

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Postoje ke smrti u vybrané klinické populace
**Attitudes toward death in a selected clinical
population**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Kryštof Kovář
Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Olomouc
2017

Prohlášení

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

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: *„Postoje ke smrti u vybrané klinické populace“* vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Poděkování

Chtěl bych poděkovat své vedoucí práce PhDr. Olze Pechové, Ph.D. za poskytnuté materiály, podnětné diskuze nad touto prací a za vědomí jistoty, že bdí nad hladkým průběhem tvorby i procesem odevzdání této diplomové práce. Děkuji PhDr. Danielu Dostálovi, Ph.D. za součinnost při statistickém zpracování dat. Prof. RNDr. PhDr. Helena Haškovcová, CSc. a MUDr. Radkin Honzák, CSc. mi poskytli cenné informace při sestavování baterie metod pro sběr dat, za to, i za jejich vyjádření podpory mému výzkumu, jim náleží poděkování a má vděčnost. Tato práce by nevznikla bez podpory mé rodiny a mých blízkých, kterým patří můj dík stejně, jako všem klinickým psycholožkám a klinickému psychologovi, kteří se podíleli na sběru dat. Speciální poděkování za nepostradatelnou podporu chci vyjádřit své snoubence Anetě Kozlovové.

Obsah

Úvod.....	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	6
1 Základní pojmy	7
1.1 Postoj	7
1.2 Zážitek blízkosti smrti	8
1.3 Sociální opora.....	9
1.4 Spiritualita a religiozita.....	9
1.5 Sebevražda	10
1.6 Depresivní porucha.....	15
1.7 Úzkostné poruchy.....	16
1.8 Symptomatický a strukturální přístup.....	18
2 Smrt, umírání a pohřební rituály	20
2.1 Definování smrti a umírání	20
2.2 Smrt a zdravotnické prostředí	23
2.3 Proměny vztahu ke smrti z hlediska historie a sociologie	24
2.4 Smrt z filozofického a psychoterapeutického pohledu	27
2.5 Vnímání smrti a vybrané strategie zvládání.....	29
2.6 Vztah ke smrti a pohřební rituály v naší republice.....	31
3 Metody měření postojů ke smrti	35
3.1 Revidovaná škála úzkosti ze smrti	35
3.2 Collet-Lesterova škála strachu ze smrti	36
3.3 Multidimenzionální škála strachu ze smrti	36
3.4 Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R)	36
4 Výzkumy postojů ke smrti	39
4.1 Úvodní informace k výzkumům postojů ke smrti	39
4.2 Postoje ke smrti s důrazem na roli věku a pohlaví	41
4.3 Postoje ke smrti s důrazem na roli religiozity	43
4.4 Postoje ke smrti s důrazem na roli deprese a anxiety	45
4.5 Postoje ke smrti ve vztahu s dalšími fenomény	46

II. EMPIRICKÁ ČÁST	48
1 Výzkumný problém a cíle výzkumu	49
2 Hypotézy	50
3 Metodologický rámec	51
3.1 Metoda získávání dat	51
3.1.1 Nestandardizovaný strukturovaný dotazník	52
3.1.2 Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R)	52
3.1.3 Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI)	53
3.1.4 Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II).....	55
3.2 Metoda analýzy a zpracování dat	56
3.3 Etické aspekty výzkumu	57
3.4 Vysvětlivky k výsledkům statistické analýzy	58
4 Výzkumný soubor	60
4.1 Sběr dat a výběr výzkumného souboru.....	60
4.2 Popis souboru	63
5 Výsledky výzkumu	69
6 Platnost hypotéz	77
7 Diskuze	79
8 Závěry	88
9 Souhrn	90
Seznam použitých zdrojů a literatury	93
Přílohy diplomové práce	

Úvod

Tato magisterská diplomová práce si klade za cíl pojednat o postojích ke smrti v souvislosti s vybranými psychopatologickými i sociodemografickými proměnnými, které mohou daný postoj ovlivňovat. Postoje ke smrti budou zkoumány na tuzemské klinické populaci, respektive na výzkumném souboru ambulantních pacientů s depresivní nebo úzkostnou symptomatikou, kteří docházejí ke klinickému psychologovi či klinické psycholožce. Smrt a postoje k ní chápeme jako téma nestále aktuální, které však bývá vytěšňováno z diskurzu. Domníváme se, že uvědomování si reality smrti může život jedince v mnohém obohatit, inspirovat nebo dodat pevný orientační bod, který pomůže nahlédnout věci vezdejší z jiné perspektivy. I z těchto důvodů nám připadá realizace této naší práce smysluplná.

Naše téma jsme zvolili například proto, že mnoho výzkumů se zaměřilo jen na postoj strachu ze smrti, také byly často provedeny na neklinické populaci. My budeme však zkoumat celé spektrum postojů ke smrti na výběrovém souboru ambulantních pacientů. Tento typ výzkumu na našem území u vybraného specifického okruhu pacientů nebyl dosud realizován.

V teoretické části této diplomové práce popíšeme stručně základní terminologii a fenomény, které s naším tématem souvisí. Dále bude věnován prostor pro analýzu smrti, umírání a pohřebních rituálů v naší republice. V další kapitole stručně nastíníme některé metody měření postojů ke smrti. Poslední kapitola podá výčet relevantních výzkumů postojů ke smrti.

Empirická část ozřejmí čtenáři aplikovaný metodologický přístup, typ výzkumu a použitou metodu získání dat. Zmíníme se například též o průběhu sběru dat, etice výzkumu, výzkumném souboru i výsledcích, které budou zasazeny do širšího kontextu a diskutovány.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní pojmy

V této kapitole se zaměříme na definování základních pojmů, které jsou relevantní k tématu této diplomové práce. Vzhledem k tomu, že jsou některé pojmy obsahově velmi rozsáhlé, budeme vybírat pouze podstatné informace, které mají signifikantní spojitost s postoji ke smrti u vybrané klinické populace, tedy konkrétně u pacientů s depresivní či úzkostnou poruchou. Pojem smrti a umírání je tak rozsáhlý, že ho popíšeme v druhé kapitole. Obecně se budeme snažit méně opakovat dobře známé a snadno dohledatelné informace ohledně daných pojmů. Naším cílem bude přinést relevantní, a třeba méně známé poznatky, nebo poskytnout poznatky o daných pojmech a jevech z jiného (netradičního) úhlu pohledu.

1.1 Postoj

Postoj (anglicky attitude) můžeme definovat 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 a cítění*“ (Hartl & Hartlová, 2009, 442). Postoje zpravidla obsahují kognitivní, afektivní a konativní složku. Jako i jiné konstrukty v psychologii je lze poznávat, byť zprostředkovaným měřením, ne tedy měřením přímým jako například délku narýsované úsečky pomocí pravítka s ryskou. Postoje můžeme zjišťovat kvantitativně (například pomocí dotazníků) i kvalitativně. Postoje rozdělujeme podle různých hledisek, například můžeme postoje diferencovat na zjevné a skryté, vědomé a nevědomé či kladné a záporné (Hartl & Hartlová, 2009).

Téma postojů je nejen v sociální psychologii velmi atraktivní kvůli předpokládanému vztahu mezi postojem jedince a jeho chováním v budoucnosti s ohledem na jím zastávané postoje (Výrost & Slaměnik, 2008). Podstatnou otázkou ovšem zůstává, zda se daný člověk doopravdy v reálné životní situaci zachová v souladu s tím, jaké postoje dříve uvedl například prostřednictvím daného dotazníku, který byl zaměřen na určité postoje. Tato otázka tedy značně ovlivňuje míru predikovatelnosti lidského jednání na základě předem zjištěných postojů.

Postoje existují zpravidla v organizovaných celcích, nikoliv osamoceně. Někteří autoři se kloní k trojdimenzionální struktuře postojů (kognitivní, emocionální, behaviorální), jiní vynechávají behaviorální složku a další se přiklání k unidimenzionalitě postojů (Výrost & Slaměnik, 2008).

1.2 Zážitek blízkosti smrti

Zážitek blízkosti smrti (anglicky near death experience, zkratka NDE) odkazuje k pojmu klinická smrt, která znamená zástavu dechového oběhu i srdeční akce. Člověk, který prožije klinickou smrt, nemusí ale vždy prožít zážitek blízkosti smrti, který je charakterizován jako druh změněného stavu vědomí (ne nutně patologický) a lze jej definovat dále tím, že člověk v bezprostřední blízkosti smrti prožije silný vjem nebo zážitek existence v jiném světě, který v něm může zanechat příjemné nebo nepříjemné pocity, nicméně zážitek je to zpravidla tak impozantní a úchvatný, že vede nečíslně k tomu, že daný člověk poté učiní ve svém životě řadu změn. Jedna ze změn může být například přehodnocení dosavadního postoje ke smrti a návazně i k životním prioritám (Kupka, 2014, in Atwaterová, 2012).

Existuje rozdělení zážitků blízkosti smrti na 14 kategorií. Lidé, kteří prožijí takovýto zážitek, mohou prožít například následující - zaslechnutí zprávy konstatující smrt, pocity klidu a míru, cestu tunelem, fenomén světla, panoramatický pohled na dosavadní život či vliv zážitku na další život prostřednictvím pocitů vnitřního obohacení nebo též mohou lidé získat nový náhled na smrt, mohou tedy změnit postoj strachu ke smrti například v postoj přijetí smrti (Moody, 2014).

