

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**POSTOJE KE SMRTI A POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ U
ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ V REMISI**

**ATTITUDES TOWARD DEATH AND POSTTRAUMATIC
GROWTH IN ONCOLOGICAL PATIENTS IN REMISSION**



Bakalářská diplomová práce

Autor: **BARBORA BUZKOVÁ**

Vedoucí práce: **Mgr. MARTIN KUPKA, Ph.D.**

Olomouc 2015

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Postoje ke smrti a posttraumatický rozvoj u onkologických pacientů v remisi“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl/a jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne Podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. za trpělivé vedení, cenné rady a vstřícnost při konzultacích ke zpracování bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	5
1. Smrt.....	6
1.1 Strach ze smrti.....	9
1.2 Terror management theory.....	13
1.3 Vývoj pojmu smrt.....	14
1.4 Postoje ke smrti.....	16
2. Posttraumatický rozvoj.....	19
2.1 Definice.....	21
2.2 Historie a současné pojetí.....	23
2.3 Změny provázející posttraumatický rozvoj.....	25
3. Rakovina.....	27
4. Teoreticko-kritická analýza poznání.....	28
5. Výzkumný problém.....	30
6. Cíl výzkumu.....	31
7. Hypotézy.....	32
8. Průběh výzkumu.....	33
9. Zkoumaný soubor.....	34
10. Aplikovaná metodika.....	35
11. Použité statistické metody.....	37
12. Přehled výsledků a zhodnocení platnosti hypotéz.....	38
13. Diskuze.....	44
14. Závěry.....	46
Souhrn.....	47
Použitá literatura.....	50
Seznam příloh	
Příloha č. 1 – Zadání diplomové práce	
Příloha č. 2 – Abstrakt	
Příloha č. 3 – Dotazník posttraumatického rozvoje	
Příloha č. 4 – Revidovaný profil postoje ke smrti	

Úvod:

Smrt je nevyhnutelná. Je to jediná jistota, která nás provází po celou dobu našeho života už od narození. Skrývá se v ní určité tajemství, protože nevíme dne, hodiny ani minuty, kdy přijde. Ale můžeme si být jisti tím, že čeká každého z nás bez ohledu na pohlaví, vzdělání či rasu.

Kdysi byla smrt vnímána více jako součást našeho každodenního života. Kupříkladu příbuzní pečovali doma o své nemocné, dokud jim síly stačily. V některých kulturách zase mrtvý zůstával v domě ještě několik dní po smrti, aby všichni příbuzní a sousedé měli možnost naposledy se rozloučit se zesnulým. Dnes je místo toho smrt odsunuta na úplný okraj společnosti. V současnosti lidé nechtějí vidět nemocné a umírající, proto je umisťují do různých ústavů. Nicméně smrt vždy byla a bude součástí našeho života, a proto si myslím, že je třeba o ní hovořit a postavit se k ní čelem.

Náš postoj ke smrti může ovlivnit mnohé, třeba jestli s ní budeme svádět vnitřní boj až do úplného konce, nebo zdali ji přijmeme a odejdeme v poklidu a míru. Navíc také postoj ke smrti ovlivňuje, jak prožijeme svůj život. Už Svatý Augustin říkal, že „*teprve tváří v tvář smrti se rodí vlastní já člověka*“ (in Yalom, 2008, s. 30). Chci se o smrti dozvědět více, postavit se k ní čelem a znát následky. Chci vědět, jak se vyrovnat s odchodem mých blízkých, později i se svým vlastním. Proto jsem se začala zabývat tímto tématem. Diplomové práce s tímto námětem už tady ovšem byly, a tak jsem se rozhodla zkoumat postoje ke smrti u lidí, kteří se léčili s onkologickým onemocněním. Minulý čas je důležitý, jelikož u respondentů mám podmínku, že v době vyplňování dotazníků musí být v remisi bez přítomnosti aktuální léčby, z důvodů etických. První dotazník zkoumá, zdali došlo k posttraumatickému rozvoji po prožité obtížné nemoci. Druhý dotazník se vztahuje k postojům, jaké daný jedinec chová vzhledem ke smrti. Cílem výzkumu je zjistit, zdali jedinci po prožitém traumatu mají jiné postoje ke smrti a přístup k životu, než kontrolní skupina.

1. Smrt

Při svém pátrání po zdrojích jsem zjistila jednu zajímavou věc. Prošla jsem mnohé učebnice biologie, jak pro střední školy, tak pro lékařské fakulty, ale v žádné jsem nenašla definici smrti jako takové. Jediné zmínky se týkaly apoptózy, tedy buněčné smrti. Ale chyběla mi jakákoliv zmínka o smrti člověka, její definice či přiblížení, jak jednat s letálně nemocným pacientem. Smrt je přece také součástí lékařské praxe, i když většinou obávanou a nechtěnou. Přesto si myslím, že by tento pojem měl mít své místo alespoň v učebnicích mediků, neboť lékař je většinou první člověk, který s námi o možnosti smrti naší, či nám blízké osoby hovoří. Měl by vědět, co má pacientovi říct, jak tuto informaci podat. Být připraven na možnou bouřlivou reakci, ale také na věcné otázky. To nejhorší, co může lékař udělat, je zapřít pacientovi pravdu a odůvodnit si to tím, že chrání pacienta. Jak píše Kübler-Rossová (1993, s. 33) *“Základní otázka by neměla znít: Měl bych to pacientovi říci, či nikoli? Ale: Jakým způsobem se s nemocným o nepříjemnou zprávu podělit?”*.

Dále jsem tedy opustila zdroje z biologie a vrátila se zpět ke knihám svého oboru, kde jsem měla větší úspěch. Podle Psychologického slovníku autorů Hartla a Hartlové (2004, s. 546) je smrt klinická *„zástava činnosti srdeční a dechu; mozku až po několika minutách nedostatku kyslíku; vždy spojená s otázkami filozofickými a etickými“*.

Yalom (2006) uvádí, že v literatuře můžeme najít nespočet citátů týkajících se smrti a umírání, jelikož mnozí filosofové a myslitelé naší historie se zabývali touto myšlenkou, ať už během svého života, či na jeho sklonku. Pro lidi je běžně nepřípustné přemýšlet o smrti během života. Tyto myšlenky považují za morbidní a nechtějí se jimi zabývat. V rychlosti dnešní doby je „odsouvají na druhou kolej“ a na konci své životní dráhy jsou potom velice zaskočení, co že teď vlastně mají dělat a jak se s tím vypořádat. Kdyby ovšem následovali vzoru právě těch velkých myslitelů, mohli by tito lidé zjistit, že přemýšlení o smrti a umírání může mít blahodárný vliv na jedince a další průběh jeho života.

Věda zabývající se smrtí se nazývá thanatologie. V zahraničí je neznámější autorkou zabývající se smrtí a umíráním Elisabeth Kübler-Rossová, u nás je to potom Helena Haškovcová. Haškovcová (2000, s. 74) definuje smrt jako *„individuální zánik organismu, tedy také člověka“*. Také uvádí, že kdysi lidé umírali spíše přirozenou smrtí, tedy na sešlost věkem, zatímco v dnešní době přichází smrt častěji v důsledku onemocnění. Tento poznatek je docela zajímavý vzhledem k tomu, že medicínský pokrok jde stále kupředu a v současnosti umíme léčit mnohé nemoci, se kterými si kdysi nevěděli rady.

Haškovcová (2000) dále rozlišuje smrt náhlou, rychlou a pomalou, přičemž pojmy náhlá a rychlá smrt jsou si velmi podobné. Nicméně pojem náhlá smrt je spíše spojován s úmrtím v důsledku úrazu či nehody, zatímco příčinou rychlé smrti mohou být různá onemocnění, například infarkt myokardu. Pomalá smrt se oproti tomu projevuje svými příznaky již o měsíce dřív. Jedná se zejména o obtíže tělesné. Znalost své prognózy můžeme považovat za dar i prokletí zároveň. Někteří si v životě urovnají všechny nedořešené záležitosti nebo si budou do sytosti užívat času, který jim zbývá. Mají možnost připravit se dopředu na svůj odchod a také připravit na to své blízké a milované. Oproti tomu jiní lidé se s tímto vědomím nedokážou smířit a zbytek svého času prožijí v úzkosti z neodvratné budoucnosti.

Přijetí reality smrti je dlouhá a obtížná cesta, která je pro každého individuální. Základní milníky na této cestě popisuje Elisabeth Kübler-Rossová (1993), jako pět stádií umírání.

Prvním stádiem je popření, ve kterém si pacient nechce přiznat svou nemoc. Toto stádium odmítání je typické skoro u všech nemocných a může se různou měrou vracet i v dalších fázích. Skoro jako by člověk potřeboval na chvíli „vypnout“ a otočit se ke svým problémům zády. Většina pacientů však nepopírá svou nemoc až do úplného konce, i když i v tomto případě můžeme najít výjimky.

Jakou druhou fází popisuje zlost, která je zaměřena jak na ošetřující personál, tak na rodinné příslušníky. Pacient se v tu chvíli uvnitř sebe ptá, proč zrovna on musí trpět touto nemocí? Proč ne někdo jiný, méně potřebný, kterému už stejně nezbývá moc času? Je těžké pracovat s pacientem v této fázi, protože jeho zlobné výlevy, špatná nálada a neustálé připomínky jsou okolím špatně přijímány. Je třeba nebrat si tyto zlobné výpady osobně, ale večítit se do nemocného a popřemýšlet, proč například takto křičí? Může to být třeba snaha upoutat na sebe pozornost? Anebo si chce dokázat, že je stále ještě naživu? Citlivý přístup je většinou nejlepším lékem, který zabírá. Pokud ve své zlobě pacient pozná, že se mu lidé kolem snaží pomoci, naslouchají mu a že je pro ně důležitý, postupně zklidní svůj hněv na minimum.

Třetí stádium je smlouvání, kdy lidé přesvědčují někoho svými sliby, aby mohli žít déle. Tento vzor chování si v sobě neseme již od dětství. V momentě, když jsme nedosáhli svého křikem či pláčem, nastoupilo více či méně úspěšné dětské smlouvání typu „Maminko, já už budu hodný/nebudu zlobit/budu ti pomáhat“. Snažíme se tento vzorec chování použít i v krajní situaci, ale nyní smlouváme o svůj život. Nejčastěji nemocní uzavírají pomyslný kontrakt s Bohem. Své sliby drží v tajnosti, popřípadě je probírají

s kaplanem. Mohou také smlouvat s doktorem, bojujíc o každický další den, kterého se chtějí dožít. Jako příklad uvádí Kübler-Rossová (1993) pacientku, která smlouvala, aby mohla jít na svatbu svého syna. Celkový tělesný stav už nebyl moc dobrý, přesto se nakonec svatby dožila a dokonce se jí osobně zúčastnila. Po návratu do nemocnice však podotkla, že má přeci ještě jednoho syna k ženění.

Čtvrté je stádium deprese, které ještě můžeme rozdělit podle Kübler-Rossové (1992) na depresi reakční a přípravnou. Při depresi reakční pacienta trápí ztráty minulé, v důsledku nemoci. Bývá více komunikativní a může být účinné bavit se s pacientem a snažit se ho rozveselit. Naopak přípravná deprese je období, kdy nemocný přemítá o ztrátách budoucích, nýbrž po své smrti ztratí vše, co pro něj doposud existovalo. V této fázi je účinnější respektovat právo na ticho, úplně stačí přítomnost a společné sdílení popřípadě správně volený dotyk či pohlazení.

Poslední pátou fází je akceptace, neboli smíření se smrtí. Pacient již nepocituje hněv, smutek ani strach. Pouze klidně a důstojně očekává svůj konec. V tomto stádiu bývá nemocný již velice zesláblý, a tak více spí, než bdí. Je třeba odlišovat, kdy pacient vzdává boj o svůj život a kdy se jedná o fázi akceptace, není to totéž a záměna může nemocného poškodit.

1.1 Strach ze smrti

Tento strach je v nás zakořeněn velice hluboko, neboť se smrtí se setkáváme po celý život. Některé okamžiky nám naši smrtelnost připomenou ještě intenzivněji, třeba úmrtí někoho blízkého, úraz nebo nemoc. V těchto chvílích lidé často přemítají o tom, jaká bude jejich smrt a co přijde potom. Jenže to nevíme ani my, ani nikdo jiný. Bojíme se neznámého, bojíme se konce. A pro svůj strach ze smrti můžeme zapomenout žít.

Pro zmírnění tohoto strachu si lidé po staletí vytvářejí kulturní normy, které dávají našemu světu řád a smysl. Pokud sdílíme stejnou kulturu a dodržujeme určené předpisy, pak máme zajištěné bezpečí. Kultura přetrvává i po smrti jedince, který byl její součástí. Tak si můžeme zajistit jakousi symbolickou nesmrtelnost v podobě kulturního díla, které na světě zanecháme (Kupka, 2014).

Různé náboženské systémy nám zase nabízejí vysvětlení toho, co přijde po smrti. Pro člověka je podle mě jednodušší přiklonit se k víře, aby získal určité přesvědčení o tom, co přijde po smrti. Nahrazení nevědomosti tímto přesvědčením pak jistě pro některé znamená zmírnění strachu ze smrti nebo mění celkový postoj ke smrti jako takové.

Robert J. Lifton (in Kupka, 2014) nám nabízí několik způsobů, jak člověk může dosáhnout symbolické nesmrtelnosti:

- 1) Biologický způsob: za pomoci reprodukce zůstává náš genetický kód, ale také předané vědomosti a způsoby chování v našich dětech.
- 2) Teologický způsob: člověk věří, že jeho duše zůstane zachována i po smrti. Podle druhu náboženství pak záleží, jestli bude žít posmrtný život, nebo přejde do dalšího života (reinkarnace).
- 3) Tvořivý způsob: po smrti člověka zde zůstane dílo, které během svého života vytvořil. Může být materiální, tedy cokoliv hmatatelného, nebo také nemateriální, což jsou vědomosti a zkušenosti, předané jiným osobám.
- 4) Věčný koloběh přírody: po smrti je lidské tělo pohřbeno, čímž se znovu propojí s přírodou a stane se součástí koloběhu.
- 5) Transcendence prožitková: Jedinec žije v trvalé současnosti, ztrácí se čas i smrt.

Ve spojitosti s nemateriálním způsobem získání nesmrtelnosti z třetího bodu popisuje Yalom (2008) efekt zčeření vln. Tak jako na vodní hladině vznikají od jedné vlny další, tak i myšlenky člověka se mohou ve vlnách přenášet dál a dál, i po jeho smrti. Nesmrtelnost se tak skrývá v oné myšlence, která se předává mezi generacemi lidí.

Podle Yaloma (2006) je strach ze smrti naší nejhlubší primární úzkostí. Mnohdy se skrývá za různé problémy v životě a transformuje se do jiných obav, či dokonce psychopatologických poruch. Tato transformace je individuálním obranným mechanismem, kterým se snažíme zmírnit naši úzkost ze smrti. Pokud se změní v psychopatologickou poruchu, jedná se o nežádoucí výsledek obran jedince, se kterými je třeba dále terapeuticky pracovat.

A čeho se na smrti a umírání vlastně bojíme nejvíce? Na tuto otázku se pokusili najít odpověď Diggory a Rothmanová (1961). Jejich práce se zakládá na výpovědích 563 respondentů a výsledkem je sedm následujících tvrzení, seřazených od nejčastější po nejméně časté:

1. Má smrt by způsobila zármutek mým příbuzným a přátelům.
2. Všechny mé plány a projekty skončí.
3. Proces umírání může být bolestivý.
4. Už nebudu dále nic prožívat (ztratím vědomí sama sebe).
5. Už nebudu moci pečovat o ty, kdo jsou na mě závislí.
6. Nejsem si jistý, co se se mnou může stát, pokud existuje život po smrti.
7. Mám strach z toho, co by se mohlo stát s mým tělem po smrti.

