

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**POSTOJE KE SMRTI A OSOBNOST U JEDINCŮ
S DEPRESIVNÍ PORUCHOU**

**ATTITUDES TOWARDS DEATH AND PERSONALITY
IN INDIVIDUALS WITH DEPRESSIVE DISORDER**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Kateřina Minková

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.

Olomouc

2019

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Postoj ke smrti a osobnost u jedinců s depresivní poruchou*“ vypracoval(a) samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl/a jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Poděkování

V první řadě chci velmi poděkovat své vedoucí práce Mgr. Zuzaně Vaculčíkové Sedláčkové, Ph.D. za odborné vedení, poskytnutí materiálů a za cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Mileně Tejklkové, MUDr. Petře Pekárkové, Psychiatrické a psychologické ambulanci Nemocnice s poliklinikou v Havířově – především pak jejímu primáři MUDr. Michalovi Samsonovi a zdravotní sestře Soni Solecké – za vstřícnost, vřelý přístup a pomoc při sběru dat, bez nichž by vznik této práce nebyl možný. Stejně tak patří velký dík mé rodině a mým blízkým, kteří mne po celou dobu plně podporovali.

Obsah

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1. Deprese	6
1.1. Vymezení pojmu a klasifikace depresivních poruch	6
1.2. Prevalence deprese	8
1.3. Etiopatogeneze deprese	9
1.4. Diagnostika a léčba deprese	10
2. Deprese a postoje ke smrti	13
2.1. Postoje	13
2.2. Smrt	14
2.3. Postoje ke smrti	14
2.4. Výzkumy postojů ke smrti	16
3. Deprese a osobnost	20
3.1. Osobnost	20
3.2. Pětifaktorový model osobnosti	20
3.3. Výzkumy osobnosti	23
EMPIRICKÁ ČÁST	29
4. Výzkumný problém a cíle výzkumu	29
5. Hypotézy	30
6. Metodologický rámec	31
6.1. Design výzkumu	31
6.2. Metody získávání dat	31
6.3. Metoda analýzy a zpracování dat	35
6.4. Etické aspekty výzkumu	36
6.5. Přehled užitých symbolů	37
7. Výzkumný soubor	38
7.1. Výběr výzkumného souboru a sběr dat	38

7.2. Popis souboru	39
8. Výsledky výzkumu	49
8.1. Reliabilita dotazníku DAP-R.....	49
8.2. Popisná statistika použitých metod	49
8.3. Komparace proměnných.....	50
8.4. Korelace proměnných.....	51
9. Platnost hypotéz.....	54
10. Diskuze	56
11. Závěry	64
Souhrn	66
Seznam použitých zdrojů a literatury	68
Přílohy diplomové práce	

Úvod

Předmětem této magisterské diplomové práce je pojednání o postojích ke smrti a osobnostních charakteristikách u jedinců s depresivní poruchou. Postoje ke smrti a osobnostní charakteristiky osob s depresivní poruchou budou porovnávány s běžnou populací. Také nás však bude zajímat souvislost postojů ke smrti s osobnostními charakteristikami u jedinců s depresí. Výzkum bude realizován na české klinické populaci, přesněji řečeno výzkumným vzorkem budou ambulantní pacienti psychologických a psychiatrických ordinací, u nichž je diagnostikována depresivní porucha.

Smrt je stále často považována za tabuizované téma, což je jedním z důvodů, proč jsme toto téma zvolili. Další motivací k tomuto výzkumu je zájem autorky práce o oblast klinické psychologie, kam by také ráda profesně směřovala. Mnoho výzkumů v oblasti postojů ke smrti se navíc zaměřuje pouze na postoj strachu ze smrti, což bychom také rádi změnili. Mimo to jsou tyto výzkumy často zaměřeny pouze na postoje ke smrti u běžné populace. Existují též výzkumy postojů ke smrti u klinické populace, ovšem náš výzkum bude zaměřen pouze na jednu konkrétní poruchu. Myslíme si, že by tento výzkum mohl znamenat také přínos pro praxi, jelikož postoje ke smrti u depresivních pacientů mohou hrát roli v jejich postoji k sebevraždě. Téma sebevraždy je s diagnózou deprese neodmyslitelně spojeno, a tudíž i my se jej v tomto výzkumu dotkneme.

V teoretické části této práce budeme popisovat základní termíny, které s tímto tématem souvisí. Budeme zde pojednávat všeobecně o depresi, postojích ke smrti i osobnosti. Rozebírat budeme dosavadní výzkumy postojů ke smrti u jedinců s depresí, ale také výzkumy osobnosti jedinců s depresí. Prostor bude věnován taktéž výzkumům souvislosti postojů ke smrti s osobností.

V empirické části pak popíšeme aplikovaný metodologický přístup, typ výzkumu nebo metody, které byly použity k získání dat. Opomenout nesmíme ani samotný průběh sběru dat, etiku výzkumu a výzkumný soubor. V neposlední řadě zde uvedeme výsledky výzkumu, které budou v této části také diskutovány.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Deprese

„Jsem v depresi.“ Věta, kterou slýcháváme, možná dokonce říkáváme, často. Většinou se však nejedná o depresi v pravém slova smyslu. V této kapitole se proto zaměříme na definici a popis deprese, její příznaky a průběh. Dále též zmíníme některé příčiny jejího vzniku a způsoby léčby tohoto onemocnění.

1.1. Vymezení pojmu a klasifikace depresivních poruch

Deprese, jako pojem, pochází z latinského slova *deprimere*, což v překladu znamená tlačit dolů (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

Depresivní poruchu podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10; ÚZIS, 2017a) řadíme mezi afektivní poruchy, přičemž jde o nejčastěji se vyskytující poruchu nálady, jejímiž základními komponentami jsou, jak je zřejmé již z názvu, depresivní epizody. Jde tedy o afektivní poruchu unipolární. V návaznosti na MKN-10 jsou ve středu našeho zájmu především kategorie depresivní fáze (F32), periodická depresivní porucha (F33), případně ještě smíšená úzkostná a depresivní porucha (F41.2), jež je ovšem podle MKN-10 řazena do kategorie neurotických, stresových a somatoformních poruch – jiné anxiózní poruchy (F41). Při depresi se pak podle této klasifikace objevují příznaky jako je zhoršená nálada, snížené sebehodnocení a sebedůvěra, nedostatek energie, koncentrace a aktivity. S depresí souvisí i narušení smyslu pro zábavu, a tedy celkově zhoršená nálada. Objevují se též pocity beznaděje a viny. Velmi častý je výskyt suicidálních ideací, případně i suicidálních pokusů. Depresi často provází také somatické příznaky, kam se řadí například ztráta zájmů a pocitu uspokojení. Dále se u deprese vyskytuje narušení spánku, kdy je typické, že se člověk probouzí až o několik hodin dříve než obvykle. Lze pozorovat také ztrátu chuti k jídlu, s čímž souvisí úbytek na váze. Podle tohoto diagnostického systému a přítomných příznaků můžeme také rozlišit depresivní poruchy podle jejich závažnosti, a to na mírné, střední a těžké (WHO, 2000).

Depresivní fáze (F32)

Pro to, aby mohla být diagnostikována depresivní fáze, musí být přítomny minimálně dva typické příznaky ze tří. Těmito třemi jsou 1) depresivní nálada, 2) ztráta zájmu a radosti a 3) vyšší únavnost. Kromě těchto symptomů by pro tuto diagnózu mělo být splněno kritérium minimálního dvoutýdenního trvání. Lehká depresivní fáze je kromě typických příznaků dále specifikována přítomností minimálně dvou dalších příznaků, kterými jsou

1) zhoršená soustředěnost a pozornost, 2) snížené sebevědomí a sebedůvěra, 3) pocity viny a bezcennosti, 4) smutný a pesimistický pohled do budoucnosti, 5) myšlenky na sebepoškození a sebevraždu, 6) poruchy spánku a 7) snížená chuť k jídlu. Důležité je, že u lehké depresivní fáze příznaky většinou nebrání člověku v plnění každodenních aktivit. Středně těžká depresivní fáze se již vyznačuje obtížemi s běžnými denními činnostmi a bývá diagnostikována na základě stejných typických příznaků, jaké se vyskytují u lehké depresivní fáze. Na rozdíl od lehké depresivní fáze u ní ale musí být z dalších kritérií splněny obvykle čtyři. U těžké depresivní fáze se vyskytuje velké množství depresivních příznaků, jako jsou pocity sebeobviňování, beznaděje, nezájdek jsou přítomny i somatické příznaky, vysoká únava, suicidální myšlenky a pokusy. MKN-10 rozlišuje těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků a s nimi. Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky se kromě již uvedeného dále projevuje například halucinacemi, bludy, psychomotorickou retardací či depresivním stuporem. Tyto symptomy bývají velice závažné a dochází tak k narušení schopnosti účastnit se běžných aktivit, a kromě ohrožení života sebevraždou je zde hrozba smrti žízněním nebo hladověním (WHO, 2000).

Periodická depresivní porucha (F33)

Periodická, nebo také rekurentní, depresivní porucha je diagnostikována v případě, že se opakovaně vyskytne depresivní fáze. Podmínkou ovšem je, že se v anamnéze nevyskytují samostatné fáze mánie. První depresivní fáze se může vyskytnout v jakémkoli věku a její nástup může být náhlý nebo pozvolný. Trvání jedné depresivní fáze se pak pohybuje od několika týdnů až po mnoho měsíců. Periodickou depresivní poruchu poté rozlišujeme podle závažnosti současné fáze na periodickou depresivní poruchu se současnou fází lehkou, středně těžkou, těžkou bez psychotických symptomů a těžkou s psychotickými symptomy, nebo v současné době v remisi, kdy jedinec měl již dvě a více depresivních fází, ale v současnosti několik měsíců trvá stav bez depresivních příznaků (WHO, 2000).

Depresivní příznaky se dále samozřejmě vyskytují u bipolární afektivní poruchy (F31), a také u cyklotymie (F34.0) a dystymie (F34.1), u nichž ovšem nejsou splněna kritéria pro diagnózu depresivní fáze. Kromě kategorie afektivních poruch se depresivní symptomy mohou objevit například u postnatální deprese, poporodní deprese, depresivní poruchy chování, neurčené depresivní demence senilního typu nebo zmiňované smíšené úzkostné a depresivní poruchy (ÚZIS ČR, 2017a).

Smíšená úzkostná a depresivní porucha (F41.2) je kategorizována mezi poruchy, jejichž hlavním příznakem je úzkost, která není omezena na konkrétní situace. Tato porucha

bývá diagnostikována v případě, že jsou přítomny příznaky jak úzkosti, tak deprese, ale ani jedny nepřevažují a nejsou vyjádřeny tak, aby byla diagnostikována samostatná depresivní nebo úzkostná porucha (WHO, 2000).

Kromě zmíněné MKN-10 můžeme dále hovořit také o klasifikaci depresivní poruchy na základě 5. verze Diagnostického a statistického manuálu (DSM-V), v němž Americká psychiatrická asociace uvádí kategorii depresivních poruch (Depressive disorders). Do této kategorie jsou zařazeny disruptivní porucha afektivní regulace, velká depresivní porucha, perzistentní depresivní porucha, premenstruační dysforická porucha, depresivní porucha vyvolaná užíváním látek či léků, depresivní porucha v důsledku zdravotních obtíží, jiná specifikovaná depresivní porucha a nespecifikovaná depresivní porucha. Všechny tyto depresivní poruchy se vyznačují smutkem, pocity prázdnoty a také změnami v somatické a kognitivní oblasti, což ovlivňuje celkové fungování jedince (APA, 2013).

1.2. Prevalence deprese

Depresivní porucha je onemocnění, které se vyskytuje poměrně často. Celosvětově touto poruchou trpí více než 340 miliónů lidí (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015). Podle informací od Světové zdravotnické organizace (2018) jde o nejčastější důvod invalidity ve světě vůbec. Uvádí také, že se od roku 2005 zvýšil počet osob s depresivní poruchou o 18 % a deprese tak v roce 2015 trápily více než 4 % světové populace. Skupinu osob s depresivní poruchou tvoří z 12 % Evropané. V České republice má pak tuto poruchu diagnostikováno přibližně každý 20. obyvatel (Kačerová, 2017). Prevalence depresivní poruchy je bezpochyby ovlivněna kulturními faktory. Nejméně osob s depresí je pak v Číně a Japonsku, kde se jejich počet odhaduje okolo 1-2 % (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015).

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2017b) udává, že v roce 2016 bylo v České republice s afektivními poruchami v psychiatrických ambulancích vyšetřeno přes 107 tisíc osob, což je 18 % z celkového počtu vyšetřených osob v psychiatrických ambulancích (cca 640 tisíc osob). Po neurotických poruchách (40 % všech psychiatrických pacientů) jde tedy v ambulancích českých psychiatrů o druhou nejčastější skupinu duševních poruch. Statistiky dále potvrzují, že afektivní poruchy se častěji vyskytují u žen (v roce 2016 se s afektivní poruchou z celkového počtu pacientů 107 tisíc léčilo 72 tisíc žen a 35 tisíc mužů). Nově zjištěných onemocnění v této kategorii duševních onemocnění pak v roce 2016 bylo přes 15 tisíc. Téměř 2,5 tisíc osob s těmito diagnózami poté muselo být hospitalizováno. V Moravskoslezském kraji, kde byl realizován také výzkum k této diplomové práci, se s diagnózami F30-F39 léčilo 7023 osob.

V běžné dospělé populaci bývá roční prevalence depresivní poruchy odhadována okolo 7 % u žen a 2-3 % u mužů (Češka et al., 2016). Tomu odpovídá například i zjištění Kesslera a kol. (2003), který navíc uvádí celoživotní prevalenci deprese v běžné populaci 16 %. Wang a kol. (2017) provedli metaanalýzu a systematické přezkoumání výzkumů zabývajících se prevalencí deprese. Na základě průřezových studií u více než 41 tisíc lidí stanovili prevalenci deprese či depresivních symptomů dokonce na 27 %.

Jak jsme již naznačili dříve na příkladu české psychiatrické populace, deprese se liší také podle pohlaví, přičemž vyšší výskyt se ukazuje u žen, a to až dvojnásobně více, než je tomu u mužů (Piccinelli, & Wilkinson, 2000; Lewis et al., 2015).

Deprese se může také komorbidně vyskytovat u jiných psychiatrických, ale taktéž somatických, diagnóz. Ze somatických diagnóz se nezdá vyskytovat u pacientů s těžkými onemocněními, jako je například rakovina, mozková mrtvice či jiné kardiovaskulární onemocnění. Vliv deprese na tato onemocnění je nepříznivý, ale i naopak – tato onemocnění jsou rizikem výskytu deprese (Kang et al., 2015). Deprese se také vyskytuje u osob, jenž trpí chronickou bolestí (viz např. Banks, & Kerns, 1996; Fishbain et al., 1997; Zis et al., 2017). Z psychiatrických diagnóz je možné uvést komorbiditu deprese například s jinými afektivními nebo úzkostnými poruchami, obsedantně-kompulzivní poruchou i poruchami osobnosti, ale také s poruchami spojenými se zneužíváním návykových látek (Hirschfeld, 2001; Mimura, 2001; Volkow, 2004).

1.3. Etiopatogeneze deprese

Pravdou je, že příčiny vzniku afektivních poruch, a tudíž i poruchy depresivní, nejsou doposud příliš známy. Můžeme ale hovořit o faktorech, které se na vzniku deprese podílejí. Tyto faktory mohou být různě děleny. Typické je dělení na biologické, genetické a psychosociální faktory (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015).

Biologické faktory

Na základě studia biologických faktorů vedoucích ke vzniku deprese byla již před více než čtyřiceti lety zformulována monoaminová hypotéza deprese. Její dnešní podoba je však samozřejmě v souvislosti s novými poznatky o mozku poněkud odlišná od té původní. Deprese je pak považována za dysfunkci mozkových okruhů (např. frontální kortex, amygdala nebo bazální ganglia), které jsou modulovány monoaminovými systémy (noradrenalin, dopamin, serotonin). Kromě tohoto je dalším aspektem monoaminové hypotézy postsynaptický přenos signálu (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015). U unipolární deprese bývá také diskutována její souvislost se zmenšeným objemem

hipokampu (Sheline, 2011), především je pak poukazováno na vztah mezi depresí a menším objemem hipokampu pravého (Sawyer et al., 2012).

Genetické faktory

Tato skupina faktorů má výraznější vliv u bipolární poruchy, ale i u depresivních poruch lze spatřit určitou geneticky podmíněnou komponentu přispívající k jejich vzniku. Genetické faktory jsou zkoumány především v rámci rodinných a adopčních studií a dále studii dvojčat (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015). Jednou ze studií dvojčat je například studie Kennetha a kol. (2018), kteří na vzorku větším než 1 700 000 jedinců narozených jako jednovaječná i dvojvaječná dvojčata došli k závěru, že u žen je dědičnost deprese častější než u mužů.

Psychosociální faktory

Bavíme-li se o depresi, nesmíme opomenout zmínit psychosociální faktory jejího vzniku. V rámci těchto faktorů se jako významný ukazuje vliv prožitých stresujících událostí, jež lze chápat jako predisponující k přehnané reakci na podobné události, které se vyskytnou v budoucnu. Takovými událostmi mohou být například zážitky ztráty (smrt rodiče, sourozence v dětství) a další události spojené s bezmocí, například špatné vztahy s vrstevníky a podobně. Podstatné je, že tyto události vedou k vytvoření negativního pohledu na sebe samého, ale i na druhé lidi a svět celkově (Beck, 2005). Kromě stresujících událostí mohou ke vzniku deprese přispívat také traumatizující události a životní ztráty. Zde bychom mohli zařadit například úmrtí partnera, sexuální zneužití, prožití přírodní katastrofy, vážnou, život ohrožující nemoc apod. Mimo skutečně se vyskytující životní ztráty, je faktorem přispívajícím ke vzniku deprese také jejich hrozba (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

1.4. Diagnostika a léčba deprese

Abychom mohli stanovit správný postup léčby, je důležité nejprve stanovit správnou diagnózu. Při stanovování diagnózy konkrétní depresivní fáze vycházíme z diagnostických kritérií mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kdy musí být přítomny alespoň dva hlavní a minimálně dva vedlejší příznaky, které jsou popsány již dříve v této práci. Dalším kritériem je délka trvání symptomů, a to minimálně dva týdny. Dále se sleduje přítomnost somatických a psychotických symptomů, mánie v anamnéze a suicidální rizika (Laňková, & Raboch, 2013). Podstatnou součástí stanovování diagnózy je též zjištění anamnestických údajů a vyloučení jiných somatických diagnóz. Samozřejmostí je také zhodnocení, zda nejsou depresivní příznaky důsledkem jiné psychiatrické diagnózy, nebo jestli se nejedná o stav po požití psychoaktivních látek nebo demence. Souhrnně je tedy

nezbytné provést diferenciální diagnostiku. Při samotné diagnostice depresivní poruchy je možné využít některé objektivní nebo subjektivní posuzovací nástroje, kterými jsou například Hamiltonova posuzovací stupnice deprese (HAM-D), Zungova stupnice deprese (SDS) nebo Beckova stupnice deprese (BDI) (Laňková, & Raboch, 2013; Svoboda, 2013).

Z hlediska samotné léčby depresivní poruchy můžeme hovořit o léčbě biologické a o psychoterapii. Pokud bude diagnostikována lehká depresivní fáze, může být dostačující léčbou psychoterapie. Ovšem v případě diagnózy deprese vážnější již bývá potřebná kombinace psychoterapie s biologickou léčbou, obvykle ve formě farmakoterapie pomocí antidepresiv (Laňková, & Siblíková, 2004). Může se však stát, že odpověď na terapii bude horší a deprese tak bude rezistentní. Kautzky a kol. (2018) uvádí jako prediktory rezistentní deprese vyšší počet depresivních epizod (více než tři epizody), vyšší závažnost depresivních symptomů a přítomnost suicidálních ideací.

Biologická léčba

Zřejmě nejběžnějším a nejznámějším zástupcem biologické léčby je farmakoterapie. Léčbu farmaky lze rozlišit na léčbu akutní fáze deprese, tedy léčbu do doby, než odezní akutní příznaky nemoci. Další fází je doléčování, jelikož odeznění depresivních příznaků není známkou vyléčení. V této fázi je dávka léků stejná jako ve fázi akutní a délka této fáze by měla být minimálně čtyři měsíce a maximálně jeden rok. Dále pak můžeme hovořit o profylaktické neboli udržovací léčbě. Na rozdíl od předchozí léčebné fáze její délka není jednoznačně stanovena, doporučeno je však minimálně pětileté trvání, v mnoha případech ale bývá nezbytné její celoživotní trvání. Z farmakoterapie jsou k léčbě depresí nejhojněji využívána antidepresiva. I těch je ale větší množství a jsou dělena na generace. Například do první generace spadají tricyklická antidepresiva, která jsou účinná, ale kvůli častým závažným vedlejším účinkům bývají nejčastěji podávána hospitalizovaným pacientům. Léky první volby jsou v současné době antidepresiva ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), která spadají do třetí generace antidepresiv. Tato antidepresiva působí, jak je patrné z jejich názvu, na principu blokády zpětného vychytávání serotoninu ze synaptické štěrbin. Vyšší účinnost však mají duální antidepresiva čtvrté generace ze skupiny SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu). Při léčbě depresivní poruchy je možné k ovlivnění některých dalších příznaků využít také například hypnotika, anxiolytika nebo antipsychotika. (Laňková, & Siblíková, 2004; Laňková, & Raboch, 2013). V rámci biologické léčby se ale využívá také terapie spánkovou deprivací, elektrokonvulzivní terapie (ECT), fototerapie, hloubková mozková stimulace (DBS) nebo repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS). U nás se ze zmíněných

biologických přístupů k léčbě deprese běžně využívá elektrokonvulzivní terapie (ECT) (Tuček, & Šnorek, 2010; Laňková, & Siblíková, 2004).

Psychoterapie

Psychoterapii můžeme dělit na specifickou a podpůrnou. V případě specifické psychoterapie se jedná o přístup zaměřený na přímou léčbu deprese krátkodobými systematickými postupy, jenž trvá zhruba dvanáct až šestnáct týdnů a provádět by ji měl specializovaný odborník, který má platnou licenci (psychiatr, klinický psycholog, lékař). Při léčbě středně těžké depresivní epizody bývá psychoterapie kombinována s farmakoterapií. Z metod, používaných při specifické psychoterapii, mají ověřenou efektivitu například kognitivně-behaviorální terapie, krátká psychodynamická psychoterapie a interpersonální psychoterapie (Laňková, & Raboch, 2013).

Jednou z nejrozšířenějších psychoterapeutických metod pro léčbu deprese je kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Tato psychoterapie staví na předpokladu, že deprese vzniká na základě maladaptivních kognitivních schémat, týkajících se samotného jedince a jeho pohledu na svět a budoucnost (tj. kognitivní triáda). V průběhu terapie jde pak o identifikaci maladaptivních schémat a omylů, a další práci s nimi. Pacienti tak dostávají domácí úkoly s cílem identifikace a překonání automatických depresivních myšlenek. Celkovým cílem KBT tedy je samozřejmě pokles depresivních příznaků, ale také zvýšení sebedůvěry nebo přesvědčení o možnosti zvládnout přítomné i budoucí situace (Baldwin, & Birtwistle, 2002, in Sedláčková, 2016).

