

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie



**Postoje ke smrti a smysl  
pro koherenci u vybraných  
zdravotnických profesí**

Attitudes towards death and the Sense of Coherence  
in selected health professions

**Magisterská diplomová práce**

Vypracovala: Bc. Simona Jahodová  
Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc  
2016

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucímu své magisterské diplomové práce Mgr. Martinu Kupkovi, PhD., za odborný dohled, vedení k samostatnosti a ochotu při diskuzi nad mou diplomovou prací. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickým zařízením, která umožnila realizaci mého výzkumu. Mé poděkování také patří hlavně respondentům, kteří se účastnili výzkumu v mé praktické části a bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Nemohu samozřejmě opomenout podporu své rodiny a nejbližších. Mé velké díky patří mé mamince Květě Jahodové, která mi byla oporou a moc mi pomohla při realizaci mé práce, mé drahé přítelkyni Bc. Veronice Markové za naše podnětné diskuze nad tímto tématem a za psychohygienu, která je tak důležitá. A v neposlední řadě bych ráda poděkovala také svému partnerovi Jaroslavu Janíčkoví za to, že je, stojí při mně a dělá můj život smysluplným i v těžkých chvílích.

## **Prohlášení**

*„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“*

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou práci na téma: „Postoje ke smrti a smysl pro koherenci u vybraných zdravotnických profesí“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 24. 3. 2016

.....

Jahodová Simona

# Obsah

Úvod .....	5
<b>I. Teoretická část .....</b>	<b>6</b>
1. Smrt.....	6
1.1. Historický vývoj vnímání konceptu smrti.....	9
1.2. Strach ze smrti .....	16
1.3. Po smrti .....	20
2. Zařízení v rámci péče o nemocného a jeho pracovníci.....	24
2.1. Nemocnice.....	24
2.2. Hospic .....	25
3. Postoje.....	28
3.1. Pojem a struktura postoje .....	28
3.2. Funkce postojů.....	29
3.3. Utváření a změna postojů .....	30
3.4. Postoje ke smrti.....	31
4. Resilience .....	33
4.1. Hardiness .....	34
4.2. Locus of control.....	34
4.3. Self-efficacy .....	34
4.4. Chování typu A/B .....	34
4.5. Sense Of Coherence .....	35
<b>II. Empirická část.....</b>	<b>39</b>
5. Výzkumný problém a hypotézy .....	39
5.1. Výzkumný problém .....	39
5.2. Hypotézy .....	39
6. Popis zvoleného metodologického rámce a metod .....	42
6.1. Typ výzkumu.....	42
6.2. Metody získávání dat .....	42
7. Sběr dat .....	45
7.1. Metoda zpracování a analýza dat.....	45
8. Výzkumný soubor .....	46
9. Etické aspekty výzkumu .....	47
10. Výsledky .....	48

10.1.	Deskriptivní statistika.....	48
10.2.	Výsledky testování platnosti hypotéz.....	51
11.	Diskuze.....	55
12.	Závěr .....	58
	Souhrn.....	59
	Literatura.....	61

#### Seznam příloh

Příloha č. 1: Zadání magisterské diplomové práce

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Ukázka studentova t-testu

Příloha č. 4: Ukázka korelací zaměstnanců hospiců a zaměstnanců nemocnic

## Úvod

Smrt. Jedno slovo o čtyřech písmenech. Pouhá čtyři písmena, která člověka od počátku věku děsí, fascinují, stávají se předmětem uměleckých děl. Když se člověk zrodí, začíná umírat. Od narození se nám začíná odpočítávat čas, aniž bychom o tom věděli. Chápání smrti se v průběhu lidského života proměňuje a v rámci něj si na základě svých zkušeností také vytváříme individuální přístup ke smrti. Každý člověk je jiný a kromě postojů ke smrti si dělá taky své postoje k životu. Synonymem pro postoj k životu byl pro Antonovského smysl pro koherenci jedince, což je zároveň jeden z konceptů, kterým se v této práci budu zabývat. Smysl pro koherenci obsahuje to, jak jedinec rozumí světu, jak jej chápe a jak se vypořádává s událostmi, které mu život přinese. V mé práci jsem se zabývala tím, zda spolu tyto dva koncepty souvisí.

Další úvaha mě vedla k tomu, že člověk se se smrtí neseťkává běžně, až na výjimky. Jsou jimi pracovníci ve zdravotnictví, kteří se starají o nemocné, umírající či terminálně nemocné. Zajímalo mě, jaký postoj ke smrti a zároveň k životu mají právě tyto pracovníci, kteří jsou vystaveni tak náročným situacím. Jak jsou vnitřně se smrtí smíření a jak se vyrovnávají s faktem, že pacienty mnohdy provází až do jejich poslední chvíle? Tato práce může být velice náročná na psychiku těchto zaměstnanců a je důležité jí věnovat patřičnou pozornost. Psychohygienu a podporu těchto pracovníků, na kterých jsme v těžkých chvílích závislí, je důležitá, protože od samotné psychiky jedince se také odvíjí jeho přístup k pacientům a výsledky jeho práce.

Lidé své postoje ke smrti změnili, mění se priority a do popředí se staví spíše touha po dobré práci a pohodlném životě. Dříve byli zvyklí žít na vesnici a sledovali koloběh života. Lidé umírali doma, obklopeni svou rodinou a blízkými. Nyní v této urbanizované době, kdy se lidé stěhují do měst, se smrt stala výsadou jiných zařízení než domácností. V rámci kultury a času se ze smrti stalo tabuizované téma, které se přesunulo do nemocnic a hospiců.

# I. Teoretická část

Některými tématy v rámci teoretické části se již zabývám ve své bakalářské práci s názvem „Posttraumatický rozvoj u osob s prožitkem blízké smrti“. Z tohoto důvodu z ní bylo několik odstavců pojednávajících o problematice smrti a umírání převzato.

## 1. Smrt

Umírání a smrt je naše jediná jistota, kterou v životě máme – jediná věc, která se nám bezesporu stane a kterou každý jedinec jednou podstoupí. V průběhu našeho života se setkáme s odchodem našich příbuzných a drahých, až i my staneme na onom druhém břehu (Grof, 2009).

*"Každý člověk ví, že zemře, že nebude, žije tak, jako by měl žít věčně. Takové pojetí je logické a můžeme říci, že fyziologické. Člověk zcela přirozeně a kontinuálně popírá umírání a smrt ve svém vědomí a bylo by patologické, kdyby se pouze nebo především věnoval problematice umírání a smrti. Přesto jsou ale v životě každého člověka chvíle, které nejen opravňují, ale přímo vyzývají jednotlivce, aby se zamyslel nad svým konečným osudem. Když pro nic jiného, tak proto, aby ho svým konáním a tvorbou naplnil."* (Haškovcová, 1989, 352-353).

V Řecké mytologii je bůh smrti Thanatos, což je postava ztělesňující samotnou smrt. Byl synem bohyně noci, zvané Nykty, a Tartara, boha věčné a nekončící temnoty. Thanatos měl bratra, který se jmenoval Hypnos, známý jako bůh spánku. Bůh smrti měl srdce ze železa a černá mrazivá křídla. Thanatos nerozhodoval o tom, kdy člověk zemře (o tom rozhodoval osud), ale měl za úkol odvést duši toho člověka, jehož čas již vypršel, do podzemí říše boha podsvětí, Háda (Zamarovský, 2005). Spojitost mezi Thanatem a Hypnosem není náhodná – my všichni ochutnáváme smrt, když upadáme do spánku nebo ztrácíme vědomí. (Yalom, 2008).

Problematiku smrti pojímá vědecký obor zvaný thanatologie, a to v nejrůznějších souvislostech, holisticky. Můžeme z ní vydělit například thanatopsychologii, což je obor na pomezí thanatologie a psychologie, za jehož zakladatele považujeme Sigmunda Freuda. Zabývá se psychikou jedince a tím, jak se vypořádává se smrtí, umíráním a také truchlením. Další oblastí zájmu thanatopsychologie může být utváření povědomí o smrti u lidského jedince v jeho psychice, což ovlivňuje také to, jak je k umírajícím a truchlícím přístupováno. Okrajově se smrtí zabývá také sociologie. Toto její odvětví označujeme jako

thanatosociologii a můžeme ji chápat jako společenskou reflexi smrti. Nesmíme ovšem zapomenout na pojetí smrti, postoj k ní a také její vývoj z hlediska historie člověka. Tato disciplína připadá thanatohistorii a je velice důležitou součástí thanatologie, jelikož pojímá vývoj postoje ke smrti již od počátku věků a také ukazuje modely smrti skrze dobu (Špaténková, 2014).

Vědomí vlastního já bylo člověku darem, avšak přináší i jistá úskalí a cenu za vědomí své existence. Tou je vědomí své smrtelnosti a fakt totální konečnosti. Smrt je stínem naší existence, od kterého se nikdy neoddělíme. Je krokem vedoucím do neznáma a prázdnoty a my jej jednou budeme muset udělat, což většinu lidí tíží. Tento pocit smrtelnosti je cena za dar, který z nás dělá lidské bytosti – za dar vědomí sama sebe. Většina lidí se snaží tomuto pocitu uniknout a vyhnout a zastává názor, že zabývat se smrtí je nepříjemné a divné. Na druhou stranu, postavit se smrti, strachu z ní a svým obavám umožní člověku vrátit se do života s mnohem větším soucitem a obohacením (Yalom, 2008).

Heidegger předložil tezi dvou způsobů existence – každodenní a ontologický. Každodenní způsob bytí se vyznačuje pohroužením do svého okolí a obdivování toho, jaké to je na světě. Ve způsobu ontologickém člověk však oceňuje to, že vůbec něco je, že je on sám, soustředí se na samotné bytí a existenci. To souvisí také se způsobem existence člověka - při každodenním způsobu bytí se člověk zaměřuje na tělesný vzhled, majetek, prestiž a jiné prehavé atributy. Při ontologickém bytí si člověk uvědomuje existenci sebe i okolí, smrtelnost a další atributy života. Toto zmiňované bytí člověka nutí převzít zodpovědnost za svůj život, smysl a seberealizaci (Yalom, 2008).

Smrt můžeme brát ze dvou hledisek – z hlediska fyzického já a z hlediska duše. V prvním případě se podobá katastrofě, v druhém však radostné události. Jako fyzická a psychická událost se smrt jeví jako brutalita, jelikož neexistuje již nic, jen ticho, které je ledové a hrobové. Je svévolná a boří všechny mosty, lidé jsou vytrženi z běhu života. Z jiného hlediska však duše dosahuje své chybějící poloviny a pod zorným úhlem věčnosti je to svatba. Duše dosáhne své celistvosti, což je důvodem k oslavě, jak to například znázorňují radostné prvky na řeckých sarkofázích (tanečnice) nebo na etruských hrobech (hostiny) (Jung, 1994).

Další pojetí postuloval Freud (1998, 32), který zastával pudovou teorii. Pud vysvětloval jako: „(...) všem živým organismům vlastní nutkání k obnovení nějakého



*dřívějšího stavu, jehož se tento živý organismus musel pod vlivem vnějších rušivých sil vzdát, byl by jistým druhem organické pružnosti, anebo, chceme-li, projevem setrvačnosti v organickém životě."*

Freud (1998) vymezoval dva druhy pudu - sexuální (eros) a pud smrti (thanatos). Sexuální pud Freud popisuje jako přístupnější a nápadnější, zahrnující jak sexuální pud ve vlastním slova smyslu, tak sublimovaná pudová hnutí, sebezáchovný pud. Pud smrti Freud popisuje jako esenci, která má za úkol převádět žijící organismy zpět v neživý stav.

Pud bral jako konzervativní povahu toho, co je živé, nutkání k opakování u organického života a také jako popohánění k novému uspořádání a pokroku. Bez výjimky však platí, že vše živé umírá a vrací se z organického stavu zpět do anorganického. Znamená to tedy, že cílem života je smrt, směr zpět do minulosti, jelikož neživé zde bylo dříve než živé. Z neživého vznikla živá hmota a vědomí, v němž začalo bytí prvního pudu, a to pudu snažícího se o návrat ke změně do neživé hmoty. Sám pak zmiňuje, že existují také pudy sebezáchovy, které jsou v rozporu s tímto předpokladem, že celý pudový život jest k tomu, aby se přivodila smrt. Tuhle teorii však zavrhuje tím, že pud sebezáchovy existuje proto, aby zajistil vlastní cestu daného organismu ke smrti a ubránil se celému světu, jelikož chce zemřít pouze svým vlastním způsobem (Freud, 1998).

Haškovcová (2010) ve své knize uvádí, že dle názorů široké veřejnosti je projevoování zájmu o smrt nepatřičností, patologičností, čímsi divným a nevhodným. Avšak ve chvíli, kdy se pro nás toto téma stane aktuálním, začínáme se bát a cítíme bezbrannost. Možná i toto je důvod, proč se lidé od smrti odvracejí, tabuizují ji.

Zajímavou myšlenku sděluje ve své sci-fi knize také Huxley (1993). Děj je sice situován do budoucnosti, ale řeší problémy 20. století. *Můžeme v ní mimo jiné vyčíst, že se dotýká témat zrození, života a smrti. Život žijeme rychle, máme jej naplněný prací a zábavou, lidé se chovají po celý život stejně, dle stejných vzorců. Lékaři se snaží zabránit stárnutí, člověk se neustále snaží být výkonný a nedat na sobě znát, že je starý. Témata jako smrt jsou podrobena cenzuře.*

V případě, že se lidé myšlenkám na smrt vyhýbají, vůbec si tím neulehčí, ba právě naopak. Pokud smrt nepřijmeme jako součást bytí, nebudeme jí snadněji čelit a budeme se jí v myšlenkách stále snažit vyhýbat, avšak v našem podvědomí je jasně zakořeněné,

že jednou přijde a je to věc nevyhnutelná. Teprve pokud akceptujeme stárnutí a smrt jako naprosto přirozenou součást života, dostane naše bytí smysl (Gjamccho, 2006).

Haškovcová (2007) předkládá názor, že dlouhodobá a nevléčitelná nemoc děsí více než vlastní smrt. Pro mnoho lidí trpících nemocí s terminální prognózou (a vlastně nejen pro ně, ale i pro lidi zdravé) může být smrt jako vykoupení z muk nemoci, bolesti a utrpení. Většina lidí touží po bezbolestné smrti, která přijde ve spánku, takže bude rychlá a člověk pouze usne a už se neprobudí. Člověk by tím pádem neprožíval bolest ani útrapy.

### **1.1. Historický vývoj vnímání konceptu smrti**

Ke konci 17. století a v 18. století se oslabilo (nikoli však zpřetrhalo) pouto mezi hřbitovem a kostelem a hřbitovy se začaly dělat i mimo místa, kde stál kostel, nebo byly přemísťovány. Hřbitov se tak stal místem, které sloužilo výlučně k pohřbívání. Tím byl započat pomyslný odstup od smrti. Nelze si to představit v našem pojetí a v naší době, ale musíme se vžít do doby onoho století. U movitějších rodin byl zvyk nechat se pohřbít přímo v kostele, nicméně právě začátkem 18. století začínali tito lidé volit hřbitovy a přáli si být pochováni pod širým nebem. Ze závětí a spisů je například patrné, že i lidé z vyšších vrstev si začínali přát prostý pohřeb, u kterého budou sloužit dva mniši a budou přítomny zapálené svíce. Dá se tedy říci, že to byla doba, kdy vítězila jednoduchost a křesťanská skromnost. Na začátku 19. století přišel průlom – dekret o pohřbívání platný pro Francii. Jednalo se o úpravu nařizující, aby byly hřbitovy nejméně 35 metrů vzdálené od hranic města, což s sebou přineslo změny. Hroby musely být pouze vedle sebe, nikoliv skládány na sebe. Bylo také možné zakoupit si místo na hrob a postavit si na něm náhrobek. Tato pravidla s výjimkou několika úprav platí dodnes (Ariés, 2000b).

Zvyklostí týkajících se smrti je mnoho. Například po vzorů duší v očistci se dával kolem zápěstí zesnulého růženec, což v jistých kulturách přetrvává dodnes. Pro změnu na náhrobních basreliéfech ve Španělsku můžeme vidět zobrazení „plaček“, což jsou ženy, které dramaticky truchlí nad hrobem. Tohle truchlení nebylo ničím výjimečným ani ve Francii v 18. století a jmenovaný zvyk dodnes přetrvává u tradičních pohřbů na vesnici například na Sicílii, Sardinii a Řecku. Typické je, že ve chvíli, kdy se začne vynášet rakev, ženy přítomné v domě se na ni vrhnou, ječí při tom a křičí jméno zesnulého a to bez jediné slzy. Ať už jde o případ, kdy se jim plakat nechce, nebo se náhodou ocitnou v domě, kde někdo zemřel a drží se v něm smutek. Mnohdy jde vidět, že se tyto tradice dodržovaly jako společenská nutnost v rámci tradic, postojů ke smrti a jejího vnímání v dané společnosti. Mnozí pozůstalí chtěli truchlit doopravdy. Nad ztrátou svého bližního pocítovali hluboký

smutek a svou bolest neváhali ukázat. Stále však byli vázáni rituály - například na sever od Loiry bylo v dobré společnosti a u křesťanských rodin naprosto nepřipustné dávat najevo svou bolest u lůžka umírajícího člověka. Bylo doporučováno dát průchod svému smutku náhrobními nápisy a básněmi, ale jakmile skončilo „období smutku“, žádné projevy žalu se již netolerovaly (Ariés, 2000b).