Yalom (2006) poukazuje na to, že právě strach z konce vědomí a vlastního bytí je ústřední mezi obavami ze smrti. Bojíme se, že naše já zanikne a nic po nás nezůstane. Yalom předpokládá, že s úzkostí nemůžeme zápasit, dokud se nepromění ve strach. Úzkost totiž nemá jasně daný obsah, a proto se s ní těžko bojuje. Strach oproti tomu má konkrétní obsah, ke kterému je možné najít účinné postupy a obrany.

Primární úzkost je přítomna již v útlém věku a provází nás celou životní cestou. Podílí se tak na formování našeho charakteru, vzniku nových obav i psychologických obran proti nim (Yalom, 2006). Tuto úzkost nikdy nelze v terapii zcela odstranit, pouze utlumit a dále využít jako katalyzátor k tomu, aby si jedinec uvědomil sílu okamžiku (Kupka, 2014).

Existují mnohé výzkumy o strachu ze smrti, přičemž nejčastěji badatelé zkoumají rozdíly mezi muži a ženami, věřícími a ateisty nebo zohledňují věk respondentů. V následujících odstavcích se pokusím načrtnout alespoň základní přehled těchto výzkumů.

Swenson (1961) vedl výzkum zabývající se strachem ze smrti starší populace. Vzorek zahrnoval celkem 210 osob ve věku od 60 a výše. Z výzkumu vyplývá, že věřící se

lépe vyrovnávají s možností smrti než ateisté, u kterých byly naměřeny silnější obavy ze smrti. Dále bylo zjištěno, že starší jedinci žijící v domovech důchodců nebo s příbuznými mají pozitivnější přístup k budoucnosti než jedinci, kteří žijí sami. Strach ze smrti byl častěji vyšší u osaměle žijících jedinců. V tomto výzkumu byl zjištěn sklon k vyhýbavým odpovědím u osob s nižším vzděláním, kdežto lidé s vyšším vzděláním mluvili o svých postojích otevřeně, ať už byly pozitivní či negativní.

Ve studii zaměřené na věk respondentů Russac, Gatliff, Reece & Spottswood (2007) uvádějí, že ženy i muži kolem 20 let věku vykazují nejvyšší míru strachu ze smrti, která pak výrazně klesá zejména s věkem od 60 let a výše. U žen se navíc objevilo výrazné bimodální rozložení, strach totiž klesl kolem 30 let, ale znovu výrazně stoupal ve věku 50.

Rasmussen a Brems (1996) chtěli lépe porozumět věkovému efektu, psychosociální zralosti a jejich vztahu k úzkosti ze smrti. Ve svém výzkumu měli 194 respondentů ve věku od 18 do 80 let. Výsledky prokázaly signifikantně negativní korelaci mezi věkem, psychosociální zralostí a úzkostí ze smrti. Nicméně psychosociální zralost se ukázala jako lepší prediktor úzkosti, než věk.

Na adolescenty se zaměřil výzkum Alexandra a Adlersteina (in Kupka, 2011). Děti ve věku 5 až 16 let rozdělili do tří skupin a testovali jejich kožní galvanickou reakci na slova, která jsou asociována se smrtí. Tato slova prokládali neutrálními výrazy. Výsledky ukázaly, že děti ve věku 5 až 8 let a 13 až 16 let měly výrazně vyšší emoční reakci na výrazy týkající se smrti, než děti ve věku 9 až 12 let. Interpretace výsledků je taková, že interval 9 až 12 let (odpovídající období latence) je mírné období a děti se v této fázi spíše zajímají o běžný průběh života a jeho radosti, než o smrt a umírání.

Jacksonová (2008) se rozhodla prozkoumat, jestli existuje nějaký vztah mezi věkem, pohlavím, sebehodnocením a úzkostí ze smrti. Celkem se výzkumu účastnilo 136 respondentů všech věkových skupin a k měření Jacksonová použila Revidovanou škálu úzkosti ze smrti, Rosenbergovu škálu sebehodnocení a krátké demografické dotazníky. Ve výsledcích se potvrdila hypotéza, že mladší lidé pociťují silnější úzkost ze smrti než starší. Také u žen byl naměřen signifikantně vyšší strach ze smrti, než u mužů. Sebehodnocení pak negativně korelovalo s úzkostí. ANOVA však významné interakce mezi těmito faktory neprokázala. Výsledky nám tedy napovídají, že všechny tři zmíněné faktory mají určitý dopad na úzkost ze smrti, ale každý zvlášť a vzájemně se neovlivňují.

Otázkou však stále zůstává, jak je to s rozdíly mezi muži a ženami ve strachu ze smrti. Například Fortner a Neimeyer (1999) ve svém přehledu výzkumů došli k závěru, že ženy mají vyšší úroveň strachu ze smrti než muži, ovšem platí to pouze pro ženy mladších věkových kategorií. U starších žen se tato hypotéza nepotvrdila. V některých výzkumech nebyly nalezeny žádné rozdíly¹. Jiné výzkumy zase tvrdí, že ženy mají silnější vědomé obavy ze smrti než muži, ovšem neobjasňují nám proč². Ve výsledku tedy můžeme pouze konstatovat, že toto výzkumné téma není dosud dostatečně probádané natolik, abychom mohli dojít k jasnému závěru (Yalom, 2006).

Mnoho výzkumů dokládá, že významný vliv na strach ze smrti má také náboženství. Z výzkumu Machů, Pechové a Dostála (2013) vyplývá, že mezi ateisty a lidmi s různými druhy vyznání existují statisticky významné rozdíly, které se projeví zejména na škálách strach ze smrti, vyhýbavý postoj ke smrti a přátelské přijetí smrti. Dále zjistili, že u ateistů byly naměřeny vyšší skóre v obou negativních škálách, tedy strach ze smrti a vyhýbání se smrti, než u věřících. Autoři uvádějí, že věřící se nevyhýbají přemýšlení o smrti, jelikož v každém náboženství je smrt nějakým způsobem zakomponovaná. Svým vysvětlením smrti a posmrtného života nabízí náboženství určitý smysl a řád, čímž může přispívat k uklidnění a snížení úzkosti z konečnosti bytí.

¹ např. Fortner & Neimeyer, (1999); Neimeyer, (1986)

² např. Dattel & Neimeyer, 1990; Ens & Bond, 2007; Rose & O'Sullivan, 2002; Russac, Gatliff, Reece, & Spottswood, 2007

1.2 Terror management theory

Terror management theory (dále TMT), tedy teorie zvládání strachu či děsu je inspirována ideami kulturního antropologa Ernesta Beckera, který vytvořil svou teorii motivace chování člověka. Becker tvrdí, že základním lidským motivem je odmítnutí vlastní konečnosti existence. Snažíme se popřít vlastní smrtelnost, i když nás to stojí mnoho úsilí. Podle TMT nám světonázor sdílený mezi lidmi pomáhá vyrovnat se s úzkostí z vlastní smrti, jelikož dává našim životům hodnotu a řád, svět je více smysluplný a lidé věří, že jejich smrtí vše nekončí. Díky světonázoru získají určitý klid, který jim pomáhá překonat úzkost z konce bytí (Kupka, 2014).

Dle Kupky (2014) začali s TMT experimentálně pracovat jako první sociální psychologové S. Solomon, T. Pyszczynski a J. Greenberg. Jedince chápou v kontextu evoluční teorie jako produkt přirozeného výběru, jemuž je do vínku dán pud sebezáchovy. Máme však tu výhodu (či nevýhodu), že oproti ostatním tvorům oplýváme vědomím. Můžeme tak přemítat o minulosti, prožívat přítomnost či plánovat svou budoucnost, máme schopnost sebereflexe. Ale s tím přichází i vědomí toho, že smrt je nevyhnutelná. Oproti jiným druhům víme jistě, že náš sebezáchovný pud bude nakonec zmařen, což vytváří živnou půdu pro paralyzující úzkost (Harmon-Jones, Simon, Greenberg, Pyszczynski, Solomon & McGregor, 1997).

Pro lepší řízení a zvládání úzkosti máme kulturní pohled na svět a sebeúctu, které nám slouží jako nárazník úzkosti. Kulturní pohled je popisován jako soubor přesvědčení o podstatě reality, které sdílí široký okruh lidí. Tato přesvědčení poskytují jedincům smysl, pořádek, stabilitu, stálost a dávají příslib symbolické nebo i doslovné nesmrtelnosti těm, kteří dodržují normy nastavené kulturním pohledem na svět. Sebeúcta je definována jako přesvědčení jedince o tom, jak dobře žije podle standardů předepsaných kulturním pohledem (Harmon-Jones, Simon, Greenberg, Pyszczynski, Solomon & McGregor, 1997).

Narušení našeho kulturního pohledu bereme jako ohrožující, jelikož jiný pohled může znamenat, že realita, ve které žijeme je fikcí. Tato skutečnost může zničit pracně vytvořené obrany proti úzkosti ze smrti. Možná právě proto mnozí reagují na jiné kultury a přesvědčení nenávislně, snaží se o popření jejich konstruktů nebo v krajním případě o vyhlazení celé kultury (Kupka, 2014).

1.3 Vývoj pojmu smrt

Podle Kupky (2014) se smrt a její chápání se vyvíjí během celého života člověka. V životě každého jedince se vyskytuje určitý moment, kdy si uvědomí, že vše živé jednou zemře. Snažíme se vytvořit si určité obrany proti tomuto uvědomění, nejčastěji ve formě popření. Nicméně už jako děti prožíváme strach ze smrti a musíme se s ním vyrovnat, nejčastěji za pomoci našich rodičů. Právě způsob vyrovnání se s tímto faktem jde s námi po celý zbytek života a ovlivňuje naše charakterové kvality.

Jinak se ke smrti mohou stavět lidé, kteří prožili její blízkost. V důsledku vlastní zkušenosti nepocítují tak silný strach ze smrti, jako ostatní lidé. Spíše smrt přijímají jako nepopíratelnou skutečnost. Už přibližně ví, jak vypadá skutečné nebytí a měli možnost vrátit se zpět do života bohatší o tuto zkušenost (Kupka, 2014).

Do blízkosti smrti se často dostávají zdravotničtí pracovníci, kteří s vážně nemocnými přicházejí do kontaktu, někteří i každý den. Je třeba, aby tyto lidé měli otázky smrti vyřešené, jinak mohou v nich i v jejich okolí vyvolávat problémy. Aby mohli lékaři a sestry pečovat o smrtelně nemocné pacienty a poskytnout jim komplexní péči, je třeba srovnat se nejprve se svým vlastním strachem ze smrti a jeho popíráním. V opačném případě mohou tyto pracovníci nechtěně ignorovat určité potřeby pacientů, či se dopracovat až k syndromu vyhoření (Kübler-Rossová, 1993; Kupka, 2014).

Jak uvádí Kupka (2014) ve 30. a 40. letech dvacátého století se objevují první výzkumy zaměřené na děti a jejich vývoj pojetí smrti. Tyto výzkumy jsou spíše psychoanalyticky laděné a výsledky říkají, že děti vnímají smrt velmi emocionálně a asociují ji se separační úzkostí. Jejich pojetí smrti je jiné než u dospělých jedinců a mění se věkem. Kvůli nedostatečným zkušenostem a omezené kognitivní kapacitě dochází u dětí často ke špatným závěrům ve spojitosti se smrtí. Kübler-Rossová (1992) například píše o pětiletém dítěti, které přišlo o matku a dává si za vinu její odchod, nebo o dětech které věří, že se jejich zesnulí mazlíčci vrátí s jarem, až vyrostou kytičky.

Nagyová (in Kupka, 2014) popsala jako první 3 fáze vývoje pojetí smrti u dětí následovně:

1. První fáze (do pěti let): dítě chápe smrt jako spánek, ze kterého je možné se probudit.
2. Druhá fáze (pět až devět let): nyní si už dítě postupně uvědomuje, že smrt je skutečná a nelze ji vrátit zpět, nicméně stále nechápe její univerzálnost.

3. Třetí fáze (devět let a více): dítě si uvědomuje skutečnost smrti, nevratnost i univerzálnost.

V 60. a 70. letech dvacátého století se vědci k těmto výzkumům vrátili a tentokrát je pojali spíše kognitivně. Nesoustředili se tedy tolik na emoční stránku, jako spíše na samotné pojetí smrti a popis jeho charakteristik (Kupka, 2014). Teitelbaumová (2005) uvádí stručný přehled těchto charakteristik, které dítě postupně s přibývajícím věkem objevuje:

1. Univerzálnost: dítě chápe, že všichni živí tvorové umírají.
2. Nevratnost: pochopení, že mrtvé tělo už se nemůže vrátit zpět do života, nevratnost smrti.
3. Nefunkčnost: chápe, že po smrti ustanou všechny fyzické funkce. Mrtvý už nedýchá, nemyslí, nehýbe se, nebije mu srdce.
4. Kauzalita: Porozumění událostem, které vedou ke smrti.
5. Posmrtný život: představa o tom, že existuje nějaká forma dalšího života po tělesné smrti.

Podle Kupky (2014) se k objevení a pochopení výše uvedených charakteristik dítě dostává postupně, v průběhu vývoje. V následujících bodech alespoň přibližně popíši tento vývoj:

1. Období raného věku (1 až 3 roky): pojem smrti v tomto období není pro dítě aktuální. Neuvažuje o něm, nechápe jeho význam, a pokud se nesetká se smrtí u svých blízkých, ani k tomu nemá důvod. Důležitým pojmem pro toto období je separační úzkost, jelikož je úzce propojená s pozdějším chápáním smrti.
2. Období předškolního věku (3 až 6 let): smrt se dostává do popředí zájmu u dítěte, objevují se první přirozené zkušenosti se smrtí (když dítě najde mrtvého ptáka) a také první otázky ohledně smrti. Většinou si smrt nejprve spojují se spánkem či odchodem do jiného světa (odešel do nebička). Postupně dojdou k pochopení, že každý živý tvor může a dokonce musí jednou zemřít, a že smrt se nedá vrátit zpět.
3. Období školního věku a rané adolescence (7 až 15 let): v tomto období dítě pochopí, že smrt je úzce spojena s biologickými procesy v lidském těle, které s úmrtím jedince přestanou fungovat.
4. Období adolescence (15 až 22 let): v tomto období by měl jedinec obsáhnout již všechny výše zmíněné charakteristiky a jeho chápání konceptu smrti by mělo být stejné, jako u dospělého člověka. Někdy se mohou objevit určité aktivity spojené s dokazováním si vlastní nesmrtelnosti či nezranitelnosti, v podobě vyhledávání riskantních situací.

1.4 Postoje ke smrti

Podle Výrosta a Slaměníka (2008) je pojem postoj v dnešní době hojně využíván jak v psychologii, tak i v jiných oborech, ale také v běžné komunikaci laické veřejnosti. Poprvé se objevuje někdy počátkem 18. století, ovšem zatím ne ve smyslu, jaký známe dnes, nýbrž v malířské terminologii jako postoj těla. Dále Charles Darwin použil tento pojem ve své knize *Výraz emocí u člověka a zvířat*, čímž přispěl k jeho průniku do terminologie vědy.

Počátkem 20. let se začíná vytvářet nový vědní obor s názvem sociální psychologie, jež se snaží vymezit význam slova postoj. V této době vzniká velmi významná práce W. I. Thomase a F. Znanieckeho z roku 1918 s názvem *Polský rolník v Evropě a Americe* (v originále *The Polish Peasant in Europe and in America*), ve které autoři vymezují obor sociální psychologie jako „vědecké studium postojů“ Výrost, Slaměník (2008, s. 128). „Autoři chápou postoje jako *individuální mentální procesy, determinující odpověď jedince v sociální realitě, která ho obklopuje*“ Výrost, Slaměník (2008, s. 128). Následně nastal rozvoj ve 20. letech 20. století, a to díky vzniku měrných nástrojů k hodnocení postojů, tzv. postojových škál. Vzorem pro jejich tvorbu se staly práce G. Fechnera a Ch. Spearmana (Výrost, Slaměník, 2008).

