et al. (2014). *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén.
32. Vávrová, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, s.r.o.
33. Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
34. Výrost, J., Slaměnik, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
35. Weiss, P. a kol. (2011). *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, s.r.o.
36. Wen, Y. (2010). Religiosity and death anxiety. *The Journal of Human Resource and Adult Learning*. 6(2), 31-37. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/867401301>
37. Wong, P. T. P. (2016a). Coping and stress. In A. Wenzel (Ed.), *The SAGE encyclopedia of abnormal and clinical psychology* (p. 0-0). New York, NY: SAGE.

38. Wong, P. T. P. (2016b). Death and dying. In A. Wenzel (Ed.), *The SAGE encyclopedia of abnormal and clinical psychology* (p. 0-0). New York, NY: SAGE.
39. Wong, P. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer, R. A. Neimeyer (Eds.). *Death anxiety handbook : research, instrumentation, and application (121 – 148)*. Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.
40. Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, s.r.o.
41. Yalom I. D. (2008). *Pohled do slunce*. Praha: Portál.



## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 - Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. 2 - Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3 - Dotazník DAP-R (součást tištěné verze)

Příloha č. 4 - Dotazník CDS (součást tištěné verze)

Příloha č. 5 - Seznam použitých značek

Příloha č. 6 - Histogram věkové rozložení

Příloha č. 7 - Popisná statistika pracovníci přímé péče dle odpovědi na otázku „považujete se za věřícího člověka“

Příloha č. 8 - Data pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory

Příloha č. 9 - Data běžná populace

Příloha č. 10 – Seznam tabulek

## Příloha č. 1 – Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2015/2016

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

### Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
NĚMCOVÁ Mílada	O Jeremiáše 1996/21, Ostrava - Poruba	F 140531

#### TÉMA ČESKY:

Postoje a zvládání smrti u zaměstnanců přímé péče v domovech pro seniory

#### TÉMA ANGLICKY:

Attitudes and coping with the death of staff in direct care homes for the elderly

#### VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Základem pro vypracování bude Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci (Kolařík, M., a kol. 2015)
2. Studium relevantní české a zahraniční literatury zabývající se problematikou péče o seniory v domovech pro seniory, včetně umírání a smrti.
3. Cílem práce je zjistit u zaměstnanců přímé péče jejich postoje k umírání a smrti. Jaké obtíže při své práci překonávají, jaké stresující a ohrožující faktory na ně působí.
4. Zpracování teoretické části zaměřené na specifika práce zaměstnanců přímé péče v domovech pro seniory v kontextu umírání a smrti.
5. Příprava a realizace kvantitativního výzkumu - u přibližně 60 respondentů budou využity 2 diagnostické metody ( Profil postoje ke smrti a Škála vyrovnanosti se smrtí/zvládání smrti).
6. Zpracování a vyhodnocení dat za pomoci statistických metod, včetně jejich interpretace.
7. Prezentace výsledků výzkumu, jejich porovnání s obdobnými výzkumy, shrnutí a možnost aplikování do praxe.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. Bradley, S. (2005). O životě a smrti. Existuje posmrtný život? Praha: Deus
2. Davies, D. (2007). Stručné dějiny smrti. Praha: Volvox Globator
3. Haškovcová, H. (1975). Rub života líc smrti. Praha: Orbis
4. Haškovcová, H. (2002). Lékařská etika. Praha: Galén
5. Kupka, M. (2014). Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada Publishing
6. Ondračka, L. et al. (2010). Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti. Praha: Cesta domů
7. Špatenková, N. (2008). Poradenství pro pozůstalé. Praha: Grada Publishing
8. Vávrová, S. (2012). Doprovázení v pomáhajících profesích. Praha: Portál
9. Venglářová, M. (2007). Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada Publishing

Podpis studenta: 

Datum: 30.11.2015

Podpis vedoucího práce: 

Datum: 30.11.2015

**Příloha č. 2** - Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Postoje a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory

**Autor práce:** Milada Němcová

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

**Počet stran a znaků:** 79, 133 477

**Počet příloh:** 9

**Počet titulů použité literatury:** 41

**Abstrakt (800-1200 zn.):** Tato bakalářská práce se věnuje postojům ke smrti a zvládání smrti u pracovníků přímé obslužné péče v domově pro seniory. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda existují rozdíly v postojích ke smrti a zvládáním smrti mezi 53 pracovníky přímé obslužné péče v domově pro seniory a 59 respondenty z řad běžné populace. A prozkoumat, zda existují rozdíly v postojích ke smrti a zvládání smrti u 20 pracovníků přímé obslužné péče, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, a 33 pracovníky, kteří odpověděli NE. Respondenti byli získáni záměrným výběrem na základě dostupnosti. Pro sběr dat byly použity dotazníky Death Attitudes profile – Revised a Coping with Death Scale. Respondenti byli dotazováni na pohlaví, věk, vzdělání a otázku „považujete se za věřícího člověka“. Výsledky prokázaly, že pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory disponují lepšími zvládacími schopnostmi ve vztahu ke smrti. Na škále Přátelské přijetí dotazníku Death Attitudes profile-Revised skórovali pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory, kteří na otázku „považujete se za věřícího člověka“ odpověděli ANO, statisticky významně výše než pracovníci, kteří odpověděli NE.

**Klíčová slova:** smrt, postoj, zvládání, pracovník přímé obslužné péče, domov pro seniory

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Attitudes and Coping with the Death of the Direct Service Workers in Home for the Elderly

**Author:** Milada Němcová

**Supervisor:** Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 79, 133 477

**Number of appendices:** 9

**Number of references:** 41

**Abstrakt (800-1200 characters):** This bachelor thesis deals with attitudes to death and coping with the death of the direct service workers in home for the elderly. The research goal was to find out existing differences in attitudes to death and coping with the death in 53 workers of the direct service in home for the elderly and 59 respondents from common population. Subsequently our aim was to explore existing differences in attitudes to death and coping with the death in 20 workers of the direct service who answered the question “do you account yourself believer?” YES and 33 workers who answered NO. The respondents were obtained by the intentional selection based on accessibility. The questionnaires Death Attitudes Profile-Revised and Coping with Death Scale were used for data collection. The respondents were inquired about gender, age, education, and asked a question “do you account yourself believer?”. The research results demonstrated that the direct service workers in home for the elderly have better managing abilities in relation to death. With reference to the range of Friendly Acceptance of the questionnaire Death Attitudes Profile-Revised, the direct service workers in home for the elderly who answered the question “do you account yourself believer?” YES scored statistically significantly higher than the workers who answered NO.

**Key words:** death, attitude, coping, direct service worker, home for the elderly

## **Příloha č. 5 - Seznam použitých značek**

### **Symbolika použitých značek**

PP – pracovníci přímé péče v domově pro seniory

PP\_SS – pracovníci přímé péče v domově pro seniory - škála Strach ze smrti

PP\_VS - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – Vyhýbání se smrti

PP\_NP - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – Neutrální přijetí

PP\_PP - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – škála Přátelské přijetí

PP\_UP - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – škála Únikové přijetí

PP\_CDS - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – Škála zvládání smrti

PP\_SS\_0 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory - škála Strach ze smrti - NE

PP\_SS\_1 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory - škála Strach ze smrti - ANO

PP\_VS\_0 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – Vyhýbání se smrti - NE

PP\_VS\_1 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – Vyhýbání se smrti - ANO

PP\_NP\_0 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – Neutrální přijetí - NE

PP\_NP\_1 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – Neutrální přijetí - ANO

PP\_PP\_0 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – škála Přátelské přijetí - NE

PP\_PP\_1 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – škála Přátelské přijetí - ANO

PP\_UP\_0 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – škála Únikové přijetí - NE

PP\_UP\_1 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – škála Únikové přijetí - ANO

PP\_CDS\_0 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – Škála zvládání smrti - NE

PP\_CDS\_1 - pracovníci přímé péče v domově pro seniory – Škála vyrovnanosti se smrtí - ANO