V období 20. století smrt ovlivňovala rodinu a mnohdy i celou vesnici. Bylo zvykem, že v ložnici zemřelého byly zapáleny voskovice, zatáhly se okenice, dům naplnili nejbližší lidé a sousedé, zvonil umíráček. Zprvu bylo tělo nebožtíka vystaveno na zápraží, poté se od tohoto zvyku upouštělo a pozůstalí vyvěšovali na dveře úmrtní oznámení. Dá se říci, že všichni umírali před zrakem okolí, v přítomnosti obyvatel vesnice. Smrt byla veřejnou událostí a rozrušila celou společnost, kterou ovlivnila a zasáhla a tato jizva se musela zacelit. Lidé se navštěvovali, chodili na hřbitov, chodili popřát upřímnou soustrast. Minulé tisíciletí zažilo spoustu událostí, zvrátů, historických převratů. Ani jedna situace však nezměnila postoje ke smrti, tyto základní zvyky lidí. V mnoha tradičních kulturách a zemích, kde dbají na tradice, je tento model pořád. V oblastech západního světa se situace mírně odlišuje, a to od dob urbanizace a technické vyspělosti. Život ve městě plyne dál a nikdo se příliš nepozastavuje nad tím, že někdo zemřel; mnozí si ani nevšimnou. Smrt člověka nenaruší běh dní, pokud se nejedná o státníka či jinak významnou osobnost. (Ariés, 2000b).

Kolem druhé poloviny 20. století můžeme zaznamenat prvky znechucení nad smrtí a její popis jako něco nechutného a ohyzdného. Smrt již svou konečností lidského bytí nevyvolává strach, ale začíná se prezentovat jako zlá podívaná. Lidé se za ni stydí, podobně jako za jiné biologické potřeby (například vyměšování), a je tedy neslušné ji jakkoli zveřejňovat nebo mít na očích. K lůžku umírajícího proto chodí pouze pečovatelé a pár nejbližších, kteří překonají odpor. Ostatní tam nemohou, nesmí vidět potřísněné povlečení, pach potu. Můžeme vidět nový obraz smrti jako té, která je skrytá, protože je špinavá a špatná. Soužití s umírajícím začali již špatně snášet také nejbližší, hlavně kvůli rostoucímu pohodlí a požadavků na soukromí, zvýšené hygieně. Jde zde vidět změna postoje – lidé již pachy a podívanou, která byla ještě před nedávnem součástí každodenního života, nesnáší (Ariés, 2000b).

Počátky můžeme vidět již v polovině 19. století, kdy lékaři převzali „dozor“ nad smrtí. Pokroky chirurgie a moderní nástroje přiváděly nemocné pacienty do nemocnic, takže lidé mohli starost o umírající příbuzné přenechat někomu jinému a doma dál

pokračovat v normálním životě. Smrt se tak stala něčím okrajovým a umírání se stalo osamocené. Názorně to ilustruje výzkum G. Gorera z roku 1963, který v Anglii zkoumal postoje ke smrti. Zjistil, že z jeho vzorku dotázaných osob byla pouze čtvrtina pozůstalých přítomna při umírání blízkého příbuzného. Zjistil, že smrt se vzdálila a 70% pozůstalých se ani nezúčastnilo žádného pohřbu – a to i v případě úmrtí rodičů. Zjistil také převážení kremace nad pohřbíváním, což je naprostý opak pohřbívání, které bylo typické (Ariés, 2000b).

Pohřeb je rituál, společenské potvrzení smrti daného jedince (Vágnerová, 2007). Je nutný pro překonání smutku a k odstranění tělesných ostatků do formy duchovní (Baštecká a kol., 2003).

Postoj ke smrti také krásně ilustruje Tolstoj v části své knihy Trojí smrt. Vyčteme z ní nechuť oznamovat člověku, že zde již dlouho nebude a umírá (žena kupce umírá a manžel s matkou jí to odmítají říci, protože soudí, že jí to velice zarmoutí). (Tolstoj in Ariés, 2000b). I dnes lékaři neradi oznamují diagnózy. Z lidského hlediska je to samozřejmě nepříjemné, ale pro některé to může být nepříjemné také z hlediska profesního. Oni jsou zde pro to, aby zachraňovali životy, a úmrtí pacienta u některých může navodit pocit selhání. Vybavuji si jednu diskuzi s mediky a začínajícími lékaři. Patrná byla lačnost po otázkách smrti a také po tom, jak to pacientovi oznámit, jak reagovat, co dělat apod.

Haškovcová (2007, 2010) také udává, že se člověk v minulosti setkával s umíráním častěji, ale nyní většina lidí umírá v lékařských zařízeních (nemocnice, hospic, LDN), takže se tento akt odehraje bez účasti nejbližších, často taky bez rozloučení. I toto může souviset s tím, proč se dané téma stává stále větším tabu a lidé se mu vyhýbají – model umírání se změnil. Dříve bylo běžné pečovat o umírajícího člena rodiny, starat se o něj. Umírající věděl, co přijde, jelikož se do role pečujícího o umírajícího člena rodiny již dostal. Člověk se dozajista smrti bál, ale osobní zkušenost s umírajícím člověkem, empatie a blízkost blízkých mu pomohla zmírnit tento strach.

O osobní zkušenosti s umírajícím člověkem by mohla mnohé vyprávět již zesnulá Elizabeth Kübler-Rossová, která veškerou svou snahu a činnost soustředila právě na problematiku smrti a umírání. Více než dvacet let působila v nemocnicích a strávila u lůžek nevyléčitelně nemocných a umírajících přes stovky hodin. Kübler-Ross pečlivě sledovala poslední chvíle umírajících, vše zaznamenávala a poté vydělila dobře známých

pět fází umírání. Hlavním přínosem však byly její myšlenky a příběhy, které zprostředkovala lidem a částečně tím pomohla k diskusi o tématu smrti a umírání. Tvrdila, že se náš pohled na umírání a smrt samotnou nezměnil; jediné, co se změnilo v rámci běhu času, byl přístup k umírajícím a způsob vyrovnávání se se smrtí. Sama Kübler-Ross zmínila, že dříve lidé více věřili v Boha, a tedy i v posmrtný život, který bude lepší a zbaví je trápení a bolesti, které jim přináší bytí na tomto světě. Bolest tedy byla brána s větší samozřejmostí, jako něco, za co budou po smrti odměněni a dosáhnou vytouženého ráje. Umírání a smrt tedy měla svůj význam a smysl (Kübler-Ross, 1993).

Lékař smrt neumí odstranit a vymazat z našeho života, ale za jistých okolností ji umí oddálit, prodloužit život. Mnohdy však drží při životě také jedince, u kterých se ví, že se již nikdy neproberou. Ti poté zůstávají dlouhou dobu v kómatu a přístroje je udržují při „životě“ (Ariés, 2000b).

Podobné názory na vývoj umírání a smrti v kultuře můžeme vidět i u dalších autorů. Například Bailey (2006) udává, že pojetí smrti bylo v preindustriálním období zcela jiné. Smrt bývávala inspirací v kultuře, umění, architektonice. S nástupem techniky a vědy, urbanizací (stěhováním lidí do větších měst) a lékařským pokrokem se smrt stala tabuizovaným tématem.

Psychologové jsou obecně vzato proti potlačení smutku a poukazují na nutnost vyjádřit jej, například vyplakat se. Už Sigmund Freud nebo Karl Abraham poukazovali na nebezpečí, které plyne z jeho potlačování. Tohle doporučení a postoj ke smrti a truchlení se však úplně rozchází s pojetím společnosti. Zatímco společnost považuje smrt a žal za něco špatného a morbidního, psychologové chápou jako morbidní toto potlačování a tabuizování (Ariés, 2000b).

Pro dnešní kulturu je zabývání se smrtí příliš morbidní a ten, kdo tak dělá, je považován za nenormálního. Můžeme také zmínit slova Geoffreyho Gorera: „*Dnes se o smrti a smutku mluví se stejnou prudérií, jako o pohlavním životě před sto lety.*“ (Gorer in Ariés, 2000b, 339). Stejně zkušenosti mám i já, když jsem při realizaci své výzkumné části setkávala s komentáři, že jsem divná, „ujetá“, nenormální a proč se o tohle vůbec chci zajímat. Hodně lidí toto téma bez problémů přijalo; bylo však i mnoho těch, kteří se děsili již při samotném názvu a označovali mě za šílenou, morbidní a „vadnou“.

Možná však stojíme na prahu změn postojů ke smrti – v této době se v malé míře opět začíná na toto téma mluvit. V roce 1959 to byl Herman Fejfék, který se snažil ptát

umírajících na jejich pocity (pracovníci ve zdravotnictví byli rozmrzelí, že je to kruté a sadistické), nebo také již zmíněná E. Kübler-Rossová, která se i přes nevoli laického okolí a zdravotníků nedala a zrealizovala svůj záměr. Díky tomu dnes máme spoustu knih o tomto tématu a mnoho zkušeností lidí, kteří nám je již nemohou sdělit a my si z nich můžeme vzít jisté myšlenky k srdci. V dnešní době si nikdo neuvědomuje a nepřipouští svou vlastní smrt. Ale: „*Na smrt tedy nelze myslet až v době, kdy se blíží nebo nastává. Na smrt musíme pomýšlet celý život.*“ (Ariés, 2000b, 16)

Zde můžeme vidět, že postoje ke smrti a mínění o ní se v průběhu lidského života, střídání generací a v průběhu staletí mění. Snižuje se míra individuality člověka, vztah člověka k sobě a ke společnosti. Měnil se taky vztah ke světu a k náboženství - ať už víra v bohy, nebo víra v něco jiného, co člověka přesahuje. Od doby, kdy byla smrt brána jako něco přirozeného a běžného, kdy byli členové rodin přítomni u smrti svých blízkých a smiřovali se postupně i se svou smrtelností, se smrt dostala na seznam tabuizovaných témat. Lidé umírají v nemocnicích nebo jiných zařízeních, často bez přítomnosti rodiny - smrt již nepatří do domácnosti a lidé se snaží o ní nepřemýšlet. Stěhují se do měst, snaží se o lepší práci, budují si kariéru a honí se za vymoženostmi této doby, stávají se bezstarostnými a na úvahy o smrti není čas. Navíc úvaha o vlastní smrtelnosti by mohla narušit bezstarostný život.

#### Pojetí smrti v ontogenezi

Pojetí smrti a konečnosti života a existence jedince prochází v průběhu života vývojem. „*V určitém okamžiku každého života vzniká ono uvědomění, že vše, co je živé, jednou zemře a že tato danost se týká nás samotných.*“ (Kupka, 2014, 79).

Pro pojetí smrti je důležité pochopení a analýza všech komponent smrti. Dle Speece a Brent (1996) existují 4 hlavní komponenty a těmi jsou ireverzibilita, nefunkčnost, univerzálnost a příčinnost.

- Ireverzibilita znamená, že smrt je konečná a nezvratná a ten kdo zemře, se již do života nenavrátil.
- Nefunkčnost je myšlena zástava životních funkcí – dechu, srdečního rytmu. Spadá sem také pochopení dítěte, že mrtví již nemyslí a nemohou se hýbat.
- Univerzálnost představuje pochopení toho, že smrt se týká všech živých tvorů na této planetě.

- Příčinnost znamená pochopení, že určité příčiny mohou vést ke smrti (nemoc, stáří, nehoda,...).

Pochopení smrti a její komplexnosti prochází určitým vývojem. Například Nagy (1948) odvodila tři stádia tohoto vývoje:

- První stádium, od narození po pět let jedince, je typické tím, že smrt bere dotyčné dítě jako spánek, nechápe její univerzálnost a myslí si, že je reverzibilní.
- V druhém stádiu, od pěti let do devíti let, si ji dotyčný začne uvědomovat jako ireverzibilní.
- Ve třetím stádiu, od devíti let, jedinec bere smrt jako ireverzibilní a také jako univerzální. Dochází tak k celkovému pochopení konceptu smrti.

Hodně teorií se také odráží od psychického vývoje dítěte. Nejznámější dělení vytvořil Jean Piaget. Duševní růst člověka probíhá přibližně do šestnáctého roku života. Důležité nejsou pouze fyziologické změny, ale také prostředí, faktory týkající se učení, zkušenosti a společenský život. Dítě přechází přes senzomotorickou úroveň, kdy teprve zjišťuje stálost objektu k předoperačnímu stádiu, poté ke stádiu konkrétních operací (zde vidíme logickou úvahu o konkrétních událostech) až k stádiu formálních operací, při kterých jedinec logicky uvažuje i o abstraktních pojmech. Daná stádia se vzájemně doplňují a přecházejí jedno v druhé, dělí se na různá stádia a mají svou délku (Piaget, Inhelder, 2014).

Vymětal (2003) předložil 5 období vývoje pojetí smrti u dětí:

- První období je od narození do tří let věku dítěte. V tomto období děti vyžadují přítomnost pečující osoby, jinak projevují separační úzkost a také nerozlišují mezi živými a mrtvými.
- V druhém období trvajícím od tří do šesti let již rozliší mrtvé a živé, nicméně stále spojují mrtvé se spánkem či nehybností a tento děj berou jako vratný a také jako něco, co se jich netýká.
- V mladším školním věku, od šesti let do jedenácti, jedinec chápe smrt jako ireverzibilní, nevyhnutelnou a chápou také spojitost mezi smrtí a zástavou srdce, dechu.
- Přibližně v jedenácti letech začne dospívání a tedy i čtvrté období, které trvá do dospělosti. Smrt je již chápána jako ireverzibilní, univerzální, jedinec chápe

nefunkčnost. Dostavuje se také strach ze smrti a postoje ke smrti jsou ovlivněny kulturou, regulativy interpersonálních vztahů, religiozitou.

- Poslední období se váže s dospělostí a stářím. Člověk bere smrt jako prázdnotu, nic, neznámo, definitivní konec, což může u některých jedinců vyvolávat úzkost. Postoj ke smrti je značně ovlivněn také religiozitou, v níž se objevuje víra v posmrtný život, což může být faktor zmírňující úzkost.

Další rozdělení představila Démuthová (2015). Ta vyčlenila 4 období, která jsou velice podobná Vymětalovi:

- První je období kojeneckého a útlého věku, které trvá od narození do tří let. V tomto období pojem smrt není ještě uchopen, jelikož dítě ještě není schopno uvažovat o sobě a chápat vlastní jedinečnost. Hlavní je zde separační úzkost, kterou se rozumí pocit opuštěnosti a strachu při nepřítomnosti pečující osoby o dítě nebo osob jemu blízkých, jelikož u něj není plně rozvinuta stálost objektů. Každá absence blízké osoby tedy znamená pro dítě její „zánik“.
- Druhé období, období předškolního věku, trvá od tří do šesti let života. V tomto období děti berou smrt jako formu spánku, nechápu její univerzálnost, ireverzibilitu. Je to také období, kdy se na smrt samy ptají, zajímá je, přemýšlí o ní. Typické je pro toto období synkretické myšlení, což znamená nedostatek logiky a egocentrismus. Je přítomná antropomorfizace a magické myšlení. Výsledkem egocentrismu je to, že si děti myslí, že jsou středobodem dění, takže se domnívají, že to, co se stane, se děje kvůli nim. Magické myšlení je typické v tom, že děti věří v sílu myšlenky, existenci zázračných věcí a bytostí.
- Poté přichází období mladšího školního věku, přibližně v šestém až jedenáctém roce života, kdy je již naplno rozvinuté sebeuvědomování, kauzalita, nevyhnutelnost a také funkční operace v rámci logického myšlení. Zde je již známá spojitost ztráty životně důležitých funkcí a smrti, chápání smrti jakožto odloučením od světa. V tomto období také dítě pochopí, že vše má své příčiny a egocentrismus již vymizí. V tomto období dochází také k pochopení, že smrt má za následek vyhasnutí důležitých funkcí organismu.
- Poslední období zahrnuje pubertu, což Démuthová řadí k jedenácti až patnácti letům života. V tomto období již jedinec naplno chápe všechny komponenty – ireverzibilitu, nefunkčnost, univerzálnost, příčinnost a objevuje se také zvýšený strach ze smrti.



Faktory, které ovlivňují vývoj konceptu smrti, jsou různé, avšak nejčastější a také nejdůležitější jsou věk, kognitivní zralost, zkušenost se smrtí, religiozita a komunikace v rodině. Obecně se předpokládá, že se celkové uchopení konceptu smrti objevuje přibližně v devátém až desátém roce života; v předchozích letech člověk chápe dané jednotlivé komponenty – nejprve nefunkčnost, poté příčinnost, univerzalitu a ireverzibilitu. Kognitivní schopnosti důležité pro pochopení všech komponent, a tím také smrti samotné, jsou: klasifikace, chápání stálosti, času a reverzibilních operací. Dalším faktorem je zkušenost se smrtí. Děti se mohou setkat se smrtí či vážným onemocněním svých prarodičů, rodičů, sourozenců, domácích mazlíčků, nebo se také mohou smrti vyhnout v případě, že jim nikdo blízký nezemře. Děti, které zažijí úmrtí ve své blízké rodině nebo vážně onemocní, mají díky své zkušenosti buď více rozvinuté chápání smrti a vlastní smrtelnosti než ostatní děti stejného chronologického věku, nebo je naopak jejich chápání celého konceptu smrti a smrtelnosti komplikovanější a problematičtější. Religiozita může vést k opoždění vývoje chápání konceptu smrti, hlavně v chápání ireverzibility (víra v posmrtný život) a také ve složení všech komponent. Na druhou stranu víra v život po smrti může také vést k redukci strachu ze smrti. Také komunikace významně ovlivňuje postoje ke smrti – přesvědčení rodičů, jejich postoj a předání či nepředání informací dítěti ovlivňuje jeho chápání a vývoj konceptu smrti a své smrtelnosti (Kupka, 2014).

Ze závěrů výzkumu Mackové (2014) vyplývá, že 12,99% respondentů si myslí, že se o smrti mluví v české společnosti hodně. 31,59% si myslí, že se o smrti v naší společnosti debatuje přiměřeně a více než polovina (55,41%) respondentů udává pocit, že se v naší společnosti mluví o smrti a umírání velmi málo.