Novou a výstižnější definici postoje se pokusil vytvořit Gordon Allport, využil 16 definic a vymezil z nich svou vlastní, kde postoj definuje jako „*mentální a nervový stav pohotovosti organizovaný zkušeností, vyvíjející dynamický a direktivní vliv na odpovědi jedince vůči všem objektům a situacím, s kterými je ve vztahu*“ (1966, in Výrost, Slaměník, 2008, s. 129). Další definici uvádějí ve své knize ze 70. let autoři Krech, Crutchfield a Ballachey. Postoj je podle nich „*trvalá soustava pozitivních anebo negativních hodnocení, emocionálního citění a tendencí ke konání pro anebo kontra, vzhledem na společenský předmět*“ (1968, s. 212). Mezi nejaktuálnější autory pak patří Ajzen, jenž definoval postoj jako „*dispozici k příznivé nebo nepříznivé odezvě na objekt, osobu, instituci nebo událost*“ (2005, s. 3).

Postoje se mohou týkat osob, skupin, událostí, konkrétních či abstraktních předmětů. V některých případech jim přiřazujeme specifitější názvy, například předsudky, pokud se jedná o negativní postoj k osobě či skupině, či sebehodnocení, což nám naznačuje, že jde o postoj k vlastní osobě, tedy vlastnímu já (Hewstone, Stroebe, 2006). Dle Ajzena (2005) má postoj tři složky, a to afektivní (citovou), kognitivní (poznávací) a behaviorální (konativní).

O původu postojů se vede spor, tak jako v jiných oblastech psychologie, a to zda jsou postoje získané či vrozené. Někteří autoři, kupříkladu Eysenck a Wilson zastávají názor, že postoje musí být vrozené, jelikož osobnostní rysy jsou také vrozené a ty se na postojích z velké části podílejí. Operují také s myšlenkou, že rodiny i celé generace často zastávají podobné postoje, což je ovšem sporné, jelikož děti často přejímají postoje od autorit, v tomto případě od rodičů. Ajzen a Fishbein zastávají názor, že postoje jsou naučené (Heysová, 2007). Otázkou ovšem zůstává, zda je účinnější naučení postojů pomocí odměn a trestů, či nápodobou. Podle Nakonečného (2009) probíhá utváření postojů postupně již od raného dětství získáváním zkušeností a sociálním učením. Autor popisuje, že jedinec si postupně na základě svých zkušeností s odměnami a tresty vytváří kognitivní mapu světa, podle které paralelně utváří také své postoje. Ovšem podle experimentu, který provedl Bandura a McDonald je mnohem účinnější učení nápodobou, než pomocí odměn a trestů. Experiment byl realizován na dvou skupinách dětí, přičemž první skupina byla odměněna za to, když změnila svůj dosavadní postoj a vyjádřila opačný. Druhá skupina pouze zaslechla osobu, která vyjadřovala opačný postoj (Hayesová, 2007).

Existuje řada teorií, které se přímo vztahují k postojům. V následujícím odstavci uvedu alespoň některé z nich:

Heiderova balanční teorie (1944) je založena na předpokladu, že lidé se snaží dosáhnout souladu ve svých postojích, aby si navzájem neodporovaly a nedocházelo tak k jejich nerovnováze (disonanci), která na jedince působí jako stresor a vytváří stav vnitřního napětí (Heyesová, 2007).

Leon Festinger navázal na Heiderovy myšlenky a vytvořil teorii kognitivní disonance (1957). Dle autora existují tři druhy vztahů, které mohou být mezi kognitivními složkami, a to disonance, konsonance a irelevance (Fishbein, Ajzen, 1975). „*Dva prvky jsou v disonantním vztahu, pokud opak jednoho z prvků navazuje na druhý prvek.....pokud máme dvojici prvků, kde jeden prvek navazuje na druhý, pak je vztah mezi nimi konsonantní (v souladu).....a nakonec, když jeden kognitivní prvek vůbec nesouvisí s jiným, pak jsou si navzájem irelevantní*“ (Festinger, 1957, in Fishbein, Ajzen, 1975, s. 40). Podle Festingera právě disonance vede následně ke změně postojů a názorů, jelikož nepříjemný stav napětí je přímým podnětem ke změně, buď přidáním, odstraněním anebo nahrazením některých struktur tak, aby došlo k harmonizaci a odstranění tenze. V souvislosti s touto tezí je známé například zúčastněné pozorování sekty Festingera, Rieckena a Schachtera (1956). Vědci sledovali náboženskou sektu, jejíž členové rozprodali veškerý svůj majetek, protože věřili, že jejich město bude zaplaveno a oni budou jediní přeživší, zachráněni

létajícími talíři. Nakonec ovšem k potopě nedošlo. Zajímavé však bylo zjištění, že členové sekty poté včlenili do své myšlenkové struktury informaci o tom, že díky jejich modlitbám bylo zachráněno celé město. Přidáním této informace se tak vyrovnali se svou kognitivní disonancí (Heyesová, 2007).

A konečně, postoje ke smrti jsou definovány jako kognitivní, behaviorální a afektivní reakce jedince na fakt smrti. Postoj může být tvořen strachem, hrozbou, určitým neklidem, nepohodlím a podobnými negativními emocemi, stejně tak jako úzkostí, která ovšem nemá žádnou jasnou příčinu. Může také ovšem obsahovat pozitivní posouzení smrti, kupříkladu přátelské přijetí smrti nebo připravenost na smrt (Reimer, 2007).

Podle tříložkového modelu přijetí smrti od Wonga a kolektivu (1994) neutrální přijetí smrti značí postoj člověka, který přijímá smrt jako nedílnou součást života. Nevítá ji, ale ani neočekává její příchod se strachem a úzkostí, prostě ji bere jako fakt, který je neměnný. Oproti tomu přátelské přijetí smrti se vyznačuje vírou ve šťastný posmrtný život. Kladná očekávání budoucnosti po smrti pak vedou jedince k pozitivnímu pohledu na smrt. A nakonec, únikové přijetí smrti je výsledkem životních podmínek, které jedinec pocítuje jako nesnesitelné, proto se mu zdá, že smrt je vlastně dobrou alternativou. Přínosem byla hlavně pozitivní složka, která do té doby nebyla brána v potaz, přestože na světě existují mnohá náboženství, která si smrt spojují s pozitivním očekáváním.

2. Posttraumatický rozvoj

S určitým druhem traumatu se během svého života setká snad každý člověk. Může to být nemoc, rozvod, smrt blízké osoby, či dokonce živelná katastrofa nebo válka. Každá z těchto událostí nás nějakým způsobem zasáhne a zanechá po sobě určitou stopu. Paradoxně tato stopa může být i pozitivní a člověk tak ze svého utrpení může vyjít silnější a změněn k lepšímu. Prožité trauma může jedince přivést k novému cíli či smyslu života (Mareš, 2012).

Tato zkušenost je dle Mareše (2012) známá už po celá staletí, vždyť i mnohé výroky vážených filozofů vypovídaly o tom, že „všechno zlé je k něčemu dobré“ nebo také Nietzscheho „co tě nezabije, to tě posílí“. Různá náboženství dokonce chápou takovéto utrpení jako příležitost ke zlepšení či obohacení života člověka. Je tedy jasné, že tato myšlenka není ničím novým a mnozí lidé si uvědomují, že zlepšení kvality života vždy doprovázejí obtíže, či dokonce utrpení.

Nicméně u nás si teprve v roce 1998 Matějček s Dytrychem přiznali, že při studiích o odolnosti jedince vůči traumatickým vlivům se zaměřili pouze na hledání negativních změn v osobnosti a ohrožení vývoje. Opomenuli však možnosti pozitivního vývoje, jemuž se věnovali pouze okrajově (Mareš, 2012).

V zahraničí probíhalo mnoho výzkumů na téma pozitivní změny po prožití traumatické události počátkem devadesátých let 20. století. Mezi průkopníky se v tomto oboru řadí Schaeferová a Moos (1992), kteří psali o krizi a osobním rozvoji, dále O'Learyová a Ickovicsová (1995) se zajímaly o resilienci (odolnost) a rozkvět jedince jako odpověď na náročné úkoly. Parková, Cohen a Murch (1996) explorovali rozvoj způsobený distresem a zavedli také metodu na měření tohoto rozvoje. V roce 1995 Tedeschi a Calhoun vydali první monografii o posttraumatickém rozvoji (Mareš, 2012).

Vznikalo tedy mnoho teorií a každá z nich měla svou vlastní terminologii, což způsobovalo obtíže. Podle Mareše (2012) existuje nejméně 18 různých pojmenování pro pozitivní změny po prožití negativní události. Nejvíce se používají tato:

- pozitivní psychologické změny – *positive psychological changes* (Lieberman, Yalom, 1991)
- vnímaný přínos – *perceived benefit* (Calhoun, Tedeschi, 1991; McMillen, Fischer, 1998)
- konstruovaný přínos – *construed benefit* (Tennen, Affleck, Urrows et al., 1992; McMillen, Zuravin, Rideout, 1995)

- nacházení přínosu a rozvoj – *benefit finding and growth* (Lechnerová, Weaverová, 2009)
- rozkvétání jedince, jedinci se dobře daří – *flourishing* (Ryff, Singer, 1998)
- prospívání jedince, zdravý vývoj – *thriving* (O’Learyová, Ickovicsová, 1995)
- pozitivní iluze – *positive illusion* (Taylor, Brown, 1988)
- rozvoj iniciovaný negativními událostmi, neštěstím – *adversarial growth* (Linley, Joseph, 2004)
- rozvoj navozený stresem – *stress-related growth* (Parková, Cohen, Murch, 1996)
- posttraumatický rozvoj – *posttraumatic growth* (Tedeschi, Calhoun, 1995)

Poslední uvedený termín autorů Tedeschiho a Calhouna převládá v novějších pracích na toto téma. Do češtiny by se měl překládat jako posttraumatický rozvoj, nicméně u některých českých autorů se setkáváme i s překladem posttraumatický růst. Mareš (2012) se domnívá, že pojem růst je více spojován se změnami kvantitativními, ale zde se jedná o kvalitativní změny v různých oblastech osobnosti. Z tohoto důvodu by měl být překlad posttraumatický rozvoj vhodnější alternativou pro český pojmový aparát.

2.1 Definice

Podle Kupky (2014, s. 63) je „*posttraumatický rozvoj definován jako významná pozitivní změna v kognitivním a emočním životě člověka, která může mít i své vnější projevy a vyústit tak ve změnu chování*“. Posttraumatický rozvoj má být tedy opakem posttraumatické stresové poruchy. Tento rozvoj se může objevit třeba až několik měsíců či dokonce několik let po traumatické události.

Významným pojmem tohoto termínu je trauma, které zde není chápáno přesně tak, jak ho definuje například DSM-IV, ale spíš jako okolnost, která významně změní jedincův dosavadní pohled na svět (Mareš, 2012). Podle Tedeschiho, Parka a Calhouna (1998) je trauma jako zemětřesení, které srovná budovy se zemí, až zůstanou pouze základy. Musíme odstranit tuto suť, abychom mohli postavit nové a silnější konstrukce. Ale v tomto období se objevují četné obavy, co když je to až příliš těžký úkol? Nebo přijde další katastrofa a znovu zničí všechnu dosavadní práci? Nakonec jsou ale přece jen stanoveny a uskutečněny nové plány výstavby, na základě předchozích zkušeností. Podobně probíhají i psychologické procesy po prožitém traumatu. Pokud člověk překoná všechnen strach a zmatek, může najít novou životní cestu a jeho život se může změnit k lepšímu.

Podstatné znaky traumatické události podle Mareše (2012):

- 1) je šokující – překvapivá, nečekaná, nepředvídatelná
- 2) není ovlivnitelná – z pohledu člověka, který si traumatem prochází, nemůže nic udělat, korigovat
- 3) jedinec zpravidla nenese vinu za tuto událost, nezavinil ji
- 4) faktory objevující se na základě této události nejsou běžné, naopak jsou spíše neobyčejné, výjimečné
- 5) tato událost činí jedinci dlouhodobé, často i nevratné obtíže
- 6) nová etapa vývoje jedince, často bývá zranitelnější

Přítomnost posttraumatického rozvoje ovšem neznamená, že by vymizela bolest z prožité události, ani změna pohledu na událost, ať už jde o ztrátu, nemoc či krizi. Jedinec nikdy nebude tuto událost považovat za něco vítaného či pozitivního, pouze ve výsledku může z této změny vytěžit něco dobrého (Mareš, 2012).

Mareš (2012) uvádí, že k posttraumatickému rozvoji dochází s větší pravděpodobností, pokud se jedinec zamýšlí nad tím, co se mu stalo a jaký to všechno má smysl. Tento proces zkoumání a přemýšlení ve výsledku vytváří aspekt srozumitelnosti.

Dále se snaží pochopit to, k čemu došlo, ale i sebe samého. Když dojde k porozumění, objevuje se také druhý aspekt – zvládnutelnost. Při dosažení obou těchto aspektů pak jedinec dospěje k názoru, že situace je zvládnutelná a hledá zdroje, které mu pomohou vyrovnat se s danou událostí. Po delší době se pak může objevit třetí aspekt, a to je hledání smysluplnosti traumatu. Je nejdůležitější složkou posttraumatického rozvoje, jelikož v této fázi si jedinec začíná uvědomovat i pozitivní dopady traumatu, jak ho prožitá událost změnila k lepšímu. Může se jinak dívat na svět, být odpovědnější a více si vážit života.

Aby mohlo dojít k rozvoji, musí tedy nejprve na jedince působit negativní událost, která změní jeho dosavadní pohled na svět. Je ovšem důležité, jak intenzivní je působení prožitku. Velmi nepříznivé okolnosti už kupříkladu nemusejí vyvolat rozvoj, jelikož naruší celkové zpracování události. Malá závažnost zase nemusí vyvolat takovou reakci, aby ke změnám došlo. Musí tedy existovat jakási „optimální hranice“ intenzity traumatického prožitku (Mareš, 2012).

Jak uvádí Kupka (2014), v tomto světle je možné pozitivně působit na jedince po prožitém traumatu a vrátit ho mezi tyto hranice tak, aby výsledkem nebyla posttraumatická stresová porucha, nýbrž rozvoj. Jako pozitivně působící se ukazují techniky krizové intervence a následné psychoterapie.

2.2 Historie a současné pojetí

Velký zájem o posttraumatický rozvoj se objevuje zejména po druhé světové válce. Utrpení velkého množství lidí, vzpomínky na prožité hrůzy a koncentrační tábory i osobní zkušenost z války, to vše významně poznamenalo velké množství lidí a psychologové, sociologové ani lékaři nemohli zůstat neteční (Mareš, 2012).

Na počátku výzkumu fenoménu pozitivních důsledků po traumatické události stojí pravděpodobně práce lékaře a terapeuta V. E. Frankla, čerpající z osobních zkušeností z několika koncentračních táborů. Dle jeho mínění člověk teprve v krajní situaci ukáže, čeho je doopravdy schopen. Lidé, kteří si i v těžkých chvílích dokázali najít svůj smysl života, mnohem lépe zvládali traumatické situace. Po válce tak vznikl nový psychotherapeutický směr – logoterapie – který se věnuje právě hledání smyslu života a tím pomáhá klientům lépe zvládat těžké životní situace (Kupka, 2014).

Podle Kupky (2014) další zajímavý výzkum vedl americko-izraelský sociolog Aaron Antonovsky, jehož cílovou skupinou byli Židi, kteří přežili holocaust. Všiml si totiž, že ačkoli byli všichni vězni z koncentračních táborů fyzicky ve velmi špatné kondici, někteří jedinci si dokázali uchovat dobrou psychickou formu. Objektem jeho zájmu tedy bylo, zdali existuje nějaká výjimečná charakteristika, která dopomohla vězňům k uchování si svého psychického zdraví. Následně na základě svého výzkumu formuloval hypotézu o existenci osobnostní charakteristiky, kterou pojmenoval sense of coherence, tedy soudržnost osobnosti (SOC). Tuto charakteristiku podle Antonovského tvoří tři základní dimenze, a to srozumitelnost, smysluplnost a zvládnutelnost. Pokud oplýváte všemi třemi, dokážete se vyrovnat i s velice náročnými situacemi.