BP – běžná populace

BP\_SS - běžná populace – škála Strach ze smrti

BP\_VS - běžná populace – škála Vyhýbání se smrti

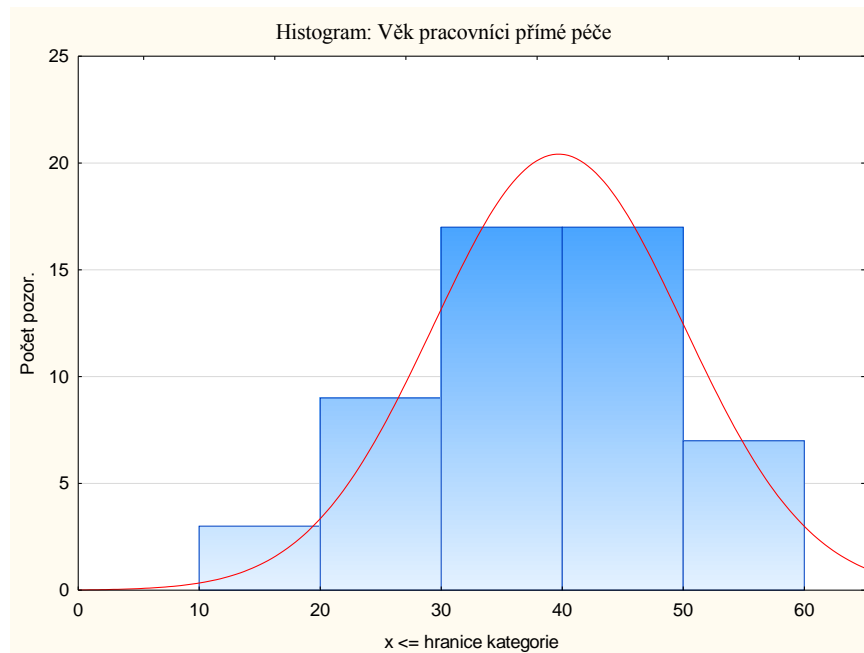
BP\_NP - běžná populace – škála Neutrální postoj

BP\_PP - běžná populace – škála Přátelské přijetí

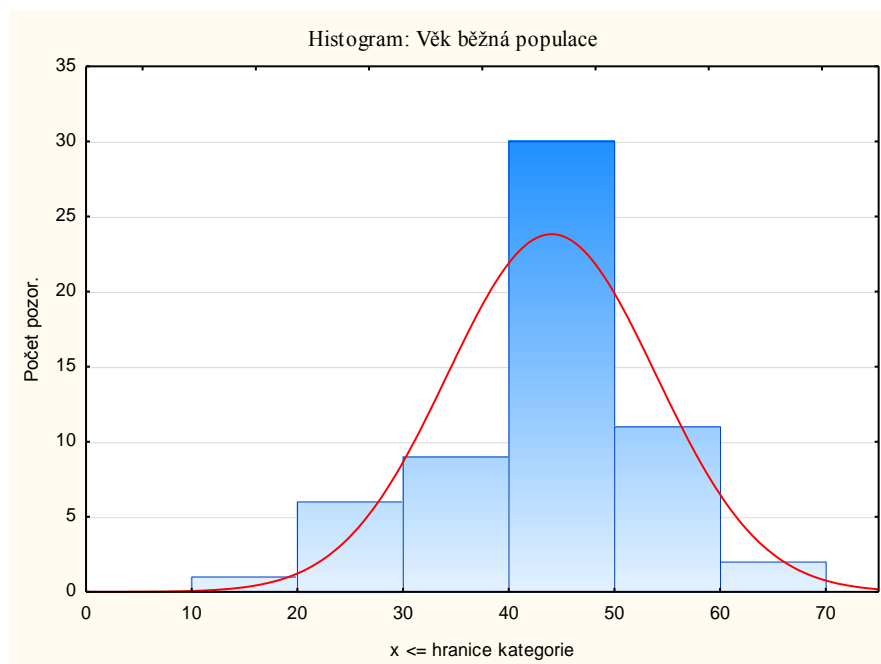
BP\_UP - běžná populace – škála Únikové přijetí

BP\_CDS - běžná populace – Škála vyrovnanosti se smrtí

## Příloha č. 6 - Histogram věkové rozložení



Histogram č. 1 - Věk pracovníci přímé péče



Histogram č. 2 - Věk běžná populace

**Příloha č. 7 - Popisné statistiky pracovníci přímé péče dle odpovědi na otázku „považujete se za věřícího člověka“**

Proměnná	Popisné statistiky pracovníci přímé péče – „považujete se za věřícího člověka“ – odpověď ANO							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	Sm.odch.
PP_SS	20	24,45	24	Vícenás.	2	7	44	12,35
PP_VS	20	18,40	17,50	Vícenás.	2	7	33	8,48
PP_NP	20	28,70	30	30	6	17	34	4,03
PP_PP	20	46,30	46,50	Vícenás.	2	23	70	13,22
PP_UP	20	22,60	23	Vícenás.	2	11	35	8,28
PP_CD S	20	135,50	132	Vícenás.	2	85	188	31,22