## **1.2. Strach ze smrti**

*"Strach ze smrti je fenomén, s kterým se běžně setkáváme a považujeme jej za něco biologicky daného, nutného a zcela přirozeného. Podle našeho názoru má u člověka z psychologického hlediska ještě několik dalších hlavních zdrojů. Jednak je daní za lidskou individualitu a autonomii, které bývají doprovázené prožitkem osamělosti v hraničních životních situacích. Jedinec výrazně autonomní se stává osamělým a v situaci ohrožení smrtí, se dostavuje úzkost, protože v takových chvílích jen stěží najde oporu pouze sám v sobě." (Vymětal, 2003, 271).*

Strach je obecná lidská emoce. Jakožto bytosti s vědomím víme, že svět je plný nebezpečí a cokoli nás může zranit či zabít. Abychom přežili, musíme být v pohotovosti a všimnout si nebezpečí, které nám může hrozit. Strach je jedna z forem ochrany lidského

organizmu před poškozením či zánikem, jelikož strach souvisí s ohrožením přežití (Davies, 2007).

*„Mnozí z nás zmenšují úzkost ze smrti 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 soustřeďují na hrůzu z toho, že zmizí celý jejich osobní svět. Další zápasí s problémem nevyhnutelnosti smrti“ (Yalom, 2008, 16).*

Pro někoho může být smrt a obavy z ní tak strašlivé, že strach převládne nad vším ostatním a zahálí ostatní pocity. Tento strach může mít různé podoby – od opuštění svých blízkých a svými blízkými, strachu z obživlých mrtvol, děsu z vlastní konečnosti, přes pohřbení za živa až k mukám v posmrtném životě. Jiní jej vůbec nemusí pociťovat nebo vnímat (Davies, 2007).

V průběhu života se setkáváme se smrtí, což může být důvod k jejímu popření a vytěsnění, jelikož nás může pohltnout hrůza a ta nám nic jiného nedovolí. Tohle neakceptování vlastní konečnosti a neschopnost smíření se se smrtí druhých nás stojí hodně sil. Jenže pokud člověk nepřijme fakt konečnosti své existence, nemůže poté přijmout také zodpovědnost za svůj život. Jedinec pak zůstává dítětem bránícím se běhu života, netušíc, že poznání by jej osvobodilo (Haškovcová, 1998).

Pouze bytosti, které si jsou vědomy vlastního já v přítomnosti, minulosti i budoucnosti, si uvědomují pobyt na tomto světě a ví, že má svůj konec – uvědomují si, že jednou také zemřou. Člověk se postupně během života konfrontuje se svou smrtelností a smrti se obává (Becker, 1973). Becker také ve svém díle položil základ „Terror management theory“ neboli teorie zvládání strachu, kterou ucelil na základě myšlenek S. Freuda a O. Ranka. Své myšlenky vyjádřil ve výše citovaném díle z roku 1973 „The Denial of Death“, které dále rozpracoval tým výzkumníků a přivedl na svět teorii známou jako TMT.

Jádrem této teorie je, že člověk má v sobě pud sebezáchovy, avšak vůči ostatním tvorům má také vědomí o sobě samém, o svém já a své existenci v časové perspektivě. To automaticky vede k úzkosti ze smrti – tedy o konci své existence, zániku svého já. V rámci výzkumů zjistili, že sebeúcta či vysoké *hardiness* snižuje úzkost ze smrti a tito lidé nemusí mít tolik obranných mechanismů vůči myšlenkám na smrt. Ve výzkumech konstruktů TMT se také ukázalo, že lidé, kteří si vlastní smrt uvědomí, často změni své chování

ve smyslu pozitivním ke svému zdraví a zvýšení sebeúcty (Greenberg et al., 1986; Solomon et al., 2004).

Napomoci od strachu ze smrti může například náboženské přesvědčení, které napomáhá mírnit obavy ze smrti v naději na lepší život na onom světě - pobytu v ráji. Je však další zajímavá skupina lidí, kteří zmírnili svůj strach ze smrti přímou konfrontací s ní, a tou jsou lidé s prožitkem blízké smrti neboli *near-death experience*. Jedná se o lidi, kteří se dostali do stavu klinické smrti a poté byli přivedeni resuscitací zpět. Tito lidé mohou být někdy přesvědčeni, že pro ně smrt není zdrojem strachu, úzkosti a obav (Davies, 2007).

Tenhle předpoklad prokázaly výzkumy, které se fenoménem *near-death experience* zabývaly. Já sama jsem se mohla přesvědčit, že tenhle prožitek skutečně postoj ke smrti ovlivňuje. Ve své bakalářské práci jsem se v empirické části věnovala právě rozvoji osobnosti po prožitku blízké smrti. U všech respondentů byl značný rozvoj v oblasti zbavení se strachu ze smrti, pochopení významu smrti a ocenění života. Právě strach ze smrti je jedním z atributů postoje k ní a je důležitým činitelem k utváření postojů ke smrti (Jahodová, 2014).

Epikuros zastával názor, že základní příčinou utrpení je strach ze smrti, který je všudypřítomný. Tento strach ze smrti v průběhu životního cyklu narůstá a poté zase klesá – v útlém věku si dítě všímá záblesků smrtelnosti, pozoruje, ale po vzoru svých blízkých většinou mlčí, nebo ho rodiče ujistí pohádkami o vzkříšení, věčném životě, daleké budoucnosti. Poté, přibližně od šesti let do puberty, strach ze smrti poodstoupí a objeví se v adolescenci, kdy úzkost ze smrti začne propukat ve své plné síle a může být manifestována různě (pokus o sebevraždu, záliba v adrenalinových sportech, násilné hry, šibeniční humor a písňe, hororové filmy, fobie,...). Poté je tato adolescentní úzkost ze smrti odsunuta na druhou kolej životními úkoly, jimiž je založit rodinu a věnovat se kariéře. Znovu se navrácí přibližně po třiceti letech, kdy děti odejdou a profesní kariéra se blíží ke svému konci. Jedinec si uvědomí, že jeho cesta vede ke zmenšování a ochabování a úzkost ze smrti propukne v plné síle a nikdy se z mysli nevzdálí příliš daleko. Protože člověk s plným vědomím své vlastní smrtelnosti nemůže žít, jelikož by byl ztuhlý strachem a v permanentní úzkosti, vytváří si postupy a obrany, jak tuto úzkost zmírnit - například promítáním své budoucnosti do dětí, děláním si rituálů, přijímáním víry. Úzkost ze smrti a strach z vlastní smrtelnosti můžeme vnímat jako počátek náboženství a víry, která se pokouší tohle utrpení zmírnit, předložit návod na to, jak žít smysluplný život a otupit děsivou osamělost (Yalom, 2008).

Epikuros také podal jisté návrhy zmírňující úzkost ze smrti. Tři z jeho nejslavnějších argumentů jsou smrtelnost duše, nicotnost smrti a argument symetrie. Epikuros na rozdíl od svých předchůdců tvrdil, že duše je smrtelná a nepřežívá, což má za následek, že se v posmrtném životě nemusíme bát ničeho – božího trestu, očistce, lítosti nad ztraceným životem. Na to navazuje dokonalá nicotnost smrti, jelikož smrt nemůžeme vnímat. Ve chvíli naší smrti se naše duše rozptýlí a co je rozptýleno, to nemůže vnímat. A to, co nevnímáme, pro nás neexistuje – je pro nás ničím. Z toho vyplývá, že naše obavy ze smrti jsou zbytečné, protože smrt nikdy nemůžeme vnímat. Epikuros tvrdil, že smrt a naše já nemohou existovat vedle sebe – kde jsme my a naše bytí, tam není smrt a naopak, kde je smrt, tam nejsme my. Třetí argument, argument symetrie, říká, že náš stav nebytí po smrti je stejný stav jako stav nebytí před naším narozením (Yalom, 2008).

Se strachem ze smrti se také pojí osamělost – lidská bytost je stvořena ke společenství s druhými, pro tvorbu společnosti. Na rozdíl od toho je umírání událostí, při níž je člověk osamělý. Existují dva druhy osamělosti – každodenní a existenciální. Každodenní osamělost se vyznačuje odloučením mezi lidmi. V přítomnosti umírajícího člověka se okolí odtahuje – neví, co říct a bojí se konfrontace se svou vlastní smrtelností. Také umírající se mnohdy stahuje do sebe a snaží se izolovat, aby ostatní nestáhl s sebou do svého „umírajícího“ světa. Pocit osamělosti poté zhoršuje bolest z umírání. Existenciální osamělost pramení z propasti mezi jednotlivcem a společností, ostatními lidmi kolem něj. Je to jako propast, která se objevila, jelikož jedinec byl vržen do života a je nucen existovat sám – každý z nás obývá svůj svět, který nejlépe zná jen on sám a který neexistuje v mysli žádného jiného člověka (Yalom, 2008).

Tomer a Eliason (2000) postulovali model, který předpokládá, že strach ze smrti je ovlivněn postoji ke smrti, věcmi, kterých člověk lituje, vyrovnávacími strategiemi, přesvědčením o sobě a o světě a také tím, jak je smrt pro daného jedince významná.

Pracovníci ve zdravotnictví (lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé) se k blízkosti smrti a ke konfrontaci s ní dostávají poměrně často, především pracovníci v oblasti paliativní péče. Již při studiích, například v rámci anatomických pitev, se konfrontaci se smrtí a vlastní smrtelností nevyhnou a je důležité, aby se s ní vyrovnali. Toto smíření jim může pomoci při péči o pacienty a také při komunikaci s umírajícími a jejich blízkými. Smrt poté nebude vytvářet propast mezi umírajícím a světem okolo něj a osamění umírajícího či jeho okolí bude menší. (Grof, 2009, Yalom, 2006).

Při zpracovávání dotazníků z výzkumné části jsem se setkávala s názorem, že lidé nemají strach ze smrti, ale z umírání. Tato velice zajímavá myšlenka mě podnítila dále nad tímto tématem strachu a umírání přemýšlet.

Člověk vlastně umírá již od zrození, jelikož buněčná smrt a destrukce tkání je integrální součástí normálního vývoje jedince. Tento vývoj smrti je podmiňován životem a zároveň náš život je umožňován smrtí. Jednou z cest je nezůstat při umírání sám, nicméně samotné umírání je extrémní zátěžová situace pro všechny zúčastněné a není tedy divu, že se ho lidé bojí (Haškovcová, 1998).

Také Vymětal (2003) uvádí, že strach ze smrti a strach z umírání pro mnoho lidí splývá a stává se obavou z bolesti, utrpení, bezmoci, osamělosti a izolace nebo závislosti na jiné osobě a následné ztráty důstojnosti.

Další teorie uvádějí jako příčinu strachu ze smrti například ztrátu vlastního já, nejistotu z toho, co bude po smrti, bolest a utrpení, nemožnost smíření a vykoupení, osud členů rodiny a jejich blaho po smrti (Feifel, 1977 in Wong, Rekker, Gesser, 1994).

Co se týče strachu ze smrti, ráda bych uvedla výzkum Pechové, Dostála a Machů (2012). Výsledkem výzkumu bylo zjištění, že strach ze smrti se snižuje s přibývajícím věkem, což může být dáno většími zkušenostmi se smrtí. Dalším zajímavým zjištěním, leč nikoliv statisticky významným, bylo, že ženy vykazují větší míru strachu ze smrti než muži.

### **1.3. Po smrti**

Jung ve své knize *Duše moderního člověka* věnuje jednu kapitolu životu po smrti. Sám hned na úvod předkládá tvrzení, že je zapotřebí blízkosti smrti, aby člověk dosáhl svobody. Imponuje mi jeho následující myšlenka: „...lidé jsou v dnešní době většinou výlučně identifikováni se svým vědomím a představují si, že jsou jen to, co sami osobě vědí. Každý, kdo má být jen ponětí o psychologii, si může snadno učinit představu o tom, jak omezené je toto vědění.“ (Jung, 1994, 257).

Podle Junga jsme omezení strukturou, která je nám vrozená a nejsme schopni si představit jiný svět se zcela jinými poměry. Jsme dle něj tedy vázáni svým myšlením a bytím na tento svět, který má příliš úzké hranice stanovené našim rozumem. (Jung, 1994).

Dále je zajímavá myšlenka, která vyvrací tradiční názor, že mrtví mají velké vědomosti. Jung ji formuloval na základě svých promluv k zemřelým (*Sedm promluv*

*zemřelých* vydal knižně). Právě po sepsání těchto promluv za ním údajně chodili zemřelí a ptali se jej na rozhodující otázky a zdálo se, že jim hodně záleží na tom, aby od žijících (dále existujících bytostí v měnícím se světě) dostali odpověď. Dodává také, že stupeň vědomí, které jsme již dosáhli, tvoří horní hranici toho, čeho v poznání mohou dosáhnout mrtví - což znamená, že je důležité, co si člověk při svém umírání tzv. přenáší na druhou stranu. Pokud předpokládáme, že život pokračuje, musíme si představit pouze psychickou existenci a žádnou jinou, jelikož duše nepotřebuje ani prostor, ani čas (Jung, 1994).

*„Lidé jsou toho názoru, že mrtví vědí mnohem více než my, neboť i křesťanské učení předpokládá, že se „na druhé straně“ budeme dívat „tváří v tvář“. Zdálnivě však „vědí“ duše zemřelých jen to, co věděly v okamžiku své smrti, a nic víc.“* (Jung, 1994, 264).

V této souvislosti můžeme také vidět, že sny lidí *stojících na prahu smrti* poukazují na skutečnost, že nevědomí nepřipravuje jejich vědomí na úplný konec, nýbrž na proměnu a pokračování životního procesu, který však není pro naše vědomí představitelný, protože jej přesahuje (Von Franz, 2000).

Smrt se proměnila v něco metafyzického – je to představa rozbití složitého lidského celku a jako oddělení duše od těla. Ariés odkazuje na text z roku 1538, kdy autor udává, že pozemský život nás připravuje na život posmrtný, což připodobňuje k devíti měsícům prenatalního vývoje, kdy se dítě v matčině lůně připravuje na život po porodu (Ariés, 2000b).

Člověk se za svého života naprosto identifikuje se svým tělem a veškeré jeho vědomí bytí či identity je spojeno právě s tělesnem. V tom spočívá jedna z největších překážek - představit si svůj vlastní život po smrti, nebo posmrtný život jiného zemřelého. Není to jen problém této doby, dle entologických studií se i ranné kultury dokázaly jen těžko oprostít od toho, že jedinec, který je mrtvý, již není identický se svým tělem a bralo se jako samozřejmost, že duše se ještě pohybuje v jeho okolí. K mrtvému tělu se chovali jako k živému jedinci, například bylo uchováváno v domě měsíc či déle (aby to bylo možné, ošetřili ho krátkodobě účinnými konzervačními prostředky, na chvíli ho mumifikovali). Když měli tělo svého mrtvého příbuzného doma, jedli, pili a hráli u něj. Někde se také mrtvým pokrm předkládal buď přímo, nebo v místě hlavy zavedli do hrobu rouru, aby mohl mrtvý přijímat tekuté dary a dýchat. Jinde nechali mrtvé tělo v mělkém hrobě blízko domu, kde jej nechali odkryté ležet do rozkladu či až do pozůstatku kostry.

Teprve poté bylo řádně „dopohřbeno“, zasypano a uloženo hlouběji. Mnohdy byl povolen také pohlavní styk mrtvého a jeho pozůstalého partnera (Von Franz, 2000).

V Číně se mrtvému dávaly věci, které potřeboval v zászvětí tím způsobem, že se nakreslily na papír a poté se spálily. Dodání všeho potřebného zajišťoval kouř, který tam dorazil. Dalším tradičním obyčejem bylo například to, že se na pohřeb dostavila osoba oděna ve tejném šatu, v jakém chodil zemřelý, takže již mrtvola nebyla brána jako pravá osobnost mrtvého. Jinde zase lidé vyráběli loutky, které byly zpodobněním mrtvé osoby. Některé byly dřevěné, jiné byly zhotoveny z bederního šátku. Stejně vypořádání mrtvého se i dnes provádí například v klasickém náboženství v oblasti Koreji a Tibetu. Věří, že mrtvý již nebude ve svém těle, ale dostane se právě do této „loutky“. Na stejném principu funguje také japonský zvyk, při němž se zhotovuje „tamaširo“, což je obydlí pro duši mrtvého, či egyptský zvyk tzv. umístování do serdabu (sklepa) sochy, ve kterých duch zemřelého přebýval (Von Franz, 2000).

Zde vidíme, jak se v historii postupně proměňovalo pojetí těla a duše jako celku a postupně docházelo k uvažování o jeho rozdělení - oddělení duše od těla a hledání následného obydlí duše. Postoj ke smrti se zjevně odlišoval nejen obdobím v historii dějin, ale i rozdílnou kulturou – dokážeme si my teď představit být měsíc v místnosti s mrtvým člověkem či ho mít položeného vedle domu v mělkém hrobě?

Lze také pozorovat dělení zászvětí či místa, kde se dostane člověk po smrti. Můžeme rozdělit temné místo, kde se dostanou lidé zlí, nebo ti, kteří zemřou určitým typem smrti. Ostatní se dostanou do radostného zászvětí, které je lokalizováno nad zemí. Jako první nás napadne paralela s křesťanskou naukou, kterou pro tyto účely můžeme zjednodušit na peklo – ráj. Podíváme-li se zpětně do historie, tuto paralelu můžeme najít také u Řeků, kteří rozlišovali temný Hád a nádherné Elysium či „Ostrov blažených“. U germánských válečníků se rozlišovala Walhalla od temného Helu. Aztéci zase věřili, že každý člověk dojde na speciální místa a měli rozdělené zászvětí pro utopené, zasažené bleskem, pohlavně nemocné, zemřelé v horečce, padlé bojovníky, ženy zemřelé při porodu nebo v šestinedělí. Dotyční se nedostali do Mictlanu, ale na jiná místa, například provázeli slunce na nebi či odešli do zelenajícího se ráje boha deště Tlaloca. Ale v rámci historie nenajdeme pouze dělení lidí dle jejich života a následného místa skonání, ale také rozdělení člověka a posunutí jeho jednotlivých částí duše. Například staročínská vize byla, že se jeho mužský duchovní element (jang) oddělí od jeho ženské stránky duše (jin). Jangová část putuje na východ a stoupá vzhůru, jinová část jde na západ a noří se do země. Obě části duše se

spojí u Žlutých pramenů, kde proběhne posvátná svatba. Podobný pohled můžeme vidět také u staroegypt'anů, kdy rozdělují dvě duše – „ba“ a „ka“. Zatímco „ba“ má podobu hvězdy či ptáka, volně putuje vesmírem a následuje bárku slunečního boha Re, tak „ka“ zůstane v podsvětí s mrtvým tělem. Staří Egypt'ané viděli v mrtvém těle jistou mysteriozitu. Brali ho jako obraz mrtvého a také jako počátek vzkříšení. Věřili, že vzkříšení je kontinuální proces u konkrétního mrtvého těla a vnímali jej jako záhon připravený k setbě, z něhož opět vyrůstají mrtví. Z tohoto důvodu můžeme vidět zobrazení mrtvých jedinců s motivy vegetace jako symbolem smrti a vzkříšení, například obilí – pšenice, ječmen (Von Franz, 2000). Z výše uvedených příkladů můžeme pozorovat různé názory na smrt, putování těla či duše a s ním spojené postoje ke smrti a také rituály napříč historií a kulturami. Tyto myšlenky, představy a ideje o posmrtném životě také ovlivňovaly vnímání smrti a pohled na ni.