Na podobné téma se zaměřila také Kobasová (1979), která si vybrala jako cílovou skupinu vedoucí pracovníky. Rozdělila je do dvou skupin, přičemž jedna skupina zažívala běžně mnoho stresových situací, ale účastníci nebyli častěji nemocní. Druhá skupina oproti tomu vykazovala vyšší míru onemocnění při setkání se stresovými událostmi. Ve výsledcích byly statisticky významné rozdíly mezi skupinami v některých charakteristikách. Zdravější skupina měla častěji vnitřní místo kontroly, dynamičtější život, lépe se přizpůsobovali změnám a také byli méně odcizení sami sobě. Kobasová tedy na základě tohoto výzkumu pojmenovala soubor osobnostních charakteristik, které dělají člověka odolnějšího jedním slovem hardiness.

V současných výzkumech se objevují různé teoretické modely posttraumatického rozvoje, pro přehled uvedu alespoň některé z nich.

Model posttraumatického rozvoje nám nabízí američtí vědci Tedeschi a Calhoun. Tento model propracovávali a zpřesňovali řadu let. Nejvýznamnější pojmy jsou podle Mareše (2012, s. 25) tyto: „*osobnost před traumatem, exponování jedince traumatu, kognitivní restrukturační – přemítání, sociokulturní vlivy, posttraumatický rozvoj, pohoda a životní spokojenost*“. Ve svém modelu popisují posttraumatický rozvoj jako důležitou změnu k lepšímu v oblasti kognitivního a emočního života jedince, která může způsobit změny v chování jedince. Změna musí být taková, aby se jedinec dostal nad svou úroveň před prožitím traumatu. Tedeschi a Calhoun popisují také termín ruminace, tedy jakési přemítání o traumatické události, hledání příčin a souvislostí. Toto přemítání nemusí být pouze obtěžující, ale také přínosné při hledání smyslu traumatu (Slezáčková, 2012).

Další model navrhla Janoff-Bulmanová, podle které sebou traumatický rozvoj přináší tři důležité změny: 1. jedinec se stává odolnějším, silnějším, získá větší sebedůvěru a odvalu; 2. nový pohled na život; 3. získá tzv. psychologickou připravenost (psychological preparedness) na negativní události. Pokud by přišly další obtížně zvladatelné události, bude jimi méně traumatizován. Dosavadní pohled člověka na svět už není funkční, proto musí být změněn. Jedinec pátrá zejména po smyslu událostí, které ho zasáhly. Zde Janoff-Bulmanová rozlišuje dva smysly, a to smysl jako srozumitelnost dění a smysl jako významnost dění. S prvním zmíněným se spojuje posttraumatická stresová porucha, kdy se jedinec snaží zorientovat v nenadálé situaci a často je třeba pomoc profesionála. Oproti tomu smysl jako významnost dění se pojí s posttraumatickým rozvojem, který přichází s větším časovým odstupem, kdy jedinec může sám zhodnotit, co mu tato zkušenost přinesla a k jakým změnám došlo v jeho životě (Mareš, 2012).

Mareš (2012) uvádí jako další příklad dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové, který předpokládá, že rozvoj může mít dvě podoby. Jedna je produktivní, sebepřesahující a přínosná, zatímco druhá je sebeobelhávající, pozitivně zkreslující a nepřínosná. K této iluzi jedinec dospěje sám, nikdo jiný mu ji nepředkládá. Přestože je to klam, může krátkodobě posloužit dobře ke zvládnutí distresu a utlumení dalších negativních dopadů traumatu.

2.3 Změny provázející posttraumatický rozvoj

Tedeschi a Calhoun (in Kupka, 2014) vycházeli z kvalitativních dat svých výzkumů a formulovali tři kategorie, ve kterých dochází k rozvoji. Pode nich jde zejména o změny v oblasti vztahu k sobě, vztahům k ostatním lidem a životní filozofii, přičemž tyto tři kategorie jsou těsně provázané a někdy se i prolínají.

- 1. Změna postoje k sobě:** jde o kladné změny ve vztahu k sobě, přičemž tyto změny jsou nejspíše založeny na nových zkušenostech, které jedinec vytěžil z traumatické události. Člověk si také v důsledku prožitých událostí uvědomí svou smrtelnost, což přispívá ke změně pohledu na svět. Začne si více vážit života, mezilidských vztahů a prožívat současný okamžik. Je také ochoten více pomáhat a přijímat pomoc od ostatních.
- 2. Změna v mezilidských vztazích:** jedná se především o zlepšení vztahu k blízkým osobám, ale také se dokáží lépe vcítit do ostatních. Více též soucítí s lidmi, které postihlo podobné nebo stejné trauma. Oceňují důležitost vztahů k životě.
- 3. Změna životní filozofie:** člověk více přemýšlí o smyslu svého života, o svých cílech a také o tom, co doposud prožil. Může změnit svůj žebříček hodnot, radovat se z maličkostí a všimnout si krásy všedních okamžiků, které předtím považoval za bezpředmětné. Změna životní filozofie úzce souvisí i se spiritualitou - jedinec může ztratit svou víru nebo ji naopak nalézt, či získat schopnost transcendence.

Dále na základě faktorové analýzy Tedeschi a Calhoun (in Kupka, 2014) definovali pět primárních okruhů posttraumatického rozvoje³:

- 1. Změny v sebepercepci:** přímý střet člověka s konečností života a uvědomění si vlastní smrtelnosti může vést k osobnostnímu rozvoji. Jedinec si uvědomí své vlohy a zvládnutelnost krajních situací.
- 2. Nové životní možnosti:** projevuje se pěstováním nových koníčků, smysluplným nakládáním s volným časem a usilovnou snahou o změnu věcí, u kterých je to potřeba.

³ Tyto okruhy jsou použity v dotazníku Posttraumatického růstu ve výzkumné části

- 3. Vztahy s druhými lidmi:** větší ochota mluvit o svých pocitech s ostatními, vyšší míra empatie i altruismu. Člověk se zapojuje do sociálního života a celkově věnuje zvýšenou pozornost vztahům.
- 4. Ocenění života:** přemýšlí o podstatných věcech v životě, úcta ke zdraví i k životu jako takovému.
- 5. Spirituální změna:** jedinec projevuje větší zájem o náboženství, může nalézt svou víru, rozumí potřebám druhých v oblasti náboženství nebo se jeho vlastní potřeby rozšíří.

Existují samozřejmě i jiné oblasti, ve kterých se člověk může rozvinout, a nejsou uvedeny výše. Může to být kupříkladu moudrost, se kterou lépe řeší životní nesnáze a druhým lidem se jeví jako klidný a vyrovnaný člověk, kterým opravdu je.

3. Rakovina

Rakovina je v dnešní době mezi lidmi snad nejvíce diskutovanou nemocí. Téměř každý zná ve svém okolí někoho, kdo touto nemocí trpěl. Pod tímto všeobecným pojmem můžeme nalézt mnoho druhů tohoto onemocnění, které mají všechny společné to, že se jedná o maligní neoplastické procesy v organismu a pokud se neléčí, vedou ke smrti organismu. Prognózy u různých druhů se liší, ale v každém případě se jedná o velmi obávanou diagnózu (Tschuschke, 2004).

Příčiny vzniku onemocnění, i přes množství výzkumů, které byly do současnosti provedeny, zatím nejsou zcela známé. Nicméně podle Tschuschkeho (2004) jsou odborníci přesvědčeni, že jde o multifaktorový vznik onemocnění, tedy o kombinaci vlivů z vnějšího prostředí (karcinogeny, sluneční záření), životního stylu jedince (stres, stravování), genetických, endokrinních a imunologických faktorů. Podle Hartla a Hartlové (2004, s. 495) se *„na vzniku rakoviny výrazně podílí fyzická a psychická kondice člověka včetně jeho psychologicky ovlivnitelného stylu života. Za faktory ovlivňující vznik rakoviny jsou považovány: skladba stravy (35%), kouření (30%), sexuální promiskuita (7%), druh práce (4%), alkohol, farmaka, škodliviny v životním prostředí (3%), potravinové přísady (1%).“*

Jak píše Hartl a Hartlová (2004) podle údajů WHO z roku 1997 ročně rakovinou onemocní 9 mil. lidí a 5 mil. následkem toho zemře. Pro rok 2015 se očekává nárůst na polovinu všech úmrtí. V České republice za posledních padesát let odborníci zaznamenali zhruba dvacetinásobný nárůst úmrtí na rakovinu. Kolem roku 2000 bylo v ČR zaznamenáno přibližně 40 tis. nových pacientů mužského pohlaví a 30 tis. ženského pohlaví ročně. Dle záznamů WHO z roku 1998 je jedna třetina nádorových onemocnění léčitelná při včasné diagnóze a stanovení odpovídající léčby.

4. Teoreticko-kritická analýza poznání

Přestože se již dříve objevilo mnoho průkopnických studií, postoje ke smrti se dostaly do centra zájmu psychologie teprve v pozdních padesátých letech 20. století, kdy Herman Feifel (1956, 1959) zveřejnil své studie na geriatricky a mentálně nemocných populacích. V oblasti metodologie se tyto rané studie opíraly především o projekční metody a jednoduché zjevně validní dotazníky. Další vlna článků na toto téma se objevila až v polovině sedmdesátých let díky rozvoji prvních široce dostupných nástrojů pro přímé měření strachu ze smrti (Collett-Lesterova škála strachu ze smrti, 1969), ohrožení (Krieger, Epting & Leitner, 1974) a úzkosti (Templerova škála úzkosti ze smrti, 1970). V osmdesátých letech se zájem o výzkum úzkosti ze smrti ustálil, ale potom přišla další vlna pozornosti, která přetrvává až do současnosti. Proto vzniká k tomuto tématu stále nová literatura jak v Evropě, na Středním východě, v asijských zemích i v Severní Americe (Neimeyer, Wittkowski, Moser, 2004).

V roce 1994 autoři Wong, Reker a Gesser zveřejnili metodu Revidovaný profil postojů ke smrti (The Death Attitude Profile-Revised), čímž výrazně přispěli k dalšímu vývoji tohoto tématu, jelikož jako první zohlednili také možnost neutrálních a pozitivních postojů. Ostatní výzkumníci možnost existence pozitivních postojů ke smrti dlouhou dobu přehlíželi, přestože mnohá náboženství se ke smrti staví pozitivně (víra, že po smrti přijdou do nebe). I ateista může mít pozitivní pohled na smrt, ve smyslu úniku z pozemského utrpení (Machů, Pechová, 2011).

Mnozí badatelé si kladli otázku, jestli existuje rozdíl v míře strachu ze smrti mezi pohlavími. Fortner a Neimeyer (1999) na základě své přehledové studie shledali, že ženy vykazují vyšší úroveň strachu než muži, ale pouze v mladších věkových skupinách. U starších respondentů se tento rozdíl nepodařilo prokázat. Také výzkum Machů a Pechové (2011) prokázal statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami na škále strach ze smrti a úzkost ze smrti. Nicméně existuje také velké množství neprůkazných výzkumů, proto zatím nemůžeme na tuto otázku zcela jasně odpovědět.

Jisté souvislosti můžeme nalézt také mezi postoji ke smrti a náboženským přesvědčením. Výzkum na toto téma vedl například Dezutter a kol. (2009). Zkoumaný vzorek se skládal ze 471 Belgičanů a k měření byly použity dotazníkové metody, a sice Post-kritická škála víry a Revidovaný profil postoje ke smrti. Z výsledků vyplývá, že věřící lidé více tíhnou k přátelskému přijetí smrti, což koresponduje s vírou v posmrtný život. Za druhé, že lidé, kteří se důsledně drží svých postojů k náboženství, měli vyšší míru úzkosti

ze smrti. Autoři tento jev vysvětlují tím, že zpracovávání náboženských obsahů úzce souvisí s obrannými postoji vůči smrti. A nakonec, jistá specifická kombinace těchto dvou aspektů se jeví jako dobrý prediktor neutrálních postojů ke smrti.

Ve výzkumu Machů a Pechové (2011) se potvrdily výsledky předchozích výzkumů. Věřící oproti ateistům statisticky významně více skórovali na škále přátelského přijetí smrti a naopak nižší skóry se u nich objevovaly na škálách strachu a vyhýbání se smrti.

Třetí často kladenou otázkou bývá, jak se liší postoje ke smrti v souvislosti s věkem respondentů. Russac, Gatliff, Reece a Spottswood (2007) tvrdí, že kolem dvaceti let prožíváme jakýsi vrchol úzkosti ze smrti, která se v následujících letech postupně snižuje. U žen byl naměřen ještě druhý vrchol, a to ve věku padesáti let. Jacksonová (2008) ve svém výzkumu hledala interakce mezi věkem, pohlavím a sebedůvěrou působící na úzkost ze smrti. Vzorek se skládal ze 136 participantů rozdělených do 3 věkových kategorií (18-25, 35-50, 60+). Interakce těchto faktorů mezi sebou nebyly prokázány, nicméně z výsledků je poznat, že starší respondenti hlásili nižší míru anxiety, než mladší.

Počátky vědeckého zkoumání posttraumatického rozvoje můžeme nalézt v období po druhé světové válce. Zejména V. E. Frankl se zajímal o to, jak mohli někteří jedinci zvládnout pobyt v koncentračních táborech. Zjistil, že pokud člověk najde smysl života a udrží si v sobě důvody, proč žít, dokáže ustát i ty nejextrémnější zátěžové situace (Mareš, 2012).

V současné době jsou s výzkumem posttraumatického rozvoje nejvíce spojována jména Tedeschi a Calhoun, kteří tento pojem poprvé použili ve své práci z roku 1995. Zmínění autoři popsali také důležitý model posttraumatického rozvoje, který se zakládá na pěti oblastech: „1. jedinec objevuje své stránky osobnosti, o nichž doposud nevěděl; 2. mění se jedincovo vnímání vlastního já; 3. mění se jedincovy vztahy k jiným lidem, je vstřícnější; 4. mění se jedincovo chápání života, přeskupují se jeho životní hodnoty, nastupuje hlubší porozumění životu; 5. dochází i ke změnám v duchovní oblasti; u některých lidí nastává příklon k víře“ (Mareš, 2012, s. 25).

V roce 1996 Tedeschi a Calhoun zveřejnili Dotazník posttraumatického rozvoje (Posttraumatic Growth Inventory – PTGI), který je vytvořen na základě jejich modelu. Skládá se z 21 otázek, které měří pět proměnných: nové možnosti, vztahy s druhými, osobní růst, spirituální změna a ocenění života. Tento dotazník patří k nejčastěji používaným pro měření posttraumatického růstu (Mareš, 2012).

5. Výzkumný problém

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma smrti a rozvoje, které mě zajímá a provází celým mým životem, ostatně jako i životy jiných lidí. Zaměřila jsem se na bývalé onkologické pacienty, které srovnávám s kontrolní skupinou zdravých probandů. Ve výzkumné části práce se zaměřuji hlavně na dvě oblasti, a to posttraumatický rozvoj a postoje ke smrti. Z mnohých výzkumů vyplývá, že po prožití traumatu se může v určitém časovém odstupu dostavit rozvoj v podobě změny životní filozofie, přístupu ke vztahům či k náboženství. Rakovinu považuji za silné trauma v podobě akutní nemoci a ohrožení života, proto chci zjistit, zda se u respondentů dostavil posttraumatický rozvoj. Pro tento výzkum použiji ke srovnání škálu ocenění života, jelikož tam očekávám největší rozvoj.

Dále chci prozkoumat, zda se postoje ke smrti při prožití její blízkosti změny ve srovnání s kontrolní skupinou a jakým způsobem. Předpokládám, že pokud se prokáže určitá změna oproti zdravým respondentům, projeví se spíše v oblasti strachu ze smrti a vyhýbání se smrti, jelikož pozitivní vztah ke smrti je podle výsledků mnohých výzkumů spíše spojen s vírou v posmrtný život.