Haškovcová (2007) používá termín Lazarův syndrom, tedy pocit, že jsme mimo naši vlastní tělesnou schránku, prožíváme mimotělní intrapsychické zkušenosti neboli zážitky blízké smrti. Dokumentací a zveřejněním tohoto typu zážitků se proslavil Raymond A. Moody. Zda tyto prožitky korespondují s existencí po vezdejší životě, je otázkou. Jeden argument, který nepodporuje tvrzení o tom, že se jedná o jakési nahlédnutí za horizont nám známého života, zdůrazňuje hypoxii mozku. Nedostatek kyslíku v mozkové struktuře může tedy u člověka, kterému se zastavil srdeční oběh i dýchání, způsobovat například různé halucinace.

Dle Hillmana (1997) duše člověka potřebuje zážitek smrti, tento zážitek přispěje k proměně osobnosti člověka. K tomuto zážitku lze dospět mnoha různými způsoby, například jmenujme sebevraždu, depresi, zhroucení, intoxikaci, ztrátu paměti či bolest. Podstatné je zmínit, že není bezvýhradně nutné výše popsané reálně prožít, je možné si to jen představovat v naší mysli.

1.3 Sociální opora

Sociální opora je ve vztahu k duševnímu i fyzickému zdraví vnímána povšechně jako protektivní (ochranný) faktor, byť některé výzkumy naznačují negativní vliv na zdraví. Pokud se tedy člověk nachází v náročné životní situaci, čelí různým druhům distresu potřebuje dosáhnout určitých cílů, může se obrátit na své blízké či na společnost o pomoc v různé podobě. Sociální oporu lze členit na tři úrovně - makroúroveň, mezoúroveň a mikroúroveň. Samy názvy jsou dostatečně vypovídající z hlediska obsahu, tak například mikroúroveň souvisí s kvalitou intimních vztahů jedince, zde by se jednalo například o to, jak v krizové situaci danému jedinci může pomoci (neboli je sociální oporou) například jeho velmi blízký člověk. Dále může být sociální opora individuální nebo institucionální, kde zdrojem pomoci a opory je nějaká organizace. Sociální oporu můžeme dělit též na očekávanou a obdrženou. Sociální oporu můžeme vnímat i jako typ strategie zvládnutí stresu, kdy jedinec distres sníží například tak, že vyhledá přátele a sdílí s nimi svoje trápení a starosti. Aby tento mechanismus fungoval, je přirozeně nutné, aby blízcí daného člověka byli schopni pozitivní podpory a pomoci. Sociální opora tedy vesměs snižuje vulnerabilitu (zranitelnost) jedince a působí preventivně proti vzniku například depresivní poruchy (Šolcová & Kebza, 1999).

Krpoun (2012) dodává, že sociální oporu lze využít nejen v krizových či náročných životních situacích, nýbrž i v běžných denních starostech. Sociální opora souvisí nejen se zvládnutím distresu, ale i s kvalitou života jedince. Sociální opora je rozdílná u mužů a žen, ženám se obecně dostává více sociální opory. Jeden z důvodů může být to, že se nezdárají takovouto pomoc využít a též ji iniciovat.

Bez sítě sociálních vztahů by sociální opora nemohla existovat. Tuto síť tvoří například rodina, přátelé, spolupracovníci v zaměstnání, jedná se tedy o vztahové vazby důvěrné i víceméně povrchní (Hartl & Hartlová, 2009). Podrobnější informace o sociální opoře podávají v našem prostředí například Kebza a Šolcová, Mareš či Křivohlavý v mnohých článcích či publikacích (Krpoun, 2012). Neboť se ale jedná o velmi složitou, komplexní a rozsáhlou problematiku, pro potřeby této diplomové práce se spokojíme s výše uvedeným popisem.

1.4 Spiritualita a religiozita

Prozatím neexistuje konsenzus na přesném obsahu pojmu spiritualita. Obecně lze říci, že je to multidimenzionální konstrukt, který se týká individuálního vztahu mezi

jedincem a transcendentnem, tedy něčím, co daného jedince symbolicky přesahuje, ať už se jedná o Boha, moc přírody či třeba vesmíru. Spiritualita též zpravidla vnímá psychiku jako klíčovou složku člověka oproti složce fyzické. Religiozita má ve srovnání se spiritualitou institucionalizovanou formu (církvev, společenství věřících), spiritualita v porovnání s religiozitou není úzce spojena s náboženskou aktivitou typu chození do kostela, zúčastňování se církevních akcí a programů, spiritualita tedy klade zásadní důraz na individuální prožívání jedince ve vztahu s nějakou jeho přesahující entitou (Hood, Hill, & Spilka, 2009; Hartl & Hartlová, 2009).

Krátkou, výstižnou a adekvátní definici religiozity poskytuje Pechová (2011, 14): „náboženské prožívání a náboženská aktivita včetně afiliace k nějaké církvi či náboženské skupině“. Co můžeme například zahrnout pod pojem náboženská aktivita, jsme uvedli v odstavci výše.

Dle Viktora Frankla, zakladatele logoterapie, se náboženskost pojí s lidským úsilím hledání a nalézání smyslu v životě, každý jedinec musí najít svůj individuální a konkrétní smysl života, smysl mu tedy nemůže být naordinován, smysl nelze uměle vyrobit. Smysl lze dle Frankla nalézt pomocí tvůrčích, prožitkových nebo postojových hodnot, které jedinec ve svém životě uplatňuje (Frankl & Lapide, 2011). Yalom (2014) spatřuje funkci náboženství mimo jiné v naplnění lidské potřeby podřídít se vyšší a mocnější entitě, potřeby po zachránce a po věčném životě.

1.5 Sebevražda

Je nesporné, že téma sebevraždy má zřetelný vztah k postoji ke smrti. „*A problém smrti je nejostřeji vyhrocen v sebevraždě. Nikde jinde nejsme smrti tak blízko. Je-li naším cílem sebepoznání a získání zkušeností s realitou života, pak první krok na této cestě předpokládá zamyslet se nad problémem sebevraždy*“ (Hillman, 1997, 11). Proto se zde budeme poněkud podrobněji zabývat tímto tématem. „*Sebevražda je považována za nejsložitější, nejobtížnější, nejsmutnější protibiologický akt, zahrnující problém psychologický, medicínský, sociální, etický a filozofický, čili obecně antropologický*“ (Špatenková, 2014, 111). Jak vidno, tento jev či lidský čin je komplexní povahy a dotýká se všech vyjmenovaných aspektů či oboru lidské činnosti.

„*Sebevražda (latinky suicidium) je čin vědomého a úmyslného ukončení vlastního života*“ (Látalová, Kamarádová, & Praško, 2015, 9). Označení sebevražda, spáchat sebevraždu je poměrně stigmatizující, někdy se z toho důvodu proto využívá latinského

ekvivalentu (suicidiální myšlenky, tendence či pokus, dokonané suicidium), který nemá negativní konotaci. Statistika sebevraždy je často zkreslena kvůli náboženským či jiným tradicím, též může být velmi značně zkreslena i tím, že je například sebevražda maskovaná či skrytá. Lze ovšem říci, že obecně převažuje počet sebevražd nad počtem vražd v jednotlivých státech. Nejčastěji se lidé pokouší o sebevraždu v pondělí, nejméně často v sobotu. V naší republice je sebevražda nejfrekventovanější příčinou nepřírodního úmrtí. V období mezi roky 2001 až 2005 bylo v České republice datováno něco málo přes 8 000 sebevražd. Avšak ne každý pokus o sebevraždu skončí smrtí. Je obecně známo, že ženy se častěji než muži o sebevraždu pokusí, nicméně na následky sebevraždy umírají častěji muži, kteří volí více nekompromisní způsoby zabití sebe (kupříkladu střelnou zbraní či oběšením) než ženy (například otravou léky či podřezáním zápěstí). Žena může k sebevražednému pokusu přistoupit z důvodu jasného vyjádření svého trápení, muži převážně volí sebevraždu jako únik ze situace, která již dle nich nemá východisko a je nesnesitelná a beznadějná. Rodinný stav souvisí s četností sebevražd - ženatí muži či vdané ženy se méně často pokoušejí o sebevraždu ve srovnání s rozvedenými či svobodnými jedinci. V souvislosti s věkem je znám zvyšující se počet sebevražd s rostoucím věkem. Nejvíce sebevražd se objevuje ve věkové skupině 75 let a více (Látalová, Kamarádová, & Praško, 2015; Hartl & Hartlová, 2009). „*Poměr sebevražedných pokusů a dokonanych sebevražd je 10:1*“ (Látalová, Kamarádová, & Praško, 2015, 15).

Některé osobnostní rysy jsou rizikové z hlediska možného výskytu sebevraždy, jde kupříkladu o impulzivitu, agresivitu či nadměrné prožívání studu či beznaděje. Sebevražedné pokusy se často objevují u lidí s hraniční poruchou osobnosti, u lidí s traumaty z dětství či traumaty aktuálními, ztráta blízké osoby přirozeně též zvyšuje riziko suicidality. Na druhé straně tu jsou ovšem i protektivní faktory, které riziko spáchání sebevraždy snižují, jedná se například o pocit zodpovědnosti vůči vlastním dětem a blízkým osobám, těhotenství, vyznání, pozitivní strategie zvládání stresu, sociální podpůrné sítě, svépomocné spolky a mnohé další, které danému jedinci říkají, že jsou i alternativní cesty řešení problémů a starostí než jen cesta sebevraždy (Látalová, Kamarádová, & Praško, 2015).