Z dalších zmíněných psychoterapeutických přístupů k léčbě deprese se využívá psychodynamická psychoterapie. Ta se zaměřuje na příznaky deprese a dynamiku deprese, k čemuž slouží identifikace obranných mechanismů, využívání přenosu a protipřenosu atd. (Busch, 2009). Interpersonální psychoterapie vidí příčinu deprese v současné interpersonální situaci, ale také ji vnímá jako výsledek problematických interpersonálních vztahů v dětství. Problematickými oblastmi, které bývají v centru pozornosti psychoterapeuta, jsou pak například změna role, sociální izolace a podobně. Využívanými technikami je edukace, diskuze o změnách, hraní rolí, nácvik komunikačních dovedností nebo emocionální abreakce. Výsledkem interpersonální psychoterapie je pak především zlepšení v sociálním fungování (Klerman et al., 1984; Weissman et al., 1981).

Součástí léčby by vždy měla být také již zmiňovaná podpůrná psychoterapie, kterou nejčastěji provádí ošetřující lékař. Jak vyplývá z názvu, jedná se o podporu pacienta prostřednictvím empatie, laskavosti, naslouchání, vyjádření porozumění, ale také informování o depresi a její léčbě a podobně (Laňková, & Raboch, 2013).

2. Deprese a postoje ke smrti

Abychom se mohli v textu dále zabývat otázkou postojů ke smrti a výzkumy zabývajícími se souvislostí deprese s postoji ke smrti, je nezbytné si nejdříve definovat, co to jsou postoje obecně.

2.1. Postoje

Hartl a Hartlová (2009, 442) postoj definují jako „*sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama; postoje jsou součástí osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti, předurčují poznání, chápání, myšlení, cítění*“. Jedná se tedy o vyjádření našeho vztahu k nejrůznějším objektům, přičemž dochází i k hodnocení těchto objektů. Postoje jsou poměrně stabilní, část jich bývá vrozená a část získáváme během života prostřednictvím zkušeností a sociálního učení. Důležité také je, že postoje obsahují tři složky: kognitivní, afektivní a konativní. Kognitivní složka představuje všechny informace, poznatky a znalosti, které máme o objektu postoje. Afektivní složka zahrnuje emoce, jež v nás objekt postoje vyvolává. Nakonec konativní složka, nebo též behaviorální predispozice, představuje snahu nebo pohotovost jednat vůči objektu ustáleným způsobem (Nakonečný, 2009). Vzhledem ke stabilitě a konzistentnosti postojů může být poměrně obtížné je měnit. Avšak v průběhu života dochází vlivem změn zkušeností také ke změnám postojů, a to různými způsoby (například přesvědčováním). Stejně jako i jiné fenomény, také postoje můžeme různě rozdělovat, a to například na zjevné a skryté, vědomé a nevědomé nebo kladné a záporné (Hartl, & Hartlová, 2009; Výrost, & Slaměník, 2008; Hewstone, & Stroebe, 2006).

Krech, Crutchfield a Ballachey (1968) hovoří o sedmi základních charakteristikách postojů:

- 1) extrémnost – jedná se o hodnocení objektu, které je buďto krajně pozitivní nebo krajně negativní, čím více je postoj extrémní, tím je stabilnější a méně podléhá změně;
- 2) multiplexita – zde hovoříme o složitosti postoje, který může být založen na jednom dílčím poznatku nebo na větším množství informací, opět platí, že čím je postoj složitější, tím je i stabilnější;
- 3) konzistentnost představuje soulad vnitřních složek postoje, tedy čím více jsou jednotlivé složky (kognitivní, afektivní a konativní) v souladu, tím více postoj odolává změně;
- 4) interkonexe – propojenost a souvztažnost jednotlivých postojů, i zde platí, že čím více jsou postoje propojeny, tím více jsou stabilní;

- 5) konsonance – shoda, jednota postojů, čím je konsonance postojů větší, tím jsou postoje opět stabilnější a odolné změně;
- 6) síla a množství uspokojovaných potřeb – skrze postoje jsou uspokojovány určité potřeby jedince, přičemž čím více potřeb daný postoj uspokojuje, tím je odolnější vůči změně;
- 7) centrálnost vztažných hodnot – pokud se postoje vztahují k objektu, jenž má pro člověka význam, budou tyto postoje spíše stabilní a odolné vůči změnám.

Můžeme také hovořit o funkcích postojů. Podle Katze (in Nakonečný, 2009) mají postoje následující funkce:

- 1) instrumentální (utilitární, adjustační) – vůči objektům, které přinášejí odměnu, vytváříme pozitivní postoje, vůči objektům, které jsou spojené s tresty pak postoje negativní;
- 2) ego-defenzivní – slouží k ochraně integrity osobnosti, především formou redukce úzkosti a kompenzací negativních složek sebepojetí;
- 3) hodnotově expresivní – z vyjadřování postojů a zasazování se o jejich realizaci plyne uspokojení subjektu;
- 4) kognitivní – při vytváření postojů dochází k třídění a uspořádávání informací.

2.2. Smrt

Není pochyb o tom, že snad každý člověk při vyslovení slova smrt ví, o co se jedná. I přesto zde uvedeme alespoň pár faktů o tomto fenoménu.

Smrt můžeme definovat jako individuální zánik organismu, tedy i člověka jako takového (Haškovcová, 2007). Za smrt je pak nejčastěji považována smrt mozku a mozkového kmene, ztráta vědomí, zástava dechu a srdeční činnosti, a tedy i nezvratná zástava krevního oběhu (zákon č. 100/2017 Sb.). Důraz na smrt mozku klade také Špatenková (2014), která uvádí, že mozek reprezentuje osobnost a identitu člověka. Tyto definice popisují smrt klinickou, na niž je tato práce zaměřena. Můžeme ale také hovořit o smrti sociální, kdy je člověk v totální izolaci od zbytku společnosti, přátel i rodiny.

2.3. Postoje ke smrti

Na základě výše uvedené definice postojů je snadné odvodit, co jsou to postoje ke smrti. Jedná se o to, jaký vztah máme ke smrti a jak ji hodnotíme. Na tento vztah a hodnocení má vliv plno faktorů, například věk, pohlaví, víra, kultura, výchova, zkušenosti nebo aktuální zdravotní stav.

Ariès (2000) hovoří o tom, že vývoj postojů ke smrti, a také s tím souvisejících rituálů a obřadů, vychází z proměny čtyř psychologických prvků, kterými jsou vědomí sebe sama, obrana společnosti proti divokosti přírody, víra v posmrtný život, a nakonec víra v existenci zla. V závislosti na změnách společnosti, skrze které docházelo k vývoji postojů ke smrti, lze rozlišit pět modelů smrti:

- 1) ochočená smrt – nejstarší model smrti, nejednalo se o osobní tragédii, nýbrž o zkoušku společenství ve smyslu zachování kontinuity druhu;
- 2) smrt sebe samého – posun směrem k člověku, na smrt je pohlíženo jako na osobní a poslední drama daného jedince, objevuje se v 11. století;
- 3) smrt vzdálená i blízká – lidé se dostávají k takové podobě smrti, která pro ně do té doby byla vzdálená;
- 4) smrt blízkého – zhruba od 19. století se lidé se smrtí blízkých vyrovnávají s většími obtížemi než dříve, dokonce se více bojí smrti druhého, než své vlastní smrti;
- 5) převrácená smrt – ve 20. století dochází k vytváření tabu a vymizení rituálů, což vedlo k negativní změně v postojích ke smrti (Ariès, 2000).

Ačkoli je smrt jako taková nevyhnutelnou součástí života každého z nás, téma smrti a postojů k ní jsou předmětem zájmu výzkumníků teprve od 50. let 20. století. Právě v tomto období se o toto téma začal zajímat Herman Feifel, který v roce 1959 vydal publikaci *The Meaning of Death*. Feifel zkoumal to, jak je smrt lidmi prožívána, jaké se s ní pojí strachy, jaké jsou postoje ke smrti u mladých, ale i starých lidí (Lamers, 2012). Ještě v polovině 60. let 20. století však smrt byla stále spíše tabuizovaným tématem. Mnoho výzkumníků se tuto skutečnost i nadále snažilo zvrátit. Jednou z takových osobností byl Donald I. Templer, jenž zkoumal koncepci úzkosti ze smrti (death anxiety) a vyvinul škálu úzkosti ze smrti (Templer, 1970). Dalším důležitým zlomovým bodem k odtabuizování tématu smrti byla kniha Elizabeth Kübler-Rossové *O smrti a umírání* z roku 1969. Tato kniha vyvolala zájem o toto téma. Následně byly vyvinuty různé škály na měření strachu ze smrti a od poloviny 70. let začaly být hojně vydávány publikace na toto téma. Ani v 80. a 90. letech zájem o výzkum úzkosti ze smrti neustal a v podstatě lze říct, že stále trvá (Neimeyer, Wittkowski, & Moser, 2004; Wong, Reker, & Gesser, 1994).

Dosud jsme zmiňovali spíše postoje ke smrti, které se pojí se strachem nebo úzkostí. Lidé však mohou dosáhnout také akceptujícího postoje ke smrti. Nejedná se sice o opak strachu, nýbrž lze říci, že tyto dva postoje existují vedle sebe, jelikož i člověk, který je se smrtí smířen, se jí může zároveň obávat. Můžeme pak tedy rozlišit tři typy přijetí (akceptace) smrti tak, jak je uvádí Wong, Reker a Gesserová (1994):

- 1) neutrální přijetí (neutral acceptance, NA) – v tomto případě je smrt považována za součást života, člověk se tedy smrti nebojí, ale ani ji nevíta, pouze přijímá její nevyhnutelnost, a proto se snaží žít co nejlépe;
- 2) přístup vstřícného přijetí (approach acceptance, AA) – tento typ přijetí odráží přesvědčení člověka o šťastném posmrtném životě, což souvisí s náboženskými přesvědčeními a praktikami, tito lidé se pak tolik smrti nebojí;
- 3) únikové přijetí (escape acceptance, EA) – jedná se o případy, kdy se smrt jeví jako vítaná alternativa k životu, jenž je plný bolesti a utrpení, tento typ přijetí však není založen na pozitivním postoji ke smrti jako takové, ale spíše na špatnosti pozemského života.

Wong, Reker a Gesserová (1994) jsou také autory Revidovaného profilu postojů ke smrti (Death Attitudes Profile-Revised, DAP-R), jenž je použit ve výzkumu, který je součástí této práce, a bude proto podrobněji popsán v kapitole týkající se použitých metod. Dotazník je multidimenzionální a používá pět škál. Tři z pěti škál představují výše uvedené a popsané typy přijetí smrti (pozitivní postoje ke smrti – neutrální přijetí, vstřícné přijetí a únik). Zbývajících škálami jsou:

- 1) strach ze smrti (fear of death, FD) – negativní myšlenky a pocity ohledně smrti a umírání;
- 2) vyhýbání se smrti (death avoidance, DA) – jedinec se zcela vyhýbá myšlenkám i rozhovorům o smrti, aby se vyhnul úzkosti.

K dalším používaným metodám zjišťování postojů ke smrti patří například Revidovaná škála úzkosti ze smrti (Revised death anxiety scale, RDAS) od J. Thorsona a F. C. Powella. Můžeme zmínit též Collet-Lesterovu škálu strachu ze smrti (Collet-Lester fear of death scale, CL-FODS) z roku 1969, která zahrnuje čtyři subškály (strach z vlastní smrti, strach ze smrti ostatních, strach z vlastního umírání a strach z umírání ostatních). Později byla kvůli určitým nedostatkům revidována na Collet-Lester fear of death and dying scale. Do osmi subškál (strach z umírání, strach z mrtvých, strach ze zničení vlastního těla, strach o významné ostatní osoby, strach z neznámého/neexistence, strach z vědomí smrti, strach o tělo po smrti, strach z předčasné smrti), je pak organizována metoda, kterou zveřejnil v roce 1979 Hoelter. Nese název Multidimenzionální škála strachu ze smrti (MFODS) (Neimeyer, 1994).

2.4. Výzkumy postojů ke smrti

Jak jsme již nastínili dříve v této práci, postoje ke smrti jsou hojně zkoumaným tématem a jsou dávány do spojitosti se širokým spektrem proměnných. Poměrně velké

množství výzkumů se ale zaměřuje pouze na postoj strachu ze smrti či úzkosti ze smrti, často ve spojení s religiozitou, přičemž další postoje ke smrti bývají opomíjeny. I z tohoto důvodu Neimeyer, Wittkowski a Moser (2004) doporučují k výzkumu postojů ke smrti používat multidimenzionální metody, jakou je i námi použitý DAP-R. Hovoříme-li o úzkosti ze smrti, můžeme zmínit souhrn faktorů, který ji ovlivňuje, poskytnutý Kisvetrovou a Královou (2014). Těmito faktory jsou život ohrožující nemoc, prostředí, spiritualita, věk, životní zkušenost, kulturní norma, sociální opora a gender.

Základ tvoří výzkumné studie, jež se zabývají postoji ke smrti v souvislosti s věkem a pohlavím. Depaola a kol. (2003) referují, že starší ženy vykazují vyšší míru strachu ze smrti než muži. B. R. Jacksonová (2008) se zabývala ve svém výzkumu vlivem a možnými interakcemi věku, pohlaví a sebehodnocení na strach ze smrti. K tomuto účelu použila již zmiňovanou metodu RDAS na skupině 136 respondentů, kteří byli rozděleni do tří věkových kategorií (18-25 let, 35-50 let a 60+). Dospěla k závěru, že u mladších lidí je vyšší míra strachu ze smrti oproti lidem starším, a také že ženy vykazují vyšší míru strachu ze smrti než muži. Dále bylo zjištěno, že se zvyšujícím se sebehodnocením dochází k poklesu strachu ze smrti. Z výsledků vyplynulo, že proměnné věk, pohlaví a sebehodnocení ovlivňují strach ze smrti odděleně, nikoli ve vzájemné interakci. Role věku jako prediktoru úzkosti ze smrti u žen, ale ne u mužů, byla potvrzena ve výzkumu Assariho a Lankaraniové (2016). Rose a O'Sullivan (2002) také uvádí, že vysokoškolské studentky skórovaly na škále úzkosti ze smrti (DAS) výše než vysokoškolští studenti. Naproti tomu Pavelková (2014) ve své bakalářské práci dospěla k úplně opačným výsledkům – podle jejího zjištění ženy nepocítují větší strach ze smrti než muži a ani u lidí s rostoucím věkem strach ze smrti neklesá.

Russac a kol. (2007) podávají výklad dvou výzkumných studií, které se týkají efektu věku a pohlaví na úzkost ze smrti v průběhu dospělosti. První studie se účastnilo 304 respondentů a ukázalo se, že úzkost ze smrti vrcholí jak u mužů, tak u žen kolem 20. roku života a následně se významně snižuje. Na rozdíl od mužů, dochází u žen kolem 50. roku života k sekundárnímu nárůstu úzkosti ze smrti. Výzkumný soubor druhé studie reprezentovalo 113 žen. Došlo k potvrzení výsledků, jenž se týkají poklesu úzkosti ze smrti po 20. roce života žen i jejího opětovného zvýšení kolem 50. roku života.

Oblíbenou oblastí výzkumu postojů ke smrti je jejich spojení s religiozitou/spiritualitou. V roce 2009 byly publikovány výsledky výzkumu Dezuttera a jeho týmu, ve kterém vycházeli z multidimenzionálního modelu náboženského přesvědčení od D. M. Wulffa. Zkoumán zde byl vztah mezi náboženskými postoji a postoji ke smrti, k čemuž byl použit mimo jiné dotazník DAP-R. Výzkumný soubor tvořilo 471

dospělých Belgičanů. Výsledky ukázaly, že existuje pozitivní korelace mezi vstřícným postojem ke smrti a věkem, a také mezi věkem a vyhýbáním se smrti. Co se týče religiozity, věřící lidé častěji potvrzovali postoj vstřícného přijetí smrti, což souvisí především s vírou v posmrtný život (Dezutter et al., 2009). Podobné výsledky byly zjištěny výzkumným šetřením u 213 vysokoškolských studentů z Belgie (Dezutter, Luyckx, Hutsebaut, 2009).

Clements (1998) hovoří o intrinsické (vnitřní) náboženské motivaci v souvislosti s postoji ke smrti, především pak s úzkostným postojem ke smrti. Z jeho zjištění vyplývá, že jedinci s touto vnitřní motivací udávají nižší míru úzkosti ze smrti.

Na rozdíl mezi religiozitou a postoji ke smrti u křesťanů a buddhistů se zaměřili Wong, Fung a Jiang (2015). U 123 křesťanů a 137 buddhistů obou pohlaví byl ke zjišťování postojů ke smrti také použit dotazník DAP-R. V obou náboženských skupinách bylo prokázáno, že vyšší úroveň vnitřní (intrinsické) religiozity předpokládá nižší míru strachu ze smrti a vyšší míru přijetí smrti.

U nás je téma postojů ke smrti a spirituality předmětem mnoha vysokoškolských prací. V souvislosti s věkem, pohlavím a náboženským přesvědčením zkoumala ve své magisterské diplomové práci postoje ke smrti Machů (2012). U 330 respondentů ve věku 18 až 88 let použila metodu DAP-R. V tomto výzkumu byla zjištěna negativní korelace mezi strachem ze smrti a věkem. Dále podle tohoto výzkumu náboženské přesvědčení významně snižuje míru strachu. Dalším zjištěním bylo, že ženy oproti mužům ve větší míře zastávají vyhýbavý postoj ke smrti. Ovšem výzkum nepotvrdil hypotézu, že ženy prožívají strach ze smrti silněji než muži. Podobný výzkum s využitím dotazníku DAP-R provedl ve své magisterské diplomové práci Nad' (2012), který došel k závěru, že absence religiozity u jedince s negativními postoji ke smrti nekoreluje pozitivně. Ve své disertační práci pak Machů (2016) navázala na svůj předchozí výzkum, kdy se zabývala postoji ke smrti a spiritualitou s přihlédnutím ke struktuře osobnosti a sociodemografickým proměnným (věk, pohlaví, partnerský vztah nebo rodičovství). Ke zjištění struktury osobnosti použila pětifaktorový osobnostní inventář (NEO-FFI). Tentokrát výzkumný soubor tvořilo 300 respondentů. Stejně jako ve svém předchozím výzkumu zjistila negativní korelaci mezi strachem ze smrti a spiritualitou. Při zaměření na osobnostní charakteristiky prokázala statisticky významnou pozitivní korelaci mezi škálami strach ze smrti a neuroticismus. Dále zjistila signifikantní negativní korelaci mezi únikovým přijetím smrti a škálami extraverte a otevřenost vůči zkušenosti. Z výzkumu vyplynulo, že v ovlivňování postojů ke smrti nehrají významnou roli pohlaví a věk, nýbrž spiritualita a náboženské přesvědčení. Postoji ke smrti v souvislosti s osobnostními charakteristikami se ve své diplomové práci

věnuje též Kupčik (2014), který u populace extrémních sportovců také zjistil pozitivní korelaci mezi škálami strach ze smrti a neuroticismus.

V oblasti vztahu postojů ke smrti a psychopatologie byla provedena řada výzkumů. Přehled výzkumů úzkosti ze smrti ve spojení s psychopatií podává například článek Iverachové, Menziesové a Menziesové (2014).

Z hlediska zaměření této diplomové práce je důležité uvést také výzkumy, které pojí téma postojů ke smrti s depresí či úzkostí. Jedním z takových výzkumů je například výzkum Cicirelliho (2009), který se zaměřil na hledání souvislostí mezi strachem ze smrti, úmrtím sourozence a depresivní symptomatologií. Strach ze smrti byl měřen subškálou Strach ze smrti z dotazníku DAP-R. V potaz vzal také vliv věku a vzdělání. Výzkumný soubor tvořilo 150 respondentů ve věku 65 až 97 let (61 mužů a 89 žen), kdy každý měl alespoň jednoho sourozence. Zjištěna byla pozitivní korelace mezi depresí a strachem ze smrti, zatímco mezi strachem ze smrti a věkem i vzděláním byla korelace negativní. Podle výsledku je depresivní symptomatologie ve stáří ovlivňována strachem ze smrti, který souvisí s úmrtím sourozence. Ovšem vliv úmrtí sourozence se jeví jako problematický, především proto, že míru deprese žijícího sourozence ovlivňuje kromě počtu zemřelých sourozenců také to, jaký s nimi měl vztah nebo jaký byl proces umírání sourozence.

Mezi starší výzkumná šetření postojů ke smrti v souvislosti s depresí a úzkostí patří výzkum Conteho a kol. (1982). Výsledky jejich výzkumu ukazují, že deprese pozitivně koreluje se strachem ze smrti. Jedním z novějších výzkumů na toto téma, rovněž potvrzujícím pozitivní korelaci mezi mírou deprese a strachem ze smrti, je výzkum Thiemanna a kol. (2015). Ve výzkumu u starších jedinců se ukázalo, že jedinci žijící v institucionální péči mají větší úzkost ze smrti společně s depresivními symptomy. Úzkost ze smrti se v tomto případě nelišila mezi pohlavími, ale ženy oproti mužům vykazovaly vyšší míru depresivity (Azeem, & Naz, 2015).

Z českých výzkumů lze uvést například výzkum realizovaný Kovářem (2017) v rámci jeho magisterské diplomové práce. Výzkum se zaměřuje na postoje ke smrti u klinické populace, tedy u pacientů klinických psychologů s depresivními či úzkostnými symptomy, spolu se sociodemografickými proměnnými. Výzkumný soubor tvořilo 101 respondentů (21 mužů, 80 žen) ve věku od 18 do 74 let, kdy nejvíce z nich (33 respondentů) mělo smíšenou úzkostnou a depresivní poruchu nebo středně těžkou depresivní fázi (13 respondentů). Výsledky byly získány kromě vlastního sociodemografického dotazníku pomocí metod DAP-R, STAI a BDI-II. V tomto výzkumu byla zjištěna pozitivní korelace mezi mírou deprese a mírou únikového přijetí smrti, negativní korelace mezi mírou strachu ze smrti a pohlavím a pozitivní korelace mezi mírou vstřícného přijetí smrti a religiozitou.

3. Deprese a osobnost

Následující kapitola bude pojednávat o osobnosti, a to především z hlediska pětifaktorového modelu osobnosti. Další část této kapitoly bude věnována výzkumům, které se týkají vztahu osobnostních rysů s depresí a jiným výzkumům relevantním k této práci.

3.1. Osobnost

V literatuře můžeme nalézt mnoho definic osobnosti. Cakirpaloglu (2012) uvádí, že většina definic pohlíží na osobnost jako na souhrn, souvislost nebo propojení charakteru, temperamentu, schopností a konstitučních vlastností člověka. Z laického hlediska, hovoříme-li o někom jako o osobnosti, máme tím na mysli nejspíše jeho kvality. Tomuto laickému pojetí se přibližují biosociální definice, kde osobnost souvisí s mírou společenské přitažlivosti, tedy s tím, jak na ni reagují druzí lidé. Opačné stanovisko zastávají biofyzické definice, jenž dávají osobnost do vztahu především s intrapsychickou povahou a konstitučním základem, který je měřitelný a lze ho shrnout do osobnostního profilu (Cakirpaloglu, 2012).