6. Cíl výzkumu

Pro tento výzkum jsem určila několik cílů:

- 1) Srovnat postoje ke smrti u bývalých onkologických pacientů s kontrolní skupinou zdravých respondentů.
- 2) Prozkoumat, zdali onkologičtí pacienti v remisi mají po prožité nemoci jiný přístup k životu, než kontrolní skupina zdravých respondentů.

7. Hypotézy

H₁: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou onkologických pacientů v remisi a kontrolní skupinou ve škále strach ze smrti.

H₂: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou onkologických pacientů v remisi a kontrolní skupinou ve škále vyhýbání se smrti.

H₃: Mezi onkologicky nemocnými a kontrolní skupinou existuje statisticky významný rozdíl ve škále ocenění života.

8. Průběh výzkumu

Na počátku výzkumu jsem po prodiskutování s garantem práce zvolila kvantitativní formu výzkumu za použití dotazníkových metod. Rešerše literatury a příprava k výzkumu probíhala v letních měsících roku 2014. Na podzim jsem začala sbírat data od respondentů, sběr byl ukončen v únoru 2015. Celkem se výzkumu zúčastnilo víc než 60 respondentů ve věku od 18 do 84 let, nicméně se ukázalo jako obtížné dohledat onkologicky nemocné v remisi, kterých bylo pouze 21. Po pročištění dat zůstalo v tomto výzkumném souboru 20 respondentů a k nim jsem matchingem dohledala 20 zdravých jedinců pro kontrolní skupinu. Nastavila jsem si kritéria věku, pohlaví, náboženského vyznání a vzdělání, abych vyloučila vliv nežádoucích proměnných.

Součástí výzkumu byly dva dotazníky, které respondenti vyplňovali. První je Revidovaný profil postojů ke smrti (Wong, Reker, Gesser, 1996) a druhý dotazník Posttraumatického rozvoje (Tedeschi, Calhoun, 1996). Respondenti měli možnost vyplnit dotazníky online po internetu, nebo ručně. Osobně jsem dotazníky nezadávala z důvodu zachování anonymity. V každém dotazníku byl uveden kontakt na mě v podobě emailové adresy pro případ, že by měli respondenti nějaké otázky ohledně výzkumu.

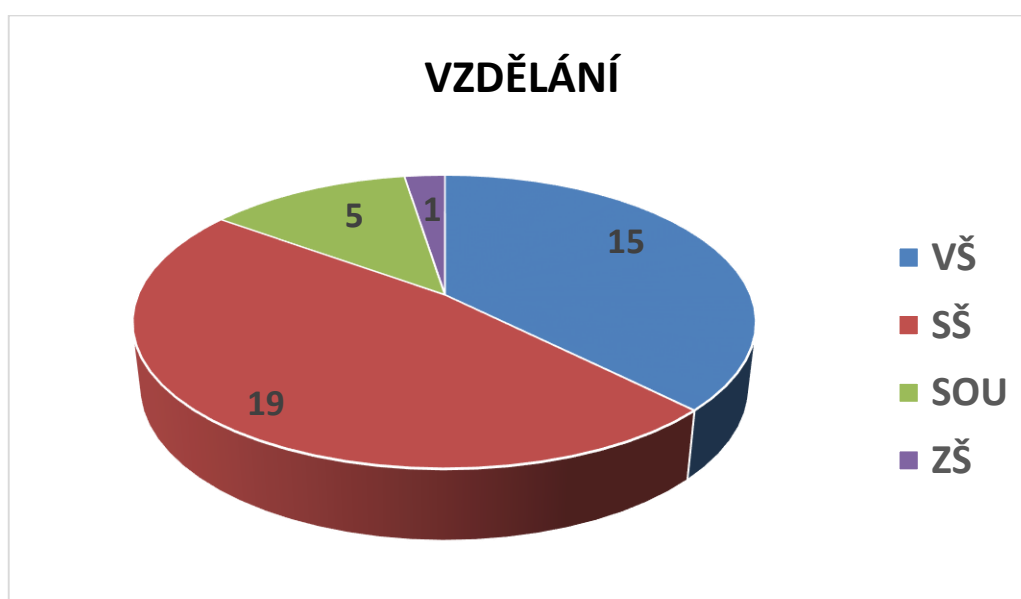
9. Zkoumaný soubor

Ve výzkumu je zahrnuto celkem 40 respondentů ve věku od 18 do 84 let, z toho 20 onkologicky nemocných v remisi (experimentální skupina) a 20 bez nádorového onemocnění do současnosti (kontrolní skupina). Průměrný věk celého souboru je 48,9 let, medián je 45 let. Rozložení dle pohlaví je 14 mužů a 26 žen.

Kromě věku a pohlaví byli respondenti dotazováni ještě na nejvyšší dosažené vzdělání a náboženské vyznání, abych zamezila výskytu nežádoucích proměnných. Celkem se výzkumu zúčastnilo 10 věřících a 30 nevěřících respondentů. Vzhledem k malému vzorku a opakované odpovědi „Ano, bez vyznání“, jsem druh náboženství blíž nerozlišovala. Co se týče vzdělání, nejčastěji respondenti uváděli středoškolské vzdělání s maturitou (19), na druhém místě bylo vysokoškolské vzdělání (15), třetí střední odborné učiliště (5) a nejméně uváděli základní vzdělání – pouze jeden respondent.

Cílem bylo tedy dohledat respondenty s nejvíce podobnými charakteristikami, nicméně bohužel se mi nepovedlo zcela přesně vyvážit kategorie vzdělání a věk. Rekrutace respondentů do experimentální skupiny probíhala nejprve oslovením institucí, které pracují s onkologicky nemocnými. Nicméně jsem za pomoci těchto institucí nedosáhla požadovaného počtu respondentů pro můj výzkum, proto jsem dále oslovila přátele a známé, přes které jsem získala další probandy. Kontrolní skupina byla rekrutována převážně samovýběrem, k dispozici byl online dotazník.

Graf č. 1



10. Aplikovaná metodika

V rámci tohoto výzkumu byly použity dvě metody, a to Revidovaný profil postoje ke smrti (The Death Attitude Profile-Revised) a Dotazník posttraumatického rozvoje (Posttraumatic Growth Inventory).

Autory Revidovaného profilu postoje ke smrti z roku 1994 jsou Wong, Reker a Gesser. Tento dotazník vznikl doplněním původního Profilu postojů ke smrti (Gesser, Wong & Reker, 1987-88) o položky pozitivních dimenzí, jako přijetí smrti. Byl vytvořen a ověřován na vzorku 100 mladších dospělých (ve věku 18-29), 100 dospělých středního věku (30-59) a 100 starších dospělých (60-90) respondentů vybraných ze středně velkého města. Dotazník se skládá z 32 položek ve formě tvrzení, které měří pět faktorů postojů ke smrti:

1. Strach ze smrti („*Vyhliídka na mou vlastní smrt ve mně vzbuzuje úzkost.*“)
2. Vyhýbání se smrti („*Kdykoliv mi na mysl přijde myšlenka na smrt, snažím se ji odehnat.*“)
3. Neutrální postoj ke smrti („*Smrt by měla být nahlížena jako přirozená, nepopíratelná a nevyhnutelná skutečnost.*“)
4. Přátelské přijetí smrti („*Těším se na život po smrti.*“)
5. Únikové přijetí smrti („*Smrt nabízí možnost úniku z tohoto hrozného světa.*“)

Těchto pět faktorů představuje jak pozitivní postoje ke smrti (škály přijetí), tak negativní postoje (strach a vyhýbání se smrti) (Reimer, 2007).

Odpovědi na tvrzení jsou ve formě Likertovy škály se sedmi body, od „Zcela nesouhlasím“ po „Zcela souhlasím“. Skóre pro každou subškálu se pak sčítají a následně dělí počtem otázek, tak získáme střední hodnotu pro každého účastníka výzkumu.

Vnitřní konzistenci škál zkoumalo více výzkumů a výsledky dopadly vždy stejně. Negativní a pozitivní škály tohoto dotazníku vykazují vysokou vnitřní konzistenci, pouze neutrální dimenze má nižší hodnoty Cronbachova alfa. Pro tento výzkum byl použit překlad do češtiny z diplomové práce Kláry Machů (2012).

Dotazník posttraumatického rozvoje vytvořili Tedeschi a Calhoun v roce 1996. Prvním krokem bylo určení položek, které by odrážely dimenze posttraumatického rozvoje, popsané v literatuře. Autoři tedy vytvořili přehledovou studii, na základě které stanovili prvních 34 položek. Poté požádali respondenty, aby odpověděli, jak velká nastala změna v jejich životě po prožití traumatu, ve spojitosti s daným tvrzením. Výzkumný vzorek tvořili vysokoškolští studenti psychologie, kteří uvedli, že prožili významnou

negativní životní událost v posledních pěti letech. Celkem se studie zúčastnilo 199 mužů a 405 žen, z toho 92% ve věku 17 až 25 let a 95% bylo svobodných. Výsledky ukázaly, že všechny položky jsou vnitřně konzistentní (0,94). Analýza ukázala šest faktorů, z nichž pět se dalo dobře interpretovat. Proto ve výsledném testu zůstalo 21 otázek, vztahujících se k těmto pěti faktorům. Zajímavé bylo také zjištění, že ženy skórovaly výš než muži téměř ve všech škálách, kromě nových možností. Celková vnitřní konzistence výsledného dotazníku o 21 položkách je 0,90 (Tedeschi, Calhoun, 1996).

První dotazy se zaměřují na druh traumatické události a dobu, jaká od oné události uplynula. Dále dotazník obsahuje celkem 21 výpovědí, které měří pět faktorů rozvoje:

1. Vztahy s druhými („*Mám větší pocit blízkosti s druhými lidmi.*“)
2. Nové možnosti („*Našel jsem si nové zájmy.*“)
3. Osobní růst („*Mám silnější pocit sebedůvěry.*“)
4. Spirituální změna („*Moje víra je silnější.*“)
5. Ocenění života („*Změnil/a jsem priority ohledně toho, co je v mém životě důležité.*“)

Pro odpovědi je opět použita Likertova škála, tentokrát sedmibodová ve formě změny od „*Žádná změna*“ po „*Velmi značná změna*“. Pro potřeby tohoto výzkumu byl použit překlad dotazníku do češtiny z článku Marka Preisse Trauma a posttraumatický růst.

11. Použité statistické metody

Pro výpočty výsledků jsem použila program STATISTICA. Nejprve jsem zjišťovala, zda je normální rozložení dat na škálách strach ze smrti, vyhýbání se smrti a ocenění života, k čemuž byl použit Kolmogorov-Smirnovův test a Lillieforsův test. Podle Hendla (2006, s. 233) „*oba tyto testy patří do kategorie testů „dobré shody“.* Zkoumáme pomocí nich průběh celé distribuční funkce. Test Kolmogorova-Smirnova je zcela obecný pro jakýkoliv typ rozdělení. Lillieforsova modifikace se týká testu normálního rozdělení dat a používá se při ověřování tohoto předpokladu před aplikací dalších statistických postupů“.

Dále jsem hledala rozdíly mezi onkologicky nemocnými v remisi a zdravými. Pokud se dalo použít parametrické metody, byl zvolen t-test pro dva nezávislé vzorky (skupiny). „*Cílem statistického usuzování je v tomto případě porovnat odpovědi na dvě různá ošetření nebo intervence nebo porovnat dvě populace. Z každé populace máme zvláštní výběr. Porovnááme průměry sledované proměnné. Zajímá nás, zda rozdíl průměrů má určenou hodnotu, nebo se od ní liší. Také chceme sestrojít příslušný interval spolehlivosti pro rozdíl průměru proměnné v obou populacích* (Hendl, 2006, s. 207).

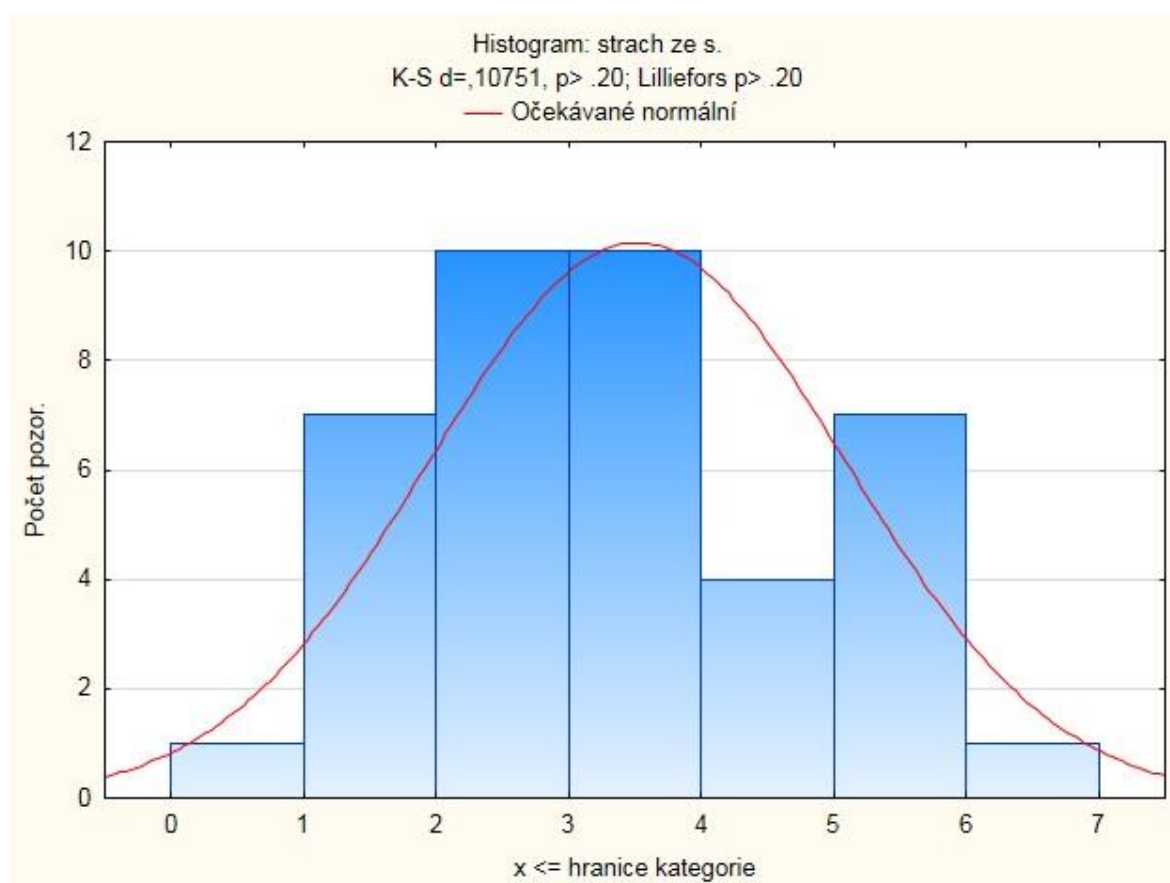
V případě nutnosti použití neparametrických metod jsem použila Mann-Whitneyův U Test. „*Krátce po Wilcoxonovi navrhli Mann a Whitney pro stejnou situaci⁴vlastní test pomocí statistiky U, který vede k ekvivalentnímu výsledku, ale je možné ho jinak interpretovat. V jejich postupu se porovná každé měření z první skupiny s každým měřením z druhé skupiny. Přitom se zjistí, kolikrát toto srovnání na ordinální stupnici dopadne ve prospěch druhé skupiny*“ (Hendl, 2006, s. 230).