## 2. Zařízení v rámci péče o nemocného a jeho pracovníci

Umírání je velice náročná situace a to nejen pro pacienta a jeho rodinu, ale také pro zdravotnické pracovníky jako jsou lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelé. Můžeme dokonce říci, že právě zdravotníci jsou jednou z nejvíce zatížených skupin, jelikož se s umírajícími setkávají právě ve chvíli, kdy se vede boj o jejich život. Právě když se odehrávají nejdůležitější minuty, musí sdělovat krutou pravdu vzhledem k diagnóze nemoci. Kromě toho nemocného či umírajícího ošetřují, vidí bolest, trápení a mnohdy i zoufalství nejen u něj, ale i u jeho příbuzných (Špaténková et al., 2014).

### 2.1. Nemocnice

Nemocnice je zařízení, které poskytuje zdravotnickou péči lidem s cílem vyléčit je a prodloužit život pacienta. V nemocnici pracují lékaři v čele s primářem a zdravotní sestry či asistenti v čele se staniční sestrou. Vzhledem k faktu, že nemocnici lidé znají, protože ji každý alespoň jednou navštívil, budu se v teoretické části věnovat důležitějšímu tématu - to jest pracovníkům nemocnic a jejich přístupu k pacientům.

Lékaři přesně ví, co dělat, aby člověka léčili, nicméně zacházení s umírajícím či pozůstalým je pro mnoho lékařů obtížným úkolem. Cílem lékaře je vyléčit pacienta, ale smrt je jednou z variant, kterou může nemoc skončit. To je pro mnoho lékařů těžko přijatelné a mohou to brát jako osobní selhání nebo pocit, že v tom, co dělají, nejsou dostatečně kompetentní. V tomto případě nastupují obranné mechanismy lékaře, kterými může být například vytěsnění smrti a její popření (vyhýbání se konfrontace se smrtí, vyhýbání se pacientovi a rodině,...). Vyhýbání se pacientovi a rodině nepřináší žádná pozitiva, protože napětí roste na obou stranách. Lékař se bojí rozhovoru o smrti a prognóze, bojí se reakce pacienta, bojí se konfrontací s vlastní smrtelností. Naopak pacient již může tušit, co se děje, nebo si vytvářet své vlastní hypotézy o svém zdravotním stavu a také v něm se kumuluje stres. Další obranný mechanismus, který může nastat, je zahájení další léčby a vyšetření i přes jasnou prognózu, což však může být pro pacienta velice náročné (Špaténková et al., 2014).

Další skupinou, která se stará o léčbu pacienta a nezřídka kdy je s ním častěji než lékař, jsou zdravotní sestry. Právě ony tráví s nemocným či umírajícím na oddělení nejvíce času a jsou mu nejbližší, ošetřují ho, pečují o něj a naplňují jeho potřeby. Můžeme se však setkat se situací, kdy primárně naplňují potřeby biologické a potřeby psychosociální, kdežto duchovní či kulturní bývají opomenuty. Poskytování kvalifikované

péče pro umírající a jejich rodinné příslušníky vyžaduje od zdravotních sester osvojené vědomosti o umírání a smrti, dále schopnosti jako například naslouchání, porozumění, empatie, ochota, taktnost, trpělivost a také by se neměly vyhýbat konfrontace se svou vlastní smrtelností. Nicméně nesmíme zapomenout, že zdravotní sestra je bytost lidská (Špaténková et al., 2014).

V nemocničním zařízení jsou pro kvalifikovanou péči o umírající pacienty mnohem složitější podmínky, než je tomu v hospicích. Hlavním důvodem je, že zdravotníci zde plní více rolí než zdravotníci v hospicích a také je zde jiný systém ošetrovatelské péče, při níž je mnohdy omezený počet zdravotníků, omezené organizační a časové možnosti zaměstnanců a nedostatečné vybavení zařízení (Špaténková et al., 2014).

## **2.2. Hospic**

Hospic je zařízení v systému paliativní péče, jehož hlavní myšlenkou je zachovat úctu k životu a člověku. Ošetrovatelé v hospici jedinci garantují, že bude respektována jeho lidská důstojnost, zároveň nebude trpět bolestí a nebude osamocen na sklonku života. Chtějí naplnit dny životem, nikoliv život dny, takže kladou důraz hlavně na kvalitu života nemocného až do poslední chvíle. Nesmíme opomenout, že nedoprovází pouze nemocné, ale také jeho rodinné příslušníky a blízké osoby. Nejde o to smrt zakrýt, uspíšit nebo se jí vyhnout, ale spíše ji akceptovat a pomáhat jak fyzicky, tak psychicky, profesionálně a lidsky (Svatošová, 1995, Svatošová et al., 2014).

Hospice existovaly již odpradávná - například za staré Římské říše byly hospice místem, kde si mohli poutníci odpočinout při cestách, těhotné ženy porodit a nemocní uzdravovat nebo v klidu zemřít. Moderní hnutí hospiců, jak je známe dnes, započalo Cecilíí Saundersovou, která v Londýně v roce 1967 zavedla do provozu hospic sv. Kryštofa. Význačným pro toto zařízení bylo to, že zde nemocní byli zaopatřeni úlevnou léčbou (od bolesti) a bylo o ně pečováno. Tato péče byla kompletní - nejednalo se pouze o péči fyzického rázu, ale také psychického a duchovního. Mohli zde také probírat různé citové problémy, spravovat konflikty, řešit duchovní problémy, což dělalo jejich odchod ze světa o něco lehčím, schůdnějším. Takhle myšlenka samozřejmě nezůstala bez povšimnutí a brzy se hnutí rozšířilo i do jiných zemí. V České Republice jsme se prvního hospice dočkali v roce 1995. Vybuodovala jej MUDr. Marie Svatošová a byl jím hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci (Munzarová, 2005).

Pracovníci hospiců jsou odborní pracovníci ve zdravotnictví - lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé. Existují také dobrovolníci, kteří do hospice jezdí a svůj volný čas naplňují nejrůznějšími aktivitami s klienty. Doprovázení umírajících není snadná záležitost a pracovníci by měli být vyrovnání s tím, že i jejich život jednou skončí a také mít na paměti duševní hygienu a doplnění energie (Svatošová, 1995).

Zde můžeme vidět také rozdíl mezi hospicem a nemocnicí. Idea nemocnice je léčit lidi, zbavovat je nemoci. To znamená určit diagnózu, správný postup léčby a jedince uzdravit. Mnohdy se pracovníci nechají pohltit a středem zájmu se stane nemoc a pacient ustoupí do pozadí. Oproti tomu hospic se dnes bere jako zařízení, do kterého se chodí zemřít (což není vždy pravda) a snaží se zmírnit utrpení jedince, nikoliv ho vyléčit. Jedná se zde o člověka a jeho důstojný život s nemocí. To však neznamená, že je jedno zařízení nadřazené druhému nebo že jedno zařízení je horší než druhé. Obě zařízení jsou svým specifickým způsobem potřeby a důležité. Ideálním stavem by byla vzájemná spolupráce těchto dvou zařízení, čímž by se při péči o pacienta vzájemně doplňovali (Svatošová, 1995). Lékaři se snaží smrt oddálit a zahnat, jsou nasazeni pro co největší oddálení smrti pacienta, kterou mohou brát jako své selhání. Mnohdy se může stát, že často více pracují s léky, přístroji či samotnými nemocnými orgány než s člověkem jako celistvé bytosti, která je v nepříjemné situaci, v nouzi, která jí může nahánět strach a jiné nepříjemné pocity (Munzarová, 2005).

Existují tři formy hospicové péče - domácí, stacionární a lůžková forma. Domácí forma spočívá v péči o pacienta doma, v jeho domácím prostředí. Má své výhody i nevýhody. Člověk se cítí lépe - je doma, ve svém prostředí, v němž se cítí lépe. Může však mít obavy, že obtěžuje okolí, nebo to mohou být problémy prostorové či vyčerpání sil. Problém také může nastat při nedostatku odborných pracovníků - speciálně vyškolených sester, a při podávání medikace. Stacionární péče spočívá v každodenním dojíždění do zařízení, které je finančně podporováno rodinou či hospicem. Konkrétně to znamená, že se pacient dostaví ráno a odpoledne se vrací, nebo jede do hospice na odpoledne a večer se vrátí domů. Tímto způsobem se může řešit například léčba bolesti, podávání medikamentů, pomoc při psychických problémech a osamění, zajištění odpočinku rodiny či nemocného. Lůžková forma je snad nejznámější formou a spočívá v pobytu pacienta v hospici. Pobyt je dobrovolný, může být opakovaný, krátkodobý i dlouhodobý. Prostory jsou bezbariérové a je zde snaha o to, aby prostředí připomínalo

spíše domov než nemocnici. Příjem pacientů do lůžkové péče schvaluje lékař dle zdravotní indikace a akutnosti (Svatošová, 1995).

Hospicovou péči můžeme také rozdělit dle časového hlediska na tři období – pre finem, in finem a post finem. Pre finem je první období od zjištění závažné diagnózy až po terminální stav (konečný stav, umírání). Druhé období - in finem - je doprovázení nemocného a jeho rodiny při terminálním stavu (tedy při samotném umírání). Post finem, třetí období, zahrnuje péči o tělo zemřelého a podporu pozůstalých - ať již krátkodobou, ve chvíli zesnutí, nebo dlouhodobou, v rozmezí několika let. Můžeme zde vidět, že hospic neposkytuje péči pouze umírajícím v terminálním stádiu, ale také lidem ve fázi pre finem, kteří se mohou do hospice vracet opakovaně - proto hospic není pouze místo, kde se chodí zemřít, jak si mnoho lidí může myslet (Svatošová, 1995).

Pojem paliativní péče není v České Republice ještě plně zdomácnělý. Ve výzkumu Mackové (2014) bylo zjištěno, že respondenti dotázaní na význam pojmu paliativní péče ji označují za péči nadstandartní či intenzivní. Také pro ně byl pojem paliativní péče synonymem pro eutanazii. Lépe lidé rozuměli slovu hospic, než pojmu paliativní péče. Nedostatek v obeznámenosti s touto terminologií vykazovala jak laická, tak také odborná veřejnost.

### 3. Postoje

Pojem postoj je velice populární a můžeme se s ním setkat nejen v psychologii, ale také v jiných oborech a vědeckých disciplínách. Za popularitu postoje v sociální psychologii může její explanační potenciál při vysvětlování původu chování jak sociálních skupin, tak jedince. Zakládá se na předpokladu, že můžeme zformulovat platné předpoklady o budoucím chování jedince na základě poznání jeho postoje či postojů - hovoříme tedy o kauzálním vztahu (Výrost, Slaměnik, 2008).

Postoj se v evropských jazycích objevil poprvé počátkem 18. století a vyskytoval se hlavně v malířském žargonu, později v dramatickém umění a posléze se díky práci Charlese Darwina a jeho práce "Výraz emocí u člověka a zvířat" dostal také do jazyka vědeckých disciplín. Dominantním se stal hlavně v sociální psychologii, kde udával od počátku 20. století až do poloviny 20. století směr tohoto oboru v oblasti zájmu a výzkumu (Výrost, Slaměnik, 2008).

#### 3.1. Pojem a struktura postoje

Pojetí pojmu "postoj" se jako první pokusili uchopit Thomas a Znaniecki, kteří jej chápali jako individuální protějšek společensky důležitému objektu. Jinými slovy to můžeme přeložit jako vztah k nějakému objektu (ať už konkrétnímu či abstraktnímu) či hodnotě, je to jakýkoliv způsob hodnocení daného objektu. Postoje jsou tedy hodnotící vztahy, při nichž k objektu zaujímáme hodnotící stanovisko a můžeme jej tedy brát jako produkt hodnocení. Hodnocení je komplexní proces, který zahrnuje kognitivní, emotivní i konativní části psychiky člověka. Dominantní je zde právě emotivní složka (neboli afektivní), jelikož postoj vyjadřuje subjektivní význam daného objektu pro lidského jedince. Emotivní složka, vznikající klasickým podmiňováním, tedy zahrnuje emoce, které v nás daný objekt vyvolává, a také sílu daného postoje (pozitivní, neutrální či negativní). Kognitivní komponenta, upevňující se kognitivním učením zahrnují to, co o daném objektu víme a také všechny naše poznatky o něm. Konativní komponenta, vznikající instrumentálním učením zahrnují chování k danému objektu. Pokud je postoj pevně zakořeněn, označujeme jej jako přesvědčení a pokud jej člověk vyjádří slovně, označujeme jej jako mínění. Dané postoje také determinují způsob jednání jedince k danému objektu. Pokud bychom chtěli predikovat chování jedince na základě postojů, bylo by vhodné, aby všechny tři složky (kognitivní, emocionální i konativní) byly přítomny a aby byly ve vzájemném souladu (Výrost, Slaměnik, 2008, Nakonečný, 2009).

Obecně dělíme postoje také na centrální (postoje, které si tvoříme k významným objektům v našem životě) a periferní (tvořeny k člověku méně významným objektům) (Nakonečný, 2009). Z tohoto pohledu můžeme postoj ke smrti vnímat obojím způsobem - jako centrální je postoj ke své vlastní smrti a smrti blízkých osob, jako periferním potom postoj ke smrti druhých (cizích, neznámých nebo neoblíbených lidí).

Další teoretický předpoklad zase říká, že postoje můžeme seskupovat do významových celků, a utvářet tak hierarchické skupiny vnitřně organizované a uspořádané. Hlavním postupem takového třídění postojů je faktorová analýza. Jako první se o uspořádání snažil H.J. Eysenck. Ten získal dva hlavní bipolární faktory: faktor konservatismu - radikalismu a faktor rozumového - citového postoje. Konzervativní pól charakterizuje snahu o zachování stávajícího statusu v oblasti sociální, zatímco pól radikální charakterizuje snaha po změně. Rozumový neboli praktický pól vyjadřuje snahu jedince uchýlovat se k vědeckým postupům nebo síle, zatímco citový inklinuje ke konání dle víry a k filosofování a hloubání. Následující směr výzkumu zašel ještě dále a podal teoretický konstrukt ukazující, že postoje jsou součástí obecnější a více hierarchicky uspořádané struktury. Zkoumali tedy vztah postoje a hodnotové orientace a předpokládali, že jsou navzájem svázány těsnými vazbami. Bylo zjištěno, že hodnotové orientace a základní postoje jsou ve vzájemném souladu, nicméně je těžké zjistit vztah k situačním postojům, jelikož situační postoje jsou nestabilní. V poslední době se k hodnotám a postojům ještě přidává další položka a tou je ideologie. Ideologie je obecnější - vyjadřuje jak postoje, tak hodnoty, a to v politické oblasti na bipolární škále konservatismus/liberalismus a v oblasti mezilidských vztahů obsahující bipolární složku individualismus/komunalismus (Výrost, Slaměnik, 2008).

### **3.2. Funkce postojů**

Víme tedy, že postoje nejsou neutrální, vyjadřují současně náš hodnotící vztah k různým objektům, jsou indikátory toho, co upřednostňujeme nebo odmítáme, pomáhají nám adaptovat se na prostředí a fungují způsobem poznávacím (organizují zkušenosti) nebo instrumentálním (maximalizuje zisky a minimalizuje ztráty). Další funkcí postoje může být například funkce výrazu hodnot, při níž člověk dává najevo své hodnoty, dále funkce sociální adjustace znamenající fungování postojů jako zprostředkovatelů vztahu člověka k jiným lidem, a konečně funkce sebeobranná, která nám díky postojům umožní zachovat sebeobraz, takže lépe zvládneme náročné situace, jež v našem životě nastanou (Výrost, Slaměnik, 2008).

Postoje mají také pro jedince svou funkci, například instrumentální (pozitivní postoj je spojen s objektem odměny, negativní postoj s objektem trestu, strachu či jiného, pro člověka negativního, objektu), ego-defenzivní (ochrana ega redukcí úzkosti či negativního sebepojetí), kognitivní (uspořádání poznatků o sobě, okolí, světě a událostech v něm) (Nakonečný, 2009). Postoje jsou tedy vysoce individuální a jejich vytváření a kladné či negativní zhodnocení závisí na daném jedinci, jeho vnímání světa a sebe samého, emočním prožívání a dalších faktorech. Postoje jsou také proměnlivé v závislosti na čase či zkušenostech.