S otázkou sebevraždy či s akutní hrozbou sebevraždy pacienta se setkáváme nezhledně v klinicko-psychologické či psychiatrické praxi. Z hlediska klinické praxe je dle našeho názoru nutné zmínit, že „*suicidiální chování není úplně predikovatelné, rizikové faktory jsou nespecifické a není jasná farmakologická strategie. O optimálním přístupu*

k léčbě jsou velké debaty a navíc mívá suicidalita právní důsledky“ (Látalová, Kamarádová, & Praško, 2015, 23).

Než dospěje člověk k pokusu o sebevraždu, zpravidla prochází vývojem od suicidiálních myšlenek, které postupem času konkretizuje a nastupují suicidiální tendence a rozvahy o realizaci sebevraždy, poté následuje rozhodnutí sebevraždu spáchat a následný suicidiální pokus. Dynamiku tohoto vývoje popisuje známý Ringelův presuicidiální syndrom, který sestává z těchto fází - zúžení subjektivního prostoru, zablokovaná agresivita nebo její obrácení vůči sobě a naléhavé suicidiální fantazie (Látalová, Kamarádová, & Praško, 2015).

Existuje několik dělení sebevražd. Velmi známé je rozdělení na sebevraždu biickou (tedy nespojenou s duševní poruchou) a patickou (spojenou s určitou psychopatií). Jeden z podtypů biické sebevraždy je sebevražda bilanční, kterou jedinec spáchá po předchozí rozvaze, ve které dospěje k tomu, že již nemá smysl žít, že ztratil naději se kupříkladu vyléčit ze závažného onemocnění a tak podobně (Látalová, Kamarádová, & Praško, 2015). Terminologie a klasifikace sebevražd je tedy poměrně komplikovaná. „*Rozlišují se sebevraždy patologické, sebevraždy z paniky, altruistické, anomické, egoistické, pasivní, chronické, promyšlené, náboženské, politické a tak dále“* (Hillman, 1997, 36). Dále známe sebevraždy z důvodů silných emocí (vášni), z nezdaru a též z neunesení úspěchu, existují sebevraždy intelektuální, kdy dominuje motiv identifikace s nějakou ideou (například vyznávání askeze) či skupinou (Hillman, 1997). Hillman (1997) zdůrazňuje, že je zapotřebí porozumět nejdříve životu a postoji ke smrti konkrétního člověka, teprve pak můžeme dojít k pochopení, proč spáchal sebevraždu. Zařazení do dané klasifikace sebevraždy tedy nestačí, dle autora je zapotřebí přistupovat ke každému jedinci individuálně - například zkoumat sny jedince, mýtické fantazie, životní cestu.

Duševní poruchy z hlediska vysokého rizika sebevraždy jsou mimo jiné následující - depresivní porucha, psychotické poruchy, těžké úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha či hraniční porucha osobnosti, navíc riziko suicidia se zvyšuje komorbiditou poruch, takže pokud kupříkladu pacient trpí depresivní i úzkostnou poruchou, můžeme u něj obecně očekávat ještě vyšší riziko suicidia (Látalová, Kamarádová, & Praško, 2015).

Jak jsme již popsali, riziko sebevraždy je poměrně vysoké u depresivní poruchy. Je tedy v praxi nutné nejen včas odhalit u pacientů či klientů rizikové faktory, ale i včasné a adekvátně intervenčně působit u osob, které sebevražedný pokus nemají či již mají za sebou. Adekvátní a efektivní léčba u depresivních jedinců, a s tím spojené snižování

mortality z důvodu sebevraždy, má velmi značný dopad (srovnatelný například s pozitivním vlivem léčby hypertenze) na celkovou mortalitu (respektive logicky její snížení) daného národa. Jak bude vypadat adekvátní léčba v případech, kdy hrozí suicidium pacienta, se přirozeně odvíjí od daného pacienta, jeho stavu a kontextu jeho života. Obecně je možnost využít hospitalizaci či ambulantní léčbu, dle indikace pacientovi může pomoci krizová intervence, psychoterapie, psychoedukace pacienta a rodiny či farmakoterapie (zde je ovšem potřebné věnovat pozornost nebezpečí, které plyne z prosuicidiálního působení některých antidepresiv či antipsychotik, například na začátku podávání mohou daná psychofarmaka riziko sebevraždy významně zvyšovat) nebo ve specifických a odůvodněných případech i elektrokonvulzivní terapie (zkratka ECT) (Látalová, Kamarádová, & Praško, 2015).

Hillman (1997) ve své publikaci předkládá alternativní náhled na smrt a sebevraždu jako na vstup do smrti, nikoliv pouze odejití z této lidské časnosti, svým postojem je tedy v opozici k medicínskému pohledu (sebevražda jako porucha pudu sebezáchovy), pohled medicíny je zde často konfrontován s pohledem a praxí analytického terapeuta. Analytický přístup k sebevraždě je fenomenologický, bere tedy sebevraždu jako jev, kterému se snaží porozumět v kontextu daného jedince a který jednoduše existuje, tento jev tedy neodsuzuje, neomlouvá, nesoudí. Autor připomíná, že role psychiatra (autor hovoří dokonce v samostatné kapitole o tématu lékař jako mýtický hrdina), když se setká s tématem hrozící sebevraždy, je jasná - má předem stanovený postup, který spočívá v záchraně života pacienta, například tím, že ihned zajistí jeho okamžitou hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Zde pacient se sebevražednými sklony dostane odpovídající lékařskou péčí, utišující léky a tak podobně, to vše dle autora ale znamená léčení jen tělesného života pacienta, tedy léčení, které se nezabývá psychikou pacienta a nejde tak k jádru problému, takže kupříkladu podaná anxiolytika sice pacienta dočasně zbaví úzkosti a uklidní, ale problém, který ho přivedl až do tohoto stavu, se podáním farmak neřeší a nevyřeší. Současně autor ze své pozice analyticky zaměřeného psychologa, tedy stoupence psychologie Carla Gustava Junga, vyjadřuje poměrně kritický názor na psychologii a její možnosti (objektivního) zkoumání duše.

Sebevražda, jak píše Hillman (1997), s sebou může nést různé pocity - pocit chyby, viny, hanby, beznaděje. Sebevražda je různými způsoby vytlačována - z hlediska náboženství je tento čin považován za hřích (ačkoliv je nutné zdůraznit, že názory na sebevraždu se dost podstatně liší mezi jednotlivými náboženstvími a církvemi), společnost toto téma opomíjí, lidé často považují sebevraždu za čin zoufalství či akt, který silně

souvisí s duševní poruchou daného jedince. Sebevraždou se zabývala a zabývá nejen psychologie, ale též sociologie či právní věda. V rámci sociologie předložil své pojednání o sebevraždě Émile Durkheim, příčiny ke spáchání sebevraždy spatřoval výhradně v roli společnosti a v působení vnějších sociálních podmínek, které člověka k tomuto ze sociologického pohledu veskrze negativnímu činu dovedou. Z hlediska právního (respektive západního pojetí práva, spravedlnosti) je sebevražda vždy považována za zločin, za zločin ji považuje římské, církevní i anglické právo. Naopak vražda jiného člověka (či lidí) je za několika daných okolností ospravedlnitelná. Určitou výjimku tvoří sebevražda člověka s duševní poruchou, jeho smrt dle zákona nenarušuje společenskou smlouvu a řád založený na rozumu, takže takovýto člověk se dle práva ocitá už mimo společnost - „*pro rozumně uspořádanou společnost je duševně nemocný člověk vlastně již napůl mrtvý*“ (Hillman, 1997, 27). Dle našeho názoru je poněkud záležející ona generalizace, tedy duševní nemoc jako taková, ačkoliv spektrum duševních poruch představuje množinu velmi rozdílných kategorií i z hlediska toho, jak je společnost obecně vnímá a případně stigmatizuje.

Citovaný autor zmiňuje i pohled křesťanské teologie na sebevraždu. Dle něho nikoliv náboženství či Bůh, ale teologie odmítá sebevraždu, teologie si taky osvojila právo určovat, za jakých podmínek může člověk zemřít, stanovila svá dogmata. Autor s odkazem na oddíly z Bible namítá, že sebevražda z vnitřních pohnutek člověka může být ospravedlnitelná a může být jakýmsi výrazem Božího oznámení člověku, že jeho život se končí (Hillman, 1997).

Z hlediska filozofie (tedy alespoň tak, jak to ve své knize prezentuje autor) každý den pracujeme na postupném přibližování se smrti a smrt se tak stává naším vlastním dílem, jsou ovšem rozdíly v tom, jak se kdo tomuto přibližování a připravování na smrt věnuje (Hillman, 1997).

Na závěr této kapitoly uvedme zajímavou poznámku zakladatele třetí vídeňské školy psychoterapie. Dle Frankla (2016) i člověk, který se pokusí o sebevraždu, věří ve smysl života, případně ve smysl života po tomto životě a též věří i ve smysl umírání. Pokud by pozbyl této víry ve smysl, neodhodlal by se k suicidiu a byl by ve vztahu k životu velmi apatický a pasivní, takže by pokus se zabít, což je určitý lidský výkon, opravdu nepřipadal v úvahu. Na jiném místě ovšem autor poznamenává, že absence smyslu je důvodem zvyšujícího se počtu sebevražd a dalších fenoménů. Zde shledáváme poněkud rozpor ve Franklově argumentaci.