⁴ pro dva nezávislé výběry

12. Přehled výsledků a zhodnocení platnosti hypotéz

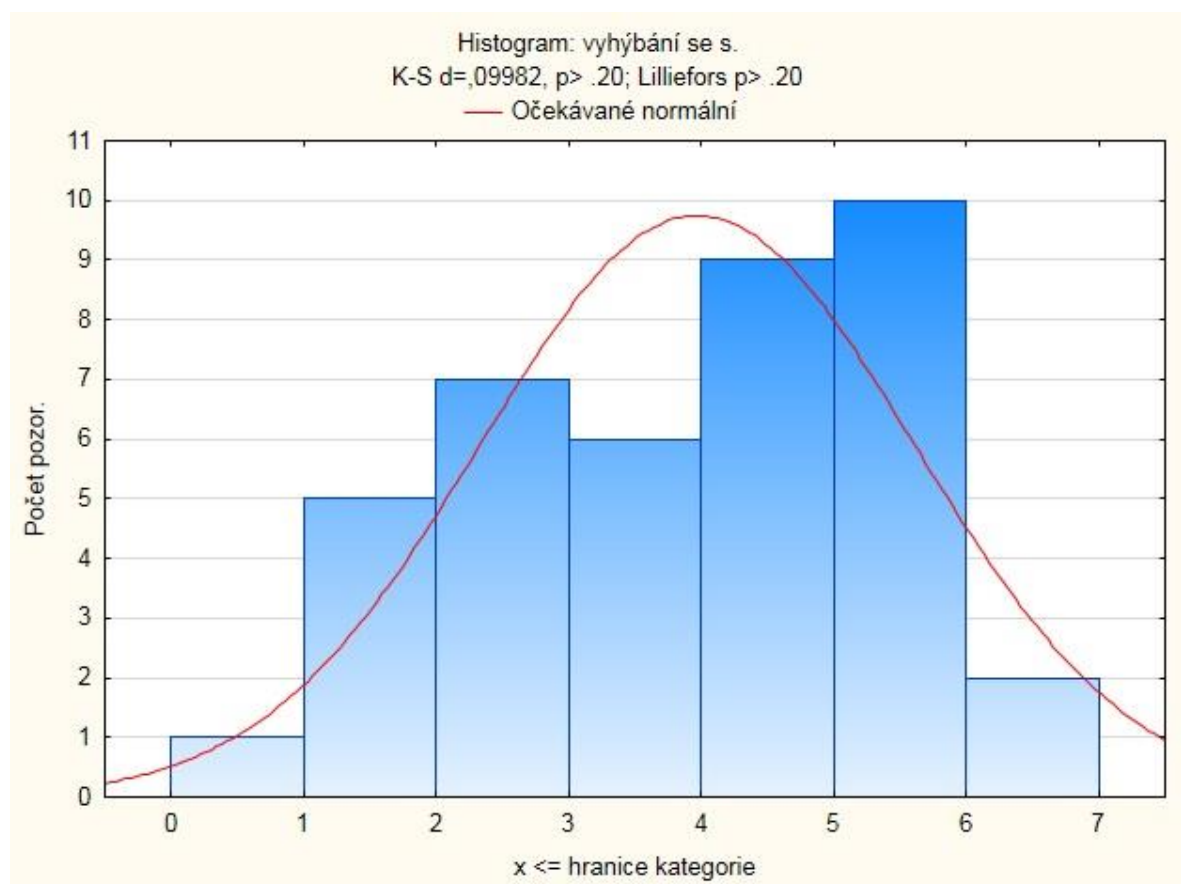
Nejprve jsem zjišťovala, zda mají škály normální rozložení dat. U škály strach ze smrti oba testy ukazují na normální rozložení. Podle histogramu (graf č. 2) vidíme odchylku mezi kolem bodu 4, což přičítám odpovědi „*Nevím*“ která je na Likertově škále označená číslem 4 a v instrukcích k dotazníku se vyloženě píše, aby tuto odpověď respondenti používali co nejméně. Rozhodla jsem se tedy pro další výpočty použít parametrické metody.

Graf č. 2



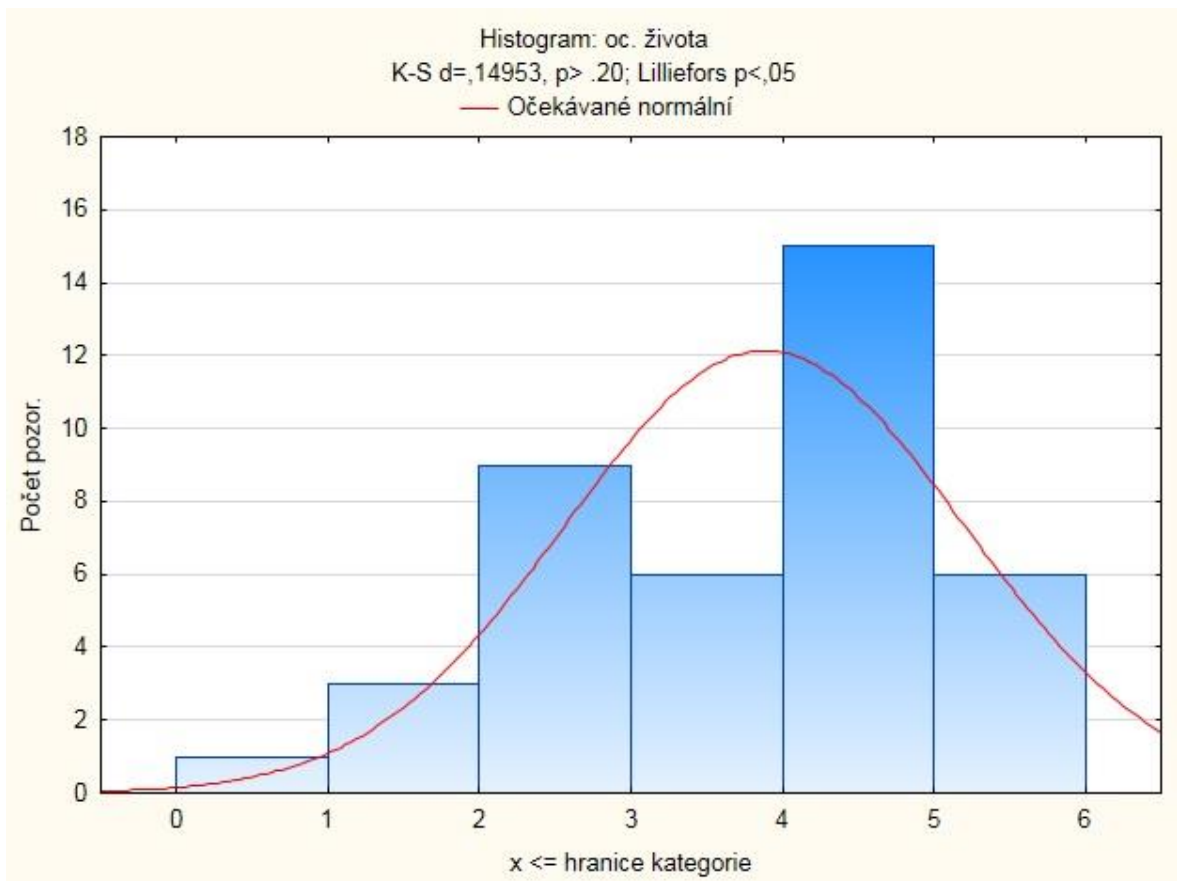
Dále jsem zjišťovala rozložení dat u škály vyhýbání se smrti. Zde testy také ukazují na normální rozložení dat. Na histogramu (graf č. 3) se znovu objevuje mírný pokles kolem bodu 4 a naopak nárůst kolem bodu 5. Rozhodla jsem se použít parametrické metody.

Graf č. 3



Do třetice jsem zjišťovala rozložení dat u škály ocenění života. Tentokrát Kolmogorov-Smirnovův test prokázal normální rozložení, ale Lillieforsův test to nepotvrdil. Rozložení dat (graf č. 4) tedy není normální a pro další výpočty k této škále použiji neparametrické metody.

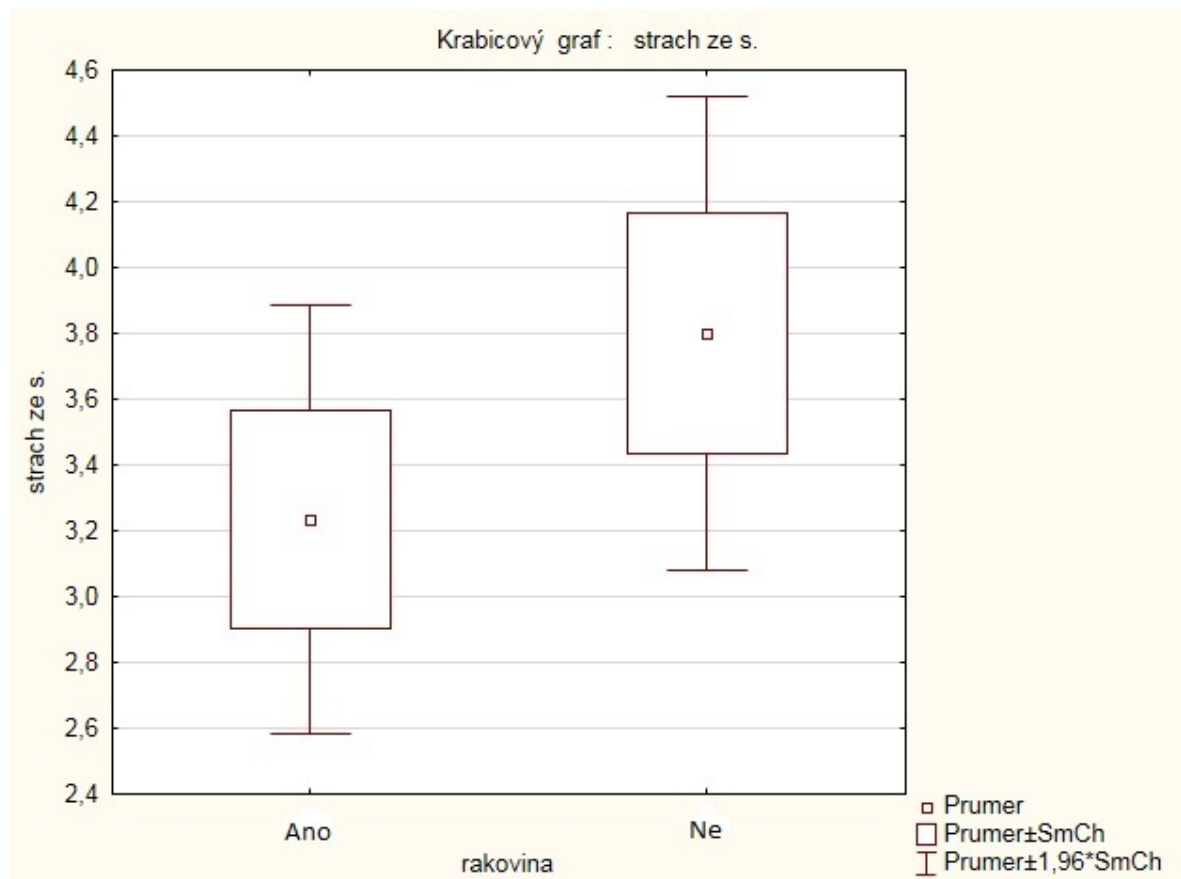
Graf č. 4



H₁: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou onkologických pacientů v remisi a kontrolní skupinou ve škále strach ze smrti.

Závislá proměnná je v tomto případě strach ze smrti a nezávislá proměnná zda proband prodělal onkologické onemocnění v minulosti, či neprodělal. Výpočtem t-testu pro škálu strach ze smrti byla zjištěna hodnota $t=-1,14$ a hodnota $p>0,05$. Na krabicovém grafu (graf č. 5) však vidíme, že určitý rozdíl mezi skupinami existuje, není však statisticky významný. Kdybychom měli větší vzorek, je možné, že rozdíl by se prokázal. Nicméně test nám statisticky významný rozdíl neprokázal, proto **H₁ nepřijímáme**.

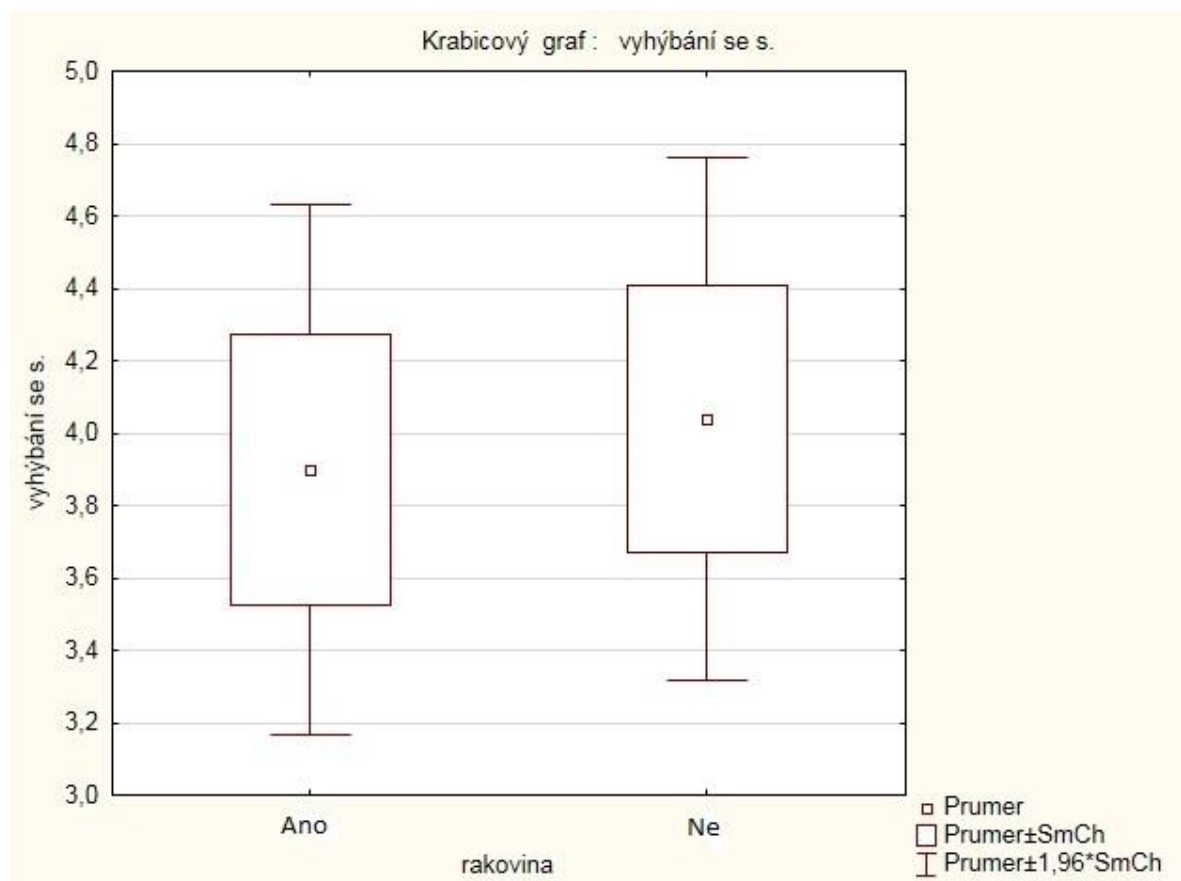
Graf č. 5



H₂: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou onkologických pacientů v remisi a kontrolní skupinou ve škále vyhýbání se smrti.

V tomto případě je závislá proměnná vyhýbání se smrti a nezávislá proměnná zůstává stejná, jako u předchozí hypotézy. Výsledkem t-testu bylo $t=-0,26$ a $p>0,05$. Test tedy neprokázal statisticky významný rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou na škále vyhýbání se smrti na hladině významnosti 0,05, a proto **H₂ nepřijímáme**.