*„Postoj může být definován jako tendence nebo predispozice individua k oceňování určitého objektu, nebo symbolu tohoto objektu, určitým způsobem. Oceňování spočívá v připisování vlastností, které mohou být umístěny v kontinuu žádoucí-nežádoucí nebo dobrý-špatný. Postoje jsou v tomto smyslu produktem hodnocení, komplexního procesu, v němž jsou integrovány kognitivní, emotivní a konativní složky psychiky. Slovy vyjádřené hodnocení se pak označuje jako mínění, pevně vytvořené, zafixované hodnocení jako přesvědčení. Obojí je víc než pouhé vědění, vyjadřuje subjektivní význam objektu pro subjekt hodnocení, což poukazuje na to, že dominantní funkci v hodnocení mají emoce. Kolem emocionálního jádra hodnocení (postojů) se organizují kognitivní a konativní složky tohoto vztahu.“ (Nakonečný, 2000, 132)*

### **3.3. Utváření a změna postojů**

Utváření postojů probíhá na základě učení, prostřednictvím zkušenosti člověka již od dětství. Dítě postupně přechází z vrozených smyslových hodnot skrze zkušenosti a seznamování se se svým prostředím k hodnotám společensko normativním (co pokládá za dobré a špatné naše kulturní prostředí) a subjektivním (co je dobré a špatné z hlediska zkušenosti). Osvojujeme si takto osobní systém apetencí a averzí skrze naši emotivní složku - co je pro nás dobré a žádoucí, a naopak co je pro nás špatné a nežádoucí. Vytváříme si tak kognitivní obraz světa se systémem významů jednotlivých objektů a celkovému obrazu světa (Nakonečný, 2009).

Existují také takzvané „skryté postoje“, to jsou ty, jenž nevědomě ovlivňují chování jedince či jeho hodnocení objektů. Mohou se automaticky aktivovat bez vědomí jedince, což označujeme jako priming (Nakonečný, 2009).

*„K tomu, aby mohly postoje vyvolávat hodnotící reakci, musí být reprezentovány v paměti a vybaveny či zvaženy při setkání s předmětem postoje. Tento proces vybavování*

*může probíhat buď s vynaložením úsilí a kontrolovaně, nebo spontánně a automaticky. Pouhá přítomnost předmětu postoje může automaticky vyvolávat hodnotící reakci bez vědomých myšlenek či vzpomínek. Je důležité, že takovéto automatické postoje mohou ovlivňovat zdánlivě nesouvisející hodnocení či chování, aniž by si člověk jejich vliv uvědomoval.“ (Hewstone, Stroebe, 2006, 284).*

Hlavní složkou změny postojů je přesvědčování neboli persvaze a je účinnější u jedince aktivního než pasivního. Existují také další důležité komponenty pro změnu postojů. Například zdrojem informace může být jak osoba, tak také jiný další činitel (noviny, TV,...). Charakteristiky tohoto komunikátora jsou důležité, protože čím větší důvěryhodnost člověk či médium nabývá, tím je vyšší efekt persvazivní informace. Další důležitou složkou je obsah informace, kterou zdroj předkládá. Tato složka má dvě obsahové vlastnosti a těmi jsou její emocionální a racionální charakteristika. Emocionální složka dané informace je účinnější, pokud chceme emocionální odezvu od příjemce a je výhodnější například při postojích ke zdraví či jiném postoji spojeným s rizikem. Racionální složka je dle výzkumu platnější u lidí s vyšším vzděláním a v oblastech, ve kterých mají dané osoby zkušenosti. Právě osobní zkušenosti jdou dalším důležitým faktorem a markantně ovlivňují změnu postoje člověka k dané věci, situaci či k objektu. Nesmíme také opomenout samotného příjemce, u kterého nehrají roli pouze psychologické charakteristiky, ale také okolnosti, situační činitelé nebo například věk, pohlaví, vyznání, sebeobraz a další (Výrost, Slaměník, 2008).

### **3.4. Postoje ke smrti**

Ještě v šedesátých letech dvacátého století byl koncept strachu ze smrti a téma samotné smrti tabu nejen u veřejnosti, ale také u profesionálů z oblasti mentálního zdraví a behavioristů. Velká proměna se udála s nástupem Elisabeth Kübler-Ross, která se tématem smrti a umírání zabývala a její kniha zabývající se právě těmito tématy zvýšila zájem o koncept smrti a umírání, k čemuž přispěly také události druhé světové války a vlna existenciální a humanistické psychologie. Dominantním tématem empirických studií tématu smrti je úzkost či strach ze smrti, což je zároveň jedna z hlavních částí postojů ke smrti originálního dotazníku Paula T.P. Wonga, jenž je použit ve výzkumné části této práce. Méně studií je zaměřeno teoreticky, jelikož chybí jednotná všezahrnující teorie (Wong, Rekker, Gesser, 1994).

Z existenciálního pohledu postojů ke smrti je akceptace smrti a strach ze smrti spojen s osobními přesvědčeními člověka o jeho životě a také s tím, jak pojímá svou



smrtelnost a konečnost svého bytí. (Wong, Rekker, Gesser, 1994). S tím souvisí pojmy jako strach ze smrti a úzkost ze smrti. Uvedené pojmy nejsou totožné - strach ze smrti je brán jako specifický a vědomý, kdežto úzkost ze smrti je mnohdy nevědomá a na rozdíl od strachu ze smrti všeobecná (Feifel, Branscomb, 1973).

Postoj ke smrti také vyplývá z přístupu k životu. Pociťuje-li člověk svůj život jako smysluplný a jako něco, co stojí za to a co vykazuje vnitřní integritu, předpokládá se, že bude také lépe čelit smrti. Na druhé straně lidé, kteří svůj život promrhali a je již pozdě na nápravu, vykazují strach ze smrti a zoufalství. Mohli bychom tedy říci, že lidé se více bojí existence beze smyslu než smrti samotné (Wong, Rekker, Gesser, 1994).

Postoj ke smrti se také mění v rámci religiozity, jak ukazuje výzkum Pechové, Dostála a Machů (2012). Tam se ukazatel náboženství jevil jako nejvýznamnější. Obecně se ukázala negativní korelace, tudíž že lidé věřící mají menší strach ze smrti než lidé bez náboženského vyznání.

Stejnou teorii uvádí také Démuthová (2015). Ta vyslovuje myšlenku, že náboženská víra může redukovat právě strach ze smrti a zvýšit její pozitivní přijetí, jelikož lidé, kteří věří, že duše po zániku těla neumírá a pokračuje, berou posmrtný život jako možnost dostat se do nebe a žít v něm spokojeně bez bolestí a útrap. Pokud však člověk žil hříšný život, nemusí poté dostat odpuštění a může se dostat do pekla. Hlavním faktorem tedy je, jestli má člověk takzvanou vnitřní nebo vnější religiozitu – neboli, do jaké míry věřící pravidla a zákony daného náboženství přijal do svého života a zvnitřnil si je, a nakolik teď ovlivňují jeho postoje - a tím také smýšlení a chování.

Takzvaná vnější religiozita se tedy orientuje pouze na formální stránky, uspokojuje jedincovu potřebu po začlenění a poskytuje sociální oporu, pocit soudržnosti. Co však člověku nenabídne je vyřešení vztahu a postoje ke smrti, tudíž ani nebude usilovat o zmírnění jedincova strachu ze smrti. Vnitřní religiozita je typická zvnitřněním idejí náboženství do života jedince a nestává se jen nástrojem k uspokojení potřeb, ale také je nejvyšší hodnotou a samotným cílem života dané osoby. Pomáhá k zvládnutí a řešení těžkých životních situací, a je tedy i oporou při umírání a smrti (Démuthová, 2015).

## 4. Resilience

Každý člověk, který se dostane do zátěžové situace, reaguje jinak. I když je zátěžová situace stejná, nikdy nemůžeme očekávat od dvou lidí stejnou reakci, popřípadě stejný způsob vyrovnávání se s ní. Tuto osobnostní charakteristiku nazýváme resilience neboli odolnost či nezdolnost člověka. Dalším podobným pojmem je salutogeneze neboli salutogenní faktory, což jsou faktory, které podporují zdraví a odstraňují negativní dopad stresu na zdraví (Mandincová, 2011).

V předchozím odstavci jsme se dostali k zátěžovým situacím jakožto hlavní součásti tématu resilience člověka. Co však tyto zátěžové situace ve skutečnosti znamenají? Paulík (2012) je charakterizuje jako stav, v němž je daný jedinec vystaven různě trvajícím nárokům s různou silou a intenzitou, se kterými se musí vypořádat za vynaložení energie a také se s nimi musí vyrovnat v rámci adaptačního procesu.

Existují různé podněty zátěže, například fyzické, psychické (senzorické, emocionální, mentální). Daná zátěžová situace je vždy subjektivní a jedinec ji může rozlišovat jako optimální nebo neoptimální na základě osobnostních rysů či obranných mechanismů daného jedince (Paulík, 2012).

Vývoj výzkumu resilience můžeme rozdělit na tři etapy. První etapu datujeme do vydání sborníku v roce 1967, který pojednával o psychologickém stresu. Snahou tohoto období bylo vymezit resilienci jako trvalý rys osobnosti, který zahrnuje konstrukty jako například stresovou a frustrační toleranci, resistance či stresový práh. Druhá etapa vývoje se vyznačovala důrazem na interakci mezi jedincem a situačními proměnnými, jako například zátěžovou kapacitou, zdrojem zvládnání a jinými, dle zaměření autora. Můžeme to tedy chápat jako zkoumání zdrojů zvládnání stresu, které má jedinec v dané situaci k dispozici. Třetí etapa vznikající přibližně v období 80. let 20. století se zabývala stresem a jeho dopady na člověka a jeho zdraví. V této etapě se začal stres pojímat jako každodenní chléb lidského života a začaly se hledat proměnné, které by zmírnily dopad na zdraví jedince. Právě ve třetí etapě nabyl pojem resilience svého pravého významu - jakožto vlastnosti, která činí člověka nejen odolným, ale také pružným vůči subjektivně stresogenním situacím (Šolcová, 2009).

Mezi koncepty resilience (a tedy proměnné ovlivňující jedince) patří například *locus of control* (LOC, místo kontroly) od Rottera, *hardiness* (nezdolnost osobnosti)

od Kobasové, *sense of coherence* (SOC, smysl pro koherenci) od Antonovského, chování typu A a B od Rosenmana či *self-efficacy* od Bandury (Mandincová, 2011; Šolcová, 2009).

#### **4.1. Hardiness**

Koncepci *hardiness* představila jako první S. Kobasová, která ho chápe jako globální osobnostní charakteristiku jedince složenou z kontroly (zvládnutelnost toho co se děje svou vlastní silou), oddanosti (tomu, co člověk dělá, na kolik se se svou činností a způsobem života ztotožňuje) a výzvy (život je výzva a důležitá je změna, nikoliv strnulost v jednom bodě). Lidé s vyšším *hardiness* cítí životní naplněnost, mají v životě stanovené jasné cíle, konkrétní představu o svých hodnotách a schopnostech a problémy řeší aktivně (Mohapl, 1992).

#### **4.2. Locus of control**

Koncepce *locus of control* (LOC) neboli místo vnitřní kontroly pochází od J. Rottera a spočívá ve způsobu přístupu jedince k situacím, které ho v životě potkávají. Místo vnitřní kontroly má dva póly - vnitřní a vnější (internal LOC a external LOC). Lidé s vnitřním místem kontroly věří, že sami mohou ovlivnit daný děj svými schopnostmi a dovednostmi. Jsou iniciativnější, řeší problémy aktivně, věří si. Lidé s vnějším místem kontroly naopak předpokládají, že dění tohoto světa ovlivnit nelze a nemusí se svým chováním zapříčinit o to, aby se daná situace vyřešila, protože ona se vyřeší samovolným „zásahem“ z vnějšího prostředí. Osoby s vnitřním LOC vykazují odpovědnost za svůj život, větší spokojenost, pocit svobody a jsou odolnější při zvládání těžkostí (Křivohlavý, 2003).

#### **4.3. Self-efficacy**

Koncept, který postuloval A. Bandura, se zabývá vědomím vlastní účinnosti v dané situaci. Jde o pocit, že danou situaci jedinec může zvládnout, má pro ni predispozice či kompetence. Pocit, že je jedinec schopen ovlivnit danou situaci a cítí se pro ni být kompetentní, zvyšuje zvládání životních těžkostí a lepší překonávání obtíží (Křivohlavý, 2003).

#### **4.4. Chování typu A/B**

Postulát je založen na stylu chování jedince. Pod chováním typu A si můžeme představit jedince, který je soutěživý, netrpělivý, pracovitý, usilující o maximální výkon a často pociťující časovou tíseň. Tento stav zároveň není kompenzován odpočinkem těla či duše (odregování či odpočinek je vnímán jako ztráta času). Není výjimkou, že tyto

osoby musí kompenzovat svou únavu jinak, a to často povzbuzujícími látkami. Chování typu B můžeme pokládat za pravý opak chování typu A. Dominantní je pro něj životospráva (výživa, odpočinek, odreagování) a vysoká výkonnost, pracovní povinnosti či ocenění se přesouvají na druhou kolej (Paulík, 2012).

#### **4.5. Sense Of Coherence**

*Sense of coherence* (SOC), v češtině smysl pro koherenci, soudržnost nebo integritu, je pojem, který zavedl izraelský sociolog medicíny Aaron Antonovsky (Hartl, Hartlová)

Antonovsky si všiml, že mezi židy, kteří přežili koncentrační tábor, je patrný rozdíl - jedna skupina se obtížně adaptovala na běžný život, kdežto druhá naopak vykazovala mimořádnou schopnost vyrovnávat se s problémy. Celkem přibližně 78% přeživších vězňů mělo problém jak s adaptací, tak s vážnými zdravotními následky. Antonovsky se, na rozdíl od svých kolegů, kteří prostřednictvím patogenetického přístupu spíše zkoumali nemoci a jejich možné táborové patogeny, zaměřil na zbylých 22% bývalých koncentračních vězňů a zajímalo ho, jaká je příčina jejich snadnější adaptace a menšího výskytu zdravotních obtíží. Zabýval se tedy takzvanou salutogenezí neboli faktory, které vedou ke zdraví jedince a k nezdolnosti jeho osobnosti. Nezajímal se o samotné choroby, nýbrž o takzvané generalizované rezistenční zdroje, což jsou velice rozmanité a individuální zdroje, které účinně bojují se stresory působícími na člověka. (Koukola, 2000, Mareš, 2012).

Stejným směrem také ve svých úvahách mířil V. E. Frankl, vídeňský lékař, který sám prošel několika koncentračními tábory. Práce Frankla a Antonovského je v jistém smyslu velice blízká, jelikož Frankl, zakladatel logoterapie, zjistil, že lidé, kteří pochopili a našli smysl života a jeho úděl, zvládali o mnoho lépe jak obtížné životní situace, tak i extrémně zátěžové situace, na rozdíl od těch, kteří smysl života postrádali (Frankl, 1999).

Na základě svého zkoumání předložil předpoklad, že klíčem je nejspíše celková charakteristika postoje k životu, kterou považoval za bazální strukturu osobnosti. Zkoumal tedy společný rys mezi těmi, kteří neutrpěli zdravotní újmu, a nazval jej "vědomí souvztažnosti". Tento koncept známý jako SOC - *sense of coherence* byl také převzat do češtiny a Křivohlavým přeložen jako koherence, smysl pro integritu. Antonovsky jej rozdělil na tři dimenze, které mohou mít kladné i záporné póly. Dané tři charakteristiky

SOC jsou srozumitelnost, zvládnutelnost, smysluplnost (Hoskovcová, 2006; Křivohlavý, 1990, 2006; Mandincová, 2011):

- Srozumitelnost, v originále "comprehensibility", můžeme brát jako kognitivní aspekt. Můžeme si pod tím představit, jak je pro nás daná situace srozumitelná, smysluplná, předvídatelná a jak chápeme svět a naše místo v něm (Hoskovcová, 2006; Mandincová, 2011). Srozumitelnost si tedy můžeme představit následovně: život nebo daná situace mi připadá srozumitelná a smysluplná, děje se tak z určitého důvodu; nebo naopak, daná situace mi připadá chaotická, svět nemá řád a ať se zachovám jakkoliv, nemůžu předvídat, co se stane.
- Zvládnutelnost neboli "manageability" můžeme chápat jako stránku konativní. Jde o přesvědčení člověka, zda má nebo nemá prostředky ke zvládnání nároků, které jsou na něj kladeny, a k překonávání obtížných situací či požadavků. Jednoduše řečeno, jde o to, jestli si myslíme, že daný úkol zvládneme a máme na něj predispozice, nebo ne (Hoskovcová, 2006; Křivohlavý, 1990; Mandincová, 2011). V praxi to znamená, zda si člověk před danou situací pomyslí: „ano, mám na to a zvládnou to, i když to bude těžké“, nebo „tak na to nemám, tohle není situace pro mě zvládnutelná“.
- Smysluplnost, v originále "meaningfulness", můžeme chápat jako aspekt motivační. Jedná se o to, zda je daná situace výzvou, která pro nás představuje dostatečnou odměnu, a máme motivaci věnovat jí své úsilí. Jde o to vidět v našem chování smysl, vědět co a proč se děje a mít pocit, že i naše úsilí je smysluplné (Hoskovcová, 2006; Křivohlavý, 1990; Mandincová, 2011). Opět si tuto charakteristiku můžeme představit v pozitivním aspektu jako: „ano, tahle situace se děje z jistého důvodu a stojí za to snažit se ji překonat“, nebo z negativního pohledu: „je zbytečné se snažit tuhle situaci zvládnout, nemá smysl vynakládat na ni takové úsilí“.

Lidé, kteří u všech tří dimenzí inklinují ke kladnému pólu, se vyznačují mimořádnou odolností vůči vnějším tlakům, mají představy a plány, co v životě dělat a čeho chtějí dosáhnout, v těžkých situacích se nevzdávají a také je lépe zvládají. Pracovníci s vysokým SOC vykazují v menší míře syndrom vyhoření (Mandincová, 2011).