1.6 Depresivní porucha

Dle aktuálně používané a platné 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992) řadíme v rámci Poruch nálad (F30 - F39) Depresivní fázi pod kód F32, u které dále rozlišujeme její závažnost - mírná a středně těžká depresivní fáze bez (nebo se) somatickými příznaky, dále těžkou depresivní fázi bez (nebo s) psychotickými příznaky a jako u každé jiné kategorie je v MKN-10 ještě k dispozici kategorie jiné depresivní fáze a depresivní fáze nespecifikovaná.

U depresivní fáze obecně nalzáme tyto somatické a psychické symptomy - skleslá nálada, snížení energie a aktivity. Jedinec nenachází důvody k radosti, snižuje se jeho schopnost soustředění i zájem o různé zájmové činnosti. S depresivní poruchou se pojí též snížené sebevědomí, pocity viny, smutný pohled do budoucnosti, poruchy spánku či myšlenky na sebevraždu či sebepoškozování (MKN-10, 1992). Pro riziko sebevraždy je zapotřebí depresi brát jako onemocnění smrtelné. Dále jsou kromě zmíněných symptomů přítomny pestré somatické obtíže (Orel, 2012). Též může být přítomen symptom úzkosti či různé atypické symptomy dle konkrétní osobnosti pacienta. Aby bylo možné diagnostikovat depresivní epizodu, musí trvat minimálně 2 týdny. Symptomy depresivní poruchy nacházíme také u jiných afektivních poruch - například u Bipolární afektivní poruchy, Rekurentní depresivní poruchy, Cyklotymie či Dystymie (MKN-10, 1992).

Depresivní poruchou trpí v České republice podle odhadu přes půl milionu lidí. Dále se předpokládá, že zhruba za 15 let bude depresivní porucha celosvětově nejčastějším onemocněním vůbec (Čeští vědci vymysleli postup, jak zjistit účinnost léčby deprese, 8. července 2014).

Symptomy jako deprese (či úzkost) se objevují nejen u afektivních poruch, ale též u dalších kategorií psychických poruch a lze se s nimi též setkat u poruch, které nejsou v kompetenci psychiatra či psychologa. Z výše uvedeného plyne, že třeba problematika termínu deprese je složitá, neboť depresi můžeme chápat dosti různě - jako depresivní poruchu (nynější stav) v souladu s MKN-10, jako tedy primární poruchu. Nebo depresi lze pojímat jako sekundární stav člověka, který kupříkladu čelí náročné životní situaci. Další možné pochopení termínu deprese se pojí s tím, že deprese je tendence v jednání s odkazem na depresivní strukturu osobnosti. Jako ještě další možnost je tu uchopení deprese jakožto přirozené součásti procesu truchlení. Dnes již překonaná etiologie depresivní poruchy diferencovala mezi depresi endogenní, exogenní, reaktivní a neurotickou. O nedostatku možných dělení v rámci deprese tedy nelze hovořit (Lečbych,

2010b). Hartl a Hartlová (2009) ve svém Psychologickém slovníku navíc uvádějí celou řadu typů depresí - pro zajímavost uvedeme tyto: deprese anaklitická, larvovaná, poporodní, postchizofrenní, deprese z diety či deprese z odbřemenění.

Existují různé explanační modely deprese, z hlediska naší diplomové práce a použitých výzkumných metod je relevantní následující model. Kognitivní model deprese je spojen se jménem Aarona Becka, mimo jiné autor slavného inventáře depresivity. Tento model zdůrazňuje význam individuálních interpretací událostí, lidé často podléhají tendenci k automatickým myšlenkám, které nepodávají přesný obraz skutečnosti a lidé tak produkují tímto způsobem kognitivní omyly jako například při přílišném zobecňování, přílišné zodpovědnosti či při dichotomním myšlení (obecně známé tak zvané černobílé vidění světa). Tato dysfunkční kognitivní schémata mohou člověka uvádět do bludného kruhu a mohou jeho depresi prohlubovat stále více a více (Lečbych, 2010b).

1.7 Úzkostné poruchy

Skupina duševních poruch pod kódovým označením F40 - F49 zahrnuje Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Pro naši diplomovou práci jsou relevantní (z hlediska výskytu úzkostných či depresivních příznaků) především tyto poruchy pod kódem F40 (Fobické úzkostné poruchy, kam patří mimo jiné Agorafobie, Sociální či Specifické fobie), F41 (Jiné úzkostné poruchy, kam náleží pro příklad Panická porucha, Generalizovaná úzkostná porucha či Smíšená úzkostně depresivní porucha), F42 (Obsedantně-kompulzivní porucha), F43 (Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, kam spadají například Poruchy přizpůsobení) a F48 (Jiné neurotické poruchy, kam řadíme Neurastenii či Neurotickou poruchu nespecifikovanou) (MKN-10, 1992).

Úzkostné poruchy se vyznačují „strachem bez předmětu“, intenzita úzkosti i její trvání je značně individuální, symptomy jsou například nervozita, nadměrná aktivace sympatické části ANS (autonomního nervového systému), snížená výkonnost či spokojenost (Orel, 2012).

„Úzkostné poruchy patří mezi vůbec nejčastější psychické poruchy v populaci. Jejich celoživotní prevalence je 28,8 %, roční prevalence 18,1 %“ (Racková & Janů, 2012, 152). Vysoký počet pacientů s úzkostnými poruchami trpí též jinou psychickou poruchou, nejčastěji se jedná o současný výskyt depresivní poruchy. 63 % pacientů s úzkostnou poruchou současně trpí depresí (Racková & Janů, 2012).

Úzkostné poruchy jsou tedy jedny z nejčastějších duševních poruch. Mimo jiné proto je legitimní je zkoumat, neboť zasahují značnou část populace psychiatrické i nepsychiatrické v tom smyslu, že drtivá většina populace někdy ve svém životě zažije přítomnost pestrých úzkostných projevů (byť se nemusí jednat o diagnostikovatelnou úzkostnou poruchu jako takovou). Též tyto poruchy způsobují signifikantní potíže v oblastech života pacienta, jako je zaměstnání či rodinný nebo i intimní život. Úzkostné poruchy se vyznačují přítomností somatických i psychických příznaků úzkosti, které však nebyly způsobeny nějakým reálným nebezpečím či ohrožením. Úzkost se vyskytuje ve třech formách - náhlý záchvat úzkosti, úzkost v určité typické situaci či úzkost jakožto všudypřítomný stav (Praško, 2005).

Je známo, že naše emoce mají vždy tělesné vyjádření, biologický korelát. „*Celistvými psychicko-tělesnými vzorci jsou úzkost a strach. Úzkost primárně slouží k vyhledávání nebezpečí a je vlastně orientační reakcí. Strach je pak reakcí na rozpoznané nebezpečí*“ (Praško, 2005, 10). Stejně jako strach se často pojí s úzkostí, tak i depresivní symptomy nezdávka mohou doprovázet úzkostné poruchy a naopak. Důležitou otázkou do budoucna zajisté bude možná změna v oblasti klasifikace a diagnostiky (i diferenciální diagnostiky) úzkostných, fobických a depresivních poruch. Výzkum úzkostných poruch u dospělých je přinejmenším dostatečně zkoumán a jsou známy relevantní informace z hledisek terapeutických či diagnostických, úkolem do budoucna je však zacílení výzkumu na úzkostné poruchy v dětství, zde je vědecká evidence prozatím nedostatečná (Praško, 2005).

Nyní se zaměříme na fenomén úzkosti jako takový. Úzkost je tedy subjektivně nepříjemný emoční stav, ve kterém má člověk pocit blíže nespecifikovaného ohrožení a tak zůstává ve stavu připravenosti na nebezpečí. Úzkost je stav, zatímco úzkostnost je považována za poměrně stabilní rys osobnosti. Úzkost tedy nemá předmět, strach ano. Strach je emoční a fyziologická odpověď na konkrétní hrozbu, například při arachnofobii má jedinec silný strach z pavouků, pocit strachu lze tedy objektivizovat mimo jiné přes hmatatelný předmět strachu, v našem případě ve formě existujícího tvora z kmene členovců (Praško, 2005). Projevy úzkosti a strachu může jedinec prožívat různě intenzivně na různých rovinách, ať už je to rovina psychická, somatická, mimická, rovina chování či výkonu (souvislosti hladiny úzkosti a výkonu člověka například ve zkouškové situaci). Mezi psychické příznaky úzkosti řadíme například tyto: pocit ohrožení a napětí, strach, katastrofické myšlenky a představy, nespavost, podrážděnost, depersonalizace, derealizace či anticipační úzkost. Mezi somatické příznaky úzkosti lze jmenovat třeba následující

symptomy: hyperventilace, bolesti v zádech, svalech, hlavy, vegetativní hyperaktivita (tachykardie, časté močení, meteorismus, regurgitace či nauzea), parestézie či pocit sevření na hrudi. Též úzkost (jako i deprese) má mnoho podtypů, například známe úzkost anticipační, bazální, kastroační, separační, volně se vznášející či paroxysmální epizodickou. Připomeňme ještě, že úzkost (jako termín v oboru psychologie) se jako první pokusil etablovat Sigmund Freud při popisu úzkostné neurózy (Hartl & Hartlová, 2009).