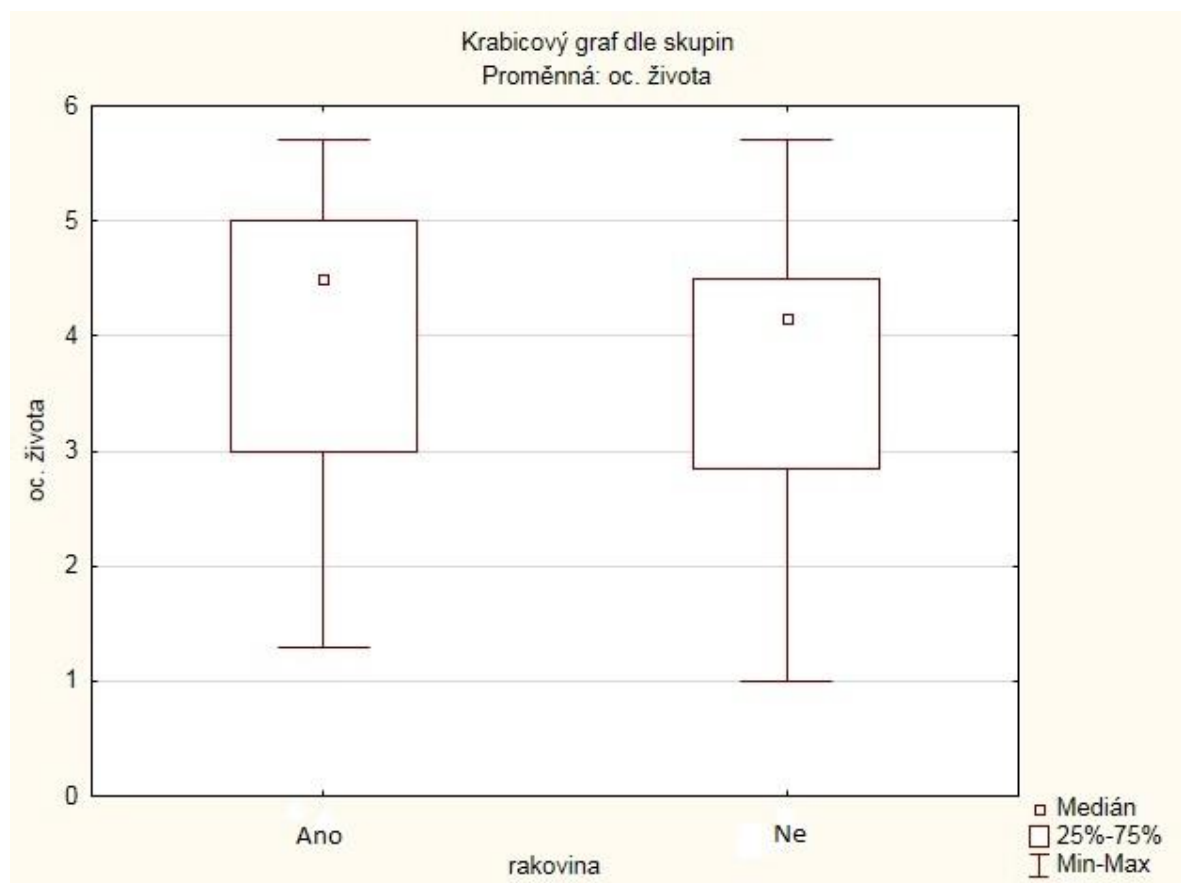
Graf č. 6



H₃: Mezi onkologicky nemocnými a kontrolní skupinou existuje statisticky významný rozdíl ve škále ocenění života.

Ve třetí hypotéze máme závislou proměnnou ocenění života a nezávisle proměnnou, zda respondent prodělal rakovinu či nikoliv. Výsledkem Mann-Whitneyho U testu je $U=172$ a $p>0,05$. Neprokázal se tedy statisticky významný rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou, **H₃ nepřijímáme.**

Graf č. 7



13. Diskuze

Pro potřeby tohoto výzkumu jsem použila dotazníkové metody. Prvním dotazníkem byl Revidovaný profil postoje ke smrti (The Death Attitude Profile-Revised, 1994), od autorů Wonga, Rejera a Gessera. Dotazník se skládá z 32 výpovědí, které měří pět dimenzí postojů ke smrti pomocí sedmibodové Likertovy škály. Dvě dimenze jsou negativní (strach a vyhýbání se smrti), dvě pozitivní (přátelské a únikové přijetí smrti) a jedna neutrální. Nevýhody této metody vidím hlavně v nižší vnitřní konzistenci škály neutrální postoje ke smrti a v použití hodnoty „Nevím“ v Likertově škále. Neutrální škálu jsem v tomto výzkumu tedy nezhlednila, stejně tak ani pozitivní, jelikož je více spojena s náboženským přesvědčením. Pojem „Nevím“ však může zkreslit jak normální rozložení (pokud respondenti dodržují doporučení a používají ho co nejméně, bude tato hodnota výrazně nižší tak, jak je vidět v grafu č. 2), tak celkové výsledky (pokud ho používají nadměrně, budou výsledky zkreslené touto hodnotou, jelikož se započítává do výsledného průměru celé škály), což hodnotím jako negativum.

Druhá použitá metoda je Dotazník posttraumatického růstu (Posttraumatic Growth Inventory, 1996), jehož autoři jsou Tedeschi a Calhoun. Tento dotazník obsahuje celkem 21 výpovědí, ze kterých následně získáme pět faktorů posttraumatického rozvoje, a to vztahy s druhými lidmi, nové možnosti, osobní růst, spirituální změna a ocenění života. Pro výsledné hodnocení jsem si vybrala škálu ocenění života, jelikož respondenti ze skupiny onkologicky nemocných v remisi zažili velmi blízké setkání se smrtí, a proto očekávám silný rozvoj v oblasti ocenění života. Zde vidím hlavní negativum v tom, že každý člověk v životě prožil nějaké trauma různé intenzity, které nedokáže nikdo odstínit. Nevíme tedy, nakolik byli lidé z kontrolní skupiny ovlivněni svou vlastní životní zkušeností, jak velké trauma prožili ve srovnání se skupinou onkologicky nemocných v remisi.

Dále bylo pro výzkum důležité, aby se věk, pohlaví, náboženské přesvědčení a vzdělání co nejvíce shodovalo u experimentální a kontrolní skupiny, jelikož mnohé výzkumy prokázaly, že tyto proměnné mohou ovlivnit postoje ke smrti. Nicméně se nepodařilo dohledat respondenty s přesně shodným věkem (ve věku se respondenti odlišovali maximálně o pět let) a vzděláním (zde se lišili maximálně o jeden stupeň).

Respondenty jsem hledala pomocí oslovení organizací, pracujících s onkologicky nemocnými. Podmínkou bylo, aby nebyli aktuálně v léčbě, ale ve fázi remise z etických důvodů. Jelikož za pomoci organizací se nepodařilo sehnat dostatečně velký vzorek, oslovila jsem dále přátele a známé, přes které jsem získala další respondenty. Celkově se

mi podařilo sehnat experimentální skupinu o velikosti 20 respondentů, což považuji za nedostatek výzkumu, jelikož původním cílem bylo získat minimálně 30 respondentů do každé skupiny.

Co se týče srovnání s jinými výzkumy, nepodařilo se mi dohledat výzkum o postojích ke smrti, který by se zabýval onkologickými pacienty v remisi. Našla jsem pouze výzkumy, týkající se onkologických pacientů v terminální fázi, což je ovšem docela jiný případ a nebylo by účelné je srovnávat.

14. Závěry

Výzkumu se zúčastnilo celkem 40 respondentů ve věku od 18 do 84 let, z toho 20 onkologicky nemocných v remisi a 20 tvořilo kontrolní skupinu bez osobní zkušenosti s rakovinou. Průměrný věk souboru je 48,9 let, medián je 45 let. Ve zkoumaném vzorku je celkem 14 mužů a 26 žen. Dále byli respondenti dotazováni ještě na náboženské přesvědčení a vzdělání. Celkem 10 respondentů odpovědělo, že jsou věřící a 30 nevěřící. Co se týče vzdělání, nejčastěji respondenti uváděli středoškolské vzdělání s maturitou (19), na druhém místě bylo vysokoškolské vzdělání (15), třetí střední odborné učiliště (5) a nejméně uváděli základní vzdělání – pouze jeden respondent.

Nejprve bylo třeba zjistit, zda mají výsledky normální rozložení dat a podle toho následně použít buď parametrické, nebo neparametrické metody vyhodnocení. U škály strach ze smrti a vyhýbání se smrti testy prokázaly normální rozložení dat. U škály ocenění smrti se však normální rozložení neprokázalo, proto bylo třeba použít neparametrické metody.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jestli se skupina onkologicky nemocných v remisi liší od kontrolní skupiny v hodnotách na třech výše uvedených škálách. Co se týče strachu ze smrti, výsledky t-testu vyšly $t=-1,14$ a $p>0,05$. Nebyl tedy nalezen významný statistický rozdíl, přestože na krabicovém grafu (graf č. 5) lze vidět určitý rozdílný trend mezi skupinami.

Dále jsem hledala rozdíly mezi skupinami na škále vyhýbání se smrti, která v t-testu vyšla $t=-0,26$ a $p>0,05$. Opět se tedy nepotvrdil statisticky významný rozdíl mezi skupinou onkologicky nemocných v remisi a kontrolní skupinou.

Do třetice jsem zkoumala škálu ocenění života, u které vyšlo neparametrické rozložení dat, a proto jsem použila pro výsledný výpočet Mann-Whitneyho U test, kde vyšlo $U= 172$ a $p>0,05$. Ani ve třetí škále se tudíž nepotvrdil významný statistický rozdíl, který jsem předpokládala.

Souhrn

Smrt je všudypřítomná a nezvratná. Může si najít kohokoliv z nás a v jakýkoliv čas. S vědomím vlastní smrtelnosti se postupně vyrovnáváme v průběhu celého života. Yalom (2006) dokonce považuje smrt za primární úzkost, ze které pramení další problémy jak fyzického, tak psychického rázu. V každém případě je to jediná jistota, kterou v životě máme už od narození.

Smrt je velké životní téma, kterým se již od dávnověku zabývali mnozí filozofové a myslitelé. Ani výzkumníci tedy nemohli zůstat pozadu, tudíž existují mnohé studie zabývající se tím, jak se v průběhu života mění naše postoje ke smrti. Nejčastěji jsou zmiňovány odlišnosti v postojích s ohledem na věk, pohlaví a náboženské přesvědčení. Nicméně cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak změny postoje ke smrti výrazná traumatická událost v podobě nádorového onemocnění. Druhým cílem bylo prozkoumat, zdali si onkologičtí pacienti v remisi cení svého života více než lidé, kteří tuto hroživou nemoc neprodělali.

Poprvé se postoje ke smrti dostaly do popředí zájmu psychologů v padesátých letech 20. století díky studiím Hermana Feifela (1956, 1959) na populacích s geriatrickým nebo mentálním onemocněním. Druhá vlna zájmu přišla až o deset let později díky rozvoji prvních nástrojů pro měření strachu ze smrti (Collett-Lesterova škála strachu ze smrti, 1969), ohrožení (Krieger, Epting & Leitner, 1974) a úzkosti (Templerova škála úzkosti ze smrti, 1970). Zájem výzkumníků o toto téma však neutichá ani v současnosti (Neimeyer, Wittkowski, Moser, 2004).

Mnozí badatelé si kladli otázku, zdali mají muži a ženy jinou míru úzkosti ze smrti. Fortner a Neimeyer (1999) na základě své přehledové studie konstatovali, že ženy vykazují vyšší úroveň strachu ze smrti než muži, což se ovšem prokázalo pouze u mladších věkových skupin. U starších respondentů nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly. Také ve výzkumu Machů a Pechové (2011) se prokázaly statisticky významné rozdíly na škále strach ze smrti a úzkost ze smrti mezi muži a ženami. Nicméně musíme brát v potaz také velké množství výzkumů, ve kterých nebyly nalezeny významné rozdíly, proto zatím nemůžeme na tuto otázku zcela jasně odpovědět.

Druhou často zkoumanou oblastí je náboženské přesvědčení ve spojitosti s postoji ke smrti. Výzkum na toto téma vedl například Dezutter a kol. (2009). Zkoumaný vzorek se skládal ze 471 Belgičanů a k měření byly použity dotazníkové metody - Post-kritická škála víry a Revidovaný profil postojů ke smrti. Z výsledků vyplývá, že věřící lidé více tíhnou

k přátelskému přijetí smrti, což lze vysvětlit jejich vírou v posmrtný život. Dále také zjistili, že lidé důsledně se držící svých postojů k náboženství měli vyšší míru úzkosti ze smrti. Autoři tento jev vysvětlují tím, že zpracovávání náboženských obsahů úzce souvisí s obrannými postoji vůči smrti. A nakonec, jistá specifická kombinace těchto dvou aspektů se jeví jako dobrý prediktor neutrálních postojů ke smrti. Ve výzkumu Machů a Pechové (2011) se potvrdily výsledky předchozích studií. Věřící oproti ateistům statisticky významně více skórovali na škále přátelského přijetí smrti a naopak nižší skóry se u nich objevovaly na škálách strachu a vyhýbání se smrti.

Třetí často kladenou otázkou bývá, jak se liší postoje ke smrti v souvislosti s věkem respondentů. Russac, Gatliff, Reece a Spottswood (2007) tvrdí, že kolem dvacátých let věku prožíváme nejvyšší úzkost ze smrti, v následujících letech se pak postupně snižuje. U žen byl naměřen ještě druhý vrchol kolem padesáti let. Jacksonová (2008) ve svém výzkumu hledala interakce mezi věkem, pohlavím a sebedůvěrou působící na úzkost ze smrti. Vzorek se skládal ze 136 participantů rozdělených do 3 věkových kategorií (18-25, 35-50, 60+). ANOVA neprokázala interakce těchto faktorů mezi sebou, nicméně z výsledků můžeme vyvodit, že starší respondenti cítí nižší míru anxiety, než mladší.

Nepodařilo se mi bohužel dohledat výzkumy zabývající se přímo onkologicky nemocnými pacienty v remisi a jejich postoji ke smrti. Nejblíže tomuto tématu byly výzkumy o terminálně nemocných onkologických pacientech, což má ovšem zcela jiný dopad na postoje ke smrti, proto nepovažuji za účelné srovnávat je s výzkumem v této práci.

Druhý zmíněný cíl výzkumu se týká posttraumatického rozvoje, o který se výzkumníci začali více zajímat po druhé světové válce. První náznaky můžeme najít v pracích V. E. Frankla, které se zakládají na jeho osobních zkušenostech z koncentračních táborů. Zde zjistil, že pokud si člověk uchová smysl života, pak dokáže přežít i ve velmi nepříznivých podmínkách (Mareš, 2012).

Tedeschi a Calhoun jako první navrhli pojem posttraumatický rozvoj ve své práci z roku 1995. Jsou také autory modelu posttraumatického rozvoje založeného na pěti dimenzích: „1. jedinec objevuje své stránky osobnosti, o nichž doposud nevěděl; 2. mění se jedincovo vnímání vlastního já; 3. mění se jedincovy vztahy k jiným lidem, je vstřícnější; 4. mění se jedincovo chápání života, přeskupují se jeho životní hodnoty, nastupuje hlubší porozumění životu; 5. dochází i ke změnám v duchovní oblasti; u některých lidí nastává příklon k víře“ (Mareš, 2012, s. 25).

Pro tento výzkum jsem zvolila kvantitativní formu za použití dotazníkových metod. Sběr dat probíhal od října roku 2014 do února 2015. Výběrový soubor tvoří celkem 40 respondentů ve věku od 18 do 84 let. Průměrný věk souboru je 48,9 let, medián je 45 let. Rozložení dle pohlaví je 14 mužů a 26 žen. Respondenti jsou rozděleni na experimentální a kontrolní skupinu podle toho, zda v minulosti prodělali nádorové onemocnění nebo ne. Každý proband vyplnil Revidovaný profil postoje ke smrti (Wong, Reker a Gesser, 1994) a Dotazník posttraumatického rozvoje (Tedeschi a Calhoun, 1996). Dotazníky byly anonymní a z osobních informací byli probandi dotazováni na věk, pohlaví, vzdělání a náboženské vyznání, aby bylo možné tyto proměnné redukovat, jelikož jsou v tomto výzkumu považovány za nežádoucí. Celkem se výzkumu zúčastnilo 10 věřících a 30 nevěřících respondentů. Co se týče vzdělání, nejčastěji respondenti uváděli středoškolské vzdělání s maturitou (19), na druhém místě bylo vysokoškolské vzdělání (15), třetí střední odborné učiliště (5) a nejméně uváděli základní vzdělání – pouze jeden respondent. Rekrutace probíhala oslovením institucí, které pracují s onkologicky nemocnými a dále také přátel a známých, kteří znali někoho s tímto onemocněním.