Smysl pro koherenci je také základem optimistického postoje, globální orientací v životě, náhledem na svět. Člověk pak vnímá svou vlastní hodnotu, je schopen vyrovnat se s realitou a má pocit, že zvládne nároky a problémy, které mu život připraví. Věří v sám

sebe a je přesvědčen o smysluplnosti světa a svého počínání. „Dle Antonovského definice znamená koherence rozsáhlou, trvalou a dynamickou víru v to, že život a požadavky, jež na nás klade, jsou srozumitelné (*comprehensive*), zvladatelné (*manageable*) a smysluplné (*meaningful*)“ (Nürnbergger, 2011, 21).

Smysl pro soudržnost je globální rys, který vystihuje dynamický pocit důvěry ve strukturovanost, předvídatelnost a pochopitelnost podnětů z prostředí, víru v dostupnost zdrojů, které umožní zvládat požadavky těchto podnětů a také pochopení těchto podnětů jako hodných k investování svého času a angažování se. Tyto faktory jsou zárukou integrity osobnosti při extrémních situacích. Každá škála má také svou důležitost. Autor teorie předpokládal, že největší důležitost má smysluplnost následována srozumitelností (stejně tak klade smysluplnost na první místo také Křivohlavý, 2006). Samozřejmě dané škály mohou dosahovat pozitivních či negativních výsledků, ať už ve všech třech komponentách, nebo se můžou různě kombinovat - dvě kladné, jedna záporná či dvě záporné a jedna kladná (Antonovsky, 1987).

Popis kombinací těchto komponent ve své disertační práci výstižně zachycuje Pelcák (2008):

- Pokud jsou všechny tři komponenty buď vysoké, nebo nízké, jedná se o relativně stabilní strukturu, při níž jedinec vidí svět buď koherentně, nebo inkoherentně.
- Situaci, při níž se vyskytuje nízká srozumitelnost a vysoká zvládnutelnost, vidáme zřídka, jelikož tyto dvě komponenty se sebou pozitivně korelují (pokud vidíme svět nesrozumitelný, zřídka ho budeme zvládat, protože právě pro zvládnutí situací potřebujeme vysokou srozumitelnost).
- Pokud se objeví vysoká srozumitelnost společně s nízkou zvládnutelností, můžeme předpokládat velice silnou tendenci ke změně danou potřebou smysluplnosti, tedy cesty najít smysl jednání.

V pojetí SOC je patrná inspirace v teoretických východiscích existenciálního směru, například v souvislosti s potřebou smyslu života, o kterém mluvil zakladatel logoterapie V. Frankl. Ten postuloval, že člověk musí vnímat také smysluplnost svého života a počínání a že specifickou lidskou vlastností je vůle ke smyslu. Pokud smysl chybí, jedinec je ve stavu duchovní nouze, kterou nazval existenciální frustrací, a ta může vést k prázdnotě, psychickým poruchám a dokonce i k poruchám fyzickým (Frankl, 1994).

K měření smyslu pro integritu se používá dotazník SOC, který vytvořil Antonovsky. Měří všechny tři dimenze a více si jej popíšeme v praktické části, jelikož je to jedna z metod, kterou jsem u probandů aplikovala. Výzkumy zahrnující koncept SOC jsou četné - za naše tuzemské autory můžeme zmínit například výzkumy vztahu SOC a neuroticismu, úzkosti, depresi, pracovní zátěží (Paulík, 2012).

## II. Empirická část

### 5. Výzkumný problém a hypotézy

V následující kapitole si přiblížíme výzkumný problém, kterým se v této práci zabývám, a stanovíme si hypotézy, jež následně budeme ověřovat.

#### 5.1. Výzkumný problém

Jak jsme si nastínili v teoretické části, každá osoba má jinou schopnost odolnosti. Já se ve své práci zabývám pojmem „sense of coherence“, což je smysl pro soudržnost osobnosti, který se skládá ze tří složek. Antonovsky, jak již bylo řečeno v teoretické části, pod tímto pojmem rozuměl vnitřní koherenci člověka a jeho postoj k životu, který ovlivňuje to, jak se jedinec vypořádává s událostmi, které mu bytí na tomhle světě nachystá. Dále se věnuji postojům ke smrti, což je dynamická součást jedince související s vývojem chápání smrti a jeho zkušenostmi. Mě zajímalo, zda spolu postoj ke smrti a postoj k životu v rámci pojetí smyslu pro soudržnost nějak souvisí. Dále mne zajímalo, jaký mají postoj ke smrti a smysl pro koherenci pracovníci, kteří se setkávají s nemocnými a umírajícími. Pracovat s nemocným nebo umírajícím člověkem samozřejmě jedince ovlivňuje a zasahuje to také do jeho postoje ke smrti či vnitřní soudržnosti. Zaměřila jsem se tedy na pracovníky nemocnic a hospiců, u kterých budeme sledovat možný rozdíl ve skórech dotazníků.

#### 5.2. Hypotézy

Konkrétní cíle výzkumného problému můžeme formulovat do těchto hypotéz.

- **Hypotéza H1:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích v celkovém dosaženém skóre v dotazníku SOC.*
- **Hypotéza H2:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích ve skóre na škále „fear of death“ dotazníku DAP-R.*
- **Hypotéza H3:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích ve skóre na škále „death avoidance“ dotazníku DAP-R.*
- **Hypotéza H4:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích ve skóre na škále „neutral acceptance“ dotazníku DAP-R.*



- **Hypotéza H5:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích ve skóre na škále „approach acceptance“ dotazníku DAP-R.*
- **Hypotéza H6:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích ve skóre na škále „escape acceptance“ dotazníku DAP-R.*
- **Hypotéza H7:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „fear od death“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků hospiců.*
- **Hypotéza H8:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „death avoidance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků hospiců.*
- **Hypotéza H9:** *Neexistuje statisticky významná korelace mezi škálou „neutral acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků hospiců.*
- **Hypotéza H10:** *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi škálou „approach acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků hospiců.*
- **Hypotéza H11:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „escape acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků hospiců.*
- **Hypotéza H12:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „fear od death“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků nemocnic.*
- **Hypotéza H13:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „death avoidance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků nemocnic.*
- **Hypotéza H14:** *Neexistuje statisticky významná korelace mezi škálou „neutral acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků nemocnic.*
- **Hypotéza H15:** *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi škálou „approach acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků nemocnic.*

- **Hypotéza H16:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „escape acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků nemocnic.*

## 6. Popis zvoleného metodologického rámce a metod

### 6.1. Typ výzkumu

Zvolené uplatnění výzkumu spadá do kvantitativního typu, což znamená, že se dané výsledky snažím kvantifikovat, tedy analyzovat s pomocí čísel. Mým cílem je tedy testovat dané hypotézy deduktivní formou. V kvantitativním výzkumu se snažíme podívat se na výsledky zkoumání holisticky, tedy v celé své šíři a možných rozměrech. Jde o to zpracovat data v ohledu na jejich návaznost a souvislost (Ferjenčík, 2000).

### 6.2. Metody získávání dat

Metodou získání dat byly dva dotazníky: SOC a DAP-R.

#### SOC

Dotazník SOC (sense of coherence) vychází z Antonovského koncepce SOC neboli smyslu pro soudržnost, kterou jsme si popsali v teoretické části. Do českého jazyka byl přeložen Křivohlavým.

Dotazník obsahuje celkem 29 položek, které jsou rozděleny do tří škál – srozumitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost. Ve škále srozumitelnost se nachází 11 položek, na škále zvládnutelnost 10 položek a 8 položek spadá na škálu smysluplnosti. Minimální celkový skóre v dotazníku SOC je 29 bodů a maximální 203 bodů. 13 položek je reverzních.

#### DAP-R

*Death Attitude Profile - Revised* (dále jen DAP-R), nástroj k zjišťování postojů ke smrti, revidovaná verze, byl původně bez revize postaven na základě existencionálního přístupu a rozšířen pro měřitelnost pozitivních dimenzí postojů ke smrti, jako například přijetí smrti (lidé, kteří vidí v životě smysl a přijmou fakt své smrtelnosti, dosahují určitého stupně přijetí smrti) (Wong, Reker, Gesser, 1994).

DAP-R se skládá z 32 otázek, které se dělí na pět dimenzí neboli subškál, které dohromady tvoří postoje ke smrti. Na každou položku proband odpovídá možnostmi škály, která je podobná Lickertově škále. Položky jsou od "naprosto nesouhlasím" (1) až po "naprosto souhlasím" (7), s možností "nevím" (4). Minimální počet bodů je tedy 32 a maximální 224. Dotazník obsahuje jak pozitivní postoj ke smrti (přijetí smrti), tak negativní postoje ke smrti (strach ze smrti). Dané položky se následně rozdělí do subškál a sečtou se jejich skóre. V originále jsou všechny subškály následující: fear of death, death

avoidance, neutral acceptance, approach acceptance, escape acceptance. Pro větší přehlednost jsem ke každé škále přiřadila zkratku, kterou budu používat i nadále. Pojdme si teď každou dimenzi přeložit do češtiny a vysvětlit její význam.

- **Fear of Death (FD)**

Dimenze zahrnující strach ze smrti. Skládá se ze sedmi položek, takže minimální počet bodů na této škále je sedm, maximální poté 49. Nachází se zde položky jako například „Smrt je bezpochyby hrozivá zkušenost“ nebo „vyhlídka na mou vlastní smrt ve mně vzbuzuje úzkost“. Tato škála vyjadřuje negativní postoj ke smrti.

- **Death Avoidance (DA)**

Škála DA je charakteristická vyhýbáním se smrti. Jedná se o záměrné odhánění myšlenek na smrt, které v člověku způsobují úzkost. Stejně jako předchozí škála i tato vyjadřuje negativní postoj ke smrti. Jedná se o pět položek, takže nejmenší skóre je 5 bodů, nejvyšší potom 35. Příkladem otázek může být „Snažím se nemyslet na smrt“ nebo „Snažím se nemít nic společného s tématem smrti“.

- **Neutral Acceptance (NA)**

Dimenze neutrální akceptance obsahuje pět položek, takže obdobně jako u dřívější škály můžeme dosahovat od 5 do 35 bodů. Touto škálou se chce říci, že smrt je brána jako přirozená součást života, je lidským údělem a je neoddělitelná. Zároveň smrt nevítá, ale ani neodsuzuje, zastává k ní neutrální přístup. Typickými položkami jsou například „Smrt není ani dobrá, ani špatná“ nebo „Smrt je přirozená součást života“.

- **Approach Acceptance (AA)**

Škála vyjadřující pozitivní akceptaci a přístup ke smrti. Znamená to tedy, že dotyčný se na smrt „těší“ a představuje pro něj možnost dostat se na místo, kde bude blaho a dobře. Zahrnuje také víru v posmrtný život. Obsahuje deset položek, takže body se mohou pohybovat v rozmezí od 10 do 70. Pro příklad můžeme uvést: „Smrt je vstupem na místo konečného uspokojení“ nebo „Těším se na život po smrti“.

- **Escape Acceptance (EA)**

Dimenze, která zahrnuje pět položek vypovídajících o přístupu ke smrti jako vysvobozující skutečnosti, která jedinci pomůže ukončit trápení a vymanit se z utrpení prožívajících na tomhle světě. Minimální počet bodů je 5, maximální 35. V této dimenzi

jsou položky, jako například „Smrt nabízí možnost úniku z tohoto hrozného světa“ nebo „Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení“.

Jak můžeme vidět, počet bodů v jednotlivých subškálách nám dává různý výsledek. Pokud budeme mít plný počet bodů ve škále FD (strach ze smrti), bude to značit, že jedinec vykazuje obavy ze smrtelnosti. Naopak nejvyšší počet bodů na škále AA (pozitivního přístupu ke smrti) bude značit nízkou míru strachu ze smrti a její pozitivní přijetí. Z toho vyplývá, že nehodnotíme celkový skór, ale každou subškálu hodnotíme u každého jedince zvlášť.

DAP-R byl jako první ověřen na vzorku celkem 300 lidí, sto bylo z věkové skupiny 18-29 let, dalších sto z věkové skupiny 30-59 let a poslední stovka probandů byla z věkové skupiny 60-90 let (Wong, Reker, Gesser, 1994).

Pechová, Machů, Dostál (2012) testovali reliabilitu všech pěti škál dotazníku DAP-R. Byla prokázána vysoká vnitřní konzistence, a to hlavně u čtyř škál – approach acceptance (0,93), death avoidance (0,91), fear of death (0,86), escape acceptance (0,81). Pátá škála, neutral acceptance, měla reliabilitu výrazně nižší (0,68).

## 7. Sběr dat

Celkový záznamový arch se skládal z osobních a demografických údajů (pohlaví, věk, bydliště, náboženské vyznání), z dotazníku DAP-R a dotazníku SOC.

Takto zkompleťovaný záznamový arch jsem nechala vyplnit deset lidí, abych předešla případným nesrovnalostem a nesrozumitelnostem v testu. Znění položek dotazníku DAP-R a SOC jsem ponechala a neupravovala, aby se nenarušila konstrukce dotazníku. Na konci jsem ponechala místo pro respondentovy poznámky, připomínky či nápady. Samozřejmostí bylo také uvedení kontaktu na mou osobu v případě nesrovnalostí, nebo pokud by respondent chtěl zpětnou vazbu.

Poté jsem oslovovala nemocnice a hospice v České Republice s prosbou o vyplnění. Pokud oslovené nemocnice či hospice vyjádřily souhlas s testováním, proběhla domluva ohledně dopravy dotazníků – papírovou či elektronickou formou. Metoda sběru dat tedy byla záměrná, přes instituci, a šlo o jednorázové šetření.

### 7.1. Metoda zpracování a analýza dat

Dotazníky byly následně přebrány a bylo zjišťováno, jestli jsou kompletně vyplněné. Nekompletně vyplněné dotazníky byly vyřazeny. Dva dotazníky nebyly vyplněny, tím pádem ani nebyly započítány do analýzy dat, nicméně byly ponechány pro diskuzi kvůli komentáři v něm uvedeném. Vytisknuté dotazníky vyplňované elektronickou formou jsem nakódovala do počítačového programu Excel. Proměnné, například pohlaví, jsem kódovala pod číselnými hodnotami (muži = 1, ženy = 2). Dotazník DAP-R byl skórován dle výroků na číselné hodnoty po vzoru Lickertových škál od 1 do 5, jak je to uvedeno v manuálu. U dotazníku SOC proběhl přepočítání reverzních položek. Následně jsem spočítala skóre v jednotlivých škálách dotazníků a skóre celkové.

Takto připravená data jsem poté zpracovala statistickou analýzou, konkrétně v programu Statistica a SPSS. Byly provedeny Pearsonovy korelace mezi dotazníky a vybranými skupinami. Dále byla ověřena normalita dat pomocí Shapiro-Wilkovým testem normality. U většiny škál bylo zjištěno normální rozložení, takže se použil Studentův t-test. V případě porušení normality rozložení (škály DAP-R death avoidance, DAP-R neutral acceptance, SOC smysluplnost) byl použit neparametrický Mann-Whitney U test.

## 8. Výzkumný soubor

Výzkum byl proveden na pracovnících hospiců a nemocnic. Celkový počet byl 13 zařízení nemocničních a 7 hospicových. V nemocničních zařízeních se výzkumu účastnilo celkem 119 respondentů a v hospicových zařízeních celkem 43 respondentů. Nižší počet pracovníků hospice je dán menším počtem zařízení a také menším počtem pracovníků v nich. Z celkového počtu 119 pracovníků v nemocnici bylo 110 žen a 9 mužů. Celkový vzorek obsahoval většinou zdravotnické sestry, jelikož, jak bylo předesláno v teoretické části, právě ty jsou s pacientem nejčastěji v kontaktu, pouze jeden respondent byl lékař. Zdravotnické sestry byly z různých oddělení – interní obory, dětská oddělení, onkologická oddělení, jednotky intenzivní péče. U respondentů z hospiců je to 38 žen a 5 mužů. Průměrný věk respondentů nemocničních zařízení je 35,8 let (SD 11,725), přičemž nejmladší respondent měl 18 let, nejstarší 59 let. Co se týče respondentů hospicových, jejich průměrný věk byl 42,65 let (SD 9,606), nejmladší respondent měl 23 let, nejstarší 56 let. Náboženské vyznání se vyskytovalo u pracovníků v nemocnici v poměru 83 ateistů/bez vyznání a 36 věřících, u pracovníků hospiců to bylo 20 ateistů/bez vyznání a 23 věřících. Když se zaměříme na demografické údaje a rozložení krajů, jsou zastoupeny následující: Moravskoslezský kraj, Olomoucký kraj, Jihočeský kraj, kraj Jihomoravský, Pardubický kraj, Praha, Středočeský kraj, Zlínský kraj, Plzeňský kraj, Karlovarský kraj, kraj Královehradecký, Liberecký kraj.

Otázka náboženského vyznání byla po pilotním výzkumu ponechána volná. Ukázalo se totiž, že mnoho lidí je například pokřtěných, ale jako věřící se necítí nebo nevěří v oficiální církev, nýbrž například v „něco vyššího“, co není Bůh. Z tohoto důvodu jsem vydělila dvě skupiny – bez vyznání a poté věřící, kteří zahrnují náboženství (křesťanství, římskokatolická církev, hinduismus, buddhismus, v boha – ale bez příslušenství k církvi,...).

## 9. Etické aspekty výzkumu

Pro ochranu soukromí a osobních údajů respondenti nevyplňovali žádné osobní údaje, podle kterých by mohli být identifikováni jak na základě svých odpovědí, tak zdravotnického zařízení. Jména zdravotnických zařízení, která k dotazníkovému šetření dala souhlas, z výše uvedeného důvodu neuvádím. Nic to však nemění na tom, že jsem všem zařízením od srdce vděčná a velice si vážím jejich pomoci při realizaci praktické části.

Možným problémem mohlo být téma, které může být pro spoustu lidí nepříjemné. Účast na výzkumu byla dobrovolná a každý pracovník se mohl rozhodnout, zda dotazník vyplní, či nikoliv.