1.8 Symptomatický a strukturální přístup

Tato podkapitola je relevantní především vzhledem k námi použitým výzkumným psychodiagnostickým metodám, které nám posloužily při sběru dat k této práci. Přináší ovšem také z našeho pohledu zajímavé rozdělení, které můžeme v psychologii sledovat a které ovlivňuje mnohé související fenomény.

V psychoterapii i v psychologické diagnostice můžeme rozlišit dva přístupy - symptomatický a strukturální. Symptomatický přístup je spjat s Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10 či s do jisté míry podobným americkým manuálem DSM-V), je zaměřen na klasifikaci duševních poruch dle toho, jaké má daná porucha vnější pozorovatelné symptomy. V terapeutické práci je pak snaha tyto symptomy systematicky redukovat, typický zástupce tohoto směru je Kognitivně-behaviorální psychoterapie. Přirozeně má tento přístup i své psychodiagnostické metody, mezi které řadíme například Beckovu sebeuposuzovací škálu depresivity pro dospělé, Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti či počtem položek nejrobustnější dotazníkovou metodu v psychologii - MMPI-II (Minnesotský multifázový osobnostní inventář). Naopak strukturální přístup je v opozici k symptomatickému, bere sice v potaz vnější symptomy pacienta, nýbrž důraz klade na zjišťování struktury osobnosti konkrétního jedince, jde tedy „pod povrch“ a snaží se získat informace například o obranných mechanismech pacienta, o jeho odolnosti vůči zátěži a o tom, jaké má interpersonální vztahy či jaký vztah má k sobě samému. Strukturální přístup tedy zdůrazňuje, že ačkoliv dva pacienti se zcela odlišnou osobnostní strukturou mohou vykazovat velmi podobné vnější symptomy, k jejich efektivní léčbě je zapotřebí postupovat individuálně, byť mají podobné příznaky dané nemoci. Též je dle strukturálního přístupu nutné prozkoumat osobnost podrobněji, „do hloubky“ a dle zjištěných informací pak (nikoliv uniformně) postupovat v terapii s konkrétním pacientem. Symptomy tedy mohou být velmi podobné u dvou pacientů, etiologie daného problému však může být razantně odlišná (stejně jako mohou být odlišné silné stránky těchto dvou

pacientů, které by bylo v léčbě optimální využít). Pro potřeby tohoto přístupu lze v diagnostice použít například projektivních metod - Rorschachova metoda, Tematický apercipční test či dotazníková metoda na zjišťování strategií zvládnání stresu SVF 78. Jako představitele strukturálního přístupu můžeme uvést známé osobnosti Otto Kernberga či Fritze Riemanna (Lečbych, 2010a).

2 Smrt, umírání a pohřební rituály

V této kapitole se zaměříme na smrt, umírání a pohřební rituály z různých perspektiv. Budeme se tedy mimo jiné zabývat definicí smrti, historickým či náboženským pohledem na smrt a jeho proměnami, thanatologií, dále strategiemi, jakými lidé čelí smrti, aktuálními trendy v souvislosti se smrtí nejen v naší republice, fázemi smrti, umíráním a vyrovnáváním se s infaustní prognózou, nebo také například hospicovým hnutím. Neopomeneme též zmínit teorii zvládání strachu či psychoterapeutický pohled na smrt.

Věnování se tomuto tématu v psychologii vnímáme jako smysluplné. Utvrzují nás v tom mimo jiné i autoři. Hillman (1997) hovoří o nedostatečném zájmu psychologie o téma smrti, výzkum tohoto tématu se zdá autorovi jako jeden z klíčových výzkumných témat psychologie. Démuthová (2010) také upozorňuje, že pozornost oboru psychologie dlouhou dobu nebyla zaměřena na téma smrt a umírání, naopak byly (a někdy stále jsou) tendence se tomuto tématu vyhýbat a nechat ho stále tabuizovaným, byť neoddelitelně patří k životu člověka stejně jako jiné strasti, kterým psychologie věnovala a stále věnuje poměrně značnou pozornost. Pokud je psychologie v praxi profesí pomáhající, je zájem o zkoumání umírání a smrti jedince zcela legitimní.

Démuthová (2010) zmiňuje důvody nezájmu určitých směrů psychologie a některých psychologů či lékařů o smrt. Jednak může jít o osobní a citlivé téma, které daný psycholog či lékař nemá zpracované do té míry, aby mohl kupříkladu o smrti mluvit, aniž by se mu vybavovaly traumatické zkušenosti z minulosti a ovlivňovaly jeho profesionální jednání s pacientem či klientem. Pokud opustíme tuto rovinu osobní, je zde též rovina výzkumná či metodologická, kde výtky směrem ke zkoumání smrti jsou mimo jiné v tom smyslu, že mrtví již nemyslí, necítí a pokud vůbec existuje posmrtný život, není ho jak zkoumat. Tyto výtky jsou v souladu s přírodovědeckým přístupem (neboli evidence-based) v psychologii, což je jeden z přístupů, který zkoumá pouze objektivní a hlavně operacionalizovatelná fakta.

2.1 Definování smrti a umírání

„Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy také člověka. V jistém slova smyslu se dá říci, že člověk umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život je umožňován smrtí“ (Haškovcová, 2007, 89). Smrt lze dělit dle mnoha hledisek - například na smrt náhlou, rychlou či pomalou, avizovanou a neavizovanou, předčasnou či přiměřenou. Příkladem náhlé smrti by mohla být smrt způsobená tragickou autonehodou,

pod rychlou smrt bychom mohli zařadit infarkt srdečního svalu. Avizovaná smrt znamená smrt dopředu různými symptomy či onemocněními ohlašovaná. S předčasnou smrtí si po právu mnoho lidí představí smrt dítěte či mladého dospělého člověka. Smrt může nastat volním zaviněním člověka, jde v tomto případě o sebevraždu na rozdíl od sebezabití, které značí, že si člověk způsobil smrt neúmyslně (Haškovcová, 2007). Definování smrti není nekomplikovaný úkol, existují definice zdůrazňující hledisko biologické, psychologické, sociální, případně spirituální nebo religiózní. Smrt souvisí též s umíráním, ale je třeba ji od procesu umírání částečně odlišit. Smrt je nyní nicméně nejčastěji definována jako smrt mozku včetně mozkového kmene, ztráta vědomí, zástava dechu a srdeční činnosti (Baštecká & Goldmann, 2001; Zákon č. 285/2002 Sb.). Toto sdělení vyžaduje částečné následující zpřesnění. *„Úmrtí konstatuje vždy lékař, a to bezpečně a podle platných odborných kritérií. V běžné praxi je nejčastěji konstatována smrt jako nevratná zástava srdeční činnosti. Tam, kde se zvažuje odběr orgánů pro potřeby transplantace, se používá kritérií smrti mozku“* (Haškovcová, 2007, 96). Dále můžeme uvést pro doplnění ještě následující. *„Smrt mozku (cerebrální smrt) je smrtí individua, protože mozek jako jediný reprezentuje osobnost a identitu člověka“* (Špatenková, 2014, 35). Biologické (redukcionistické) definice smrti opomíjí to, co vystihuje tato citace.

Smrt není jen fyzický konec těla, ale konec všech mých plánů, projektů, vztahů k ostatním lidem. Smrt znamená konec všech předsevzetí, možnosti cokoli prožívat, cokoli ještě ovlivňovat, s kýmkoliv mluvit. Nebudu se moci starat o ty, kdo jsou mně blízcí, které mám rád (Šiklová, 2013, 86).

Můžeme rozlišovat smrt klinickou (zástava srdce a dechu) nebo též smrt sociální, která odkazuje k totální izolaci člověka od zbytku společnosti i rodiny či přátel. Smrt souvisí s umíráním. Umírání je proces, který může trvat různě dlouhou dobu a vždy končí smrtí. V psychologii je obecně známý model Kübler-Rossové, který zahrnuje pět stádií umírání. Není ovšem jediným modelem umírání, existuje též například model Pattisona se třemi fázemi umírání (Hartl & Hartlová, 2009).

Šiklová (2013) ve své publikaci uvádí dvě dimenze smrti (její podstaty) - fyzická (biologická, měřitelná) a metafyzická (smysl smrti). První dimenzi dnes umíme vesměs přesně určit, plně poznání dimenze druhé však zůstává nám všem doposud utajeno, takže zde i věda (zejména materialistická), která zpravidla s tajemstvím nepracuje a odsuzuje ho, musí přiznat, že není schopna poskytnout racionální a vědecké závěry ohledně metafyzické podstaty smrti.