Významným autorem v oblasti psychologie osobnosti je G. W. Allport, který se zabýval právě teoriemi osobnosti. Padesát teorií osobnosti na základě svého výzkumu roztřídil do pěti skupin (osobnostní rysy, dočasné charakteristiky/aktivity, sociální chování, vliv na druhé a smíšená kategorie metafor a nejasných slov; Hřebíčková, 2011; Smékal, 2002). Allport spolu s lingvistou Odbertem uskutečnili analýzu významu 18 tisíc anglických slov vztahujících se k popisu osobnosti. Odstraněním synonym a nejednoznačných pojmů redukovali počet slov na 4500, která následně roztřídili podle psychologického významu. S tímto jejich seznamem dále pracoval R. B. Cattell, jenž na základě faktorové analýzy dospěl k 16 faktorům, které podle něj existují jako psychofyzické vlastnosti člověka a lze je zjišťovat inventářem osobnosti 16 PF (The Sixteen Personality Factor Questionnaire). Jednodušší koncepci osobnosti pak podává H. Eysenck. Ten popsal nejprve dvě dimenze osobnosti, ke kterým později přidal třetí. Jedná se o dobře známé dimenze introverze – extraverze, emoční stabilita – labilita (neuroticismus), psychoticismus – síla ega (Cakirpaloglu, 2012).

3.2. Pětifaktorový model osobnosti

Pětifaktorový model osobnosti (five-factor model, FFM), známý též pod názvem Big Five, je hierarchický model osobnostních rysů, který je založen na pěti obsáhlých faktorech. Tyto faktory reprezentují osobnost co možná nejabstraktněji. Každý z faktorů, které jsou

bipolární, obsahuje ještě další specifické aspekty, které dále zahrnují velký počet specifitějších rysů. Například faktor extraverte – introverte obsahuje aspekt společenskost a další rysy jako je hovornost a podobně. Tento model je postaven na předpokladu, že většina individuálních rozdílů v osobnosti může být klasifikována do pěti širokých a empiricky odvozených oblastí (Gosling, Rentfrow, & Swann, 2003). Jedná se tedy o následujících pět dimenzí:

- 1) extraverte (extreversion),
- 2) přívětivost (agreeableness),
- 3) otevřenost vůči zkušenosti (openness to experience),
- 4) svědomitost (conscientiousness),
- 5) neuroticismus (neuroticism).

Těchto pět dimenzí bývá někdy pro zjednodušení shrnuto do zkratky OCEAN, která vychází z anglických názvů dimenzí (Hřebíčková, 2011).

Pro měření pěti dimenzí osobnosti bylo vytvořeno několik nástrojů. Nejobsáhlejším nástrojem je 240 položkový revidovaný osobnostní inventář NEO (NEO-PI-R) od autorů Costy a McCrae z roku 1992. Tito autoři potvrdili svým nezávislým výzkumným šetřením pětici univerzálních vlastností osobnosti Big Five od Goldberga již v roce 1986. NEO-PI-R umožňuje kromě měření pěti dimenzí také měření šesti specifických aspektů uvnitř každé dimenze. Nevýhodou je jeho časová náročnost, vyplnění trvá přibližně 45 minut, a proto je pro mnoho výzkumných účelů využívána řada jiných metod, které jsou kratší. Ověřenými a široce používanými nástroji jsou pak 44 položkový inventář Big Five (BFI), zabírající zhruba 5 minut, 60 položkový pětifaktorový osobnostní inventář NEO (NEO-FFI), trvajícím asi 15 minut, a rovněž 15 minut trvajícím Goldbergův nástroj (TDA), který se skládá ze 100 přídavných jmen popisujících osobnostní rysy. Saucier v roce 1994 vyvinul 40 položkovou metodu pro zjišťování pěti dimenzí osobnosti, která je odvozená z Goldbergových 100 přídavných jmen (Gosling, Rentfrow, & Swann, 2003; Cakirpaloglu, 2012).

Již uváděné NEO inventáře, jejichž autory jsou Costa a McCrae, nesou označení podle dimenzí neuroticismu, extraverte a otevřenosti vůči zkušenosti. Právě tyto tři faktory vychází ze shlukové analýzy aplikované na osobnostní inventář 16 PF. Teprve po kombinaci s Goldbergovými lexikálními výzkumy byly doplněny o dimenzi svědomitost a přívětivost. Úplně prvním NEO inventářem byl NEO-PI (NEO Personality Inventory), který obsahoval 180 položek (po 48 položkách pro dimenze extraverte, neuroticismus a otevřenost vůči zkušenosti a po 18 položkách pro dimenze přívětivost a svědomitost). Následovaly zmiňované inventáře NEO-PI-R (revidovaný NEO-PI) a NEO-FFI, který bude podrobněji

popsán ve výzkumné části této práce. V roce 1993 pak vznikla první česká verze NEO pětifaktorového osobnostního inventáře. Došlo k tomu na základě nezávislého překladu dvěma psychology, kdy byly obě verze zpětně posouzeny, konečná varianta byla administrována 100 respondentům a poté došlo k přeformulování problematických položek (Hřebíčková, & Urbánek, 2001).

Podle Hřebíčkové a Urbánka (2001) se existence této pětifaktorové struktury potvrdila napříč světovými jazyky. Lexikální studie byly realizovány také v češtině, a to v letech 1992-1995 Psychologickým ústavem AV ČR v Brně. Účelem bylo zjistit, zda se vyvozená struktura bude shodovat s pětifaktorovým modelem.

Nyní uvedeme popis jednotlivých dimenzí osobnosti tak, jak jej podává Hřebíčková (2011):

- 1) **Neuroticismus** zachycuje rozdíly v emocionální labilitě a stabilitě, nejde ale o psychiatrickou diagnózu. Pomocí této škály je v NEO osobnostních inventářích zjišťováno, jak jsou prožívány negativní emoce. Jedinci, kteří skórují vysoko, bývají psychicky nestabilní, často plní obav, je snadné je přivést do rozpaků, cítí se zahanbeni, nejistí, nervózní, jsou úzkostní a intenzivně prožívají strach či smutek. Mají omezenou schopnost kontrolovat a zvládat stresové situace, jelikož jejich představy nekorespondují s realitou. Lidé, kteří na této škále dosahují spíše nízkého skóru, jsou emocionálně stabilní, klidní, vyrovnaní, bezstarostní a stresující situace je nevyvedou z míry. Neuroticismus zahrnuje subškály úzkostnost, hněvivost – hostilita, depresivnost, rozpačitost, impulzivnost a zranitelnost.
- 2) Vysoký skór u škály **extraverze** signalizuje sebejistotu, aktivnost, energičnost, veselost, optimismus. Lidé skórující vysoko mají rádi společnost a vzrušení. Introverti, tedy jedinci skórující na této škále nízko, bývají spíše zdrženliví, nezávislí a samostatní. Tato škála je tvořena subškálami vřelost, družnost, asertivita, aktivnost, vyhledávání vzrušení a pozitivní emoce.
- 3) **Otevřenost vůči zkušenosti** je charakterizována živou představivostí, citlivostí k estetickým podnětům, vnímavostí k vnitřním pocitům, upřednostňováním rozmanitosti, zvědavostí a nezávislým úsudkem. Osoby skórující vysoko na této škále mají zájem o nové zkušenosti, dojmy a prožitky, bohatou fantazii, více vnímají prožitky pozitivních i negativních emocí. Takovíto lidé se chovají nekonvenčně, nebojí se zkoušet nové způsoby jednání a upřednostňují změnu před stereotypem. Lidé, kteří dosahují nízkého skóru, se spíše chovají konvenčně

a zastávají konzervativní postoje. Otevřenost vůči zkušenosti se skládá ze subškál fantazie, estetické prožívání, prožívání, novátorské činnosti, ideje a hodnoty.

- 4) **Přívětivost** souvisí s interpersonálním chováním. Jedinci, kteří skórují vysoko, jsou altruističtí, více projevují druhým pochopení, přízeň nebo laskavost. Bývají také důvěřiví a dávají přednost spolupráci. Oproti tomu nízko skórující jedinci jsou egocentričtí, soutěživí, často se chovají hrubě a neomaleně. Pod přívětivost se řadí subškály důvěra, upřímnost, altruismus, poddajnost, skromnost a jemnocit.
- 5) Lidé, kteří dosahují vysokého skóru na škále **svědomitost**, jsou cílevědomí, ctižadostiví, pilní, vytrvalí, systematičtí. Disponují pevnou vůlí, disciplínou, spolehlivostí, přesností a pořádností. U některých jedinců se může v extrému vyskytnout až přehnaná pořádkumilovnost, pedantnost a workoholické chování. Nízký skór na této škále poukazuje na nedbalost, lhostejnost, nestálost a malé zaujetí pro naplňování svých cílů. Zde řadíme subškály způsobilost, pořádkumilovnost, zodpovědnost, cílevědomost, disciplinovanost a rozvážnost.

3.3. Výzkumy osobnosti

Osobnost a deprese

Ve více výzkumech bylo potvrzeno, že některé rysy osobnosti mohou být rizikovými faktory pro rozvoj depresivních příznaků, stejně tak jako pro jejich vyšší závažnost. Jinak řečeno – osobnostní rysy mohou predisponovat jedince k depresi.

Klein, Kotov a Bufferdová (2011) zjistili souvislosti mezi depresí a neuroticismem, extravertí a svědomitostí. Vyšší míru extravertze a neuroticismu potvrdili u pacientů s depresivní poruchou také Grace a O'Brien (2003). Jejich výzkum byl zaměřen na depresi, která se poprvé objevuje v pozdějším věku, zpravidla po 60. roce života (late onset depression, LOD). Výzkumu se zúčastnilo 66 respondentů z řad pacientů s velkou depresivní poruchou (dle DSM-IV) a dalších 38 respondentů tvořilo kontrolní skupinu. K hodnocení osobnosti byl použit Eysenckův dotazník osobnosti (EPQ). Meier a Minirth (1998) ve své publikaci uvádí, že nejčastěji depresí onemocní jedinci, kteří jsou milí, obětaví, pracovití a odpovědní. V Japonsku byl proveden výzkum, který zkoumal účinky osobnosti pomocí inventáře TCI na depresi a úzkost, které byly zjišťovány Škálou hodnocení úzkosti a deprese při hospitalizaci (HADS). Výzkumný soubor tvořili vysokoškolsí studenti (541 studentů). Výsledky ukázaly, že deprese bývá predikována nižší závislostí na odměně. Mimo to hovoří také o nižší míře stálosti (perzistenci), sebeovládání a spolupráce u depresivních

jedinců. Byla zde zjištěna nižší míra sebepřesahu v souvislosti s depresí (Matsudaira, & Kitamura, 2006).

Conrad a kol. (2009) zaměřili svůj výzkum na zkoumání vztahu mezi sebevražedným chováním u pacientů s velkou depresivní poruchou a jejich osobnostními rysy dle Inventáře temperamentu a charakteru (TCI). Dále byla použita Hamiltonova stupnice pro posuzování deprese (HDRS) a Revidovaný kontrolní seznam symptomů 90 (SCL-90-R). Ukázalo se, že lidé, kteří vykazovali sebevražedné chování nebo ideaci, vykazovali též vyšší míru emočního utrpení a deprese. Jedinci, kteří se v minulosti pokusili o sebevraždu, dosáhli vyšší míry vyhýbání se poškození než jedinci, kteří se nikdy o sebevraždu nepokusili a ani o ní neuvažovali. Se sebevražednými myšlenkami souvisí podle zjištění z tohoto výzkumu nízké sebeovládání a vysoký sebepřesah.

Na vztah mezi depresí a úzkostností, jakožto osobnostní charakteristikou, a dalšími rysy osobnosti rovněž dle TCI se zaměřili Karakas a Arkar (2012). Podobně jako v předešlém výzkumu i oni dospěli k závěru, že míra deprese koreluje s vyhýbáním se poškození a sebeovládáním.

Kendler a kol. (2006) na základě předchozích zjištění, že neuroticismus a extraverte souvisí s velkou depresivní poruchou, chtěli objasnit vztah mezi neuroticismem, extravertí a rizikem vzniku deprese. Výzkumu se zúčastnilo celkem 20 692 respondentů z řad dvojčat stejného pohlaví, která byla ve Švédsku zapsána do registru dvojčat. V letech 1972-1973 vždy každé z dvojčat vyplnilo dotazník sestavený z 18 položek z Eysenckova inventáře osobnosti (9 položek pro neuroticismus, 9 pro extravertzi). Následně byly v letech 1998 až 2003 se všemi respondenty realizovány telefonní rozhovory. Zjistili, že neuroticismus výrazně predikuje riziko deprese, a to jak deprese celoživotní, tak nově vznikající. Ukázalo se, že tato souvislost je z velké části dána genetikou. Naopak extraverte, jako rizikový faktor pro vznik deprese, se v tomto výzkumu neprokázal.

Wu a kol. (2019) šli pak při zkoumání souvislosti mezi velkou depresivní poruchou a osobnostními rysy ještě dál. Zaměřili se na dynamický nervový mechanismus – dynamické funkční síťové propojení (dynamic functional network connectivity, DFNC) a rozdíl mezi skupinou zdravých jedinců a skupinou jedinců s velkou depresivní poruchou, k čemuž využili funkční magnetickou resonanci (fMRI) a Eysenckův dotazník osobnosti (EPQ) se zaměřením na rysy extraverte a neuroticismus. Bylo zjištěno, že u velké depresivní poruchy bylo DFNC nižší než u kontrolní skupiny, což následně pozitivně korelovalo se skórem extraverte a negativně korelovalo se skórem neuroticismu.

Rozdíl mezi osobnostními charakteristikami jedinců s depresivní poruchou a jedinci bez psychické poruchy hledali ve svém výzkumu Bajraktarov a kol. (2017). Ke zjištění

osobnostního profilu respondentů použili inventář TCI a pro posouzení deprese pak dotazník BDI-II. Výzkumnou skupinu v jejich případě tvořilo 20 jedinců s diagnostikovanou rekurentní depresivní poruchou. Kontrolní skupina sestávala z 20 jedinců bez psychických obtíží. Potvrdili, že lidé trpící depresí, na rozdíl od jedinců zdravých, udávají vysoký skóre vyhýbání se škodám, a naopak nižší skóre sebeřízení.

Samozřejmě existují rovněž výzkumy, které při ověřování vztahu mezi osobností a depresí vychází z pětifaktorového modelu osobnosti. Takový výzkum realizovali například Bagby a kol. (1995). Měli za cíl popsat vztah mezi velkou depresivní poruchou a pětifaktorovým modelem osobnosti. K tomuto účelu administrovali padesáti sedmi ambulantním pacientům s unipolární a nepsychotickou depresivní poruchou Inventář osobnosti NEO (NEO-PI). Administrace proběhla dvakrát – poprvé při zahájení léčby a následně po třech měsících. Závěrem tohoto výzkumu bylo, že škála neuroticismus se jeví jako predisponující faktor pro velkou depresivní poruchu, zatímco škála extraverte je prediktorem výsledku léčby.

Jedním z nedávných výzkumů na toto téma je výzkum od Allena a kol. (2017). Ti vycházeli z toho, že tři osobnostní rysy – neuroticismus, extraverte a svědomitost – a jejich interakce predikují výskyt depresivních symptomů u zdravé populace. Zaměřili se pak na tři rysy nižšího řádu – odstoupení (withdrawal), pracovitost (industriousness) a nadšení (enthusiasm). Výzkumu se zúčastnilo 376 zdravých dospělých jedinců a 354 pacientů s diagnózou velké depresivní poruchy. Zdravým jedincům byl administrován dotazník Big Five Aspect Scales a Inventář osobnosti pro DSM-V, jedincům s depresí byl zadán osobnostní dotazník NEO-PI-R a Beckův inventář deprese (BDI-II). Autoři dospěli k výsledku, že všechny tři rysy nižšího řádu (odstoupení, pracovitost a nadšení) při interakci předpovídají tendence k depresi, a to jak u zdravých jedinců, tak u jedinců s depresí. Khoo a Simms (2018) upozornili na skutečnost, že většina studií se zaměřuje na roli extraverte a neuroticismu ve vztahu k depresi, přičemž ostatní rysy osobnosti bývají opomíjeny. Proto se sami zaměřili na škálu otevřenost vůči zkušenosti. Výzkumný soubor sestával z 266 pacientů s depresivní poruchou, kteří navštěvují ambulantní psychiatrické zařízení. Otevřenost vůči zkušenosti sice byla signifikantně spjata s depresí, nicméně nezahrnovala významnou část jedinečného rozptylu pro depresi.

McCann (2010) se zabýval pětifaktorovým modelem osobnosti ve vztahu k depresi v Americe. Mimo jiné se v jeho výzkumu ukázalo, že nižší míra neuroticismu a přívětivosti může být rizikovým faktorem pro dokonanou sebevraždu, nepředstavuje však riziko pro výskyt sebevražedných představ nebo pro pokusy o sebevraždu.

Du a kol. (2002) publikovali výzkum, v němž si položili otázku, zda má fluoxetin (antidepresivum) vliv na velkou depresivní poruchu při modifikaci pěti faktorů osobnosti. Fluoxetin spadá do kategorie selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které jsou při léčbě deprese účinné. Prvním cílem tohoto výzkumu však bylo stanovit rozdíl v profilu osobnosti mezi pacienty s depresí a zdravými jedinci. Kromě toho výzkumníky zajímalo, jestli některé z osobnostních rysů mohou predikovat výsledek léčby deprese. Výzkumu se proto zúčastnilo 53 pacientů s depresí a 53 zdravých jedinců. Oběma skupinám byl dvakrát administrován dotazník NEO-FFI, nejprve před zahájením léčby a poté po 24 týdnech léčby. Bylo zjištěno, že pacienti s aktuální epizodou deprese měli významně odlišný osobnostní profil ve srovnání s kontrolní skupinou. Závažnost deprese korelovala s vyšší mírou neuroticismu. Rovněž bylo prokázáno, že léčba fluoxetinem vede k významné změně v profilu osobnosti, především ve smyslu obrácení míry neuroticismu a nižší míry extravertze. Nejlepším prediktorem pro úspěšnost léčby deprese se ukázala být přívětivost.

Koorevaar a kol. (2013) se zaměřili na problematiku osobnosti a deprese u starších dospělých. Účastníky výzkumu bylo 352 jedinců s depresí a 125 starších dospělých jedinců bez depresí. Respondentům byl administrován dotazník NEO-FFI, deprese byla stanovena na základě Kompozitního mezinárodního diagnostického rozhovoru (CIDI) a její závažnost byla hodnocena Inventářem depresivních příznaků (IDS). Z výzkumu vyplynulo, že závažnost deprese je spojena s vyšší mírou neuroticismu, nižší mírou extravertze a svědomitosti. Nástup deprese v mladším věku byl významně spojen s vyšší mírou otevřenosti vůči zkušenosti. Depresí a osobností jedinců s depresivní poruchou u starších dospělých osob se Koorevaar a kol. (2017) zabývali i v dalším výzkumu, kde se navíc zaměřili i na podtypy deprese. U 378 starších dospělých jedinců s depresivní poruchou byly osobnostní charakteristiky hodnoceny na základě stejných metod, jako v předchozím zmíněném výzkumu (NEO-FFI, CIDI a IDS). Z výsledků vyplynulo, že neuroticismus, extravertze, svědomitost a přívětivost se pojí především se specifickou (atypickou či melancholickou) depresí.

Osobnost a postoje ke smrti

Vztah mezi postoji ke smrti a osobností byl předmětem pozornosti mnoha výzkumníků již na přelomu 60. a 70. let minulého století. Tehdejší výzkumy ukázaly, že postoje ke smrti významně korelují se sociální žádoucností. Jiné studie se zase zabývaly souvislostí postojů ke smrti se schopností zažívat nové věci, s vnitřní či vnější orientací nebo s úzkostí (Kuperman, & Golden, 1978). V této době byl realizován výzkum, který měl

za úkol prozkoumat vzájemné vztahy dvou škál pro měření postojů ke smrti – Škála obav ze smrti (Death Concern Scale) od Dicksteina a Templerova Škála úzkosti ze smrti (Death Anxiety Scale) se čtyřmi měřítky osobnosti. Dále byly užity škály: Taylorova Škála manifestní úzkosti (Manifest Anxiety Scale), Pearsonova škála Novelty-experiencing scale, Škála sociální žádoucnosti Marlowe-Crowna (Marlowe-Crown Social Desirability Scale) a Rotterova škála interní/externí orientace (Internal-External Orientation Scale). Výzkumu se zúčastnilo 142 respondentů, dobrovolníků z řad účastníků úvodních psychologických kurzů. Mezi škálami na měření úzkosti a obav ze smrti byla nalezena signifikantní pozitivní korelace a obě tyto škály ukazovaly podobné korelace se čtyřmi měřítky osobnosti. Obavy a úzkost ze smrti silně korelovaly se Škálou manifestní úzkosti, a tedy i s úzkostí jako takovou. Ukázalo se také, že jedinci, kteří mají vyšší míru obav ze smrti, spíše přisuzují větší důležitost externím faktorům (Kuperman, & Golden, 1978).

Souvislostí mezi osobností a strachem ze smrti a umírání se zabýval i Loo (1984). Respondentům (88) v tomto výzkumu byly administrovány metody: Škála strachu ze smrti a umírání (Fear of Death and Dying Scale), Eysenckův dotazník osobnosti a Spielbergův inventář úzkosti (STAI). Výsledky neukázaly rozdíly v míře strachu ze smrti a umírání mezi pohlavími. Prokázány naopak byly významné korelace mezi škálou strachu ze smrti a umírání a neuroticismem, a rovněž mezi strachem ze smrti a úzkostí.

Ze starších výzkumů můžeme ještě uvést ten od Neufeldta a Holmese (1979), v němž byly porovnávány rysy osobnosti a úzkost ze smrti u 75 studentů psychologie. Respondenti vyplňovali dotazník 16 PF a Škálu úzkosti ze smrti. U jedinců, kteří měli vyšší skóre úzkosti ze smrti, bylo pozorováno, že jsou snadněji ovlivnitelní pocity, méně důvěřiví, méně sebevědomí, méně sociálně přesní a více napjatí oproti jedincům s nižší úzkostí ze smrti.

Thorson a Powell (1993) předkládají údaje, které vychází z výzkumu se 426 respondenty (290 žen a 136 mužů) ve věku od 18 do 90 let a jsou zaměřeny na souvislost úzkosti ze smrti a osobnosti s ohledem na pohlaví. Respondentům byly předloženy Revidovaná škála úzkosti ze smrti a Edwardsův seznam osobnostních preferencí. U mužů byla potvrzena pouze významná negativní korelace mezi úzkostí ze smrti a afiliací. U žen bylo významných korelací více, například negativní korelace úzkosti ze smrti a úctou (deference), pořádkem (order), změnou (change) a vytrvalostí (endurance). Pozitivně u žen s úzkostí ze smrti korelovaly heterosexuality, agrese a exhibicionismus.