Žádný respondent nebyl klamán, všechny náležitosti byly objasněny před vyplněním dotazníku. Všichni respondenti spolupracovali dobrovolně a všem respondentům byl také nabídnut kontakt pro případné otázky či nejasnosti. Také bylo nabídnuto zaslání hotové magisterské práce k nahlédnutí, a to nejen respondentům, ale především zařízením, která zprostředkovala výzkum.



## 10. Výsledky

### 10.1. Deskriptivní statistika

Zkoumaný soubor byl složen ze 162 participantů. Přesné rozdělení dle pohlaví je následující (viz tabulka 1). V nemocnicích se účastnilo šetření 119 zaměstnanců, z toho 9 mužů (7,6%) a 110 žen (92,4%). V hospicích se na výzkumu podílelo 43 osob, z toho 5 mužů (11,6%) a 38 žen (88,4%).

zaměstnání		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nemoc Valid	Muž	9	7,6	7,6	7,6
	Žena	110	92,4	92,4	100,0
	Total	119	100,0	100,0	
Hospic Valid	Muž	5	11,6	11,6	11,6
	Žena	38	88,4	88,4	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

Tabulka 1

Účastníci výzkumu také odpovídali na otázku náboženského vyznání. Otázka náboženského vyznání byla otevřená, jelikož v pilotním výzkumu se tato možnost jevila jako nejlepší. Zjistilo se, že lidé rádi specifikují svou víru a ani odpovědi tohoto dotazníku nebyly výjimkou. Pro lepší orientaci byli tedy rozděleni do dvou skupin – lidé, kteří se vyhranili jako ateisté a nevěřící a ostatní, kteří uvedli, „že v něco věří“. Do druhé kategorie spadali lidé jak věřící v oficiální náboženství (evangelíci, římskokatolíci,...), tak lidé věřící například v Boha bez oficiálního zařazení, nepraktikující věřící, věřící v hinduismus či buddhismus, lidé věřící v sebe sama. Takové rozdělení se může zdát nedostatečné, nicméně pro naše účely to nyní stačí. Mou vizí je rozpracovat právě toto téma do rigorózní práce, přesně vymezit a rozdělit skupiny probandů dle náboženství a tuhle část lépe prozkoumat, stejně tak rozpracovat podrobněji korelace mezi skupinou „čistých ateistů“ a „čistých věřících“. V tabulce 2 tedy můžeme vidět rozložení ateistů a věřících v nemocnicích a hospicích. V nemocnici z celkového počtu 119 respondentů bylo 83 ateistů (69,7%) a 36 věřících (30,3%). V hospicích se tento poměr nepatrně odlišoval - z 43 respondentů se za ateisty považovalo 20 lidí (46,5%) a za věřící 23 lidí (53,5%).

### Vyznání

zaměstnání		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nemoc Valid	Ateista	83	69,7	69,7	69,7
	Věřící	36	30,3	30,3	100,0
	Total	119	100,0	100,0	
Hospic Valid	Ateista	20	46,5	46,5	46,5
	Věřící	23	53,5	53,5	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

Tabulka 2

Dle demografického rozložení účastníků výzkumu se můžeme zaměřit také na rozložení krajů (viz tabulka 3). Jedná se o bydliště účastníka výzkumu, nikoliv o umístění zdravotnického zařízení (je možné, že proband bydlí v jiném kraji, než ve kterém pracuje). U souboru pracovníků nemocnic je nejvíce zastoupen kraj Moravskoslezský (53) a poté Olomoucký (43). U výzkumného souboru pracovníků hospiců je nejvíce zastoupen kraj Plzeňský (11) a Moravskoslezský (8).

### Kraj

zaměstnání		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nemoc Valid	jihocheský	6	5,0	5,0	5,0
	jihomoravský	2	1,7	1,7	6,7
	moravskoslezský	53	44,5	44,5	51,3
	olomoucký	43	36,1	36,1	87,4
	pardubický	1	,8	,8	88,2
	praha	1	,8	,8	89,1
	středočeský	9	7,6	7,6	96,6
	zlínský	4	3,4	3,4	100,0
	Total	119	100,0	100,0	
	Hospic Valid	karlovarský	3	7,0	7,0
královehradecký		7	16,3	16,3	23,3
liberecký		2	4,7	4,7	27,9
moravskoslezský		8	18,6	18,6	46,5
neuveđen		1	2,3	2,3	48,8
olomoucký		7	16,3	16,3	65,1
plzeňský		11	25,6	25,6	90,7
praha		4	9,3	9,3	100,0
Total		43	100,0	100,0	

Tabulka 3

Popisná statistika u pracovníků v nemocnici dle dosažených bodů v dotaznících DAP-R a SOC (viz tabulka 4). V tabulce můžeme vidět počet pracovníků, kteří vyplňovali dotazník (N=119), poté minimální počet získaných bodů na každé škále (minimum), maximální získané body na každé škále (maximum), poté průměrnou hodnotu (mean) a standardní odchylku (st.deviation).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
DAP-R I FoD	119	7	46	28,69	8,966
DAP-R II DA	119	5	35	20,18	7,339
DAP-R III NA	119	5	22	10,78	3,537
DAP-R IV AA	119	11	70	40,54	13,928
DAP-R V EA	119	5	33	17,42	6,510
SOC I sroz	119	28	70	46,62	8,859
SOC II zvlád	119	32	66	48,99	7,266
SOC III smysl	119	28	55	44,17	6,275
SOC total	119	98	190	139,78	18,787
Valid N (listwise)	119				

Tabulka 4

Popisná statistika u pracovníků v hospicích dle dosažených bodů v dotaznících DAP-R a SOC (viz tabulka 5). V tabulce můžeme vidět počet pracovníků, kteří vyplňovali dotazník (N=43), poté minimální počet získaných bodů na každé škále (minimum), maximální získané body na každé škále (maximum), poté průměrnou hodnotu (mean) a standardní odchylku (st.deviation).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
DAP-R I FoD	43	23	49	36,88	6,832
DAP-R II DA	43	14	35	27,33	5,887
DAP-R III NA	43	5	25	11,56	4,159
DAP-R IV AA	43	10	70	36,70	13,837
DAP-R V EA	43	5	33	18,65	6,399
SOC I sroz	43	31	69	50,26	7,480
SOC II zvlád	43	32	65	51,81	6,895
SOC III smysl	43	38	56	47,42	4,210
SOC total	43	104	187	149,49	15,130
Valid N (listwise)	43				

Tabulka 5

Dále bych zde ještě chtěla zmínit komentáře, které někteří respondenti uváděli na závěr dotazníku. Každý měl tedy možnost pro další připomínky. Nejčastěji se objevovalo, že se lidé nebojí smrti, ale umírání. Otázkou je tedy, zda se lidé bojí toho, co přijde či nepřijde po smrti, nebo umírání samotného – například bolesti či toho kde a jak budou umírat. Další častou poznámkou bylo, že je dotazník orientován především na věřící část populace. Na konci dotazníku byly poznámky, že je těžké odpovědět na víru v posmrtný život nebo shledání s Bohem, když v to nevěří.

Mezi dalšími poznámkami respondentů bylo uvedeno, že se otázky často opakují, že je dotazník dlouhý či že jsem „vadná“ a pokládám „divné otázky“. Jak již bylo řečeno, použité metody jsou dotazníky DAP-R a SOC a otázky jsem nikterak neupravovala.

## 10.2. Výsledky testování platnosti hypotéz

**Hypotéza H<sub>1</sub>:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích v celkovém dosaženém skóre v dotazníku SOC.*

Průměrný skór pracovníků hospiců na této škále je 149,49 (SD 15,130), průměrný skór pracovníků v nemocnicích je 139,78 (SD 18,787). Levenův test vykazuje hodnotu  $F = 4,529$  pro hladinu významnosti  $p < 0,05$ , což značí statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a pracovníky v nemocnicích. T-test prokazuje, že rozdíl mezi průměry obou souborů dosahují hladiny významnosti  $p < 0,05$ . **Hypotéza H<sub>1</sub> je tudíž potvrzena a můžeme ji přijmout.**

**Hypotéza H<sub>2</sub>:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích ve skóre na škále „fear of death“ dotazníku DAP-R.*

Průměrný skór pracovníků hospiců na této škále je 36,88 (SD 6,832), průměrný skór pracovníků v nemocnicích je 28,69 (SD 8,966). Levenův test vykazuje hodnotu  $F = 4,405$  pro hladinu významnosti  $p < 0,05$ , což značí statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a pracovníky v nemocnicích. T-test prokazuje, že rozdíl mezi průměry obou souborů dosahují hladiny významnosti  $p < 0,05$ . **Hypotéza H<sub>2</sub> je tudíž potvrzena a můžeme ji přijmout.**

**Hypotéza H<sub>3</sub>:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích ve skóre na škále „death avoidance“ dotazníku DAP-R.*

Mann-Whitney U test vykazuje hodnotu  $Z = 5,3434$  pro hladinu významnosti  $p < 0,05$ , což značí statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a pracovníky v nemocnicích. **Hypotéza H<sub>3</sub> je tudíž potvrzena a můžeme ji přijmout.**

**Hypotéza H<sub>4</sub>:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích ve skóre na škále „neutral acceptance“ dotazníku DAP-R.*

Mann-Whitney U test vykazuje hodnotu  $Z = 0,8764$  pro hladinu významnosti  $p > 0,05$ , což značí, že zde není statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a pracovníky v nemocnicích. **Hypotéza H<sub>4</sub> je tudíž neplatná a zamítám ji.**

**Hypotéza H<sub>5</sub>:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích ve skóre na škále „approach acceptance“ dotazníku DAP-R.*

Průměrný skór pracovníků hospiců na této škále je 36,70 (SD 13,837), průměrný skór pracovníků v nemocnicích je 40,54 (SD 13,928). Levenův test vykazuje hodnotu  $F = 0,300$  pro hladinu významnosti  $p > 0,05$ , což značí, že zde není statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a pracovníky v nemocnicích. T-test prokázal hladinu významnosti mezi průměry obou souborů  $p > 0,05$ . **Hypotéza H<sub>5</sub> je tudíž neplatná a zamítám ji.**

**Hypotéza H<sub>6</sub>:** *Existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a mezi pracovníky v nemocnicích ve skóre na škále „escape acceptance“ dotazníku DAP-R.*

Průměrný skór pracovníků hospiců na této škále je 18,65 (SD 6,399), průměrný skór pracovníků v nemocnicích je 17,42 (SD 6,510). Levenův test vykazuje hodnotu  $F = 0,562$  pro hladinu významnosti  $p > 0,05$ , což značí, že zde není statisticky významný rozdíl mezi pracovníky hospiců a pracovníky v nemocnicích. T-test prokázal hladinu významnosti mezi průměry obou souborů  $p > 0,05$ . **Hypotéza H<sub>6</sub> je tudíž neplatná a zamítám ji.**

**Hypotéza H<sub>7</sub>:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „fear od death“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků hospiců.*

Pearsonova korelace prokazuje mezi škálou „fear of death“ a celkovým skórem dotazníku SOC u pracovníků hospiců pozitivní korelaci ( $r = 0,3263$ ) na hladině významnosti  $p < 0,05$ . **Z tohoto důvodu hypotézu H<sub>7</sub> zamítám.**

**Hypotéza H<sub>8</sub>:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „death avoidance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků hospiců.*

Pearsonova korelace neprokázala mezi škálou „death avoidance“ dotazníku DAP-R a celkovým skóre dotazníku SOC u pracovníků hospiců žádnou korelaci na hladině významnosti  $p < 0,05$ . **Z tohoto důvodu hypotézu H<sub>8</sub> zamítám.**

**Hypotéza H<sub>9</sub>:** *Neexistuje statisticky významná korelace mezi škálou „neutral acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků hospiců.*

Pearsonova korelace neprokázala mezi škálou „neutral acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skóre dotazníku SOC u pracovníků hospiců žádnou korelaci na hladině významnosti  $p < 0,05$ . **Z tohoto důvodu hypotézu H<sub>9</sub> přijímám.**

**Hypotéza H<sub>10</sub>:** *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi škálou „approach acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků hospiců.*

Pearsonova korelace neprokázala mezi škálou „approach acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skóre dotazníku SOC u pracovníků hospiců žádnou korelaci na hladině významnosti  $p < 0,05$ . **Z tohoto důvodu hypotézu H<sub>10</sub> zamítám.**

**Hypotéza H<sub>11</sub>:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „escape acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků hospiců.*

Pearsonova korelace neprokázala mezi škálou „escape acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skóre dotazníku SOC u pracovníků hospiců žádnou korelaci na hladině významnosti  $p < 0,05$ . **Z tohoto důvodu hypotézu H<sub>11</sub> zamítám.**

**Hypotéza H<sub>12</sub>:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „fear od death“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků nemocnic.*

Pearsonova korelace prokazuje mezi škálou „fear of death“ a celkovým skórem dotazníku SOC u pracovníků nemocnic pozitivní korelaci ( $r = 0,2393$ ) na hladině významnosti  $p < 0,05$ . **Z tohoto důvodu hypotézu H<sub>12</sub> zamítám.**

**Hypotéza H<sub>13</sub>:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „death avoidance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků nemocnic.*

Pearsonova korelace neprokázala mezi škálou „death avoidance“ dotazníku DAP-R a celkovým skóre dotazníku SOC u pracovníků nemocnic žádnou korelaci na hladině významnosti  $p < 0,05$ . **Z tohoto důvodu hypotézu H<sub>13</sub> zamítám.**

**Hypotéza H<sub>14</sub>:** *Neexistuje statisticky významná korelace mezi škálou „neutral acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků nemocnic.*

Pearsonova korelace neprokázala mezi škálou „neutral acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skóre dotazníku SOC u pracovníků nemocnic žádnou korelaci na hladině významnosti  $p < 0,05$ . **Z tohoto důvodu hypotézu H<sub>14</sub> přijímám.**

**Hypotéza H<sub>15</sub>:** *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi škálou „approach acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků nemocnic.*

Pearsonova korelace prokazuje mezi škálou „approach acceptance“ a celkovým skórem dotazníku SOC u pracovníků nemocnic pozitivní korelaci ( $r = 0,1977$ ) na hladině významnosti  $p < 0,05$ . **Z tohoto důvodu hypotézu H<sub>15</sub> přijímám.**

**Hypotéza H<sub>16</sub>:** *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi škálou „escape acceptance“ dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u skupiny pracovníků nemocnic.*

Pearsonova korelace prokazuje mezi škálou „escape acceptance“ a celkovým skórem dotazníku SOC u pracovníků nemocnic pozitivní korelaci ( $r = 0,2064$ ) na hladině významnosti  $p < 0,05$ . **Z tohoto důvodu hypotézu H<sub>16</sub> zamítám.**

## 11. Diskuze

Pojďme si nyní pro větší přehlednost zrekapitulovat hypotézy a podívat se na interpretaci výsledků.

První hypotéza hovořila o dosaženém skóru v dotazníku SOC. Průměrný skór byl signifikantně vyšší u zaměstnanců hospiců (průměrná hodnota 149,49, SD = 15,13) než u zaměstnanců nemocnic (průměrná hodnota 139,78, SD = 18,78). Tento výsledek značí, že lidé pracující v hospicích mají vyšší smysl pro koherenci než lidé pracující v nemocnicích. Může to být například důsledek práce s terminálně nemocnými, což pracovníci mohou pojímat jako smysluplné a díky jejich práci s umírajícími mohou ve větší míře ocenit život a vážit si jej.

Druhá hypotéza hovořila o rozdílu na škále „fear of death“ dotazníku DAP-R mezi pracovníky hospiců a nemocnic. Rozdíl nám vyšel signifikantní, tudíž můžeme usoudit, že pracovníci hospiců mají větší strach ze smrti než pracovníci nemocnic. Stejného výsledku jsme dosáhli také u třetí hypotézy, která se ptala na rozdíl ve škále „death avoidance“ u stejného zkoumaného vzorku. Výsledek může být dán povahou práce zdravotníků v hospicích, kteří pracují s nevléčitelně nemocnými a v rámci paliativní péče se snaží utlumit bolest a vytvořit podmínky k tomu, aby byl odchod z toho světa vnímán jako bezbolestný a snesitelnější. Pracovníci v nemocnicích se snaží zachránit životy a mnoho lidí odchází také zdravých, přičemž víra v uzdravení a oddálení smrti může jejich strach ze smrti snižovat. Musíme samozřejmě zvažovat další faktory, které mohou tyto výsledky ovlivňovat - například religiozita či přítomnost psychologa, který je na pracovišti k dispozici pro psychohygienu pracovníků. Religiozita by mohla hrát významnou roli, jak již ukazoval výzkum Machů, Pechové a Dostála (2012). Jak již bylo zmíněno výše, bylo zjištěno, že religiozita byla jedním z faktorů ovlivňujících škálu „fear of death“ a „death avoidance“ a to tím způsobem, že lidé věřící vykazovali nižší strach ze smrti a vyhýbání se smrti než lidé nevěřící.

Další hypotézy, které se tázaly na signifikantní rozdíl u pracovníků hospiců a nemocnic, byly hypotézy H<sub>4</sub> (škála „neutral acceptance“ dotazníku DAP-R a dotazník SOC), H<sub>5</sub> (škála „approach acceptance“ dotazníku DAP-R a dotazník SOC) a H<sub>6</sub> (škála „escape acceptance“ dotazníku DAP-R a dotazník SOC). Rozdíl nenabyl signifikantních hodnot, tudíž jsem hypotézu zamítla. Napadá mne však otázka, zda si výzkumné skupiny v této oblasti nejsou podobné (pracují s nemocnými a umírajícími) a zda by nevykazovaly



statisticky významný rozdíl například s normativní skupinou představovanou lidmi, kteří ve zdravotnictví nepracují, takže se s nemocnými nebo umírajícími setkávají zřídka. Myslím si, že přidání další výzkumné skupiny by mohlo být velice zajímavé a vhodné pro rozpracování při dalším výzkumu s touto tematikou.