Otázkami smrti a umírání se zabývají mnohé obory. Kupříkladu eschatologie, teologická disciplína. Dále thanatologie, multidisciplinární obor, který čerpá poznatky třeba z medicíny, biologie, psychologie, psychiatrie či teologie, thanatologie nepřináší jen teoretické poznatky, nýbrž též odpovědi na praktické otázky - jak napsat závěť, jak zařídit pohřeb u pohřební služby či kde hledat pomoc při truchlení nad zemřelým. Tento obor a jeho i praktické poznatky a doporučení jsou v dnešní naší společnosti velmi důležité a potřebné, neboť dnes (na rozdíl od minulosti) již mnoho lidí neví, jak postupovat, když někdo blízký zemře, jak se s ním rozloučit a tak podobně (Šiklová, 2013). Čerpat informace o této problematice lze mimo jiné díky profesorce Haškovcové, která ve své publikaci (Haškovcová, 2007) popisuje podstatné informace právě z oboru thanatologie. Převážně se autorka zabývá umíráním v souvislosti s moderní medicínou, paliativní medicínou, podává informace o pohřbu, eutanázii, dystanázii nebo důstojné smrti. Protože má publikace nejen informační, ale hlavně značný aplikační potenciál (využitelnost získaných poznatků z knihy do praxe), je zde pozornost věnována především postupům a přístupům, které se uplatňují v práci s umíráním.

Dalším vztažným oborem je thanatopsychologie, která se zaměřuje na psychické prožívání člověka v souvislosti s fenoménem smrti, studuje mimo jiné způsob, jak se s konečností života vezdejšího člověk vyrovnává a jakými způsoby truchlí, studuje intrapsychické jevy - například smutek či lítost. Za zakladatele tohoto oboru můžeme pokládat Sigmunda Freuda, který je autorem z hlediska truchlení inspirativní eseje *Truchlení a melancholie* (Špatenková, 2014)

Smrt se někdy spojuje s nemocí. S nemocí, pokud není zcela neovlivnitelná, lze bojovat, lze ji lépe uchopit, dá se přinejmenším ovlivnit, není její charakteristikou nezvratitelná finalita, jako tomu je u smrti. A tak nemoc může někdy zastínit neodklonitelně přicházející smrt, na kterou právě díky nemoci daný jedinec s úlevou nemusí myslet, smrt je nemocí alespoň dočasně vytěsněna (Šiklová, 2013).

Nyní se zaměříme na umírání. V psychologii známý a hojně citovaný model Elisabeth Kübler-Rossovové (1993) popisuje pět fází procesu umírání, respektive popisuje dynamiku lidského vyrovnávání se a reagování na sdělení letální (smrtné) diagnózy. Tento model lze však s úspěšností aplikovat i na jiné krizové či náročné životní situace jako například rozvod (přirozeně myšleno bolestný a z různých hledisek komplikovaný rozvod, ne klidný rozvod po věcné dohodě obou dotčených stran) či zjištění diagnózy infertility u ženy. Model Kübler-Rossovové definuje pět stádií (chronologicky) - popírání a izolace, zlost, smlouvání, deprese a konečně páté stádium, které se vyznačuje akceptací.

V prvním stádiu daný člověk ignoruje nepříjemnou realitu a může se třeba domnívat, že se lékaři museli splést s jeho diagnózou. Ve druhém stádiu projevuje jedinec hněv proti nastalé situaci, ve třetím stádiu se snaží vyjednávat a slibovat, vše by dal za to, aby se mohl uzdravit. V předposledním stádiu přichází smutek, depresivní nálada, lítost, pláč. V pátém stádiu by měl být člověk schopen se (alespoň do jisté míry) smířit s tím, že se jeho život chýlí neodvratně ke konci. Je nutné dodat, že se nejedná o čistě izolovaná stádia, které vlastně charakterizují přítomnost daného obranného mechanismu u jedince. Někdy se může stát, že dva obranné mechanismy (či stádia dle naznačeného modelu) působí u jedince v tentýž čas. Autorka popsaného modelu ještě dodává, že fenomén naděje je přítomný stále a přetrvává víceméně po čas všech pěti stádií.

Kritika tohoto modelu by mohla vyplývat z toho, že se jedná spíše o popis ideálního stavu než o realitu. Spolu s Křivohlavým (2002) se domníváme, že těmito pěti stádii rozhodně neprojde každý jedinec, kterému je sdělena infaustní (beznadějná) prognóza jeho onemocnění. Dále se ukazuje, že se některá stádia mohou u daného jedince opakovat anebo též přicházet v jiném pořadí, než jak je definovala Kübler-Rossová.

Sledovat klidnou a pokojnou smrt člověka je jako sledovat padající hvězdu: jedno z miliónů světél v ohromném prostoru oblohy se zablýskne na krátký okamžik a navždy se ztrácí ve tmě. Možnost být nablízku a ku pomoci umírajícím pacientům nám dává poznat jedinečnost každého člověka v ohromném moři lidstva. Vede nás k uvědomění si naší konečnosti, konečnosti a ohraničenosti lidského života (Kübler-Rossová, 1993, 238-239).

Proces umírání lze členit i takto - období pre finem, in finem a post finem. Fáze pre finem začíná sdělením závažné (fatální) diagnózy, fáze in finem se shoduje s terminálním stavem, kdy pacientovi postupně začnou selhávat základní životní funkce a blíží se neodvratně ke smrti. Ve fázi post finem, tedy po smrti, je nutné vykonat z lékařského a právního hlediska vše potřebné - péče o mrtvé tělo, ohlášení úmrtí a tak dále. Z hlediska psychologického nastává zármutek a truchlení nad ztrátou zemřelého (Haškovcová, 2002).

2.2 Smrt a zdravotnické prostředí

„Profesionálně se setkávají se smrtí lékaři a ostatní zdravotníci. Jejich pohled na smrt je ovlivněn paradigmatem doby a strategií vítězné medicíny, která chápe smrt člověka jako prohru, ve které není prostor pro smíření“ (Haškovcová, 2007, 16). „Uvádí se, že „průměrný lékař“ se setká za svůj život zhruba se třemi tisíci případy smrti“ (Vymětal, 2003, 267).

Šiklová (2013) uvádí, že na rozdíl od precizní diagnostiky fyzických obtíží spojených s umíráním se většina lékařů nezaměřuje na zjišťování psychického stavu pacienta v terminálním stadiu, součástí kurikula na lékařských fakultách dle autorky nebylo donedávna vzdělávání studentů medicíny v tom, jak se ptát pacienta na jeho obavy ze smrti, jak s ním jednat a jak mu sdělit finální diagnózu. Důsledek výše popsaného můžeme ilustrovat příkladem, který uvádí autorka - jde o reakce zdravotníků, kteří byli konfrontováni dotazy pacientů, kteří se s nimi chtěli poradit o svém strachu a úzkosti ze smrti. „*My tu nejsme žádná duchovní služba, naším úkolem je pacienta léčit, ne se s ním bavit o jeho strachu a úzkostech. Každý přece musíme umřít. Já taky, ty taky, tak se o tom přece nemůžu s každým pacientem bavit*“ (Šiklová, 2013, 78-79). Zajisté tímto stylem nereagují všichni zdravotníci, nicméně s podobnými reakcemi se lze v našem zdravotnictví nezděravka setkat a navíc je dle našeho názoru velmi vypovídající už samotné slovo bavit, které je uvedeno na konci citovaného výroku - je tím ilustrován necitlivý a neprofesionální přístup daného lékaře k pacientovi (bavit se můžeme o zábavných tématech, o strachu a úzkosti ze smrti hovoříme, rozjímáme, debatujeme).

2.3 Proměny vztahu ke smrti z hlediska historie a sociologie

Kisvetrová a Kutnohorská (2010) ve svém článku informují o historických (od starověku) i současných postojích ke smrti a umírání. Rituály i postoje, které se týkají smrti, se mezi jednotlivými kulturami značně liší a lišily, dle autorek souvisí vyspělost daného společenství mimo jiné s tím, jakým způsobem je schopna pečovat o své umírající spoluobčany. Pro naši diplomovou práci (především s odkazem na náš sociodemografický dotazník) je více relevantní například biblický (respektive křesťanský) pohled na smrt a umírání. Křesťané mohou dle Bible spatřovat útěchu a naději v postavě Božího Syna, který byl Bohem obětován, aby lidem byly odpuštěny jejich hříchy a měli život věčný. Umírání a smrt tedy pro věřícího křesťana (ale i ostatní, kteří se ztotožňují s biblickým pohledem) není zcela tragická a beznadějná událost, kterou by mělo vše skončit, křesťanství tak nabízí útěchu od smrti a poskytuje smysl smrti (jak umírajícímu, tak jeho blízkým) i mimo jiné v jasně stanovených rituálech, které se pojí s úmrtím člověka. V tomto smyslu smýšlející a vyznávající lidé nejsou ani v posledních chvílích života sami.

Fenomén komercializace smrti se datuje od konce 19. století a poprvé se objevil ve Spojených státech amerických, nyní je i v naší republice běžné, že pohřební služby jsou firmy v soukromém vlastnictví podnikatelských subjektů. Dalším fenoménem, který se

objevil poprvé v minulém století, je institucionalizace terminální péče, lidé již vesměs neumírají ve svých domovech, nýbrž nemocnicích či hospicích. Autorky zmiňují tři současné možné postoje ke smrti - smrt je vnímána jako tabu, samota či případně dovršení, samotné názvy typů postojů dostatečně vypovídají o charakteristice daného typu postoje (Kisvetrová & Kutnohorská, 2010).