Proměnná	Popisné statistiky pracovníci přímé péče – „považujete se za věřícího člověka“ – odpověď NE							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	Sm.odch.
PP_SS	33	24,64	24	20	4	7	44	9,60
PP_VS	33	18,39	18	13	4	5	33	7,42
PP_NP	33	28,03	29	Vícenás.	6	5	35	5,30
PP_PP	33	31,06	31	Vícenás.	2	10	57	12,28
PP_UP	33	19,45	20	Vícenás.	4	5	33	7,73
PP_CD S	33	134,82	129	Vícenás.	2	83	197	28,41

**Příloha č. 8 - Data pracovníci přímé obslužné péče v domově pro seniory**

<b>Proband</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Víra</b>	<b>PP_SS</b>	<b>PP_VS</b>	<b>PP_NP</b>	<b>PP_PP</b>	<b>PP_UP</b>	<b>PP_CDS</b>
7	1	28	1	0	30	31	31	31	16	143
48	1	39	1	0	32	27	26	44	26	170
53	0	45	2	0	35	27	29	22	21	116
15	1	18	2	0	20	10	25	29	9	147
41	1	18	2	0	30	28	22	40	21	129
28	1	20	2	0	9	6	29	49	26	165
43	1	33	2	0	34	26	32	42	26	114
16	1	36	2	0	23	13	26	15	30	107
40	1	36	2	0	31	20	20	39	17	121
25	1	38	2	0	13	18	33	41	24	101
54	1	39	2	0	20	14	30	24	22	184
13	1	45	2	0	27	13	34	17	33	149
23	1	45	2	0	29	24	27	41	21	88
19	1	50	2	0	18	10	30	57	30	173
32	1	51	2	0	8	12	30	19	18	161
33	1	29	3	0	13	6	31	24	5	161
42	1	31	3	0	35	22	27	30	17	147
14	1	37	3	0	18	13	29	43	29	103
49	1	38	3	0	32	23	32	11	7	110
2	1	40	3	0	37	27	31	48	19	83
34	1	43	3	0	31	18	27	17	14	113
26	1	46	3	0	34	21	29	25	28	120
36	1	49	3	0	19	18	30	30	26	148
6	1	50	3	0	14	13	32	38	18	113
24	1	50	3	0	31	25	29	40	18	151
35	1	51	3	0	20	12	30	34	20	151
45	1	30	4	0	44	33	23	10	6	127
29	1	36	4	0	14	16	29	42	27	124
4	0	35	5	0	20	20	35	31	23	135
20	1	30	5	0	23	15	30	37	11	118
47	1	40	5	0	38	24	27	19	18	107
46	1	47	5	0	24	17	25	26	11	173
44	1	60	6	0	7	5	5	10	5	197



Proband	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Víra	PP_SS	PP_VS	PP_NP	PP_PP	PP_UP	PP_CDS
31	0	40	1	1	7	7	17	24	13	188
37	0	49	1	1	11	9	34	31	14	152
27	1	27	1	1	28	24	25	29	11	131
50	1	55	1	1	39	28	34	70	35	146
3	0	42	2	1	44	25	30	23	14	115
22	1	30	2	1	32	33	30	47	35	107
17	1	42	2	1	23	13	29	49	29	101
8	1	58	2	1	40	30	30	50	26	128
51	0	35	3	1	17	20	31	60	32	164
39	1	24	3	1	15	14	32	57	17	138
30	1	26	3	1	35	17	31	62	33	108
21	1	39	3	1	17	10	30	57	30	183
38	1	45	3	1	25	32	29	55	29	96
1	1	46	3	1	15	18	30	41	15	141
11	1	26	4	1	36	15	27	38	17	106
5	1	35	5	1	35	25	31	46	16	85
12	1	43	5	1	16	7	30	45	13	133
52	1	43	5	1	39	20	25	41	27	128
9	1	57	5	1	8	13	27	39	23	183
10	1	59	5	1	7	8	22	62	23	177