Besser a Priel (2008) zkoumali individuální rozdíly v depresi a strachu ze smrti u starších dospělých v kontextu teorie attachmentu. U 113 starších dospělých Izraelců ve věku 69 až 85 let bylo prozkoumáno, jakou roli hraje potřebnost a vnímaná dostupnost sociální opory. Podle jejich zjištění, sociální opora zmírňuje souvislost mezi nízkou dimenzí

pozitivních ostatních (positive other, PO), jakožto bezpečného připoutání v rámci teorie attachmentu, a strachem ze smrti. Potřebnost pak zprostředkovává vztahy mezi nízkým pozitivním modelem sebe sama (positive self, PS) a depresí. Z těchto výsledků tedy plyne, že pozitivní modely sebe sama představují hlavní faktor psychické odolnosti u starších dospělých v Izraeli a pozitivní model ostatních souvisí s nižší mírou úzkosti a strachu ze smrti.

Osobností v souvislosti s postoji ke smrti se zabývala i Machů (2016). Tento její výzkum a jeho výsledky jsou blíže popsány v kapitole 2.4. (s.18), jež se týká výzkumů postojů ke smrti, proto zde tyto informace nebudeme znovu uvádět.

EMPIRICKÁ ČÁST

4. Výzkumný problém a cíle výzkumu

Smrt neodmyslitelně patří k životu každého z nás. Různí lidé se ke skutečnosti vlastní smrtelnosti staví různě, a proto je zkoumání postojů k tomuto fenoménu důležité a prospěšné, například z hlediska psychoterapeutické praxe.

U jedinců s depresivní poruchou bývá pozorována souvislost mezi mírou deprese a osobnostními charakteristikami jako je neuroticismus, extraverze či svědomitost (např. Koorevaar a kol., 2013; Klein a kol., 2011; Bagby a kol., 1995). S vyšší mírou deprese bývá spojen větší strach ze smrti (např. Cicirelli, 2009). Souvislosti nalézáme také mezi strachem ze smrti a neuroticismem či přívětivostí, ale i mezi dalšími subškálami DAP-R a NEO-FFI (viz např. Machů, 2016).

Cílem výzkumu k této magisterské diplomové práci je 1) zjistit postoje ke smrti dle Revidovaného profilu postoje ke smrti a osobnostní charakteristiky u jedinců s depresivní poruchou, 2) srovnat tyto postoje a osobnostní charakteristiky u daných jedinců s postoji ke smrti a osobnostními charakteristikami u běžné populace, 3) klademe si za cíl prozkoumat možný vztah mezi osobnostními charakteristikami vycházejícími z pětifaktorového modelu osobnosti a postoji ke smrti u jedinců s depresí. Již jsme nastínili, že postoje ke smrti jsou ovlivňovány a utvářeny proměnnými, jako je pohlaví, věk, religiozita, somatické onemocnění, pokus o sebevraždu či sociální opora. Proto dalším cílem v této diplomové práci bude 4) prozkoumání postojů ke smrti v souvislosti se zmíněnými proměnnými, a též rozdílnosti těchto proměnných vzhledem ke kontrolní skupině.

Domníváme se, že výzkum k této práci, stejně jako celá práce, by mohl přispět k detabuizaci témat souvisejících se smrtí. Výzkum by rovněž mohl znamenat přínos pro praxi a doufáme, že vzbudí zájem k dalšímu zkoumání postojů ke smrti.

5. Hypotézy

Na základě výzkumů uvedených v kapitolách *Výzkumy postojů ke smrti* a *Výzkumy osobnosti* a cíle této diplomové práce jsme formulovali následující hypotézy:

H1: Jedinci z běžné populace vykazují nižší míru neuroticismu (NEO-FFI) než jedinci s depresivní poruchou.

H2: Jedinci z běžné populace vykazují nižší míru strachu ze smrti (DAP-R) než jedinci s depresivní poruchou.

H3: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou neuroticismu (NEO-FFI) a mírou strachu ze smrti (DAP-R) u jedinců s depresivní poruchou.

H4: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou extraverze (NEO-FFI) a mírou strachu ze smrti (DAP-R) u jedinců s depresivní poruchou.

H5: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou otevřenosti vůči zkušenosti (NEO-FFI) a mírou vyhýbání se smrti (DAP-R) u jedinců s depresivní poruchou.

H6: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou extraverze (NEO-FFI) a mírou únikového přijetí smrti (DAP-R) u jedinců s depresivní poruchou.

H7: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou strachu ze smrti (DAP-R) a mírou deprese (BDI-II) u jedinců s depresivní poruchou.

H8: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou únikového přijetí smrti (DAP-R) a mírou deprese (BDI-II) u jedinců s depresivní poruchou.

H9: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou extraverze (NEO-FFI) a mírou deprese (BDI-II) u jedinců s depresivní poruchou.

H10: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou neuroticismu (NEO-FFI) a mírou deprese (BDI-II) u jedinců s depresivní poruchou.

6. Metodologický rámec

V této kapitole nejdříve popíšeme design výzkumu. Dále poskytneme informace o metodách použitých ke zjištění postojů ke smrti, depresivity a osobnostních charakteristik. V neposlední řadě podáme popis metody analýzy a zpracování získaných dat a pojednání o etických aspektech tohoto výzkumu.

6.1. Design výzkumu

Pro výzkum postojů ke smrti a osobnosti u jedinců s depresivní poruchou jsme zvolili kvantitativní design, neboť nejlépe vyhovuje námi stanoveným cílům výzkumu. Design tohoto výzkumu se řadí mezi neexperimentální výzkumné plány a hlavním výzkumným cílem je deskripce zkoumaných jevů. Výzkum byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Konkrétně se pak jedná o korelační studii, jelikož zjišťujeme těsnosti vztahů mezi proměnnými, a také o studii diferenční, protože porovnáváme dva vzorky vzhledem k proměnným (Ferjenčík, 2000).

6.2. Metody získávání dat

Pro náš výzkum jsme použili dotazníkovou baterii, která, kromě úvodního oslovení respondentů, informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu a instrukcí, obsahovala nestandardizovaný dotazník sociodemografických údajů, Beckovu sebeposuzovací škálu depresivity pro dospělé (BDI-II), Revidovaný profil postojů ke smrti (DAP-R) a nakonec NEO Pětifaktorový osobnostní inventář (NEO-FFI). Na konci jsme ještě věnovali prostor respondentům pro jejich případná vyjádření, komentáře, doplnění a vzkazy, čehož někteří z nich využili. Celkem respondenti odpovídali na 136 položek. Nyní blíže specifikujeme jednotlivé použité metody.

Nestandardizovaný sociodemografický dotazník

V tomto dotazníku, který jsme vytvořili a naleznete jej v přílohách této práce, byli respondenti požádáni, aby odpověděli na dvacet tři otázek. Dotazník zjišťoval pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, druh vykonávané profese, rodinný stav, počet dětí, religiozitu, vnímanou sociální oporu, přítomnost somatického a psychického onemocnění. Mimo to zde byly také otázky týkající se užívání antidepresiv a jiných léků, navštěvování ambulancí psychologů či psychiatrů a pokusů o sebevraždu. Některé otázky byly uzavřené, respondenti tudíž vybírali jednu nebo více odpovědí z několika možností, případně i u některých uzavřených otázek měli možnost vypsát doplňující informace k dané problematice. Několik dalších otázek bylo polouzavřených, kdy si mohli respondenti vybrat odpověď

z nabídnutých možností, ale v případě, že jim žádná z nabízených odpovědí nevyhovovala, mohli uvést odpověď vlastní. Použity byly také otázky otevřené, kde respondenti nejčastěji odpovídali pouze uvedením čísla, jelikož v těchto položkách jsme se dotazovali například na věk, délku navštěvování psychologa či psychiatra v letech a podobně.

Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II)

Pro určení aktuální úrovně hloubky deprese jsme do dotazníkové baterie zařadili Beckovu sebesuzovací škálu depresivity pro dospělé (BDI-II). Autorem této známé a v praxi i výzkumu rozšířené metody je Aaron Beck. Ten vytvořil první verzi této škály již v roce 1961. V České republice je nejnovější dostupnou verzí tohoto inventáře právě BDI-II z roku 1996. Jde o screeningovou zkoušku, která je využívána kromě výzkumů také v klinické praxi. Lze ji administrovat u lidí ve věku nad 13 let. Musíme však podotknout, že k určení depresivní poruchy jako diagnózy tato metoda není dostatečná, vždy je třeba ji doplnit o další klinické metody a projektivní techniky. Jak jsme již zmínili, tato metoda se využívá při diagnostice hloubky deprese, přičemž se vždy jedná o aktuální stav, nikoli o depresivitu jako osobnostní rys, protože jedinci zaznamenávají, jak se cítí během posledních 14 dnů. BDI-II se skládá z 21 položek, jež odpovídají skupinám symptomů (afektivní, kognitivní, motivační, fyziologické), které jsou pro depresi charakteristické. Respondenti pak odpovídají na otázky, které se týkají smutku, minulých selhání, pocitů viny, pláčivosti, únavy a podobně (Preiss, & Vacíř, 1999).

Administrace této metody trvá přibližně 5-10 minut. Každá položka je hodnocena pomocí čtyřstupňové škály Likertova typu (0-3). Maximální hrubý skóre pak tedy je 63 bodů. Na základě součtu hrubého skóre následně určíme hloubku deprese. V manuálu k této metodě jsou poskytnuta různá vodítka pro její vyhodnocení. V české klinicko-psychologické praxi jsou pak využívána vodítka, která uvádíme v následující tabulce.

Tab. 1: Vodítka pro BDI-II (cit. dle Preiss, & Vacíř, 1999, upraveno)

Celkový hrubý skóre	Hloubka deprese
0-13	minimální
14-19	mírná
20-28	středně těžká
29-63	těžká

Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R)

Revidovaný profil postoje ke smrti (Death attitude profile-revised, DAP-R) je multidimenzionální metoda, která slouží k měření postojů ke smrti. Jeho autory jsou Wong, Reker a Gesserová. Tato metoda je rozšířením původního Profilu postojů ke smrti (Death

attitude profile, DAP) z let 1987-88, který se skládal ze čtyř dimenzí a obsahoval 21 položek. Dimenzemi byly Strach ze smrti/umírání, Vstřícné přijetí, Únikové přijetí a Neutrální přijetí. Na základě svého výzkumu, provedeného u vysokoškolských studentů a dospělých středního věku, dospěli autoři k závěru, že někteří respondenti k tématu smrti zastávají spíše vyhýbavý postoj, jakožto negativní postoj ke smrti. To vedlo k doplnění Profilu postojů ke smrti o škálu Vyhýbání se smrti. Dále došlo k eliminaci tvrzení vztahujících se k procesu umírání a přidání nových tvrzení ke škálám strach ze smrti a třem škálám přijetí, čímž vzrostl počet položek na 36. Následně autoři na základě faktorové analýzy odstranili tři položky, které rušily dobrou konzistenci škál dotazníku, a jednu zdvojenou položku, a tak vznikl Revidovaný profil postoje ke smrti, jenž se skládá z 32 položek a měří pět dimenzí postoje ke smrti (Wong, Reker, & Gesser, 1994).

Námi použitou českou verzi této metody jsme převzali od Machů (2012), která ji přeložila do českého jazyka a v rámci své magisterské diplomové práce prokázala její dobrou vnitřní konzistenci a tím potvrdila reliabilitu metody na české populaci.

Jak jsme již uvedli, metodu DAP-R tvoří 32 položek. Na každou z nich respondent odpovídá na sedmistupňové škále Likertova typu v rozmezí od zcela nesouhlasím (1) až zcela souhlasím (7). Hrubý skóre subškály je daný celkovým součtem bodů. Čím vyšší tento součet je, tím více se respondent ztotožňuje s postojem reprezentovaným danou subškálou. Průměrný skóre subškál získáme sečtením skóre a vydělením počtem položek pro danou subškálu. Opět platí, že vyšší průměrný skóre subškály ukazuje na jedincovo větší ztotožňování se s touto škálou (Wong, Reker, & Gesser, 1994).

Názvy jednotlivých subškál a počet položek, které podle Wonga, Reker a Gesserové (1994) obsahují, uvádíme kvůli přehlednosti v následující tabulce.

Tab. 2: Struktura DAP-R

Škála	Subškála	Počet položek
Negativní postoje ke smrti	Strach ze smrti	7
	Vyhýbání se smrti	5
Pozitivní postoje ke smrti (přijetí)	Neutrální přijetí smrti	5
	Vstřícné přijetí smrti	10
	Únikové přijetí smrti	5

Subškála Strach ze smrti, která je tvořena například položkou „*Mám intenzivní strach ze smrti.*“, se zaměřuje na negativní myšlenky a pocity, které jsou vyvolány smrtí. Subškála Vyhýbavý postoj ze smrti, obsahující například položku „*Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.*“, vyjadřuje tendence jedince vyhýbat se myšlenkám na smrt, nebo hovoru o tomto tématu, z důvodu úzkosti, kterou v jedinci vyvolává. Subškála Neutrální přijetí smrti

značí pohlížení na smrt jako na přirozenou součást života. V tomto případě se jedinec smrti nebojí, ale ani ji nevítá. Položkou této subškály je výrok „*Smrt je jednoduše součástí procesu života.*“ Čtvrtou subškálou je Vstřícné přijetí smrti. Tato subškála reprezentuje pozitivní pohled na smrt, který je spojen především s vírou ve spokojený posmrtný život. U této subškály nalezneme položky, jako je například „*Smrt přináší příslib nového a blaženého života.*“ Poslední subškálou je Únikové přijetí smrti, kdy je smrt vnímána pozitivně, jelikož je vítanou alternativou k životu plnému bolesti a utrpení (například položka „*Pohlížím na smrt jako na úlevu od pozemského trápení.*“) (Wong, Reker, & Gesser, 1994).

Pětifaktorový osobnostní inventář (NEO-FFI)

Pětifaktorový osobnostní inventář (NEO-FFI) je jednou z nejpoužívanějších metod, která měří osobnostní charakteristiky. Autory této metody jsou P. T. Costa a R. R. McCrae, kteří při její tvorbě vycházeli z Cattelova dotazníku 16 PF a z Goldbergových lexikálních výzkumů přídavných jmen. Pětifaktorový osobnostní inventář pak vychází z dispozičního přístupu, který je založen na analýze dotazníkových položek a snaží se o vytvoření rysové teorie pro vysvětlení vnitřní dynamiky, motivů a fungování osobnosti jako celku (Hřebíčková, & Urbánek, 2001).

Tento osobnostní inventář sestává z 60 položek, které jsou rozděleny do pěti škál tak, že každá je tvořena 12 položkami. Každá položka v inventáři představuje výrok, kterým lze popsat sama sebe. Respondenti označují, zda je výroky vůbec nevystihují (0), spíše nevystihují (1), jsou neutrální (2), spíše je vystihují (3) či je úplně vystihují (4). Odpovídají tedy na pětistupňové škále Likertova typu. Hrubý skóre každé škály pak získáme sečtením 12 položek náležící dané škále (Hřebíčková, & Urbánek, 2001).

Jak jsme již uvedli, Pětifaktorový osobnostní inventář měří pět dimenzí osobnosti, kterými jsou Neuroticismus (Neuroticism), Extraverze (Extraversion), Otevřenost vůči zkušenosti (Openness to Experience), Přívětivost (Agreeableness) a Svědomitost (Conscientiousness). Jejich popis podle Hřebíčkové (2011) jsme podali v kapitole *Pětifaktorový model osobnosti* v teoretické části této práce.

Následující tabulka poskytuje přehled osobnostních charakteristik dle jednotlivých dimenzí Pětifaktorového osobnostního inventáře (NEO-FFI).

Tab. 3: Popis dimenzí osobnosti (cit. dle Hřebíčková, & Urbánek, 2001, s. 45, upraveno)

Lidé s vysokým skórem	Škála	Lidé s nízkým skórem
napjatý neklidný nejistý nervózní labilní hypochondrický	Neuroticismus (N)	klidný relaxovaný vyrovnaný stabilní sebejistý spokojený uvolněný
sociabilní aktivní povídavý optimistický zábavný orientovaný na lidi	Extraverze (E)	uzavřený vážný mlčenlivý orientovaný na úkoly tichý
zvědavý všestranné zájmy originální imaginativní tvořivý pokrokový	Otevřenost vůči zkušenosti (O)	konvenční přízemní úzké zájmy neanalytický neumělecký
dobrosrdečný laskavý důvěryhodný pomáhající upřímný důvěřivý	Přívětivost (P)	cynický surový podezíravý nespolupracující pomstychtivý bezcitný
spolehlivý pracovitý disciplinovaný přesný puntičkářský pořádkumilovný náročný na sebe	Svědomitost (S)	nespolehlivý líný bezcílný nedbalý lhostejný bez vůle požitkářský

6.3. Metoda analýzy a zpracování dat

Data, která jsme získali pomocí dotazníkové baterie, jsme uspořádali do základní databáze. K tomuto účelu jsme využili program Microsoft Office 365 Excel. Následně jsme s těmito daty pracovali v programu STATISTICA 13.4 EN, kde došlo k jejich statistickému zpracování. Vzhledem k tomu, že Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R) nebyl u nás standardizován, rozhodli jsme se ověřit jeho reliabilitu skrze vnitřní konzistenci a výpočet Cronbachova alfa. Dále jsme na základě výsledků normality rozdělení dat použili k ověřování hypotéz týkajících se porovnávání postojů ke smrti a osobnostních charakteristik u skupiny jedinců s depresivní poruchou a jedinců z běžné populace Studentův dvouvýběrový t-test. Ke zjištění vzájemné souvislosti mezi postoji ke smrti a osobnostními charakteristikami u jedinců s depresí jsme použili výpočet Pearsonova korelačního koeficientu a bodově-biseriálního korelačního koeficientu.

6.4. Etické aspekty výzkumu

Účast respondentů v tomto výzkumu byla dobrovolná. Výzkum byl anonymní, jelikož respondenti nikde neuváděli údaje, na jejichž základě by bylo možné je identifikovat. Navíc se autorka práce s žádným z respondentů osobně nesešla, pouze kontaktovala a navštívila psychology a psychiatry, kteří jí po ukončení sběru dat předali vyplněné dotazníkové baterie. Minimální věkovou hranici pro účast ve výzkumu jsme stanovili na 18 let. O účelu výzkumu a všech náležitostech byli respondenti informováni jednak ústně daným psychologem či psychiatrem a jednak byly veškeré potřebné informace napsány na první straně dotazníkové baterie a také v informovaném souhlasu. Bylo zde zdůrazněno, že účast ve výzkumu je dobrovolná a že mohou z výzkumu kdykoli odstoupit. Respondentům nebyla za vyplnění dotazníkové baterie poskytnuta žádná hmotná odměna.

Dilematem, které jsme v rámci tohoto výzkumu řešili, bylo riziko dekompenzace psychického stavu u jedinců s depresí v návaznosti na vyplnění dotazníkové baterie, která se dotýká témat sebevraždy, smrti a umírání. Z tohoto hlediska považujeme za pozitivní fakt to, že respondenti s depresivní poruchou vyplňovali dotazníkovou baterii v ambulancích svých ošetřujících psychologů a psychiatrů, a měli tak možnost ihned po vyplnění na dané téma hovořit, svěřit se s pocity, které v nich účast na tomto výzkumu vyvolala. Podle našich informací však k žádné situaci dekompenzace nedošlo, respondenti naopak projevíli zájem o toto téma a občas vyplnění dotazníkové baterie podnítilo rozhovor na dané téma mezi respondentem a psychologem či psychiatrem.

6.5. Přehled užitých symbolů

V následující tabulce předkládáme přehled a vysvětlení symbolů, zkratk a různých označení, jichž je užito v následujících kapitolách, které se týkají výsledků statistické analýzy.

Tab. 4: Přehled symbolů

Symbol	Vysvětlení
α	Cronbachovo alfa; koeficient reliability typu vnitřní konzistence
BDI-II	Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé
DAP-R	Revidovaný profil postoje ke smrti
M	aritmetický průměr
Max	maximum
Min	minimum
Me	medián
Mo	modus
N	počet respondentů
NEO-FFI	Pětifaktorový osobnostní inventář
p	p-hodnota; dosažená hladina významnosti testu
SD	směrodatná odchylka
Šikmost	míra tvaru; míra podobnosti Gaussovu normálnímu rozdělení
Špičatost	míra tvaru; míra podobnosti Gaussovu normálnímu rozdělení
t	hodnota t-testu

7. Výzkumný soubor

V této kapitole se zaměříme na popis výběru výzkumného souboru a kontrolní skupiny respondentů a na popis průběhu sběru dat. Neopomeneme ani charakteristiku souboru z hlediska sociodemografických proměnných.

7.1. Výběr výzkumného souboru a sběr dat

Cílovou populací pro tento výzkum byli jedinci s depresivní poruchou, kteří v době realizace výzkumu byli v remisi. Pro získání výzkumného souboru jsme zvolili nepravděpodobnostní metodu výběru, přesněji záměrný výběr přes instituci. Těmito institucemi byla ambulantní pracoviště klinických psychologů a psychiatrů na území města Havířova, který se nachází v Moravskoslezském kraji. Ze sedmi oslovených pracovišť nám čtyři z nich umožnily administrovat dotazníkovou baterii svým pacientům. Tato pracoviště autorka této práce osobně navštívila, vysvětlila účel sběru dat a domluvila se s psychology či psychiatry na formě sběru dat a předala jim dotazníkové baterie. Dotazníková baterie byla respondentům administrována přímo jejich ošetřujícím psychologem či psychiatrem v ambulanci v tištěné formě. Sběr dat trval sedm měsíců. Započal v červnu 2018 a ukončen byl v prosinci 2018, kdy si autorka této práce opět osobně převzala vyplněné dotazníkové baterie od psychologů a psychiatrů, s kterými při této příležitosti konzultovala případné problémy při administraci a sběru dat. Celkem jsme od psychologů a psychiatrů obdrželi 75 vyplněných dotazníkových baterií. Čtyři z nich jsme ovšem museli z výzkumu vyřadit, jelikož zde nebyla vyplněna podstatná část odpovědí.

Za inkluzivní kritéria pro zařazení do našeho výzkumu byla stanovena, mimo jiné po konzultaci s psychology a psychiatry součinnými při sběru dat, následující: minimální věková hranice 18 let, diagnóza depresivní či smíšená úzkostná a depresivní porucha, maximální skóre v Beckově sebesuzovací škále depresivity pro dospělé (BDI-II) 18. Exkluzivními kritérii pak byla aktuální středně těžká a těžká depresivní fáze a celkově nesplnění inkluzivních kritérií.

Vzhledem k našim výzkumným cílům bylo zapotřebí sestavit také kontrolní skupinu. K tomu jsme opět využili administraci tištěných dotazníkových baterií, ale metodou lavinového výběru. Nejdříve jsme oslovili instituce, které se zaměřují na administrativu. K nim jsme následně na základě snahy získat kontrolní skupinu podobnou sociodemografickými proměnnými výzkumné skupině, přidali ty instituce, které jsou zaměřeny na průmysl. Zde byly dotazníkové baterie rozdány a respondenti nám následně zprostředkovali setkání s dalšími lidmi, kteří se o náš výzkum zajímali a chtěli se jej

zúčastnit. Sběr dat od respondentů kontrolní skupiny trval čtyři měsíce (od začátku srpna 2018 do konce listopadu 2018).

7.2. Popis souboru

Výzkumný soubor tvoří 71 respondentů, kteří navštěvují ambulance klinických psychologů či psychiatrů pro depresivní poruchu. Jak je patrné z tabulky č. 5, v tomto souboru převažuje počet žen (více než 80 %), kterých je 59. Mužů je v našem souboru 12, což je necelých 17 %.