Smrt byla v minulosti spojena často více s náboženstvím než s medicínou. V našem prostředí se ještě na přelomu 19. a 20. století k umírajícímu volal spíše kněz či duchovní, který měl facilitovat smrt a přispět k dobrému osudu duše na onom světě. Posléze se situace měnila v návaznosti na změny společenské, demografické či hygienické, což mimo jiné vedlo ke snížení počtu úmrtí dětí v kojeneckém věku, medicína tedy postupně převzala od náboženství ústřední roli nad smrtí (Nešporová, 2013). V této souvislosti Nešporová (2013) uvádí termín medikalizace (alternativně též medicinalizace) smrti. Jeho obsahem, jak již tento termín názvem naznačuje, je převzetí autority a kontroly nad smrtí ze strany lékařské vědy, s tím souvisí i trend nejčastějšího místa úmrtí v nemocnicích, hospicích či v léčebnách dlouhodobě nemocných (na rozdíl od minulosti, kdy se umíralo doma v rodinném kruhu), dominující podávání farmak na rozdíl od poskytování umírajícím lidem kupříkladu psychologické či duchovní péče. Jde tedy o trend skrývání smrti, smrt je odsunuta za dveře nemocnic či ústavů a tím je do jisté míry přispíváno i k její částečné tabuizaci.

V reakci na tento z hlediska psychologického neblahý a neoptimální vývoj vzniklo hospicové hnutí (a hospice jakožto lůžková zařízení, stacionáře či mobilní pomoc v domácím prostředí umírajícího), kde se uplatňují postupy paliativní (útěšné) medicíny, s tímto hnutím se dostává rodina umírajícího jako podstatný prvek do procesu péče, ve kterém dříve byl pouze umírající a lékařský personál. V hospicích se umírajícím lidem dostane nejen péče lékařské (například tlumení bolesti), ale především péče o jejich kvalitu života, která je zvyšována pomocí sociálních, psychologických či duchovních forem pomoci. S hospici se pojí i různé mýty, můžeme zmínit následující, které jsou typické pro naši společnost - hospic se hodí pro všechny umírající, hospic je luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné a je jen pro věřící či že hospicové hnutí je u nás v plenkách oproti Západu (Haškovcová, 2007). Hospic slibuje svému pacientovi tyto tři zásady - „*nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost, v posledních chvílích života nezůstane osamocen*“ (Vorlíček, Adam, & Pospíšilová, 2004, 511).

V 60. letech 20. století se smrt dostala i do výzkumného hledáčku oboru sociologie. Sociální antropologie či psychologie k tomuto dílem přispěla. Diskuzi o problematice smrti a umírání ve světě otevřeli například sociolog David Sudnow či našemu oboru velmi (skoro až notoricky) známá Elisabeth Kübler-Rossová (Nešporová, 2013).

Někteří autoři připisují změny v postoji a přístupu ke smrti vlivu první světové války, jiní zase dopadu druhé světové války. Nicméně institucionalizace, technizace, medicinalizace smrti, činnost pohřebních ústavů, které převzali mnohé z toho, co dříve prováděli členové rodiny zemřelého, to vše nesporně ukazuje proměnu v zacházení naší společnosti se smrtí (Nešporová, 2013). Nešporová (2013) však upozorňuje, co se týká tabuizace smrti, že nelze generalizovat tento trend na celé 20. století, že se tedy v průběhu minulého století postupně situace v tomto ohledu v západní společnosti vyvíjela, což dokládají kupříkladu mnohé vzniklé publikace (odborné i určené pro laickou veřejnost) o smrti, umírání, doprovázení či truchlení. Jako příklad takové publikace tuzemské provenience, ač nevyšla ve 20. století, nýbrž o několik let později, můžeme uvést knihu *Poradenství pro pozůstalé* (Špatenková, 2008). Také je potřebné rozlišovat mezi jednotlivými zeměmi - naše české prostředí bylo dlouhou dobu ovlivněné totalitním komunistickým režimem, takže například o konceptu dobré smrti (týká se především toho, kde, kdy a případně za jakých podmínek by si lidé přáli zemřít) a jiných trendech ze Západu se mohlo začít diskutovat a zavádět je do běžné praxe později. Jako příklad můžeme uvést následující. Od roku 2012 je v účinnosti v české legislativě institut tak zvané *living will* - poslední vůle, kterou člověk může písemně sepsat a která je pak pro ošetřující lékařský personál závazná, když se daný člověk dostane do stavu, kdy se nebude moci vyjádřit k možnostem dalších lékařských intervencí. Jedinec v tomto dokumentu definuje, za jakých podmínek ho lékaři již nemají zachraňovat a udržovat při životě (Nešporová, 2013).

Komunistický režim na našem území podporoval tabuizaci smrti, což výstižně dokumentuje tento komentář profesora Halíka. Marta Kovářová v této souvislosti (osobní sdělení, 19. 12. 2016) vyjádřila tuto vzpomínku.

Pamatuji si na jeden rozhovor s profesorem Tomášem Halíkem, ve kterém mimo jiné sdělil zajímavou informaci, že za dob komunistické totality byl trend, že pohřební vozy v Praze a snad i jinde v republice jezdily zpravidla jen v noci, aby svou přítomností nevzbuzovaly z hlediska socialismu nepatřičné pocity (smutek, truchlení a tak podobně) u socialistického lidu.

Je jisté, že téma smrti rezonuje v myslích lidí již snad od počátku lidského pokolení. Dříve bylo běžné umírat již v raném věku, dnes je, alespoň v západní společnosti, normou umírat až ve stáří. Co se týká České republiky, jen v průběhu necelých posledních 100 let se u mužů prodloužil očekávaný věk dožití o 22 let a obecně je patrná silně vzrůstající tendence věku dožití a s tím související stárnutí populace (Šiklová, 2013).

2.4 Smrt z filozofického a psychotherapeutického pohledu

V této podkapitole velmi stručně nastíníme smrt z filozofického a psychotherapeutického pohledu, zevrubnější analýza není vzhledem k limitům této diplomové práce možná.

„Smrt zůstává až do poslední chvíle za naším horizontem“ (Šiklová, 2013, 118).
„Zásadním aspektem reality je pomíjivost. Vše, co vznikne, jednou zanikne. Člověk přichází z (ne)bytí a do (ne)bytí se vrací. Toto vědomí ho děsí, je zdrojem obav a úzkostí“ (Kupka, 2014, 9).

Vědomí naší konečnosti zde ve světě, naší smrtelnosti, tedy uvědomování si toho, že jednou umřeme, nás činí lidmi a odlišuje od ostatních živočichů, ostatní živočichové nemohou uvažovat o posmrtném životě či se snažit si svůj nynější život co nejvíc prodloužit. Z definice smrti vyplývá, že alespoň na biologické úrovni naše orgány a orgánové soustavy umírají postupně, tedy ne všechny naráz, pro člověka je ovšem více klíčové to, kdy ztratí svou funkci centrální nervová soustava oproti například době, která určuje, za jak dlouho se naše tělo začne rozkládat a kdy začnou působit posmrtné procesy, to už asi většinu jedinců nezajímá (Šiklová, 2013).

Vědomí naší smrtelnosti nás může (ale též nemusí) motivovat k tomu, abychom zde na světě zanechali nějakou „stopu“. Tou stopou či otiskem naší existence zde mohou být naši potomci, námi vytvořené umělecké výtvořky a tak dále (Šiklová, 2013).

Úzkostí ze smrti se zabývali mnozí filozofové - Søren Kierkegaard, Karl Jaspers, Martin Heidegger i například Aurelius Augustinus, který shledává konfrontaci člověka se smrtí užitečnou, protože tehdy je patrné samé jádro osobnosti daného člověka, úzkost ze smrti tedy neodsuzuje jako něco negativního a pro křesťany nepřijatelného, naopak sám se k jejímu prožívání jakožto hluboce věřící člověk přiznává. Náboženství může napomáhat jedinci k lepšímu vyrovnávání se se smrtí (Šiklová, 2013).

V souvislosti s postojem (či postoji) ke smrti se nám zdá příhodné zmínit tuto proslulou větu od Arthura Schopenhauera. „*Neznepokojují nás věci samé, ale to, jak si věci vykládáme*“ (Yalom, 2014, 84).

Yalom (2014) souhlasí s existencí tabuizace smrti přinejmenším v části západní společnosti a zároveň považuje téma strachu či úzkosti ze smrti za nikoliv marginální terapeutické téma, naopak. Poukazuje mimo jiné na to, že pravá příčina pacientových obtíží může úzce souviset s potlačeným strachem ze smrti, ale toto může být u pacienta maskováno například depresivní či úzkostnou poruchou nebo určitými psychopatologickými symptomy. Z tohoto vyplývá, že je v oprávněném případě nutné v terapii i diagnostice pracovat s postojem ke smrti.

Profesor Yalom (2014) je toho názoru, že propracování postoje ke smrti a tématu smrti obecně má značný potenciál pro každého jedince ve smyslu kultivace jeho osobnostního vývoje. Takováto mentální práce nad tématem smrti může posléze člověku přinést kupříkladu větší soucit s bližními (myšleno ve známém biblickém pojetí), větší míru shovívavosti či velkorysosti. Setkání a vyrovnávání se se ztrátou blízkého může být pro pozůstalého probouzejícím zážitkem. Celkově vzato tedy nemusí být smrt percipována jako prohra nebo jako důkaz neschopnosti či nemohoucnosti, ale lze z ní čerpat i pozitivní impulzy pro život. S tímto souhlasí Kupka (2014), který mimo poukazuje na to, že smrt nemusí být vnímána pouze v negativních konotacích a nepříznivém kontextu. Vědomí naší smrtelnosti nám může poskytnout mnohé - důvod žít autentičtěji ve vztazích (nikoliv tedy žít ve vztazích iluzorních), vážit si přítomného okamžiku a více jej vnímat a být vděčný, že žiji. Dále nám vědomí naší konečnosti může dát věc pro naše bytí zcela kardinální - smysl života, respektive můžeme tak dostat impulz k tomu, abychom náš individuální smysl života hledali a snad i našli. Zorný úhel konečnosti našeho života nás může učit rozlišovat mezi hodnotami, prioritami, úkoly v životě.