**Příloha č. 9 – Data běžná populace**

<b>Proband</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Víra</b>	<b>BP_SS</b>	<b>BP_VS</b>	<b>BP_NP</b>	<b>BP_PP</b>	<b>BP_UP</b>	<b>BP_CDS</b>
2	0	50	2	1	23	23	33	50	35	130
4	0	59	2	1	26	14	31	52	32	165
22	0	42	3	1	13	5	33	46	27	169
32	1	18	1	1	19	5	31	66	32	116
10	1	53	2	1	22	17	33	37	14	151
11	1	54	2	1	17	9	34	59	35	112
13	1	58	2	1	41	35	31	50	30	84
7	1	59	2	1	16	21	28	48	31	158
30	1	23	3	1	15	8	33	34	21	148
26	1	40	3	1	15	6	34	53	13	172
1	1	41	3	1	11	5	31	42	11	149
43	1	52	3	1	14	9	32	67	25	117
9	1	53	3	1	20	22	29	34	20	131
58	1	64	3	1	33	24	34	49	31	134
25	1	28	4	1	23	17	33	50	22	145
8	1	27	5	1	42	27	33	39	9	114
47	1	38	5	1	7	10	35	61	31	135
20	1	44	5	1	27	11	28	16	12	145
38	1	50	5	1	18	9	30	40	31	129

Proband	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Víra	BP_SS	BP_VS	BP_NP	BP_PP	BP_UP	BP_CDS
16	0	36	2	0	42	33	33	48	24	77
31	0	28	3	0	20	17	32	15	12	131
5	0	49	3	0	34	18	30	18	25	95
3	0	48	5	0	30	28	25	32	24	86
15	1	37	2	0	27	26	31	33	17	121
56	1	41	2	0	25	29	33	40	12	163
60	1	41	2	0	11	18	33	27	35	151
12	1	48	2	0	45	31	30	33	28	73
54	1	59	2	0	14	32	33	13	16	153
34	1	38	3	0	25	23	30	24	26	113
55	1	38	3	0	15	26	33	43	10	148
37	1	39	3	0	29	22	32	44	23	153
53	1	42	3	0	18	26	31	19	20	127
19	1	43	3	0	30	26	22	23	19	93
28	1	43	3	0	24	21	26	38	19	123
36	1	44	3	0	25	27	25	28	15	101
48	1	44	3	0	26	35	31	21	19	107
18	1	45	3	0	34	31	29	10	24	136
35	1	46	3	0	26	28	24	22	13	107
40	1	47	3	0	26	12	24	36	18	131
6	1	48	3	0	20	15	31	11	20	151
14	1	49	3	0	30	30	27	33	27	124
33	1	57	3	0	22	13	27	32	13	136
51	1	59	3	0	35	18	28	40	28	139
27	1	42	4	0	33	22	29	41	29	140
39	1	42	4	0	38	26	25	15	15	121
41	1	47	4	0	35	28	27	14	28	89
50	1	26	5	0	33	25	22	24	13	98
23	1	30	5	0	27	31	29	24	20	103
45	1	33	5	0	35	21	25	26	10	100
21	1	39	5	0	21	13	30	33	23	159
24	1	41	5	0	15	5	35	27	7	138
42	1	41	5	0	26	17	30	41	26	97
46	1	41	5	0	29	21	30	29	18	76
61	1	41	5	0	23	25	26	30	15	122
57	1	44	5	0	26	27	32	46	23	130
17	1	45	5	0	36	30	24	27	16	118
59	1	46	5	0	16	19	28	20	23	88
29	1	56	5	0	21	15	35	37	29	98
44	1	64	5	0	30	23	21	23	11	125

## **Příloha č. 10 – Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 - Test reliability DAP-R a CDS

Tabulka č. 2 - Výsledky Shapiro-Wilkova testu, Leveneova testu a následná volba testu

Tabulka č. 3 - Respondenti dle pohlaví

Tabulka č. 4 – Respondenti - odpověď na otázku „považujete se za věřícího člověka“

Tabulka č. 5 - Popisné statistiky pracovníci přímé péče

Tabulka č. 6 - Popisné statistiky běžná péče

Tabulka č. 7 – Výsledky testování hypotézy H1

Tabulka č. 8 - Výsledky testování hypotézy H2

Tabulka č. 9 - Výsledky testování hypotézy H3

Tabulka č. 10 - Výsledky testování hypotézy H4

Tabulka č. 11 – Výsledky testování hypotézy H5

Tabulka č. 12 - Výsledky testování hypotézy H6

Tabulka č. 13 – Výsledky testování hypotézy H7

Tabulka č. 14 - Výsledky testování hypotézy H8

Tabulka č. 15 - Výsledky testování hypotézy H9

Tabulka č. 16 - Výsledky testování hypotézy H10

Tabulka č. 17 – Výsledky testování hypotézy H11

Tabulka č. 18 - Výsledky testování hypotézy H12