Tab. 5: Struktura výzkumného souboru podle pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	12	16,90
Ženy	59	83,10
Celkem	71	100

Průměrný věk výzkumného souboru je 42,75 let (SD=12,42), přičemž věkové rozmezí je od 22 do 72 let.

Tab. 6: Struktura výzkumného souboru podle věku

	N	Min	Max	M	Me	Mo	SD
Věk	71	22	72	42,75	42	40	12,42

Z následující tabulky č. 7, která obsahuje strukturu nejvyššího dosaženého vzdělání jedinců ve výzkumném souboru, je zřejmé, že nejvíce respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání ukončeného maturitní zkouškou (skoro 50 %). Vysokou školu úspěšně vystudovalo necelých 24 % respondentů a základního vzdělání dosáhlo pouze 7 % respondentů.

Tab. 7: Struktura výzkumného souboru podle vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní škola	5	7,04
Učební obor	16	22,54
Středoškolské s maturitou	33	46,48
Vysokoškolské	17	23,94
Celkem	71	100

Další dvě tabulky podávají informace o tom, zda respondenti ještě studují nebo již pracují a v jaké oblasti, či sektoru, pracují. Z tabulky č. 8 plyne, že nejvíce respondentů (83 %) jsou pracující lidé. Pouze tři respondenti ještě studují. Dalšíh osm respondentů (11 %) je již v důchodu a pouze jeden respondent uvedl, že je v době realizace výzkumu nezaměstnaný a je veden na Úřadu práce ČR.

Na základě tabulky č. 9 je zřejmé, že nejvíce respondentů pracuje v oblasti administrativy (17, tj. téměř 24 %), služeb (15, tj. více než 21 %) a průmyslu (11, tj. necelých 16 %). Ve výčtu oblastí, ve které byli, jsou nebo budou respondenti zaměstnaní, následuje školství, zdravotnictví, bankovníctví, veřejná správa, logistika, potravinářství a zemědělství.

Tab. 8: Struktura výzkumného souboru podle statusu

Status	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Student	3	4,23
Pracující	59	83,09
Důchodce	8	11,27
Nezaměstnaný	1	1,41
Celkem	71	100

Tab. 9: Struktura výzkumného souboru podle oblasti práce

Oblast práce	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Administrativa	17	23,94
Průmysl	11	15,49
Služby	15	21,13
Školství	8	11,26
Zdravotnictví	7	9,86
Bankovníctví	5	7,04
Potravinářství	2	2,82
Zemědělství	1	1,41
Veřejná správa	3	4,23
Logistika	2	2,82
Celkem	71	100

Tabulka č. 10 poskytuje informace o rodinném stavu respondentů. Více než polovina (56 %) z nich žije v manželství. Necelých 20 % respondentů je rozvedených. Jedenáct respondentů má partnera nebo partnerku. Nejméně byli zastoupeni jedinci svobodní a ovdovělí.

Tab. 10: Struktura výzkumného souboru podle rodinného stavu

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Svobodný/á	4	5,63
Mám partnera/partnerku	11	15,49
Ženatý/vdaná	40	56,34
Rozvedený/á	14	19,72
Vdovec/vdova	2	2,82
Celkem	71	100

Tabulky č. 11 a 12 podávají informace o tom, zda respondenti žijí v bytě či rodinném domě a s kým tuto domácnost sdílí. Skoro 79 % respondentů uvedlo, že žijí v bytě. Zbývajících 21 % pak v rodinném domě. Největší podíl respondentů (více než 35 %) sdílí domácnost s manželem či manželkou a dětmi. Shodný počet, 15 respondentů, bydlí v bytě či domě spolu s manželem či manželkou nebo žijí sami. Pouze jeden respondent z výzkumného souboru žije se svým sourozencem. V jednom případě respondent bydlí společně s rodiči a sourozencem. S rodiči bydlí čtyři respondenti, jen s dětmi pak rovněž čtyři respondenti. Pět jedinců je v jedné domácnosti s partnerem nebo partnerkou. Jeden respondent uvedl, že žije kromě partnera/partnerky také se svými dětmi.

Tab. 11: Struktura výzkumného souboru podle bydlení

Bydlení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Byt	56	78,87
Rodinný dům	15	21,13
Celkem	71	100

Tab. 12: Struktura výzkumného souboru podle domácnosti

Domácnost sdílí s:	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Manželem/manželkou	15	21,13
Partnerem/Partnerkou	5	7,04
Rodiči	4	5,63
Dětmi	4	5,63
Manžel/ka a děti	25	35,21
Partner/ka a děti	1	1,41
Rodiče a sourozenec	1	1,41
Sám	15	21,13
Sourozenec	1	1,41
Celkem	71	100

Z následující tabulky je patrné, že nejvíce respondentů má buď jedno (necelých 33 %) nebo dvě (skoro 31 %) děti. Bezdětných je 18 respondentů a tři děti má 8 jedinců z tohoto souboru.

Tab. 13: Struktura výzkumného souboru podle počtu dětí

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	18	25,35
1	23	32,40
2	22	30,98
3	8	11,27
Celkem	71	100

Další tabulka se týká religiozity a spirituality. Kromě toho, zda jsou jedinci členy církve či jiné náboženské společnosti, zde mohli respondenti uvést také, zda věří v něco jiného. Ve výzkumném souboru se více než 70 % jedinců nehlásí k žádné církvi nebo náboženské společnosti. Devatenáct respondentů pak je členy římskokatolické církve a pouze dva respondenti se hlásí k církvi evangelické.

Tab. 14: Struktura výzkumného souboru podle religiozity

Religiozita	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	50	70,42
Římskokatolická	19	26,76
Evangelická	2	2,82
Celkem	71	100

Tabulka č. 15 ukazuje, že skoro dvě třetiny respondentů (73 %) od své rodiny a blízkých pocítují podporu v náročných životních situacích, kterou je bezpochyby i depresivní porucha, s kterou se potýkají. Naopak podporu od svého okolí nepocítuje z našeho souboru 19 respondentů.

Tab. 15: Struktura výzkumného souboru podle vnímané sociální opory

Sociální opora	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	52	73,24
Ne	19	26,76
Celkem	71	100

Žádným somatickým onemocněním, podle tabulky č. 16, v našem souboru netrpělo necelých 92 % respondentů. Pouze 6 ze 71 jedinců uvedlo, že trpí nějakým somatickým

onemocněním. Jednalo se o tyto nemoci – roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, osteoporóza, hypercholesterolémie, migréna a skolióza spojená s bolestmi zad.

Tab. 16: Struktura výzkumného souboru podle somatického onemocnění

Somatické onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	65	91,55
Ano	6	8,45
Celkem	71	100

Z psychických, respektive depresivních, poruch se ve výzkumném souboru nejčastěji vyskytla smíšená úzkostná a depresivní porucha (přibližně 42 %) s označením F42.1 dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Druhá byla periodická depresivní porucha, která je v současné době v remisi. Tu má diagnostikováno necelých 27 % respondentů. Devět respondentů se potýká s depresivní poruchou aktuálně v lehké fázi. U šesti respondentů byla diagnostikována lehká depresivní fáze a u dalších šesti středně těžká depresivní fáze. Pouze jeden respondent trpí periodickou depresivní poruchou nespécifikovanou.

Tab. 17: Struktura výzkumného souboru podle diagnózy (MKN-10)

Kód	Název	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
F32.0	Lehká depresivní fáze	6	8,45
F32.1	Středně těžká depresivní fáze	6	8,45
F33.0	Periodická depresivní porucha – současná fáze lehká	9	12,68
F33.4	Periodická depresivní porucha – současně v remisi	19	26,76
F33.9	Periodická depresivní porucha NS	1	1,41
F41.2	Smíšená úzkostná a depresivní porucha	30	42,25
	Celkem	71	100

Vzhledem k tomu, že jsme data získávali prostřednictvím psychologických a psychiatrických pracovišť, je jasné, že většina respondentů tyto ambulance navštěvuje. Ambulance klinických psychologů navštěvuje všech 71 respondentů. Minimální doba léčby přitom byla jeden rok. Nejdelší doba poté byla 20 let. Průměrná doba léčby byla přibližně 3,5 let (SD=3,52).

Tab. 18: Struktura výzkumného souboru podle doby psychologické léčby

	N	Min	Max	M	Me	Mo	SD
Délka psychologické léčby	71	1	20	3,59	2	1	3,52

Nyní se budeme věnovat následujícím třem tabulkám, které souvisí především s psychiatrickou léčbou respondentů z výzkumného souboru. Psychiatra, jak je zřejmé z tabulky č. 19, navštěvuje 61 ze 71 respondentů, což je bezmála 86 %. U psychiatrické léčby byla její maximální délka trvání 46 let. Průměrná doba léčby v psychiatrických ambulancích u respondentů byla pět a tři čtvrtě roku (SD=6,93). Antidepresiva užívalo v době realizace výzkumu 62 respondentů (tj. 87 %).

Tab. 19: Struktura výzkumného souboru podle psychiatrické léčby

Psychiatrická léčba	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	61	85,92
Ne	10	14,08
Celkem	71	100

Tab. 20: Struktura výzkumného souboru podle doby psychiatrické léčby (v letech)

	N	Min	Max	M	Me	Mo	SD
Délka psychiatrické léčby	71	0	46	5,75	4	2	6,93

Tab. 21: Struktura výzkumného souboru podle užívání antidepresiv

Antidepresiva	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	62	87,32
Ne	9	12,68
Celkem	71	100

Kvůli obtížím, týkajících se depresivní poruchy, bylo na psychiatrických odděleních hospitalizováno 23 ze 71 respondentů (tj. 32,39 %). Zbývajících 48 respondentů nikdy na psychiatrickém oddělení hospitalizováno nebylo. Doba hospitalizace se pohybovala od jednoho do osmi týdnů s průměrnou dobou hospitalizace zhruba 4 a půl týdne.

Tab. 22: Struktura výzkumného souboru podle psychiatrické hospitalizace

Hospitalizace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	23	32,39
Ne	48	67,61
Celkem	71	100

Tab. 23: Struktura výzkumného souboru podle délky psychiatrické hospitalizace (v týdnech)

	N	Min	Max	M
Délka psychiatrické hospitalizace	23	1	8	4,47

Poslední dvě tabulky, týkající se výzkumného souboru, podávají informace o tom, zda se respondenti někdy pokusili o sebevraždu a případně kolik takovýchto pokusů bylo. Kromě 53 jedinců, kteří se o sebevraždu nikdy nepokusili a 4 jedinců, u nichž se vyskytla suicidální ideace, vykonalo sebevražedný pokus 14 respondentů (necelých 20 %). Tito jedinci se o sebevraždu pokusili jedenkrát až pětkrát.

Tab. 24: Struktura výzkumného souboru podle sebevražednosti

Sebevražda	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	53	74,65
Ano	14	19,72
Ne, ale přemýšlel/a o ní	4	5,63
Celkem	71	100

Tab. 25: Struktura výzkumného souboru podle sebevražedných pokusů

	N	Min	Max	M
Počet sebevražedných pokusů	14	1	5	1,35

Kontrolní skupinu k našemu výzkumnému souboru tvořilo rovněž 71 respondentů, kde, podobně jako ve výzkumném souboru, převládaly ženy (zhruba 73 %) oproti mužům (necelých 27 %). Věkové rozmezí bylo od 20 do 62 let s průměrným věkem 40 let (SD=11,31). Nejvíce respondentů (41) mělo vystudováno střední školu s ukončením maturitní zkouškou. Devatenáct respondentů mělo vysokoškolské vzdělání a jedenáct absolvovalo střední školu s výučním listem. Pouze 2 jedinci v této skupině byli ještě studenti, zbývajících 69 respondentů byli pracující lidé. Vzhledem k postupu sběru dat do kontrolní skupiny jedinci pracovali pouze ve dvou sektorech, a to v administrativě (přibližně 79 %) a průmyslu (21 %). I zde převažovali jedinci žijící v manželství (43 respondentů, tj. 60,5 %), následovali jedinci mající partnera či partnerku (16 respondentů, tj. 22,5 %). Šest respondentů bylo svobodných, čtyři rozvedení a dva ovdovělí. Tak jako u výzkumné skupiny, i respondenti z kontrolní skupiny žijí spíše v bytech (necelých 70 %). Bezdětných bylo 25 respondentů, 22 respondentů mělo dvě děti, 17 respondentů mělo jedno dítě a 7 pak mělo děti tři. Domácnost sdílí 38 % respondentů společně s manželem či manželkou a dětmi. Pouze s manželem nebo manželkou žije přibližně 24 % respondentů. Dvanáct respondentů uvedlo, že žijí s partnerem/partnerkou, tři respondenti sdílí domácnost s rodiči. Jen s dětmi žije pouze jeden respondent. Osm respondentů (tj. přibližně 11 %) nesdílí domácnost s nikým, tedy žije samo. Dva jedinci z kontrolní skupiny žijí s partnerem či partnerkou a dětmi a jeden respondent bydlí se svým sourozencem. K žádné církvi a náboženské společnosti se nehlásí 55 ze 71 respondentů, 10 respondentů jsou členy římskokatolické

církve, 1 respondent se hlásí k evangelické církvi. Tři jedinci uvedli, že věří v něco nad námi, nadpřirozeno, jeden respondent ctí matku přírodu a jeden je členem československé husitské církve. Podporu od svého okolí pociťují v těžkých životních situacích kromě jednoho respondenta všichni dotázaní. Žádným somatickým onemocněním netrpí 67 respondentů (tj. necelých 95 %). U zbývajících respondentů se ze somatických onemocnění vyskytl například diabetes, steatóza jater a bolesti zad. Nikdo z respondentů netrpí žádným psychickým onemocněním, tudíž nenavštěvují ani psychologa ani psychiatra, nedošlo u nich k žádnému pokusu o sebevraždu, nikdo z nich neužívá antidepresiva ani nebyl hospitalizován na psychiatrickém oddělení. Tyto informace o kontrolní skupině jsou souhrnně uvedeny v následující tabulce č. 26.

Tab. 26: Popis kontrolní skupiny

Pohlaví		Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
Muž		19			26,76		
Žena		52			73,24		
Celkem		71			100		
	N	Min	Max	M	Me	Mo	SD
Věk	71	20	62	40,10	41	47	11,31
Vzdělání		Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
Učební obor		11			15,49		
Středoškolské s maturitou		41			57,75		
Vysokoškolské		19			26,76		
Celkem		71			100		
Status		Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
Student		2			2,82		
Pracující		69			97,18		
Celkem		71			100		
Oblast práce		Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
Administrativa		56			78,87		
Průmysl		15			21,13		
Celkem		71			100		
Rodinný stav		Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
Svobodný/á		6			8,45		
Mám partnera/partnerku		16			22,54		
Ženatý/vdaná		43			60,56		
Rozvedený/á		4			5,63		
Vdovec/vdova		2			2,82		
Celkem		71			100		

Bydlení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Byt	49	69,01
Rodinný dům	22	30,99
Celkem	71	100
Domácnost sdílí s:	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Manželem/manželkou	17	23,94
Partnerem/Partnerkou	12	16,90
Rodiči	3	4,22
Dětmi	1	1,41
Manžel/ka a děti	27	38,03
Partner/ka a děti	2	2,82
Sám	8	11,27
Sourozenec	1	1,41
Celkem	71	100
Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	25	35,21
1	17	23,94
2	22	30,99
3	7	9,86
Celkem	71	100
Religiozita	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	55	77,46
Římskokatolická	10	14,08
Evangelická	1	1,41
Husitská	1	1,41
Nadpřirozeno	3	4,23
Matka příroda	1	1,41
Celkem	71	100
Sociální opora	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	70	98,59
Ne	1	1,41
Celkem	71	100
Somatické onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	67	94,37
Ano	4	5,73
Celkem	71	100

V dotazníkové baterii jsme nechali prostor, kde jsme respondentům umožnili zanechat nám vzkaz, komentář, jednoduše sdělit cokoli, co mají na srdci. Objevilo se zde několikrát přání štěstí autorce práce, a to jak při dokončování této práce, tak při státních závěrečných zkouškách.

8. Výsledky výzkumu

V této kapitole poskytneme výsledky našeho výzkumného šetření. Nejdříve zde uvedeme zjištěné hodnoty Cronbachova koeficientu alfa, které nám slouží ke zjištění vnitřní konzistence metody DAP-R. Dále poskytneme výsledky popisné statistiky, statistické komparace a korelační analýzy, jenž se vztahují k výzkumným cílům.

8.1. Reliabilita dotazníku DAP-R

K odhadu reliability Revidovaného profilu postoje ke smrti (DAP-R) jsme použili výpočet Cronbachova alfa, které ukazuje vnitřní konzistenci jednotlivých subškál této metody.

Námi získané hodnoty Cronbachova koeficientu alfa udává tabulka č. 27. U všech pěti subškál metody DAP-R byly zjištěny vysoké hodnoty vnitřní konzistence. Nejvyšších hodnot bylo dosaženo u subškál Vstřícné přijetí smrti (0,97) a Únikové přijetí smrti (0,91). Nižší vnitřní konzistence, avšak stále nad hladinou výzkumné použitelnosti (0,7), byla zjištěna u subškály Neutrální přijetí smrti (0,77).

Reliabilita metody DAP-R, kterou jsme zjistili, je, kromě výsledků subškály Neutrální přijetí smrti, srovnatelná například se zjištěnými hodnotami Cronbachova alfa z výzkumů Machů (2016) nebo Kováře (2017). V jejich výzkumech byly hodnoty tohoto koeficientu u subškály Neutrální přijetí smrti nižší (0,56 a 0,61).

Tab. 27: Reliabilita DAP-R

Škála DAP-R	α
Strach ze smrti	0,79
Vyhýbání se smrti	0,87
Neutrální přijetí smrti	0,77
Vstřícné přijetí smrti	0,97
Únikové přijetí smrti	0,91

8.2. Popisná statistika použitých metod

V následující tabulce č. 28 uvádíme výsledky popisné statistiky metod, jež jsme použili ke sběru dat k našemu výzkumu. Tabulka podává informace o aritmetickém průměru, mediánu, minimálních a maximálních hodnotách, směrodatných odchylkách a rovněž o šikmosti a špičatosti.

Na základě hodnot šikmosti a špičatosti jsme došli k závěru, že rozdělení zjištěných proměnných lze považovat za normální, jelikož šikmost a špičatost nabývají hodnot od -1,02 do 0,67.

Tab. 28: Popisná statistika BDI-II a subškál DAP-R a NEO-FFI

Proměnná	N	M	Me	Min	Max	SD	Šikmost	Špičatost
BDI-II	142	9,46	10	0	18	5,44	-0,19	-1,00
Strach ze smrti	142	24,23	23	9	43	8,54	0,50	-0,61
Vyhýbání se smrti	142	21,19	22	9	35	7,42	0,13	-1,02
Neutrální přijetí smrti	142	27,36	28	13	35	4,67	-0,85	0,67
Vstřícné přijetí smrti	142	31,21	27,5	10	70	16,47	0,51	-0,93
Únikové přijetí smrti	142	20,99	22	5	35	7,90	-0,33	-0,52
Neuroticismus	142	25,66	28	2	44	10,16	-0,34	-0,94
Extraverze	142	25,13	24	0	44	9,98	-0,23	-0,57
Otevřenost vůči zkušenosti	142	23,35	24	10	40	6,27	0,01	0,22
Přívětivost	142	30,92	31	16	43	5,23	-0,45	0,35
Svědomitost	142	31,01	32	9	47	7,57	-0,55	0,47

8.3. Komparace proměnných

Nyní se zaměříme na rozdíly ve zkoumaných proměnných mezi respondenty z výzkumného souboru, tedy jedinci s depresivní poruchou z klinické populace, a z kontrolní skupiny, která je zastoupena zdravými jedinci z běžné populace.

Tabulka č. 29 podává informace o výsledcích statistické komparace za pomoci Studentova dvouvýběrového t-testu. Uvádíme zde aritmetické průměry a směrodatné odchylky jednotlivých proměnných u každé z porovnávaných skupin, hodnoty t-testů a statistickou signifikanci výsledků t-testů.

Z výsledků je patrné, že výzkumný soubor se od kontrolní skupiny statisticky významně neliší v sociodemografických proměnných jako je pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, počet dětí, somatické onemocnění a religiozita. Z tohoto pohledu lze tedy výzkumný soubor a kontrolní skupinu považovat za podobné.

Signifikantní rozdíl byl zjištěn u proměnné sociální opora, která udává, zda jedinec od svého okolí vnímá či nevnímá podporu. Statisticky vyšší míru sociální opory, deprese (celkový hrubý skór v BDI-II), únikového přijetí smrti a neuroticismu vykazovali oproti zdravým jedincům jedinci s depresivní poruchou. U zdravých jedinců byla ve srovnání s jedinci s depresivní poruchou zjištěna statisticky vyšší míra neutrálního přijetí smrti, extraverze a svědomitosti.

Tab. 29: Statistická komparace proměnných mezi jedinci s depresivní poruchou a bez ní

Proměnná	Jedinci s depresivní poruchou (N=71)		Zdraví jedinci (N=71)		t	p
	M	SD	M	SD		
Pohlaví	0,83	0,38	0,72	0,45	1,42	0,157
Věk	42,75	12,42	40,10	11,31	1,33	0,186
Vzdělání	2,11	1,21	2,38	1,05	-1,41	0,162
Rodinný stav	1,99	0,84	1,72	0,81	1,93	0,055
Děti	1,28	0,97	1,15	1,02	0,76	0,450
Religiozita	0,32	0,53	0,45	1,08	-0,89	0,375
Sociální opora	0,27	0,45	0,01	0,12	4,63	0,000
Somatické onemocnění	0,30	1,10	0,41	1,72	-0,46	0,642
BDI-II	13,45	3,51	5,46	3,86	12,88	0,000
Strach ze smrti	23,00	8,38	25,45	8,59	-1,72	0,087
Vyhýbání se smrti	20,75	7,19	21,63	7,67	-0,71	0,478
Neutrální přijetí smrti	26,34	5,12	28,38	3,94	-2,66	0,008
Vstřícné přijetí smrti	33,89	17,57	28,54	14,93	1,96	0,052
Únikové přijetí smrti	24,30	8,15	17,68	6,08	5,49	0,000
Neuroticismus	32,58	5,99	18,75	8,65	11,07	0,000
Extraverze	19,28	8,94	30,97	7,16	-8,60	0,000
Otevřenost vůči zkušenosti	22,44	7,19	24,27	5,07	-1,75	0,081
Přívětivost	30,90	4,82	30,93	5,64	-0,03	0,974
Svědomitost	29,30	7,47	32,73	7,33	-2,77	0,006

Pozn.: statistická signifikance je značena tučně v případě výsledků významných na $p < 0,05$

8.4. Korelace proměnných

Následují tabulky, které podávají výsledky korelační analýzy proměnných u jedinců s depresivní poruchou. Prostřednictvím výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu zkoumáme vztahy mezi postoji ke smrti s osobnostními charakteristikami. Následně uvádíme korelace také mezi těmito postoji ke smrti, osobnostními charakteristikami, mírou depresivity a vybranými sociodemografickými proměnnými. Zde byl použit také výpočet bodově-biseriálního korelačního koeficientu, zejména s ohledem na proměnnou sociální opora, která nabývá pouze hodnot 0 a 1.