Pro tento výzkum byly stanoveny tři následující hypotézy:

H₁: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou onkologických pacientů v remisi a kontrolní skupinou ve škále strach ze smrti.

H₂: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou onkologických pacientů v remisi a kontrolní skupinou ve škále vyhýbání se smrti.

H₃: Mezi onkologicky nemocnými a kontrolní skupinou existuje statisticky významný rozdíl ve škále ocenění života.

K výpočtům jsem použila program STATISTICA. Nejprve bylo třeba zjistit, zda mohu použít parametrické testy, ověřovala jsem tedy normální rozložení dat. U škály strach ze smrti a vyhýbání se smrti bylo zjištěno normální rozložení, pro další výpočty jsem proto použila dvouvýběrový t-test. U škály ocenění života se nepotvrdila normální distribuce dat, proto byl použit neparametrický test, konkrétně Mann-Whitneyho U test. Výpočtem prvního t-testu pro škálu strach ze smrti byla zjištěna hodnota $t=-1,14$ a $p>0,05$. Přestože tedy na krabicovém grafu byl vidět rozdíl mezi skupinami, nebyl statisticky významný a první hypotézu nepřijímáme. Výsledek druhého t-testu byl $t=-0,26$ a $p>0,05$, opět tedy nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou na škále vyhýbání se smrti, druhou hypotézu nepřijímáme. Pro škálu ocenění života bylo vypočítáno $U=172$ a $p>0,05$, tudíž ani třetí hypotéza nebyla přijata.

Zdroje:

- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior*. 2nd ed. Maidenhead: Open University Press. xii, 178 s. Mapping social psychology.
- Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Hutsebaut, D. (2009). The Role Of Religion in Death Attitudes: *Distinguishing Between Religious Belief and Style of Processing Religious Contents*. *Death Studies*, 33(1), 73-92. doi:10.1080/07481180802494289
- Diggory, J. C., & Rothman, D. Z. (1961). *Values destroyed by death*. *The Journal Of Abnormal And Social Psychology*, 63(1), 205-210.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley. Přístup dne 28. 4. 2014 z <http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). *Death Anxiety in Older Adults: A Quantitative Review*. *Death Studies*, 23(5), 387-411. doi:10.1080/074811899200920
- Harmon-Jones, E., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & McGregor, H. (1997). *Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduced mortality salience effects*. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 72(1), 24-36. doi:10.1037/0022-3514.72.1.24
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie: Nauka o smrti a umírání*. Praha: Galén.
- Hayes, N. (2007). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- Hewstone, M., & Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Jackson, B. R. (2008). *How Gender and Self-Esteem Impact Death Anxiety Across Adulthood*. *Psi Chi Journal Of Undergraduate Research*, 13(2), 96-101

- Kobasa, S. C. (1979). *Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness*. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Krech, D., Crutchfield, R. S., & Ballachey, E. L. (1968). *Človek v spoločnosti: základy sociálnej psychológie*. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied.
- Kupka, M. (2011). *Psychologické aspekty paliatívnej péče*. Olomouc: Vydavatelství UPOL.
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliatívnej péče*. Praha: Grada.
- Kübler-Rossová, E. (1992). *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis.
- Kübler-Rossová, E. (1993). *O smrti a umírání*. Turnov: Arica.
- Machů, K., Pechová, O. (2011). *Profil postojů ke smrti*. *Cesty k moudrosti*, (s. 342-347). Bratislava: STIMUL.
- Machů, K., Pechová, O. & Dostál, D. (2013). *Postoje ke smrti a náboženské přesvědčení*. PHD EXISTENCE III, (s. 137-142). Získáno dne 20. 3. 2015 z http://www.contexo.cz/files/other/filemanager/Files/PhD%20existence%203/sborn%C3%ADk%20odborn%C3%BDch%20p%C5%99%C3%ADsp%C4%9Bvk%C5%AF_tisk.pdf
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). *Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation*. *Death Studies*, 28309-340. doi:10.1080/07481180490432324
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- Rasmussen, C. A., & Brems, C. (1996). *The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity*. *The Journal Of Psychology: Interdisciplinary And Applied*, 130(2), 141-144. doi:10.1080/00223980.1996.9914996
- Reimer, S. (2007). *A test of a model of positive and negative death attitudes among family caregivers of the elderly* [electronic form]. The Ohio State University.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). *Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects*. *Death Studies*, 31(6), 549-561. doi:10.1080/07481180701356936

- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií*. Praha: Grada.
- Swenson, W. M. (1961). *Attitudes toward death in an aged population*. *Journal Of Gerontology*, 1649-52. doi:10.1093/geronj/16.1.49
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). *The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma*. *Journal Of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. & Park, C. L. (1998). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Routledge.
- Teitelbaumová, M. A. (2005). *Death and bereavement: Encyclopedia of school psychology*.
Dostupné 22. 3. 2015 z:
https://www.google.cz/books?id=Ayl1AwAAQBAJ&lpg=PP1&ots=2FMXnH_MuP&dq=%20death%20and%20bereavement%3A%20encyclopedia%20of%20school%20psychology&lr&hl=cs&pg=PT4#v=onepage&q&f=false
- Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál.
- Výrost, J., & Slaměnik, I. (2008). *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada.
- Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. (2008). *Pohled do slunce: O překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál.

Příloha č. 1

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

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

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
BUZKOVÁ Barbora	Není 116, Doubrava	F12569

TÉMA ČESKY:

Postoje ke smrti a posttraumatický rozvoj u onkologických pacientů v remisi

NÁZEV ANGLICKY:

Attitudes toward death and posttraumatic growth in oncological patients in remission

VEDOUCÍ PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Předpokládám posttraumatický rozvoj onkologických pacientů v remisi a rozdíl v postojích ke smrti oproti běžné populaci, která rakovinu neprodělala. Výzkum chci provést formou kvantitativy, přičemž použiji dotazníky Postoje ke smrti a Posttraumatického rozvoje. Experimentální skupina by měla mít 30 a více respondentů, kontrolní skupinu se pokusím vyvážit s ohledem na věk, pohlaví, vzdělání a religiozitu. Cílem výzkumu je zjistit, k jakému posttraumatickému rozvoji vede prodělání rakoviny a zdali ovlivňuje postoje ke smrti.

1. Zpracování rešerše a studium odborné literatury
2. Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti postojů ke smrti
3. Příprava metodiky výzkumné části
4. Realizace kvantitativního výzkumu za využití dotazníků Postoje ke smrti a Posttraumatického rozvoje
5. Zpracování a vyhodnocení dat, včetně jejich interpretace
6. Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Byock, I. (2005). Dobré umírání. Praha: Vyšehrad.
Kübler-Rossová, E. (1992). O smrti a umírání. Turnov: Arca.
Kübler-Rossová, E. (1992). Hovory s umírajícími. Nové Město nad Metují: Signum unitatis.
Maeterlinck, M. (1995). Smrt. Olomouc: Votobia.
Prokop, J. (2006). Spiritualita umírajících pacientů. Brno: Vydavatelství MU.
Yalom, I. D. (2006). Existenciální psychoterapie. Praha: Portál.
Yalom, I. D. (2008). Pohled do slunce: O překonávání strachu ze smrti. Praha: Portál.
Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations Between Oncology Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), E43-E49. doi:10.1188/10.ONF.E43-E49
Heath, I. (2012). Living, dying and the nature of death. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 18(5), 1079-1081. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01921.x
Rock, J. (2013). Review of 'Existential and spiritual issues in death attitudes'. *Existential Analysis*, 24(2), 372-375.

Příloha č. 2

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Postoje ke smrti a posttraumatický rozvoj u onkologických pacientů v remisi

Autor práce: Barbora Buzková

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

Počet stran a znaků: 52, 85 081

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 35

Abstrakt: Výzkum je zaměřen na exploraci rozdílů mezi onkologicky nemocnými v remisi a kontrolní skupinou. Použila jsem metodu dotazníkového šetření, konkrétně Revidovaný profil postojů ke smrti a Dotazník posttraumatického rozvoje. Výzkumu se zúčastnilo celkem 40 respondentů ve věku od 18 do 84 let. Onkologicky nemocní byli oslovení pomocí institucí, ale také přátel a známých. Kontrolní skupinu tvořili respondenti bez onkologického onemocnění v minulosti, které jsem dohledala na základě pohlaví, věku, vzdělání a náboženského přesvědčení, podobného či shodného s experimentální skupinou. Výsledky zkoumání postojů ke smrti, konkrétně negativních dimenzí – tedy škály strachu ze smrti a vyhýbání se smrti neukázaly statisticky významný rozdíl, přestože na krabicovém grafu ke škále strach ze smrti můžeme zaznamenat určitý rozdíl. Z Dotazníku posttraumatického růstu jsem použila škálu ocenění života, u které se nicméně také neprokázal statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Klíčová slova: smrt, postoje, posttraumatický rozvoj, rakovina

ABSTRACT OF THESIS

Title: Attitudes toward death and posttraumatic growth in oncological patients in remission

Author: Barbora Buzková

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 52, 85 081

Number of appendices: 4

Number of references: 35

Abstract: The research is focused on the exploration of the differences between oncological patients in remission and the control group. I used the method of questionnaire investigation, namely The Death Attitude Profile-Revised and Posttraumatic Growth Inventory. For this study, 40 participants from 18 to 84 years old completed both questionnaires. Oncological patients were approached through institutions, but also friends and acquaintances. The control group consisted of respondents without malignant disease in the past that I found on the basis of gender, age, education and religious beliefs, similar or identical to the experimental group. The research results of attitudes toward death, namely negative dimensions – included the scale of fear of death and the avoidance of death did not show a statistically significant difference, even though the box plot for fear of death scale showed us a difference. From Posttraumatic Growth Inventory, I used the range of appreciation of life, where also the statistically significant difference between groups was not shown.

Key words: death, attitudes, posttraumatic growth, cancer

Příloha č. 3

Úvodní informace:

Dobrý den,

předem Vám děkuji za vyplnění dotazníků, které poslouží jako podklad k mé diplomové práci. První dotazník se týká posttraumatického růstu a druhý postojů ke smrti. Výzkum je zcela anonymní. Pokud byste měli jakékoliv otázky, můžete mě kontaktovat na email Buzkova14@seznam.cz.

Pohlaví:

Věk:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

⁵Religiozita:

Zaměřte se na traumatickou událost nebo na událost, která vám změnila život a kterou jste v životě prožil/a

A. Označte obecněji událost, kterou máte na mysli

ztráta milované osoby

finanční potíže

chronická nebo akutní nemoc

změna pracovní pozice nebo stěhování

násilný zločin

změny odpovědnosti v rodině

nehoda nebo zranění

rozvod

přírodní katastrofa

nástup do důchodu

invalidita

válka

ztráta zaměstnání

jiné

B. Označte čas, který od události uplynul

6 měsíců – 1 rok

2–5 let

1–2 roky

více než 5 let

Odovězte na následující otázky

Určete u každého tvrzení stupeň, ve kterém došlo ve vašem životě ke změně jako důsledku krizové situace, s použitím této škály:

0 = nepocítil jsem změnu v důsledku této krize

⁵ Pokud jste věřící, prosím vyplňte i název náboženství

1 = prožil jsem změnu ve velmi malé míře v důsledku této krize

2 = prožil jsem změnu v malé míře v důsledku této krize

3 = prožil jsem změnu ve střední míře v důsledku této krize

4 = prožil jsem změnu ve značné míře v důsledku této krize

5 = prožil jsem změnu ve velmi značné míře v důsledku této krize

Udělejte X podle míry změny:	Žádná změna	Velmi malá změna	Malá změna	Střední změna	Značná změna	Velmi značná změna
1. Změnil/a jsem priority ohledně toho, co je v mém životě důležité.						
2. Více oceňuji hodnotu mého vlastního života.						
3. Našel jsem si nové zájmy.						
4. Mám silnější pocit sebedůvěry.						
5. Lépe rozumím duchovním záležitostem.						
6. Zřetelněji vidím, že mohu v případě potíží s lidmi počítat.						
7. Našel jsem si novou životní cestu.						
8. Mám pocit větší blízkosti s druhými lidmi.						
9. Více vyjadřuji svoje city.						
10. Více si uvědomuji, že dokáži zvládat potíže.						
11. Dokáži lépe nakládat se svým životem.						
12. Mohu lépe přijmout, jak se věci dějí.						
13. Dokáži si lépe vážit každého dne.						
14. Objevují se nové příležitosti, které by jinak nebyly.						
15. S druhými lidmi více soucítím.						
16. Vztahům s ostatními věnuji více péče.						
17. Nyní se spíše pokusím						

o změnu toho, co změnit potřebuje.						
18. Moje víra je silnější.						
19. Zjistil jsem, že jsem silnější, než jsem myslel.						
20. Zjistil jsem, jak skvělí lidé existují.						
21. Snáze přijímám potřeby druhých.						

Příloha č. 4

Postoje ke smrti

Instrukce:

Tento dotazník obsahuje několik tvrzení, která se vztahují k různým postojům ke smrti. Pečlivě si přečtěte každé prohlášení a poté označte, do jaké míry s ním souhlasíte nebo nesouhlasíte. Například jedna položka může znít: „Smrt je přítel.“ Označte, do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte tím, že zakřížkujete jednu z následujících možností: Zcela souhlasím; Souhlasím; Spíše souhlasím; Nevím; Spíše nesouhlasím; Nesouhlasím; Zcela nesouhlasím.

Kolonku „nevím“ používejte výjimečně. Je důležité, abyste pracovali s každým tvrzením a na každé odpověděli. Mnoho tvrzení se bude zdát navzájem podobných, ale všechna jsou nezbytná, aby ukázaly jemné rozdíly v postojích.

Udělejte x podle míry souhlasu	Zcela nesouhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nevím	Spíše souhlasím	Souhlasím	Zcela souhlasím
1. Smrt je bezpochyby hrozná zkušenost.							
2. Vyhlídka na mou vlastní smrt ve mně vzbuzuje úzkost.							
3. Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.							
4. Věřím, že po smrti budu v nebi.							
5. Smrt ukončí všechna moje trápení.							
6. Smrt by měla být nahlížena jako přirozená, nepopíratelná a nevyhnutelná skutečnost.							
7. Jsem rozrušený/á z konečnosti smrti.							
8. Smrt je vstupem na místo konečného uspokojení.							
9. Smrt nabízí možnost úniku z tohoto hrozného světa.							
10. Kdykoliv mi na mysl přijde myšlenka na smrt, snažím se ji odehnat.							
11. Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení.							
12. Snažím se nemyslet na smrt.							

13. Věřím tomu, že nebe bude mnohem lepší místo než tento svět.							
14. Smrt je přirozená součást života.							
15. Smrt je sjednocení se s Bohem a věčné blaho.							
16. Smrt přináší příslib nového a blaženého života.							
17. Smrti bych se nebál/a, ani ji nevítal/a.							
18. Mám intenzivní strach ze smrti.							
19. Zcela se vyhýbám myšlenkám na smrt.							
20. Téma života po smrti mě hodně znepokojuje.							
21. Fakt, že smrt bude znamenat konec všeho tak, jak to znám, mě děsí.							
22. Těším se na znovushledání se svými milovanými, až zemřu.							
23. Pohlížím na smrt jako na úlevu od pozemského trápení.							
24. Smrt je jednoduše součástí procesu života.							
25. Vidím smrt jako přechod na věčné a požehnané místo.							
26. Snažím se nemít nic společného s tématem smrti.							
27. Smrt nabízí úžasné osvobození duše.							
28. Víra v posmrtný život mi při střetávání se smrtí dává pocit klidu.							
29. Vidím smrt jako úlevu z tíhy tohoto života.							
30. Smrt není ani dobrá, ani špatná.							
31. Těším se na život po smrti.							
32. Trápí mě nejistota plynoucí z toho, že nevím, co přijde po smrti.							