V další sadě hypotéz ( $H_7 - H_{11}$ ) jsme se zabývali korelací jednotlivých škál dotazníku DAP-R a SOC u pracovníků hospiců. V sedmé hypotéze jsme předpokládali, že čím vyšší bude skóre na škále „fear of death“, tím nižší bude smysl pro koherenci. Výsledky však ukázaly opak – pozitivní korelaci. Znamená to tedy, že čím větší smysl pro koherenci pracovníci hospiců mají, tím větší strach ze smrti vykazují. Z daného výsledku můžeme usuzovat, že lidé disponující vysokým smyslem pro koherenci vidí život jako smysluplný, srozumitelný a zvládnutelný a smrti obávají, jelikož pro ně život není něčím strastiplným, ale naopak zajímavým a pěkným, co přináší nové zážitky a výzev. Smrt by znamenala konec tohoto zajímavého života a odnětí nových zážitků a výzev. Ostatní škály dotazníku DAP-R nevykazovaly žádnou korelaci s dotazníkem SOC u pracovníků hospiců.

Další sada hypotéz ( $H_{12} - H_{16}$ ) se věnovala korelacím jednotlivých škál dotazníku DAP-R a SOC u pracovníků nemocnic. Hypotéza  $H_{12}$  se ptala na škálu „fear of death“. Korelace prokázána nebyla vůbec, což je výsledek odlišující se od výsledků pracovníků hospiců. Stejně tak dopadla hypotéza  $H_{13}$ , která korelovala škálu „death avoidance“ s dotazníkem SOC. U hypotézy  $H_{14}$  jsme nepředpokládali žádnou korelaci, což se nám také potvrdilo. Hypotéza  $H_{15}$  však potvrdila pozitivní korelaci mezi škálou „approach acceptance“ a celkovým skórem dotazníku SOC, stejně tak nám pozitivní korelaci ukazuje také škála „escape acceptance“ a celkový skóre dotazníku SOC. Můžeme tedy usuzovat, že čím vyšší smysluplnost, srozumitelnost a zvládnutelnost pracovníci nemocnic vidí ve svém životě, tím více akceptující nebo vysvobozující přístup ke smrti by měli mít. Musíme však také mít na zřeteli, že uvedené korelace jsou sice signifikantní, leč velice slabé.

Zde můžeme vidět rozdíl mezi pracovníky hospiců a pracovníky nemocnic. Zatímco pracovníci hospiců vykazovali pozitivní korelaci se škálou „fear of death“ a dotazníkem SOC, pracovníci nemocnic naopak nevykazovali žádnou korelaci s touto škálou, ale se škálami „approach acceptance“ a „escape acceptance“. Můžeme pouze usuzovat důvody těchto výsledků, které mohou ovlivňovat další faktory (religiozita,

psychohygienu, představy o smrti). Nicméně svou roli také může hrát povaha práce, která je u nemocnice a hospice rozdílná.

V dalším výzkumu by bylo vhodné rozpracovat téma religiozity a také porovnat tyto skupiny s populací mimo zdravotnickou praxi pro větší objektivitu výsledků.

## 12. Závěr

Hlavní dosažené výsledky tedy jsou:

- pracovníci hospiců vykazují větší smysl pro soudržnost než pracovníci nemocnic
- pracovníci hospiců vykazují větší strach ze smrti a vyhýbání se smrti než pracovníci nemocnic
- byla zjištěna pozitivní korelace mezi škálou strachu ze smrti dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u pracovníků hospiců
- byla zjištěna pozitivní korelace mezi škálami pozitivního přijetí a vyhýbajícího se přijetí dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC u pracovníků nemocnic
- škála neutrálního přijetí nekorelovala se žádnou z výše uvedených skupin

## Souhrn

V této diplomové práci jsme se věnovali postojům ke smrti a smyslu pro koherenci dle Antonovského u pracovníků nemocnic a hospiců.

Na začátku práce jsme se věnovali problematice smrti a historickému vnímání jejího pojetí. Ukázali jsme si, jak byla smrt chápána na přelomu 17. a 18. století; dále jsme se zabývali zvyklostmi a jejich postupnými proměnami napříč historií a kulturami. Hlavní změnou byl způsob umírání – dříve lidé umírali doma, obklopeni rodinou a smrt patřila do domácnosti, byla součástí života. Lidé se rodili, pracovali a postupně viděli odcházet své blízké, přejímali jejich role a poté umírali sami, obklopeni rodinou podobně, jako jejich předci. Postupnou urbanizací, přechodem lidí z vesnic do měst a také stále rozvinutějším technologickým vývojem se však smrt z domova přesunula do nemocnic, takže má dnes umírání pro lidi jiný význam. Nyní lidé nejsou zvyklí dívat se na své příbuzné, kteří odcházejí. Můžeme vidět jisté tabuizování smrti. Další téma pojící se ke smrti bylo její ontogenetické pojetí, tedy vznik chápání smrti v rámci chronologického a kognitivního vývoje dítěte. Lidé se rodí smrtelní, nicméně pocit smrtelnosti získávají až po určitém vývoji. Po tom všem přichází neodvratitelný strach ze smrti, který jsem zde také popisovala. Je naprosto běžný, avšak jeho intenzita se u jednotlivých osob liší. V rámci této kapitoly jsme se již začali dotýkat postojů ke smrti, které s tímto tématem souvisí. Poslední kapitolu v rámci tématu smrti jsem věnovala různým teoretickým rozvahám vztahujícím se k tomu, co následuje po smrti.

Další kapitola se věnuje výzkumnému souboru a zařízení v rámci péče o nemocného. V krátkosti jsme si přiblížili pracovníky nemocnic a také pracovníky hospiců, kteří spadají pod paliativní péči.

Samozřejmostí je také kapitola o postojích spadající převážně do sociální psychologie. V té jsme si přiblížili postoje obecně, jejich funkci, utváření a změnu. V krátkosti jsme se v této kapitole zabývali také postojům ke smrti, kterými jsme se věnovali již v kapitole „Smrt“.

Další téma, které spadá do této práce, je téma resilience. Resilience byla obecně popsána spolu s dalšími významnými koncepty, jimiž jsou hardiness, locus of control, self-efficacy, chování typu A a B. Podrobněji jsme se podívali na smysl pro koherenci dle Antonovského, který pokládám za stěžejní.

V empirické části jsme vyhodnocovali dotazníky DAP-R a SOC u souboru 119 pracovníků nemocnic a 43 pracovníků hospiců. Byly stanoveny hypotézy, popsány metody DAP-R a SOC, popsán výzkumný soubor a možná etická dilemata. Následně jsme interpretovali výsledky, z nichž nejdůležitější jsou v závěru práce. V krátkosti můžeme říci, že pracovníci hospiců dosahovali vyšších hodnot v dotazníku SOC než pracovníci nemocnic, nicméně také vykazovali vyšší skóre ve škálách strachu ze smrti a vyhýbání se smrti. U pracovníků hospiců byla nalezena pozitivní korelace mezi škálou pozitivního a vyhýbajícího se přijetí dotazníku DAP-R a celkovým skórem dotazníku SOC.

## Literatura

1. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bas.
2. Ariés, P. (2000b). *Dějiny smrti II – Zdivočelá smrt*. Praha: Argo.
3. Bailey, G. (2006). *Mytologie: mýty, pověsti a legendy*. Praha: Fortuna.
4. Baštecká, B., a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
5. Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: Free Press.
6. Davies, J.,D. (2007). *Stručné dějiny smrti*. Praha: Volvox Globator.
7. Démuthová, S. (2015). *Vybrané problémy thanatologie*. Brno: Masarykova univerzita.
8. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
9. Feifel, H., Branscomb, A.,B. (1973). Who is afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 282-288.
10. Frankl, V., E. (1994). *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
11. Frankl, V., E. (1999). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
12. Freud, S. (1998). *Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Mimo princip slasti a jiné práce z let 1920 - 1924*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.
13. Gjamccho, T. (2006). *Rady jak umírat a žít lepší život*. Praha: Argo.
14. Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S. (1986). The Causes and Consequences of a Need for Self-Esteem: A Terror Management Theory. *Public Self and Private Self*. January, DOI: 10.1007/978-1-4613-9564-5\_10
15. Grof, S. (2009). *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo.
16. Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
17. Haškovcová, H. (1998, 2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
18. Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie*. Praha: Galén.
19. Hewstone, M., Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie*. Praha: Portál.
20. Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada Publishing.
21. Huxley, A. (1993). *Konec civilizace aneb Překrásný nový svět*. Praha: Orfeus.
22. Jung, C.G. (1994). *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis.

23. Koukola, B. (2000). *Psychická odolnost středoškoláků měřená dotazníkem SOC*. Pedagogika, r. 50., s. 173 - 180.
24. Křivohlavý, J. (1990). *Nezdolnost v pojetí SOC*. Československá psychologie, 34, s. 511 - 517.
25. Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
26. Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing
27. Kübler-Ross, E. (1993). *O smrti a umírání*. Turnov: Arica.
28. Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing.
29. 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 v Olomouci.
30. Macková, M. (2014). *Pohled české veřejnosti na paliativní péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice.
31. Mandincová, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada Publishing.
32. Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
33. Mohapl, P. (1994). *Psychologie zdraví a paradigmata psychosomatické integrity*. Acta Universitatis Palackianae Olomouensis, Psychologica IV, s. 81 - 86.
34. Nagy, M. (1948). *The child's theories concerning death*. Journal of Genetic Psychology, 83, 1, s. 199 – 216.
35. Nakonečný, M. (2000). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
36. Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
37. Nürnberger, E. (2011). *Síla pozitivního myšlení*. Praha: Grada Publishing.
38. Paulík, K. (2012). *Psychologické aspekty zvládání zátěže muži a ženami*. Ostrava: FF Ostravská univerzita v Ostravě.
39. Pelcák, S. (2008). *Smysl pro soudržnost A. Antonovského v prevenci, léčbě a podpoře zdraví*. Disertační práce, katedra psychologie FSS MU.
40. Piaget, J., Inhelder, B. (2014). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.
41. Solomon, S., Greenberg, J., Pyszczynski, T. (2004). *Handbook of experimental existential psychology*. New York: Guilford Press.

42. Speece, M.W., Brent, S.B. (1996). The development of children's understanding of death, s. 29-50. In Corr, Ch. A.; Corr, M. (Ed), (1996). *Handbook of childhood death and bereavement*. New York, NY, US: Springer Publishing Co, xiii, 384 pp.
43. Špaténková, N., et al. (2014). *O posledních věcech člověka*. Vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén.
44. Svatošová, M. (1995). *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo.
45. Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada Publishing.
46. Tomer, A., Eliason, G. (2000). Attitudes about life and death: Toward a comprehensive model of death anxiety. In Tomer, A. (Ed.). *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts and applications*, s. 3-22. New York: Brunner-Routledge.
47. Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie, II.díl. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
48. Výrost, J. Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.
49. Von Franz, M. L. (2000). *Sen a smrt*. Praha: Portál.
50. Wong, P.,T.,P., Reker, G.,T., Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In Neimeyer, R. A. (Eds.). *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application* (121-148). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
51. Yalom, I.,D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
52. Yalom, I.,D. (2008). *Pohled do slunce. O překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál.
53. Zamarovský, V. (2005). *Bohové a hrdinové antických bájí*. Praha: Brána



## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Zadání magisterské diplomové práce

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Ukázka studentova t-testu

Příloha č. 4: Ukázka korelací zaměstnanců hospiců a zaměstnanců nemocnic

# Přílohy

## Příloha č. 1: Zadání magisterské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCHN)

### Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. JAHODOVÁ Simona	Obránců míru 891/11, Kopřivnice	F140339

#### TÉMA ČESKY:

Postoje ke smrti a smysl pro koherenci u vybraných zdravotnických profesí

#### TÉMA ANGLICKY:

Attitudes towards death and the Sense of Coherence in selected health professions

#### VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury z oblasti postoje ke smrti, osobní integrity a různých druhů jejího pojetí, smrti a umírání.
2. Cílem teoretické části bude popsat konstrukt osobní integrity, přičemž bude kladen důraz na pojetí sense of coherence, oblast smrti, umírání a oblastí s tím spojené.
3. Cílem praktické části bude najít případnou korelaci mezi výsledkem dotazníku zjišťujícím postoje ke smrti a dotazníku SOC a to vše v porovnání s vybranými skupinami zdravotnických profesí a normativní skupinou.
4. Výběr respondentů bude skrze pracovní zaměření. Cílem je sehnat alespoň 100 respondentů.
5. Sběr dat je plánován kvantitativně - dotazníky.
6. Zpracování výsledků, interpretace dat a diskuze nad dosaženými výsledky.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Frankl, V.E. (1999). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.  
Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie*. Praha: Galén.  
Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing.  
Kübler-Ross, E. (1993). *O smrti a umírání*. Turnov: Arica.  
Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Postoje ke smrti a smysl pro koherenci u vybraných zdravotnických profesí

**Autor práce:** Bc. Jahodová Simona

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

**Počet stran a znaků:** 70 stran, 120 315 znaků

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 53

**Abstrakt** (800-1200 zn.): Práce se zabývá postoji ke smrti a konceptem resilience v pojetí smyslu pro koherenci osobnosti a možnou interakcí těchto dvou teoretických rámců. Cílem bylo zjistit, jestli spolu postoje ke smrti a smysl pro koherenci jedince souvisejí. Výzkumný soubor byl vybrán záměrně, byly voleny osoby, které pracují ve zdravotnictví. Přesněji řečeno zdravotnický personál nemocnic a zdravotnický personálu hospiců, které spadají pod paliativní péči. V rámci teoretické části této práce se věnuji smrti, umírání, teoretickým úvahám o tom, co následuje po smrti. Dále se věnujeme tématu postojů a také péči v rámci zdravotnických zařízení, konkrétně nemocnice a hospice. Teoretický rámec také zahrnuje koncepty resilience se zaměřením na smysl pro koherenci. V empirické části se věnuji dotazníku postojů ke smrti a dotazníku zkoumajícího smysl pro koherenci a jejich případné vzájemné interakci a to u výzkumného souboru zdravotníků v nemocnicích a zdravotníků v hospicích.

**Klíčová slova:** postoje ke smrti, smrt, smysl pro koherenci, hospic

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Attitudes towards death and the Sense of Coherence in selected health professions

**Author:** Bc. Jahodová Simona

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

**Numer of pages and characters:** 70 pages, 120 315 characters

**Numer of appendices:** 4

**Numer of references:** 53

**Abstract** (800-1200 characters): This thesis relates to an attitude towards death and concept of resilience, considering the sense of coherence of personality and possible interactions of these two theoretical frameworks. My goal was to find out, whether the attitude towards death and sense of coherence are related in any way. Experimental group sample was selected intentionally, choosing healthcare employees as subjects. More precisely medical personnel of hospitals and hospices, specialized in palliative care. The theoretic part of this work deals with death, dying, theoretic speculations about what happens after death. Furthermore we deal with themes of attitude and healthcare in health facilities, specifically hospitals and hospices. In addition, the theoretic part of this thesis also includes concepts of resilience with focus on sense of coherence. In the empirical research of this work I dealt with questionnaires inquiring different attitudes towards death and others, researching sense of coherence and their possible interactions in the experimental group of healthcare workers in hospitals and hospices.

**Key words:** attitude towards death, death, sense of coherence, hospice

**Příloha č. 3: Ukázka Studentova t-testu**

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
DAP-R I FoD	Equal variances assumed	4,405	,037	-5,445	160
	Equal variances not assumed			-6,175	97,147
DAP-R IV AA	Equal variances assumed	,300	,585	1,552	160
	Equal variances not assumed			1,557	74,814
DAP-R V EA	Equal variances assumed	,562	,455	-1,067	160
	Equal variances not assumed			-1,076	75,531
SOC total	Equal variances assumed	4,529	,035	-3,048	160
	Equal variances not assumed			-3,371	91,703

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
DAP-R I FoD	Equal variances assumed	,000	-8,195	1,505
	Equal variances not assumed	,000	-8,195	1,327
DAP-R IV AA	Equal variances assumed	,123	3,840	2,474
	Equal variances not assumed	,124	3,840	2,466
DAP-R V EA	Equal variances assumed	,287	-1,231	1,153
	Equal variances not assumed	,285	-1,231	1,144
SOC total	Equal variances assumed	,003	-9,707	3,185
	Equal variances not assumed	,001	-9,707	2,879

**Příloha č. 4:** Ukázka korelací zaměstnanců hospiců a zaměstnanců nemocnic

Proměnná	DAP-R I FoD	DAP-R II DA	DAP-R III NA	DAP-R IV AA	DAP-R V EA	DAP-R total	SOC total
DAP-R I FoD		,6641 p=,000	-,3421 p=,000	,0658 p=,477	,0583 p=,529	,5614 p=,000	,2393 p=,009
DAP-R II DA			-,3295 p=,000	,0303 p=,743	,1269 p=,169	,5392 p=,000	,0863 p=,351
DAP-R III NA				,2943 p=,001	,4460 p=,000	,2038 p=,026	-,1223 p=,185
DAP-R IV AA					,5102 p=,000	,7701 p=0,00	,1977 p=,031
DAP-R V EA						,6711 p=,000	,2064 p=,024
DAP-R total							,2597 p=,004
SOC total							

Respondenti hospiců

Proměnná	DAP-R I FoD	DAP-R II DA	DAP-R III NA	DAP-R IV AA	DAP-R V EA	DAP-R total	SOC total
DAP-R I FoD		,6723 p=,000	-,2298 p=,138	-,2857 p=,063	,0023 p=,988	,3347 p=,028	,3263 p=,033
DAP-R II DA			-,3159 p=,039	-,5170 p=,000	-,1429 p=,361	,0623 p=,691	,1409 p=,367
DAP-R III NA				,1118 p=,475	,0585 p=,710	,1505 p=,335	-,1686 p=,280
DAP-R IV AA					,4885 p=,001	,7058 p=,000	-,1244 p=,427
DAP-R V EA						,7140 p=,000	-,0208 p=,895
DAP-R total							,0285 p=,856
SOC total							

Respondenti nemocnic