V tabulce č. 30 uvádíme hodnoty korelačních koeficientů a v tabulce č. 31 pak hodnoty jejich statistické signifikance. Z těchto dvou tabulek je zřejmé, že strach ze smrti statisticky významně negativně koreluje s neuroticismem ($r=-0,28$; $p=0,019$), naopak pozitivní korelace vykazuje se škálami přívětivost ($r=0,24$; $p=0,044$) a svědomitost ($r=0,28$; $p=0,019$). Subškála vyhýbání se smrti rovněž statisticky významně negativně koreluje

s neuroticismem ($r=-0,32$; $p=0,007$) a středně silný pozitivní vztah této subškály byl zjištěn s přívětivostí ($r=0,40$; $p=0,000$) a svědomitostí ($r=0,42$; $p=0,000$). S neuroticismem statisticky významně negativně koreluje také subškála neutrální přijetí smrti ($r=-0,27$; $p=0,025$), která dále koreluje pozitivně s otevřeností vůči zkušenosti ($r=0,28$; $p=0,017$). Statisticky významnou pozitivní korelaci s otevřeností vůči zkušenosti vykazuje i subškála vstřícné přijetí smrti ($r=0,46$; $p=0,000$). Naopak negativně s otevřeností vůči zkušenosti koreluje subškála únikové přijetí smrti ($r=-0,25$; $p=0,000$). Tato subškála poté negativně koreluje i s extravertí ($r=-0,42$; $p=0,000$) a pozitivně s neuroticismem ($r=0,27$; $p=0,023$) a přívětivostí ($r=0,43$; $p=0,037$).

Tab. 30: Korelační analýza subškál DAP-R a škál NEO-FFI u jedinců s depresivní poruchou (N=71)

Proměnné	Neuroticismus	Extraverze	Otevřenost vůči zkušenosti	Přívětivost	Svědomitost
Strach ze smrti	-0,28	0,23	0,19	0,24	0,28
Vyhýbání se smrti	-0,32	0,19	-0,09	0,40	0,42
Neutrální přijetí smrti	-0,27	0,02	0,28	0,21	0,08
Vstřícné přijetí smrti	-0,00	-0,04	0,46	0,21	0,00
Únikové přijetí smrti	0,27	-0,42	-0,25	0,43	-0,22

Pozn.: statistická signifikance je značena tučně v případě výsledků významných na $p < 0,05$

Tab. 31: Signifikance korelačního koeficientu (p-hodnoty) k tab. 30

Proměnné	Neuroticismus	Extraverze	Otevřenost vůči zkušenosti	Přívětivost	Svědomitost
Strach ze smrti	0,019	0,055	0,118	0,044	0,019
Vyhýbání se smrti	0,007	0,117	0,461	0,000	0,000
Neutrální přijetí smrti	0,025	0,868	0,017	0,082	0,523
Vstřícné přijetí smrti	0,998	0,718	0,000	0,079	0,986
Únikové přijetí smrti	0,023	0,000	0,000	0,037	0,066

Pozn.: statistická signifikance je značena tučně v případě výsledků významných na $p < 0,05$

Další dvě tabulky, č. 32 a 33, opět podávají výsledky korelační analýzy a hodnoty korelačních koeficientů a k nim náležících hodnot statistické signifikance. Z výsledků vyplývá, že s věkem statisticky významně negativně koreluje škála otevřenost vůči zkušenosti ($r=-0,29$; $p=0,015$) a pozitivně přívětivost ($r=0,40$; $p=0,001$). Negativní korelace

pak nacházíme mezi proměnnou vzdělání a depresivitou (BDI-II; $r=-0,28$; $p=0,019$), ale také mezi vzděláním a únikovým přijetím smrti ($r=-0,28$; $p=0,018$). Religiozita vykazuje statisticky signifikantní pozitivní korelace se subškálami strach ze smrti ($r=0,37$; $p=0,002$), vyhýbání se smrti ($r=0,26$; $p=0,027$) a vstřícné přijetí smrti, přičemž tento vztah je silný ($r=0,50$; $p=0,000$). Pozitivní korelaci jsme našli i mezi sociální oporou a mírou depresivity ($r_{pb}=0,25$; $p=0,035$). Mimo to míra depresivity významně negativně koreluje se strachem ze smrti ($r=-0,26$; $p=0,026$) a extravertizací ($r=-0,36$; $p=0,002$) a středně silně pozitivně koreluje s neuroticismem ($r=0,49$; $p=0,000$).

Tab. 32: Korelační analýza vybraných proměnných u jedinců s depresivní poruchou (N=71)

Proměnná	BDI-II	Strach ze smrti	Vyhýbání se smrti	Neutrální přijetí smrti	Vstřícné přijetí smrti	Únikové přijetí smrti	Neuroticismus	Extraverze	Otevřenost vůči zkušenosti	Přívětivost	Svědomitost
Věk	0,20	0,01	0,12	0,12	0,10	-0,01	-0,07	-0,09	-0,29	0,40	-0,13
Vzdělání	-0,28	-0,01	-0,07	-0,21	0,05	-0,28	0,04	0,05	0,09	-0,02	-0,03
Religiozita	0,01	0,37	0,26	0,06	0,50	0,19	0,13	0,01	0,20	0,18	0,20
Sociální opora	0,25	0,01	-0,09	0,05	-0,06	-0,01	0,03	-0,02	0,02	-0,03	-0,17
BDI-II	1	-0,26	-0,13	0,10	-0,04	0,09	0,49	-0,36	0,15	0,20	-0,14

Pozn.: statistická signifikance je značena tučně v případě výsledků významných na $p < 0,05$

Tab. 33: Signifikance korelačního koeficientu (p-hodnoty) k tab. 32

Proměnná	BDI-II	Strach ze smrti	Vyhýbání se smrti	Neutrální přijetí smrti	Vstřícné přijetí smrti	Únikové přijetí smrti	Neuroticismus	Extraverze	Otevřenost vůči zkušenosti	Přívětivost	Svědomitost
Věk	0,099	0,920	0,306	0,338	0,421	0,977	0,574	0,478	0,015	0,001	0,269
Vzdělání	0,019	0,926	0,569	0,075	0,654	0,018	0,753	0,697	0,459	0,884	0,831
Religiozita	0,917	0,002	0,027	0,624	0,000	0,107	0,299	0,910	0,090	0,131	0,101
Sociální opora	0,035	0,950	0,479	0,695	0,599	0,958	0,790	0,851	0,891	0,820	0,146
BDI-II	-	0,026	0,272	0,425	0,715	0,452	0,000	0,002	0,204	0,088	0,242

Pozn.: statistická signifikance je značena tučně v případě výsledků významných na $p < 0,05$

9. Platnost hypotéz

H1: Jedinci z běžné populace vykazují nižší míru neuroticismu (NEO-FFI) než jedinci s depresivní poruchou.

Na základě statistické komparace jsme identifikovali statisticky významný rozdíl v míře neuroticismu mezi jedinci s depresivní poruchou a jedinci z běžné populace ($t=11,07$; $p=0,000$). Jedinci s depresivní poruchou, podle našeho zjištění, vykazují vyšší míru neuroticismu ($M=32,58$) oproti jedincům z běžné populace ($M=18,75$). **Hypotézu H1 proto přijímáme.**

H2: Jedinci z běžné populace vykazují nižší míru strachu ze smrti (DAP-R) než jedinci s depresivní poruchou.

Výsledky statistické komparace neprokázaly statisticky signifikantní rozdíl mezi mírou strachu ze smrti u jedinců z běžné populace a jedinců s depresivní poruchou ($t=-1,72$; $p=0,087$). **Hypotézu H2 proto zamítáme.**

H3: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou neuroticismu (NEO-FFI) a mírou strachu ze smrti (DAP-R) u jedinců s depresivní poruchou.

Přestože jsme v našem výzkumu u jedinců s depresivní poruchou prokázali statisticky významnou korelaci mezi mírou neuroticismu a mírou strachu ze smrti, nebyla tato korelace pozitivní, nýbrž negativní ($r=-0,28$; $p=0,019$). **Hypotézu H3 tedy zamítáme.**

H4: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou extravertze (NEO-FFI) a mírou strachu ze smrti (DAP-R) u jedinců s depresivní poruchou.

Mezi mírou extravertze a mírou strachu ze smrti jsme neidentifikovali statisticky signifikantní korelaci ($r=0,23$; $p=0,055$). **Hypotézu H4 proto zamítáme.**

H5: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou otevřenosti vůči zkušenosti (NEO-FFI) a mírou vyhýbání se smrti (DAP-R) u jedinců s depresivní poruchou.

Ani mezi mírou otevřenosti vůči zkušenosti a mírou vyhýbání se smrti jsme nenalezli statisticky významnou negativní korelaci ($r=-0,09$; $p=0,461$). **Hypotézu H5 tedy zamítáme.**

H6: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou extraverze (NEO-FFI) a mírou únikového přijetí smrti (DAP-R) u jedinců s depresivní poruchou.

V rámci korelační analýzy byla u jedinců s depresivní poruchou prokázána statisticky signifikantní negativní korelace mezi mírou extraverze a mírou únikového přijetí smrti. Korelační koeficient zde dosáhl hodnoty $r=-0,42$; $p=0,000$. **Hypotézu H6 proto přijímáme.**

H7: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou strachu ze smrti (DAP-R) a mírou deprese (BDI-II) u jedinců s depresivní poruchou.

Námi nalezená statisticky významná korelace mezi subškálou strach ze smrti a mírou deprese je negativní ($r=-0,26$; $p=0,026$). **Hypotézu H7 proto zamítáme.**

H8: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou únikového přijetí smrti (DAP-R) a mírou deprese (BDI-II) u jedinců s depresivní poruchou.

Z dat získaných od výzkumného souboru jsme nezjistili statisticky signifikantní pozitivní korelaci mezi mírou únikového přijetí smrti a mírou deprese ($r=0,09$; $p=0,452$). **Hypotézu H8 tedy zamítáme.**

H9: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou extraverze (NEO-FFI) a mírou deprese (BDI-II) u jedinců s depresivní poruchou.

Z námi uvedených výsledků korelační analýzy u našeho výzkumného souboru je patrné, že míra extraverze statisticky signifikantně koreluje s mírou deprese ($r=-0,36$; $p=0,002$). **Hypotézu H9 tedy přijímáme.**

H10: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou neuroticismu (NEO-FFI) a mírou deprese (BDI-II) u jedinců s depresivní poruchou.

V našem výzkumu jsme rovněž našli statisticky významnou korelaci mezi mírou neuroticismu a deprese u jedinců z výzkumného souboru ($r=0,49$; $p=0,000$). **Hypotézu H10 proto přijímáme.**

10. Diskuze

V předcházejících kapitolách jsme pojednávali o výzkumném šetření, které jsme realizovali. Uvedli jsme, jak jsme provedli sběr dat, výběr výzkumného souboru a samozřejmě také to, jakých jsme dosáhli výsledků, na jejichž základě jsme následně zhodnotili platnost hypotéz. Nyní se k těmto informacím opět vrátíme a budeme je diskutovat.

Vzhledem k cílům našeho výzkumu jsme zvolili kvantitativní výzkumný design, jehož prostřednictvím jsme mohli získat více respondentů do výzkumného souboru i kontrolní skupiny, a především jsme poté takto získaná data mohli přehledně zpracovat a vyhodnotit. Na základě zvolené metody výběru výzkumného i kontrolního souboru, kterou byla nepravděpodobnostní metoda záměrného výběru přes instituci, nelze vzorek považovat za reprezentativní, a tím pádem ani nemůžeme naše výsledky generalizovat na populaci pacientů s depresivní poruchou. Podotýkáme však, že tato metoda sběru dat byla již použita v dřívějších výzkumných studiích, které se zabývaly různými psychologickými fenomény u pacientů psychologických a psychiatrických ambulancí (viz např. Bagby a kol., 1995; Kovář, 2017).

Dotazníková baterie, použitá pro získání dat k našemu výzkumu, sestávala ze čtyř dotazníků o celkové délce 136 položek, což mohlo samo o sobě některé potencionální respondenty odradit od jejího vyplnění ještě před účastí ve výzkumu, ale i již po započetí vyplňování dotazníkové baterie. Co se týče sociodemografického dotazníku, nesetkali jsme se s případem, kdy by respondenti měli problém s porozuměním zde obsažených položek. Jediný problém, na který jsme zde narazili, ale až v souvislosti se statistickým vyhodnocováním, se týkal otázky na sociální oporu, kde vzhledem k řazení odpovědí (0=vnímám podporu, 1=nevnímám podporu) byly vyhodnocení a interpretace nejednoznačné. Příště bychom proto řazení odpovědí změnili, či bychom celou tuto položku formulovali jinak.

Dále jsme zařadili Beckovu sebesuzovací škálu depresivity pro dospělé (BDI-II), která se kromě výzkumů běžně používá také v praxi. Tuto metodu jsme použili s ohledem na naše výzkumné cíle. Její výhodou je vcelku krátká doba administrace. U této metody, stejně jako i u metody DAP-R a NEO-FFI, však musíme brát na zřetel, že vzhledem k tomu, že se jedná o sebesuzovací metodu, u které respondentům mohlo být jasné, co měří, mohli záměrně zkreslovat své odpovědi. Stran porozumění položkám BDI-II jsme se opět nesetkali s žádným problémem.

Dotazník Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R) jsme do dotazníkové baterie zařadili na základě doporučení vedoucí práce, protože odpovídá cíli tohoto výzkumu, měří nejen negativní, ale i pozitivní postoje ke smrti a není příliš rozsáhlý, jelikož sestává ze 32 položek. Možnou nevýhodu tohoto dotazníku spatřuje Machů (2016) v orientaci na křesťanskou víru, která je nejvíce patrná u subškály vstřícné přijetí smrti. V této subškále obsahují některé položky vyjádření o nebi či Bohu, na což respondenti nevěřící či nevyznávající křesťanství často odpovídali „nevím“. V návaznosti na dřívější výzkumy, kde byla ke zmapování postojů použita metoda DAP-R, jsme provedli výpočet Cronbachova alfa pro zjištění reliability této metody. Námi získané hodnoty Cronbachova koeficientu alfa (v tabulce č. 34 výzkum 4) ukazují na uspokojivou vnitřní konzistenci této metody. Velmi podobně tomu bylo rovněž v jiných českých výzkumech. Výzkumy 1 a 2 reprezentují vnitřní konzistenci zjištěnou Machů (2012; 2016) a výzkum 3 pak hodnoty zjištěné Kovářem (2017). Pokud se na hodnoty Cronbachova alfa, uvedené v tabulce č. 34, podíváme blíže, zjistíme, že ve všech třech předchozích výzkumech nedosahovala subškála neutrální přijetí smrti příliš vysoké hodnoty. V našem výzkumu je tato hodnota vyšší, avšak v porovnání s ostatními subškálami je její hodnota nejnižší.

Tab. 34: Srovnání reliability DAP-R

Subškály	Výzkumy – α			
	1	2	3	4
Strach ze smrti	0,85	0,85	0,86	0,79
Vyhýbání se smrti	0,86	0,90	0,89	0,87
Neutrální přijetí smrti	0,67	0,56	0,61	0,77
Vstřícné přijetí smrti	0,94	0,95	0,92	0,97
Únikové přijetí smrti	0,81	0,86	0,86	0,91

Poslední užitou metodou byl Pětifaktorový osobnostní inventář (NEO-FFI). Tento inventář jsme do dotazníkové baterie zařadili, kromě návaznosti na naše výzkumné cíle, především proto, že jeho parametry jsou na české populaci dobře ověřeny. Jedná se o jeden z nejpoužívanějších dotazníků osobnosti a ve srovnání s jinými osobnostními inventáři je vcelku krátký – obsahuje 60 položek. Ani u této metody neměli respondenti potíže s porozuměním položkám.

Na základě cílů našeho výzkumu jsme museli sestavit výzkumný a kontrolní soubor respondentů. Co se týče počtu respondentů, byly tyto soubory vyrovnané – v obou skupinách bylo po 71 respondentech. Ve výzkumném souboru byli jedinci s depresivní poruchou, v kontrolní skupině pak jedinci nezatížení psychickým onemocněním. Z hlediska pohlaví byly obě skupiny nevyrovnané. Kontrolní skupina sestávala z 52 žen a 19 mužů.

Ve výzkumném souboru bylo žen 59 a jen 12 mužů. Musíme však uvést, že tato skutečnost odpovídá tomu, že depresivní porucha se až dvakrát častěji vyskytuje právě u žen oproti mužům (viz např. Piccinelli, & Wilkinson, 2000; ÚZIS ČR, 2017b). Na tomto základě je vysoce pravděpodobné, že zastoupení mužů a žen v našem výzkumném souboru je shodné se zastoupením pacientů a pacientek s depresivní poruchou v psychologických a psychiatrických ambulancích. Rovněž můžeme za vliv na rozložení výzkumné i kontrolní skupiny podle pohlaví považovat větší ochotu žen účastnit se výzkumu.

Ve výzkumném souboru byli respondenti ve věku od 22 do 72 let, v kontrolní skupině pak věkové rozmezí bylo od 20 do 62 let. V obou souborech dosáhlo okolo poloviny respondentů středoškolského vzdělání s ukončením maturitní zkouškou a více než polovina respondentů také v obou případech žije v manželství. Podíváme-li se na religiozitu respondentů, ve výzkumném souboru se k žádné církvi či náboženské společnosti nehlásilo 50 respondentů, v kontrolním souboru se jednalo o 55 jedinců. Ze 71 jedinců s depresivní poruchou 52 uvedlo, že od svého okolí pocítují podporu. V kontrolní skupině pak podporu okolí pocítovalo ze 71 jedinců 70. Somatickým onemocněním ve výzkumném souboru trpělo 6 respondentů, v kontrolní skupině 4 respondenti. Sociodemografické charakteristiky respondentů z výzkumné a kontrolní skupiny jsme podrobili statistické komparaci a dospěli jsme k závěru, že obě skupiny se statisticky významně v nejdůležitějších sociodemografických proměnných neliší a jsou si tedy podobné (viz tabulka č. 29, s. 51). Jediný statisticky významný rozdíl jsme našli v proměnné sociální opora ($t=4,63$; $p=0,000$). Zde se ukázalo, že zdraví jedinci pocítují více sociální opory od svého okolí oproti jedincům s depresivní poruchou. Vnímání sociální opory může mít samo o sobě vliv na úroveň deprese či výskyt depresivní poruchy jako takové, proto jsme se v našem výzkumu zaměřili mimo jiné i na tento vztah.

Výzkumný soubor byl nejvíce zastoupen respondenty s diagnózou smíšené úzkostné a depresivní poruchy (30), dále periodické depresivní poruchy v remisi (19), lehké fáze periodické depresivní poruchy (9), lehké depresivní fáze (6) a středně těžké depresivní fáze (6). Jeden respondent měl diagnostikovanou nespecifikovanou periodickou depresivní poruchu. Antidepresiva v době výzkumu užívalo 62 respondentů s depresivní poruchou. Popis obou souborů uvádíme zejména proto, abychom zdůraznili, k jakému souboru se výsledky našeho šetření vztahují.

Sběr dat do výzkumného souboru, který trval sedm měsíců, byl náročný. Nejprve jsme se setkali s několika odmítavými odpověďmi, co se týče možnosti realizace sběru dat na určitých ambulantních pracovištích klinických psychologů a psychiatrů. Dalším problémem, na který jsme narazili, byla návratnost dotazníkových baterií, z čehož pramení

relativně omezený počet respondentů. Z jednoho pracoviště se nám jich vrátilo pouze pět vyplněných. Za kladnou stránku považujeme, že dotazníkové baterie respondentům administrovali jejich ošetřující psychologové či psychiatři, kteří tak mohli přispět k větší motivaci respondentů odpovídat pravdivě. Ze zpětné vazby od zúčastněných klinických psychologů a psychiatrů také víme, že respondenti účast na našem výzkumu vnímali jako podnět k rozebírání námi mapovaných témat při rozhovoru s psychologem nebo psychiatrem.

Získání kontrolní skupiny a průběh sběru dat od jedinců z běžné populace pak byl méně náročný a trval čtyři měsíce. Instituce, které jsme s prosbou o umožnění sběru dat oslovili, byly vstřícné a zaměstnanci těchto institucí projevíli zájem o účast na výzkumu. Z počátečního záměrného výběru respondentů přes instituci pak na základě iniciativy respondentů byl sběr dat realizován metodou lavinového výběru. Vzhledem k zájmu respondentů z běžné populace o účast na výzkumu se domníváme, že mohli být také více motivováni odpovídat pravdivě. Co se týče výběru kontrolní skupiny by bylo vhodnější, kdyby do ní byli respondenti vybíráni záměrně pomocí párování. Z časového hlediska jsme však od takového výběru upustili.

Za možný zdroj zkreslení či nepřesností můžeme považovat to, že do výzkumu byli zařazeni pouze jedinci s depresivní poruchou v remisi. Je pravděpodobné, že pokud bychom data získali i od jedinců s hlubší depresí, výsledky by se mohly lišit. Jedince v remisi jsme však vybírali s ohledem na obavy z případné dekompenzace jejich stavu, a navíc kliničtí psychologové a psychiatři nám sami sdělili, že lidé v hlubší depresi by měli s vyplňováním dotazníkové baterie problém i kvůli nedostatku energie a motivace. S tím souvisí fakt, že převážná většina jedinců s depresivní poruchou užívá psychofarmaka (antidepresiva) i v případě, že jejich stav je posuzován jako stav remise. Tudíž i toto může vést k dalšímu zkreslení. Vzhledem k tomu, že stanovení diagnózy depresivní poruchy je složitý proces, nechali jsme, po domluvě, výběr vhodných respondentů do výzkumného souboru na klinických psychologích a psychiatrech, kteří byli schopni posoudit stav svých pacientů a jejich vhodnost pro náš výzkum.

Nyní se již zaměříme na interpretaci a diskuzi námi získaných výsledků. Při srovnávání našich výsledků a výsledků z jiných výzkumů však musíme brát v potaz, že tyto výzkumy se mohou lišit například ve složení nebo vyváženosti výzkumného souboru, použitých metodách či ve sledovaných proměnných.

V souvislosti s dřívějšími výzkumnými zjištěními jsme stanovili deset výzkumných hypotéz. Hypotézy se však netýkaly všech jednotlivých subškál metody DAP-R a škál

metody NEO-FFI vzhledem k nenalezeným relevantním výzkumným výsledkům, na jejichž základě bychom tyto hypotézy formulovali.

V první hypotéze jsme na základě zjištění Grace a O'Brien (2003) předpokládali, že jedinci z běžné populace vykazují nižší míru neuroticismu oproti jedincům s depresivní poruchou. Na základě námi zjištěných výsledků ($t=11,07$; $p=0,000$) jsme tuto hypotézu přijali. Znamená to tedy, že jedinci s depresivní poruchou jsou oproti zdravým jedincům více nejistí, úzkostní a hůře snášejí negativní prožitky. Mimo to udávali statisticky signifikantní vyšší hodnoty jedinci z běžné populace ve srovnání s výzkumnou skupinou u škály extravertze ($t=-8,60$; $p=0,000$) a svědomitost ($t=-2,77$; $p=0,006$). Z toho vyplývá, že zdraví jedinci jsou sebejistější, aktivnější, ctižádostivější či vytrvalejší oproti jedincům s depresivní poruchou.

Zamítnout jsme pak museli druhou hypotézu, která předpokládala, že jedinci z běžné populace vykazují nižší míru strachu ze smrti než jedinci s depresivní poruchou. Zde jsme zjistili hodnoty $t=-1,72$; $p=0,087$, tedy jsme nedospěli ke statisticky signifikantnímu rozdílu. Toto naše zjištění však odpovídá výsledkům například Cicirelliho (2009). Z dalších postojů ke smrti se výzkumný soubor, tedy jedinci s depresivní poruchou, statisticky významně lišili od jedinců z běžné populace v subškále neutrální přijetí smrti ($t=-2,66$; $p=0,008$), kdy tedy jedinci z běžné populace vykazovali vyšší míru tohoto pozitivního postoje ke smrti. Naopak tomu bylo u únikového přijetí smrti, kde vyšší míru udávali jedinci s depresí ($t=5,49$; $p=0,000$). Můžeme tedy konstatovat, že zdraví jedinci ve srovnání s jedinci v depresi spíše nahlíží na smrt jako na běžnou součást života, zatímco jedinci s depresivní poruchou pohlíží na smrt jako na vysvobození od pozemského trápení. Pokud se nad tímto zjištěním zamyslíme, jeví se nám jako logické, především s ohledem na to, že právě depresivní porucha je spjata s rizikem sebevraždy.

Statisticky významně se kontrolní skupina lišila od výzkumného souboru také v celkovém hrubém skóru BDI-II ($t=12,88$; $p=0,000$), kdy jedinci s diagnostikovanou depresivní poruchou udávali větší hloubku depresivních příznaků. Tento rozdíl jsme samozřejmě vzhledem k výběru respondentů očekávali, ale i přesto jsme jej statisticky ověřili.

Očekávali jsme také existenci pozitivní korelace mezi mírou neuroticismu a mírou strachu ze smrti u jedinců s depresivní poruchou. I tuto, třetí, hypotézu jsme však byli nuceni zamítnout, jelikož korelace, kterou jsme získali, sice byla statisticky signifikantní, avšak negativní ($r=-0,28$; $p=0,019$). Toto je v rozporu se zjištěním Machů (2016). Pravdou ale je, že Machů (2016) svůj výzkum realizovala na běžné populaci. V našem výzkumném souboru tedy zvyšující se strach ze smrti souvisí s nejistotou, úzkostí či nervozitou.

Zamítli jsme také další hypotézu, která předpokládala negativní korelaci mezi mírou extraverze a mírou strachu ze smrti (Kendler et al., 2006). K zamítnutí vedly tyto výsledky: $r=0,23$; $p=0,055$. Například Machů (2016) v tomto případě také nedospěla k žádné signifikantní korelaci.

Ani hypotézu o existenci negativní korelace mezi mírou otevřenosti vůči zkušenosti a mírou vyhýbání se smrti u jedinců s diagnostikovanou depresí jsme nemohli přijmout. Zamítli jsme ji na základě výsledků $r=-0,09$; $p=0,461$. Přijali jsme však hypotézu šestou, která předpokládala negativní korelaci mezi mírou extraverze a mírou únikového přijetí smrti u jedinců s depresivní poruchou ($r=-0,42$; $p=0,000$). Vztah mezi extraverzí a vnímáním smrti jako vysvobození od utrpení byl středně silný. S přihlédnutím k tomu, že subškála únikové přijetí smrti reprezentuje postoj, kdy jedinci vnímají smrt jako vítanou alternativu k nehezkému životu, se souvislost s uzavřeností a zdrženlivostí zdá být více než pravděpodobná.

Mimo stanovené hypotézy z výsledků korelační analýzy proměnných u jedinců s depresivní poruchou vyplynuly další souvislosti. Například vstřícné přijetí smrti statisticky významně středně silně pozitivně korelovalo se škálou otevřenost vůči zkušenosti ($r=0,46$; $p=0,000$), tedy lze říci, že lidé, kteří věří ve šťastný posmrtný život, jsou více zvědaví a disponují bohatou fantazií. Středně silný pozitivní vztah jsme zjistili také mezi negativním postojem vyhýbání se smrti a škálami přívětivost ($r=0,40$; $p=0,000$) a svědomitost ($r=0,42$; $p=0,000$). Jedinec, který se vyhýbá myšlenkám na smrt, bude tedy spíše důvěřivý, laskavý, cílevědomý a spolehlivý. Únikové přijetí smrti a přívětivost spolu také středně silně pozitivně korelují ($r=0,43$; $p=0,037$). Můžeme tedy předpokládat, že smrt jako vysvobození vnímají spíše jedinci altruističtí.

V hypotéze sedmé jsme předpokládali, že existuje pozitivní korelace mezi strachem ze smrti a mírou deprese. Z výsledků ($r=-0,26$; $p=0,026$) však vyplývá negativní korelace, proto jsme tuto hypotézu zamítli. Lidé s méně závažnou depresí tedy reportují vyšší strach ze smrti. Toto zjištění je v souladu s výsledkem Kováře (2017), ale v rozporu s dřívějšími zahraničními výzkumnými studiemi (viz např. Cicirelli, 2009; Thiemann et al., 2015). Mohlo by být namítnuto, že přeci právě lidé v hluboké depresi často páchají sebevraždy. Jak je tedy možné, že se více bojí smrti? Zvažujeme možný vliv víry v posmrtný život ve spojení s křesťanskou vírou, která sebevraždu považuje za hřích. Bylo by však potřeba tento vztah míry deprese, strachu ze smrti a křesťanské víry podrobněji prozkoumat, například v rámci dalšího výzkumného šetření.

Další, osmá, hypotéza předpokládala podle zjištění Kováře (2017) pozitivní korelaci mezi únikovým přijetím smrti a mírou deprese. Také tuto hypotézu jsme na základě výsledků

($r=0,09$; $p=0,452$) zamítli, ačkoli podle logické úvahy bychom očekávali, že zde signifikantní vztah existovat bude. Obecně je totiž známo, že jedinci s hlubší depresí, jak jsme již zmiňovali, častěji volí cestu sebevraždy, aby unikli utrpení. Náš výsledek může být zkreslen právě strukturou výzkumného vzorku, který sestává pouze z jedinců v remisi.

Přijali jsme hypotézu devátou, která predikovala existenci negativní korelace mezi extravertí a mírou deprese. Vztah mezi extravertí a mírou deprese byl středně silný: $r=-0,36$; $p=0,002$. Lidé s hlubší depresí se jeví být méně aktivní a více uzavření. Toto naše zjištění je v souladu se závěrem výzkumu Koorevaara a kol. (2013), stejně tak jako výsledek ($r=0,49$; $p=0,000$) na jehož základě jsme přijali poslední, desátou, hypotézu. Ta se týkala pozitivní korelace mezi neuroticismem a mírou deprese. Čím závažnější depresivní symptomy jedinec vykazuje, tím více je úzkostný, napjatý či nervózní.

Kromě uvedených hypotéz jsme z korelační analýzy proměnných u jedinců s depresivní poruchou dospěli i k dalším zjištěním. Míra deprese negativně korelovala se vzděláním ($r=-0,28$; $p=0,019$), což znamená, že závažnější deprese se spíše vyskytne u jedinců s nižším vzděláním. Již z výsledků komparace výzkumné a kontrolní skupiny vyplynulo, že jedinci s depresivní poruchou vnímají od svého okolí méně sociální opory. Tento výsledek doplňuje také zjištění pozitivní korelace mezi mírou deprese a sociální podporou ($r_{pb}=0,25$; $p=0,035$). Čím závažnější depresi jedinci reportovali, tím méně vnímali od svých blízkých podporu (i přes pozitivní korelaci je korelační závislost nepřímá, jelikož respondenti v dotazníku odpovídali, zda od svého okolí pocítují podporu (ano=0), nebo nepocítují (ne=1) podporu). V rozporu se zjištěním Machů (2016) se ukázalo být zjištění, že věřící lidé, ať už věří v cokoli, udávají vyšší míru strachu ze smrti ($r=0,37$; $p=0,002$). Dále jsme v souvislosti s religiozitou a spiritualitou u jedinců s depresivní poruchou pozorovali vyšší míru vyhýbání se smrti ($r=0,26$; $p=0,027$). Stejně jako Kovář (2017) a před ním Machů (2012) nebo Dezutter a kol. (2009) jsme zjistili, že u jedinců z našeho výzkumného souboru je religiozita v silném vztahu se vstřícným přijetím smrti ($r=0,50$; $p=0,000$). Tento vztah lze vysvětlit tím, že hlášení se k nějaké církvi či náboženské společnosti zvyšuje pozitivní postoj ke smrti, který je založen na víře ve šťastný život po smrti. Příkladem může být římskokatolická církev, kde právě jedinci, hlásící se k ní, věří, že se po smrti v ráji setkají se svými zemřelými blízkými a smrt zde neznamena konec všeho.

Dále jsme zjistili, že únikové přijetí smrti negativně koreluje se vzděláním ($r=-0,28$; $p=0,018$). Lze tedy říci, že jedinci s depresivní poruchou, kteří dosáhli vyššího vzdělání, v nižší míře vnímají smrt jako vítanou alternativu života. U proměnné věku pak byla prokázána negativní korelace s otevřeností vůči zkušenosti ($r=-0,29$; $p=0,015$) a pozitivní korelace s přívětivostí ($r=0,40$; $p=0,001$). Podle těchto výsledků můžeme předpokládat,

že jedinci s depresivní poruchou s přibývajícím věkem budou více konvenční a konzervativní, a zároveň laskaví a pomáhající.

V souvislosti s výsledky korelační analýzy ještě považujeme za nezbytné uvést, že se nejedná o kauzalitu, nýbrž o pouhou souvislost, na kterou mají vliv další proměnné, o nichž nemusíme mít povědomí.

Náš výzkum postojů ke smrti a osobnostních charakteristik u jedinců s depresivní poruchou přinesl kromě zjištění srovnatelných s dřívějšími výzkumy, také zjištění, která s těmito výzkumy byla v rozporu či se jednalo o zjištění nová. S ohledem na možnosti dalšího zkoumání této problematiky může být zajímavé a přínosné více se zaměřit na prozkoumání sociální opory ve vztahu k religiozitě a depresivitě. Již v teoretické části práce jsme zmínili, že většina dosavadních výzkumů se zaměřuje především na postoj strachu ze smrti, proto by další výzkumy měly směřovat k rozšíření poznatků i o dalších pozitivních i negativních postojích ke smrti.

Tato diplomová práce by mohla být přínosem nejen v ohledu k detabuizaci tématu smrti, ale zejména pro praxi. Se smrtí se při své práci setkávají sociální pracovníci, psychologové či lékaři. V psychologické praxi mohou být námi prezentované výsledky využity při psychoterapii afektivních poruch, ale také například v psychologickém poradenství rodinných příslušníků jedinců s depresivní poruchou. Psychologové se také neřídka setkávají s klienty či pacienty, kteří truchlí a snaží se vyrovnat se smrtí blízké osoby. Někdy naopak psychologickou pomoc vyhledá člověk, který se chce vyrovnat s blížící se vlastní smrtí. I v těchto případech by některé výsledky našeho výzkumu mohly být prospěšné.

11. Závěry

V rámci našeho výzkumu jsme se zabývali postoji ke smrti a osobnostními charakteristikami u jedinců s diagnostikovanou depresivní poruchou. Ke zjišťování jednotlivých postojů a charakteristik u respondentů byly použity tyto metody: nestandardizovaný sociodemografický dotazník, Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II), Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R) a Pětifaktorový osobnostní inventář (NEO-FFI).

Na základě testu reliability jsme prokázali vysokou vnitřní konzistenci všech pěti subškál dotazníku DAP-R ($\alpha=0,77-0,97$).

Z desíti formulovaných výzkumných hypotéz jsme čtyři přijali a šest zamítli.

Výsledky statistické komparace ukázaly, že jedinci s depresivní poruchou udávají oproti jedincům z běžné populace vyšší míru neuroticismu a příklon k únikovému přijetí smrti. Jak jsme očekávali, dosahovali jedinci s depresivní poruchou v porovnání s kontrolní skupinou také vyššího skóru v inventáři deprese (BDI-II). Zdraví jedinci uváděli, že od svého okolí, na rozdíl od respondentů s depresivní poruchou, vnímají více podpory a udávali vyšší extraverci a svědomitost spolu s neutrálním přijetím smrti.

Korelační analýza mezi škálami osobnostního inventáře (NEO-FFI) a profilu postojů ke smrti (DAP-R) u jedinců s depresivní poruchou prokázala, že neuroticismus negativně koreluje se strachem ze smrti, vyhýbáním se smrti a neutrálním přijetím smrti a pozitivně koreluje pouze s únikovým přijetím smrti. Osobnostní rys extraverce vykazoval jedinou negativní korelaci, a to s únikovým přijetím smrti. Otevřenost vůči zkušenosti se pozitivně vztahovala k neutrálnímu i vstřícnému přijetí smrti, naopak negativní vztah byl prokázán s únikovým přijetím smrti. Přívětivost, podobně jako svědomitost, vykazovala pozitivní korelace s negativními postoji ke smrti (strach ze smrti a vyhýbání se smrti). Přívětivost navíc pozitivně korelovala také s únikovým přijetím smrti.

Míra depresivity u respondentů z výzkumného souboru vykazovala negativní souvztažnost s úrovní dosaženého vzdělání, mírou strachu ze smrti a osobnostním rysem extraverce. Naproti tomu pozitivně korelovala se sociální oporou a neuroticismem. Další pozitivní korelace jsme zjistili mezi religiozitou jedinců s depresí a strachem ze smrti, vyhýbáním se smrti a vstřícným přijetím smrti. Kromě toho vzdělání respondentů negativně korelovalo s únikovým přijetím smrti a jejich věk negativně koreloval s otevřeností vůči zkušenosti. Pozitivní vztah byl zjištěn mezi věkem a přívětivostí.

Námi zjištěné výsledky jsou v souladu s předchozími výzkumy, hovoříme-li například o korelačních vztazích mezi neuroticismem a únikovým přijetím smrti nebo

religiozitou a vstřícným přijetím smrti. Jiné výsledky, ke kterým jsme došli, jsou sice v rozporu s dřívějšími českými výzkumy, ale odpovídají některým zahraničním zjištěním (např. vztah extravertze a strachu ze smrti či míry deprese a strachu ze smrti). A některé výsledky jsou v převážném rozporu s výsledky jak zahraničních, tak českých studií (např. korelační vztah neuroticismu a strachu ze smrti).

Souhrn

Tato magisterská diplomová práce se zaměřila na téma postojů ke smrti ve spojení s osobnostními rysy u jedinců s depresivní poruchou, kteří navštěvují psychologické či psychiatrické ambulance. Práce je rozdělena na část teoretickou, která obsahuje tři kapitoly, a část empirickou, která sestává z dalších osmi kapitol. Obsah všech kapitol stručně rozebereme v následujícím textu.

První kapitola teoretické části podala základní informace o depresivní poruše. Vymezili jsme zde pojem depresivní porucha a její hlavní symptomy a v návaznosti na 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jsme depresivní poruchy klasifikovali na depresivní fázi, periodickou depresivní poruchu a zmínili jsme rovněž smíšenou úzkostnou a depresivní poruchu. Pro srovnání jsme zde zmínili také klasifikaci depresivních poruch dle 5. verze Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V). Neopomněli jsme pojednat o prevalenci deprese, a to včetně údajů o jejím výskytu v České republice na základě sdělení Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Z hlediska etiopatogeneze depresivní poruchy jsme nejdříve popsali biologické faktory. Deprese je v tomto případě považována za dysfunkci specifických mozkových okruhů, jež jsou ovlivňovány monoaminovými systémy (např. amygdala). Dalšími faktory, které se podílejí na vzniku a vývoji deprese, jsou faktory genetické a psychosociální (např. stresující události, životní ztráty apod.). Nakonec jsme v této kapitole ještě uvedli, jak bývá depresivní porucha diagnostikována, jaké metody k tomu mohou být využity, a především jak je následně deprese léčena. K léčbě deprese jsme uvedli jak možnosti biologické léčby (farmakoterapie, elektrokonvulzivní léčba apod.), tak léčby psychoterapeutické, kde se uplatňuje zejména kognitivně-behaviorální terapie, krátká psychodynamická psychoterapie a interpersonální psychoterapie.

Druhá kapitola byla v první řadě zaměřená na vysvětlení a definici pojmů postoj a smrt, aby mohlo být následně pojednáno o postojích ke smrti. U postojů jsme vyjmenovali a popsali také jejich složky, vlastnosti a funkce. Z definice postojů jsme dospěli k tomu, že postoje ke smrti znamenají to, jak smrt hodnotíme a jaký k ní máme vztah. Nastínili jsme zde historii výzkumů postojů ke smrti, které se do centra pozornosti výzkumníků dostaly zhruba v 50. letech 20. století. Zmíněny jsou i metody, které se k výzkumu postojů ke smrti používají. Na popis pozitivních i negativních postojů ke smrti pak navazuje prezentace výsledků vybraných starších i aktuálních výzkumů postojů ke smrti, a to jak ve spojení s depresivní poruchou, tak v souvislosti s religiozitou či jinými proměnnými.

Poslední, třetí, kapitolou teoretické části je pojednání o osobnosti se zaměřením na popis osobnosti dle pětifaktorového modelu. Jsou zde popsány jednotlivé dimenze

osobnosti (neuroticismus, extraverte, otevřenost vůči zkušenosti, přívětivost a svědomitost) a metody měření těchto dimenzí spolu s popisem jejich vývoje do dnešní podoby. Kapitulu uzavírá přehled výzkumných studií, které se zaměřují na osobnost ve spojení s depresivní poruchou a postoji ke smrti.

Empirická část této práce podala v první kapitole informace o námi realizovaném výzkumném šetření. Nejprve jsme definovali výzkumný problém a čtyři cíle výzkumu, na což jsme navázali uvedením deseti výzkumných hypotéz, které jsme formulovali na základě dřívějších výzkumných poznatků. Dále jsme detailně popsali metodologický rámec našeho výzkumu, kdy jsme zvolili kvantitativní design. K dotazníkovému šetření jsme použili tyto metody: nestandardizovaný sociodemografický dotazník, Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II), Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R), Pětifaktorový osobnostní inventář (NEO-FFI). Každá metoda zde byla blíže specifikována. Kromě zmíněného popisu metod získávání dat jsme uvedli též popis metody analýzy a zpracování dat a etické aspekty týkající se našeho výzkumu.

Další kapitulu empirické části jsme věnovali výzkumnému souboru, jeho výběru, popisu a postupu sběru dat. Výzkumný soubor tvořilo 71 respondentů s depresivní poruchou z řad pacientů klinických psychologů a psychiatrů ve věku od 22 do 72 let. Pro dosažení cílů našeho výzkumu jsme rovněž sestavili kontrolní skupinu, kterou tvořilo 71 respondentů z běžné populace bez zatížení psychickým onemocněním.

Následovaly kapitoly podávající přehled výsledků statistické analýzy a ověření platnosti námi formulovaných hypotéz. Na základě výsledků výzkumu jsme čtyři hypotézy přijali a šest jsme jich zamítli. Podle výsledků našeho výzkumu bylo zjištěno, že jedinci z běžné populace vykazují oproti jedincům s depresivní poruchou nižší míru neuroticismu. Dále jsme zjistili, že u jedinců s depresivní poruchou existují tyto vztahy: negativní korelace mezi extravertí a únikovým přijetím smrti, extravertí a mírou deprese, neuroticismem a mírou deprese.

V posledních dvou kapitolách byly výsledky našeho výzkumu shrnuty, interpretovány a diskutovány s jinými výzkumnými zjištěními. Zároveň jsme zde diskutovali potencionální zdroje zkreslení či nepřesností a zamysleli jsme se nad praktickým přínosem naší práce i možnostmi dalšího výzkumu v této oblasti.

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Allen, T. A., Carey, B. E., McBride, C., Bagby, R. M., DeYoung, C. G., & Quilty, L. C. (2017). Big Five aspects of personality interact to predict depression. *Journal of Personality, 86*(4), 714-725. doi: 10.1111/jopy.12352
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
3. Ariès, P. (2000). *Dějiny smrti – Díl druhý, Zdivočelá smrt*. Praha: Argo.
4. Assari, S., & Lankarani, M. M. (2016). Race and gender differences in correlates of death anxiety among elderly in the United states. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 10*(2), e2024. doi: 10.17795/ijpbs-2024
5. Azeem, F., & Naz, M. A. (2015). Resilience, death anxiety, and depression among institutionalized and noninstitutionalized elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research, 30*(1), 111-130.
6. Bagby, R. M., Joffe, R. T., Parker, J. D. A., Kalembe, V., & Harkness, K. L. (1995). Major depression and Five-Factor model of personality. *Journal of personality disorders, 9*(3), 224-234. doi: 10.1521/pedi.1995.9.3.224
7. Bajraktarov, S., Novotni, A., Arsova, S., Nikovska, D. G., & Vujovik, V. (2017). Character and temperament dimensions in subjects with depressive disorder: Impact of the affective state on their expression. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 5*(1), 64-67. doi: 10.3889/oamjms.2017.012
8. Banks, S. M., & Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress Framework. *Psychological Bulletin, 119*(1), 95-110. doi: 10.1037/0033-2909.119.95
9. Beck, A. T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.
10. Besser, A., & Priel, B. (2008). Attachment, depression, and fear of death in older adults: The roles of neediness and perceived availability of social support. *Personality and Individual Differences, 44*(8), 1711-1725. doi: 10.1016/j.paid.2008.01.016
11. Busch, F. N. (2009). Anger and depression. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*(4), 271-278. doi: 10.1192/apz.bp.107.004937
12. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
13. Cicirelli, V. G. (2009). Sibling death and death fear in relation to depressive symptomatology in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 64B*(1), 24-32. doi: 10.1093/geronb/gbn024

14. Clements, R. (1998). Intrinsic religious motivation and attitudes toward death among the elderly. *Current Psychology, 17*(2-3), 237-248. doi: 10.1007/s12144-998-1009-4
15. Conrad, R., Walz, F., Geiser, F., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Wegener, I. (2009). Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research, 170*(2-3), 212-217. doi: 10.1016/j.psychres.2008.09.008
16. Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*(4), 775-785.
17. Češka, R., Štulc, T., Tesař, V., & Lukáš, M. (2015). *Interna*. Praha: Triton.
18. Depaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies, 27*(4), 335-354. doi: 10.1080/07481180302904
19. Dezutter, J., Luyckx, K., & Hutsebaut, D. (2009). „Are you afraid to die?“ religion and death attitudes in an adolescent sample. *Journal of Psychology & Theology, 37*(3), 163-173. doi: 10.1177/009164710903700302
20. Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vasteenkiste, 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*, 73-92.
21. Du, L., Bakish, D., Ravindran, A. V., & Hrdina, P. D. (2002). Does fluoxetine influence major depression by modifying five-factor personality traits? *Journal of Affective Disorders, 71*(1-3), 235-241. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00370-6
22. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
23. Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *The Clinical Journal of Pain, 13*(2), 116-137.
24. Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. Jr. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality, 37*, 504-528. doi: 10.1016/S0092-6566(03)00046-1

25. Grace, J., & O'Brien, J. (2003). Association of life events and psychosocial factors with early but not late onset depression in the elderly: implications for possible differences in aetiology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 473-478. doi: 10.1002/gps.856
26. Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
27. Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie*. Praha: Galén.
28. Hewstone, M., & Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie*. Praha: Portál.
29. Hirschfeld, R. M. A. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 244-254.
30. Hřebíčková, M., & Urbánek, T. (2001). *NEO pětifaktorový osobnostní inventář (podle NEO Five-Factor Inventory P. T. Costy a R. R. McCraee)*. Praha: Testcentrum.
31. Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada
32. Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 580-593. doi: 10.1016/j.cpr.2014.09.002
33. Jackson, B. R. (2008). How gender and self-esteem impact death anxiety across adulthood. *Psi Chi Journal of Undergraduate Research*, 13(2), 96-101. doi: 10.24839/1089-4136.JN13.2.96
34. Kačerová, E. (2017). Počet lidí s depresí stoupl o pětinu. *Statistika&My*, 3. Získáno 17. listopadu 2017 z <http://www.statistikaamy.cz/2017/03/pocet-lidi-s-depresi-stoupl-o-petinu/>
35. Kang, H. J., Kim, S. Y., Bae, K. Y., Kim, S. W., Shin, I. S., Yoon, J. S., & Kim, J. M. (2015). Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. *Chonnam Medical Journal*, 51(1), 8-18. doi: 10.4068/cmj.2015.51.1.18
36. Karakas, S., & Arkar, H. (2012). Temperament and character dimensions as predictors of depression and anxiety. *Turkish Journal of Psychology*, 27(69), 21-34.
37. Kautzky, A., Dold, M., Bartova, L., Spies, M., Kranz, G. S., Souery, D., ... Kasper, S. (2018). Clinical factors predicting treatment resistant depression: affirmative results from the European multicenter study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(1), 78-88. doi: 10.1111/acps.12959

38. Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). Personality and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 63(10), 1113-1120. doi: 10.1001/archpsyc.63.10.1113
39. Kendler, K. S., Kendler, M. D., Ohlsson, H., Lichtenstein, P., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2018). The genetic epidemiology of treated major depression in Sweden. *The American Journal of Psychiatry*, 175(11), 1137-1144. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17111251
40. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 289(23), 3095-310. doi: 10.1001/jama.289.23.309
41. Khoo, S., & Simms, L. J. (2018). Links between depression and openness and its facets. *Personality and Mental Health*, 12(3), 203-215. doi: 10.1002/pmh.1417
42. Kisvetrová, H., & Králová, J. (2014). Základní faktory ovlivňující úzkost ze smrti. *Československá psychologie*, 58(1), 41-51.
43. Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: Explanator models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269-295. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-033210-104540
44. Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*. Northvale, N.J.: J. Aronson.
45. Koorevaar, A. M. L., Comijs, H. C., Dhondt, A. D. F., van Marwijk, H. W. J., van der Mast, R. C., Naarding, P., ... Stek, M. L. (2013). Big Five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 178-185. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.075
46. Koorevaar, A. M. L., Hegeman, J. M., Lamers, F., Dhondt, A. D. F., van der Mast, R. C., Stek, M. L., & Comijs, H. C. (2017). Big Five personality characteristics are associated with depression subtypes and symptom dimensions of depression in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 132-140. doi: 10.1002/gps.4670
47. Kovář, K. (2017). *Postoje ke smrti u vybrané klinické populace*. Nepublikovaná magisterská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
48. Krech, D., Crutchfield, R., & Ballachey, E. (1968). *Človek v spoločnosti: základy sociálnej psychológie*. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied.

49. Kupčák, O. (2014). *Postoje ke smrti a osobnost u extrémních sportovců*. Nепublikovaná magisterská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
50. Kuperman, S. K., & Golden, C. J. (1978). Personality correlates of attitude toward death. *Journal of Clinical Psychology*, 34(3), 661-663.
51. Lamers, W. M. Jr. (2012). Herman Feifel: The Meaning of Death. *Mortality*, 17(1), 64-78. doi: 10.1080/13576275.2012.654709
52. Laňková, J., & Siblíková, J. (2004). *Deprese: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* (online). Dostupné na <http://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Deprese.pdf>
53. Laňková, J., & Raboch, J. (2013). *Deprese: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře* (online). Dostupné na https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/Deprese_2013.pdf
54. Lewis, A. J., Kremer, P., Douglas, K., Toumborou, J. W., Hameed, M. A., Patton, G. C., & Williams, J. (2015). Gender differences in adolescent depression: Differential female susceptibility stressors affecting family functioning. *Australian Journal of Psychology*, 67(3), 131-139. doi: 10.1111/ajpy.12086
55. Loo, R. (1984). Personality correlates of the fear of death and dying scale. *Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 120-122.
56. Machů, K. (2012). *Postoje ke smrti*. Nепublikovaná magisterská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
57. Machů, K. (2016). *Spiritualita a postoje ke smrti*. Nепublikovaná disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
58. Matsudaira, T., & Kitamura, T. (2006). Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 97-109. doi: 10.1002/jclp.20215
59. McCann, S. J. H. (2010). Suicide, Big Five personality factors, and depression at the American state level. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 14(4), 368-374. doi: 10.1080/13811118.2010.524070
60. Meier, P. D., & Minirth, F. B. (1998). *Od deprese ke štěstí? Příznaky, příčiny a léčení depresí*. Praha: Návrat domů.
61. Mimura, M. (2001). Comorbidity of depression and other diseases. *Japan Medical Association Journal*, 44(5), 225-229.
62. Naď, R. (2012). *Postoje a zvládání smrti u veriácích a neveriácích*. Nепublikovaná magisterská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.

63. Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
64. Neimeyer, R. A. (1994). *Death anxiety handbook*. Washington, DC: Taylor & Francis.
65. Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, 28(4), 309-340. doi: 10.1080/07481180490432324
66. Neufeldt, D. E., & Holmes, C. B. (1979). Relationship between personality traits and fear of death. *Psychological Reports*, 45(3), 907-910. doi: 10.2466/pr0.1979.45.3.907
67. Pavelková, M. (2014). *Spiritualita a postoje ke smrti*. Nepublikovaná bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
68. Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
69. Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
70. Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé*. Brno: Psychodiagnostika.
71. Rose, B. M., & O'Sullivan, M. J. (2002). Afterlife beliefs and death anxiety: An exploration of the relationship between afterlife expectation and fear of death in an undergraduate population. *Journal of Death and Dying*, 45(3), 229-243. doi: 10.2190/RV40-6NBR-66GF-UJMU
72. 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
73. Sawyer, K., Consentino, E., Sachs-Ericsson, N., & Steffens, D. C. (2012). Depression, hippocampal volume changes, and cognitive decline in a clinical sample of older depressed outpatients and non-depressed controls. *Anging & Mental Health*, 16(6), 753-762. doi: 10.1080/13607863.2012.678478
74. Sedláčková, Z. (2016). *Deprese a poruchy osobnosti*. Nepublikovaná disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého
75. Sheline, Y. I. (2011). Depression and the hippocampus: Cause or effect? *Biological Psychiatry*, 70(4), 308-309. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.06.006
76. Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal.
77. Svoboda, M. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

78. Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
79. Špatenková, N. (2014). *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén.
80. Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177, doi: 10.1080/00221309.1970.9920634
81. Thiemann, P., Quince, T., Benson, J., Wood, D., & Barclay, S. (2015). Medical students' death anxiety: severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(3), 335-342. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.03.014
82. Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1993). Personality, death anxiety, and gender. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 31(6), 589-590. doi: 10.3758/BF03337363
83. Tuček, J., & Šnorek, V. (2010). Elektrokonvulzivní terapie a její vliv na kognitivní funkce. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 106(5), 283-291.
84. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2017a). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Získáno z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
85. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2017b). *Zdravotnická ročenka České republiky 2016*. Získáno z <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2016>
86. Volkow, N. D. (2004). The reality of comorbidity: Depression and drug abuse. *Biological Psychiatry*, 56(10), 714-717. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.07.007
87. Výrost, J., & Slaměnik, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada
88. Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., ... Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BJM Open*, 7(8), 1-14. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017173
89. Weissman, M. M., Klerman, G. L., Prusoff, B. A., Sholomskas, D., & Padian, N. (1981). Depressed outpatients: Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38(1), 51-55. doi: 10.1001/archpsyc.1981.01780260053005
90. Wong, L. P., Fung, H. H., & Jiang, D. (2015). Associations between religiosity and death attitudes: Different between Christians and Buddhists? *Psychology of Religion and Spirituality*, 7(1), 70-79. doi: 10.1037/a0037993

91. Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death attitude profile-revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (121-148). Washington, DC: Taylor & Francis.
92. World Health Organization (2000). *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize*. Praha: Psychiatrické centrum Praha
93. World Health Organization (2018). *Depression*. Získáno 18. října 2018 z <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en>
94. Wu, X., He, H., Shi, L., Xia, Y., Zuang, K., Feng, Q., ... Qiu, J. (2019). Personality traits are related with dynamic functional connectivity in major depression disorder: A resting-state analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1032-1042. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.002
95. Zákon č. 100/2017 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). (2017). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.
96. Zis, P., Daskalaki, A., Bountouni, I., Sykioti, P., Varrassi, G., & Paladini, A. (2017). Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clinical Intervention in Aging*, 12, 709-720. doi: 10.2147/CIA.S113576

Přílohy diplomové práce

1. Abstrakt MgrDP v českém jazyce
2. Abstrakt MgrDP v anglickém jazyce
3. Seznam tabulek
4. Dotazník sociodemografických údajů
5. Ukázka matice dat (výzkumný soubor)
6. Ukázka matice dat (kontrolní skupina)

Příloha 1

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce:	Postoje ke smrti a osobnost u jedinců s depresivní poruchou
Autor práce:	Bc. Kateřina Minková
Vedoucí práce:	Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.
Počet stran a znaků:	75 stran, 153 996 znaků
Počet příloh:	6
Počet titulů použité literatury:	96

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá postoji ke smrti a osobnostními charakteristikami u jedinců s depresivní poruchou. Cílem práce je výzkum postojů ke smrti a osobnostních charakteristik u výzkumného souboru ambulantních pacientů s depresivní poruchou a jejich srovnání s postoji ke smrti a osobnostními charakteristikami kontrolní skupiny vybrané z běžné populace nezatížené psychickým onemocněním. Teoretická část práce je zaměřena na pojednání o depresi, postojích ke smrti, osobnostních charakteristikách dle pětifaktorového modelu osobnosti a zahraničních i českých výzkumech relevantních tématu práce. Empirická část informuje o realizovaném výzkumu. Záměrným výběrem přes instituci bylo vybráno 71 respondentů do výzkumného souboru a 71 respondentů do kontrolní skupiny. Data byla získávána pomocí metod BDI-II, DAP-R, NEO-FFI a nestandardizovaného sociodemografického dotazníku. Z výsledků jsme mezi výzkumným souborem a kontrolní skupinou zjistili statisticky signifikantní rozdíl v míře neuroticismu. Dále byly u výzkumného souboru prokázány tyto statisticky signifikantní vztahy: negativní korelace mezi extravertí a únikovým přijetím smrti, pozitivní korelace mezi neuroticismem a depresí, negativní korelace mezi extravertí a depresí.

Klíčová slova: deprese, smrt, postoje ke smrti, osobnost

Příloha 2

ABSTRACT OF THESIS

Title:	Attitudes towards death and personality in individuals with depressive disorder
Author:	Bc. Kateřina Minková
Supervisor:	Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.
Number of pages and characters:	75 pages, 153 996 characters
Number of appendices:	6
Number of references:	96

Abstract:

The diploma thesis deals with attitudes towards death and personality characteristics in individuals with depressive disorder. The goal of the thesis is to investigate attitudes towards death and personality characteristics in a sample of outpatients with depressive disorder and their comparison with attitudes towards death and personality characteristics of a control group selected from a common population without psychiatric disorders. The theoretical part of the thesis is focused on the treatises on depression, attitudes towards death, personality characteristics according to the five-factor model of personality and foreign and Czech researches of the relevant topic to the thesis. The empirical part informs about the realized research. By intentional selection through the institution, 71 respondents were selected to the research group and 71 respondent to the control group. The data were obtained by the BDI-II, DAP-R, NEO-FFI and non-standardized sociodemographic questionnaire. From the results, we found a statistically significant difference in neuroticism between the research and control group. In addition, these statistically significant relationships were found in the research group: negative correlation between extraversion and escape acceptance, positive correlation between neuroticism and depression, negative correlation between extraversion and depression.

Key words: depression, death, attitudes towards death, personality

Příloha 3

Seznam tabulek

Tab. 1: Vodítka pro BDI-II.....	32
Tab. 2: Struktura DAP-R.....	33
Tab. 3: Popis dimenzí osobnosti.....	35
Tab. 4: Přehled symbolů.....	37
Tab. 5: Struktura výzkumného souboru podle pohlaví	39
Tab. 6: Struktura výzkumného souboru podle věku.....	39
Tab. 7: Struktura výzkumného souboru podle vzdělání	39
Tab. 8: Struktura výzkumného souboru podle statusu	40
Tab. 9: Struktura výzkumného souboru podle oblasti práce	40
Tab. 10: Struktura výzkumného souboru podle rodinného stavu.....	40
Tab. 11: Struktura výzkumného souboru podle bydlení	41
Tab. 12: Struktura výzkumného souboru podle domácnosti	41
Tab. 13: Struktura výzkumného souboru podle počtu dětí	42
Tab. 14: Struktura výzkumného souboru podle religiozity	42
Tab. 15: Struktura výzkumného souboru podle vnímané sociální opory.....	42
Tab. 16: Struktura výzkumného souboru podle somatického onemocnění.....	43
Tab. 17: Struktura výzkumného souboru podle diagnózy (MKN-10)	43
Tab. 18: Struktura výzkumného souboru podle doby psychologické léčby.....	43
Tab. 19: Struktura výzkumného souboru podle psychiatrické léčby	44
Tab. 20: Struktura výzkumného souboru podle doby psychiatrické léčby	44
Tab. 21: Struktura výzkumného souboru podle užívání antidepresiv	44
Tab. 22: Struktura výzkumného souboru podle psychiatrické hospitalizace	44
Tab. 23: Struktura výzkumného souboru podle délky psychiatrické hospitalizace	44
Tab. 24: Struktura výzkumného souboru podle sebevražednosti.....	45
Tab. 25: Struktura výzkumného souboru podle sebevražedných pokusů	45
Tab. 26: Popis kontrolní skupiny	46-47
Tab. 27: Reliabilita DAP-R.....	49
Tab. 28: Popisná statistika BDI-II a subškál DAP-R a NEO-FFI	50
Tab. 29: Statistická komparace proměnných mezi jedinci s depresivní poruchou a bez ní	51
Tab. 30: Korelační analýza subškál DAP-R a škál NEO-FFI u jedinců s depresivní poruchou.....	52

Tab. 31: Signifikance korelačního koeficientu (p-hodnoty) k tab. 30.....	52
Tab. 32: Korelační analýza vybraných proměnných u jedinců s depresivní poruchou.....	53
Tab. 33: Signifikance korelačního koeficientu (p-hodnoty) k tab. 32.....	53
Tab. 34: Srovnání reliability DAP-R.....	57

Příloha 4

Dotazník sociodemografických údajů

Instrukce:

Tato část dotazníku obsahuje dva typy otázek:

- 1) otázky uzavřené (s možnostmi) – Vámi vybranou odpověď označte zakroužkováním.

např.: a) 1
 b) 2

- budete-li chtít svou odpověď změnit, starou odpověď přeškrtněte křížkem a novou odpověď zakroužkujte

např.: a) 1
 b) 2

- 2) otázky otevřené – vypište Vaši odpověď na připravený řádek.

1. Pohlaví:

- a) Muž
b) Žena

2. Věk: _____

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní
b) Učební obor
c) Středoškolské s maturitou
d) Vyšší odborné
e) Vysokoškolské

4. Jste:

- a) Studující
b) Pracující
c) Jiné – vypište: _____

5. Pracujete v oblasti nebo plánujete pracovat v oblasti:

- a) Administrativa
b) Průmysl
c) Služby
d) Školství
e) Zdravotnictví
f) Jiné – vypište: _____

6. Rodinný stav:

- a) Svobodný/svobodná
b) Mám partnera/partnerku
c) Ženatý/vdaná
d) Rozvedený/rozvedená
e) Vdovec/vdova
f) Ostatní – popište: _____

7. Žijete:

- a) V bytě
- b) V rodinném domě
- c) Na vysokoškolských kolejích
- d) Jiné – vypište: _____

8. Máte děti?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, uveďte prosím číslicí, kolik dětí máte: _____

9. Domácnost sdílíte s (lze označit více odpovědí – označte všechny pasující možnosti):

- a) Manželem/manželkou
- b) Partnerem/partnerkou
- c) Rodiči
- d) Děťmi
- e) Jiné – popište: _____

10. Religiozita a spiritualita:

- a) Jsem členem církve/náboženské společnosti
Vypište, prosím, které: _____
- b) Nejsem členem církve/náboženské společnosti
- c) Nejsem členem církve/náboženské společnosti, ale věřím (prosím vypište, v co věříte – např. horoskopy, matku přírodu apod.): _____

11. Sociální opora:

- a) Od svých nejbližších cítím podporu
- b) Od svých nejbližších necítím podporu

12. Zdravotní stav – somatické onemocnění:

- a) Netrpím žádným somatickým onemocněním
- b) Trpím somatickým(i) onemocněním(i) – vypište jakým(i):

13. Pokud trpíte somatickým(i) onemocněním(i), v jakém věku Vám bylo diagnostikováno? Pokud netrpíte žádným somatickým onemocněním, tuto otázku přeskočte.

Věk v letech: _____

14. Zdravotní stav – psychické onemocnění:

- a) Netrpím žádným psychickým onemocněním
- b) Trpím psychickým(i) onemocněním(i) – vypište jakým(i):

15. Pokud trpíte psychickým(i) onemocněním(i), v jakém věku Vám bylo diagnostikováno? Pokud netrpíte žádným psychickým onemocněním, tuto otázku přeskočte

Věk v letech: _____

16. Navštěvujete aktuálně ambulantně psychologa?

a) Ano

Pokud ano, jak dlouhou dobu jej navštěvujete? _____

b) Ne

17. Navštěvoval(a) jste ambulantně psychologa v minulosti?

a) Ano

Pokud ano, jak dlouho jste jej navštěvoval(a)? _____

b) Ne

18. Navštěvujete aktuálně ambulantně psychiatra?

a) Ano

Pokud ano, jak dlouhou dobu jej navštěvujete? _____

b) Ne

19. Navštěvoval(a) jste ambulantně psychiatra v minulosti?

a) Ano

Pokud ano, jak dlouho jste jej navštěvoval(a)? _____

b) Ne

20. Byl(a) jste někdy hospitalizován(a) v psychiatrické léčebně/na psychiatrickém oddělení?

a) Ano

Pokud ano, kolikrát jste zde byl(a) hospitalizován(a): _____

a jak dlouhá byla poslední hospitalizace (v týdnech): _____

b) Ne

21. Užíváte v současné době antidepresiva?

a) Ano

b) Ne

22. Užíváte v současné době jiné léky?

a) Ano – vypište, prosím, název (názvy) léku(ů) a k čemu lék(y) slouží:

b) Ne

23. Pokusil(a) jste se někdy o sebevraždu?

a) Ne

b) Ano

Pokud ano, uveďte, prosím, kolikrát: _____

c) Ne, ale přemýšlel(a) jsem o ní

Příloha 5

Respondent	Pohlaví	Věk	Děti	Sociální opora	Psycholog v současnosti	BDI1	DAPR1	DAPR2	NEO1
1	0	50	0	1	0	2	1	1	4
2	1	58	2	0	0	0	6	7	2
3	1	43	1	0	0	1	6	2	4
4	1	30	0	0	0	0	7	7	4
5	1	22	0	0	0	1	3	3	3
6	0	37	2	0	0	0	4	5	0
7	1	45	1	0	0	0	3	3	3
8	1	44	2	0	0	1	2	2	3
9	1	30	0	0	0	1	6	3	3
10	1	24	0	0	0	1	5	4	4
11	0	71	2	0	0	1	7	5	3
12	1	43	1	0	0	1	2	2	4
13	1	43	2	1	0	0	2	2	3
14	1	41	2	0	0	1	6	2	4
15	1	61	3	0	0	1	3	2	2
16	1	38	2	0	0	0	7	7	4
17	1	55	2	1	0	0	5	2	4
18	1	39	1	1	0	1	2	7	3
19	1	45	2	0	0	0	1	1	2
20	1	54	3	0	0	1	5	7	2
21	1	23	0	0	0	0	1	1	2
22	1	34	1	1	0	0	5	3	4
23	0	40	1	1	0	1	6	4	4
24	1	72	1	0	0	2	7	3	4
25	1	56	2	1	0	1	6	6	0
26	0	58	3	0	0	1	6	2	1
27	1	50	2	0	0	1	4	4	1
28	1	50	2	0	0	1	2	6	4
29	1	40	2	0	0	0	7	5	3
30	1	45	1	0	0	2	4	2	0
31	1	23	0	0	0	0	7	7	4
32	1	44	1	0	0	0	4	4	4
33	1	45	2	0	0	0	2	3	3
34	1	29	0	0	0	0	1	1	2
35	0	45	1	0	0	1	6	2	4

Příloha 6

Respondent	Pohlaví	Věk	Děti	Sociální opora	Psycholog v současnosti	BDI1	DAPR1	DAPR2	NEO1
1	1	30	0	0	1	0	2	6	3
2	1	51	2	0	1	1	6	6	3
3	1	24	0	0	1	0	6	6	4
4	0	47	1	0	1	0	6	6	3
5	1	36	0	0	1	1	7	6	3
6	0	41	2	0	1	0	4	3	2
7	0	47	0	0	1	0	5	5	0
8	1	52	2	0	1	0	2	2	1
9	0	57	2	0	1	0	2	2	1
10	1	35	2	0	1	0	6	7	3
11	1	60	2	0	1	1	6	7	4
12	1	38	3	0	1	0	7	7	0
13	1	48	1	0	1	0	6	2	1
14	1	43	2	0	1	0	6	4	2
15	1	27	2	0	1	0	4	5	1
16	1	54	1	0	1	0	4	6	2
17	0	47	1	0	1	0	4	2	1
18	0	41	3	0	1	0	7	7	0
19	1	50	3	0	1	0	7	6	2
20	1	46	3	0	1	0	3	1	1
21	1	47	2	0	1	0	1	2	0
22	0	53	1	0	1	0	2	3	1
23	1	32	2	0	1	0	2	3	1
24	0	34	2	0	1	0	7	6	2
25	0	26	0	0	1	0	6	5	2
26	1	43	0	0	1	1	5	2	3
27	0	42	2	0	1	0	3	6	3
28	1	51	2	0	1	0	7	4	3
29	1	28	0	0	1	0	7	4	3
30	1	33	1	0	1	0	7	3	2
31	1	43	2	0	1	1	7	7	1
32	1	30	0	0	1	0	6	6	1
33	1	50	2	0	1	0	6	6	3
34	1	24	0	0	1	0	5	4	3
35	0	29	0	0	1	0	6	1	1