Na závěr uvedeme jeden z našeho pohledu inspirativní odstavec. Ware (2012) ve své monografii na základě vlastního kontaktu s umírajícími uvádí, čeho daní lidé v terminálním stadiu nejvíce litovali. Jejich výpovědi lze stručně parafrázovat a získat tak informace, co by daní jedinci rámcově udělali ve svém životě jinak, kdyby mohli žít ještě jednou. Žili by tedy svůj život autentičtěji, nevěnovali by tolik svého času usilovné práci, více by projevovali své city, zůstali by v kontaktu se svými přáteli a dovolili by si být šťastnějšími. Domníváme se, že tyto výpovědi mohou být pro mnohé z nás zdrojem inspirace a můžou také dát impulz k analýze či přehodnocení našich vlastních životních postojů a priorit.

2.5 Vnímání smrti a vybrané strategie zvládání

Démuthová (2010) ve své knize *Keď umiera dieťa* uvádí rozdíly v chápání smrti a umírání u dětí, jak už ostatně samotný název napovídá, dále zmiňuje vývoj a chápání pojmu smrt v souvislosti s ontogenetickým a kognitivním vývojem jedince, zaobírá se reakcemi okolí (sourozenci, vrstevníci, rodiče, širší rodina) na smrt dítěte, ať už jde o reakce na zjištění letální diagnózy či z hlediska truchlení blízkých osob. V knize se neopomíná zmínit o posttraumatickém růstu či o možnostech pomoci při úmrtí dítěte. Vzhledem k názvu publikace by se mohlo zdát, že k našemu výzkumu postojů ke smrti u vybrané klinické populace (respektive u populace ve věku 18 let a více) je tato publikace irelevantní. Opak je ovšem pravdou, neboť v publikaci je zmíněn i věk adolescence, v autorčině vymezení se jedná o věk 15 až 22 let, což už zasahuje do našeho věkového spektra.

Psychoanalyticky orientovaní psychologové byli jedni z prvních, kteří se začali ve 40. letech 20. století vážně zabírat tím, jak děti v různých věkových stádiích rozumí pojmu smrt. Dalším příspěvek na toto téma učinili stoupenci Jeana Piageta, kteří pochopitelně vycházeli z (dnes velmi známé) Piagetovy teorie kognitivního vývoje se čtyřmi stádii - senzomotorické, předoperační, stádium konkrétních a konečně formálních operací. Pro pochopení pojmu smrti je nutné, aby jedinec postupně při ontogenetickém vývoji dovedl porozumět klíčovým atributům smrti, které jsou tři - univerzalita, ireverzibilita a nefunkčnost. Další atributy byly výzkumníky nalezeny, avšak vždy dle toho, jak bylo metodologicky postupováno, takže shoda většiny autorů je na zmíněných třech základních attributech (Démuthová, 2010).

Adolescenti volí specifické (pravděpodobně z větší části neuvědomované) zvládací strategie, které jim pomáhají zvládnout pocit vlastní smrtelnosti. Jednou takovou technikou je hra na smrt. Spočívá v rizikovém chování či ve sledování hororových filmů nebo hraní počítačových her s agresivním obsahem. Tímto způsobem mnozí adolescenti vyjadřují určitou svou nadvládu nad bezmocí či zraněním, v uvedených aktivitách zažívají pocity nebezpečí, které ale dokážou přemoci, zvládnout, vyhnout se zranění či samotné smrti. Druhou možnou strategií je strategie distancování se a transcendence. Použitím této strategie se tedy určitým způsobem oddělí od budoucnosti, ve které je čeká nevyhnutelná smrt. A tím, že odvrátí pozornost od smrti ke kupříkladu různým fantaziím a plánům, snižují tak vlastní strach či úzkost ze smrti. Strategií číslo tři je technika utlumování (inhibice) vlastních pocitů (Encyklopedia of death and dying, nedat.)

Při použití této strategie se tedy adolescenti vyhýbají emoční angažovanosti, pokud jde o myšlenky, které se týkají jejich smrtelnosti - jde o vyhýbavé chování z jejich strany (Démuthová, 2010). Výstižným mottem, které je charakteristické racionálnímu přístupu oproštěnému od emocí, je následující věta: „*Mrtvému člověku smrt nahnat strach nemůže*“ (Démuthová, 2010, 23).

Dle Šiklové (2013) je vnímání smrti spojeno především s tím, jaké má daný člověk se smrtí zkušenosti - tedy například jeho vzpomínky na úmrtí prarodičů, sourozenců či příbuzných. Dříve se umíralo převážně v domácím prostředí, dnes se umírá naopak častěji v nemocnicích či hospicích. Dle autorky tedy byla dříve smrt více ochočená, dnes je vyhoštěná (do prostředí různých zdravotnických či sociálních institucí). Pobývání s člověkem, který zanedlouho umře, může pro jeho okolí (blízké lidi i ošetřující personál) přinášet mnohé - zpravidla intenzivní prožívání ztráty, utrpení, ale také urovnání křivd a konfliktů, smíření, poděkování a vyjádření vděčnosti za péči blízkých či za život umírajícího. Být přítomen u úmrtí blízkého může také znamenat určitý impulz k zamyšlení se nad vlastním postojem ke smrti, nad zastávanými hodnotami v životě (co je a není důležité v životě člověka) a jejich případným přehodnocením či kupříkladu nad tím, jak by daný člověk chtěl sám jednou z tohoto světa odejít.

„*Naši konfrontaci se smrtí bude vždy provázet úzkost. Cítím ji i teď při psaní těchto slov; je to cena, kterou platíme za sebeuvědomování*“ (Yalom, 2014, 199). Dle Yaloma (2014) není člověk schopen odstranit vlastní úzkost ze smrti, přestože se o to může pokoušet mnohými způsoby (vírou v Boha, zachováním části naší existence prostřednictvím dětí či riskantními a život ohrožujícími aktivitami).

Yalom (2014) připomíná svého inspirátora Epikura a jeho tři argumenty (smrtelnost duše, dokonalá nicotnost smrti a konečně argument symetrie), pomocí kterých lze alespoň do určité míry úzkost ze smrti redukovat a jsou použitelné i v terapeutické praxi. Smrtelnost duše odkazuje k přesvědčení zmíněného řeckého filozofa, že je smrtelné tělo i duše, tudíž po smrti už jedinec nemá důvod k obavám, neboť pozbude vědomí, protože jeho tělesná i duševní schránka již nebude existovat. Dokonalá nicotnost smrti souvisí též se ztrátou kognitivní funkce, zde konkrétně vnímání. Po smrti již člověk nebude mít čím vnímat, takže lze shrnout, že dokud člověk bude živý, nebude tu logicky smrt a až smrt člověka nastane, nebude už daný člověk smrt mít čím vnímat, tudíž tu bude smrt a zároveň už tu nebude člověk. Argument symetrie spočívá v tom, že smrt člověka vlastně znamená návrat do stejného stavu nebytí, v jakém člověk byl před svým narozením. Proč by se

člověk měl tedy trápit z toho, že jednou nebude, když už se vlastně jednou v tomto stavu nebytí nacházel.

Další náhled na zvládání strachu či úzkosti ze smrti poskytuje následující teorie. Terror management theory (zkratka TMT) je název Teorie zvládání strachu nebo děsu a pochází od antropologa Ernesta Beckera. Tento autor zdůrazňuje, že člověk má neustále tendenci popřít vědomí vlastní konečnosti, vlastní smrti, protože kdyby si plně připustil svou smrtelnost, ochromila by ho poté masivní úzkost a děs. Pomocí kulturních konstruktů neboli přesvědčení (například náboženských), které sdílí mnoho lidí, se lidé brání vědomí své smrti tím, že jejich život má smysl. Pokud tedy lidé přijmou například nabízená náboženská kritéria „správného života“ s jeho pravidly, nebyl jejich život prožit nadarmo. Tímto sdílením náboženských přesvědčení se též stávají součástí širšího celku, kultury, ve které žijí, což jim může společně například s jejich vlastními dětmi či jimi vytvořenými díly (uměleckými, vědeckými) přinést nesmrtelnost, i po smrti tu zůstane po nich „stopa“ v podobě jejich potomků či například vědeckých či jiných knih. Navíc vyznávaná věrouka může danému věřícímu nabízet opravdovou nesmrtelnost kupříkladu jeho duše, zde se ovšem daná představa o nesmrtelnosti (formě existence po smrti) odvíjí od konkrétního náboženství a jeho paradigmat (Kupka, 2014).

2.6 Vztah ke smrti a pohřební rituály v naší republice

Nešporová (2013) se ve svém výzkumu pomocí rozhovorů dotazovala věřících (tedy členů církve či náboženské skupiny, kteří se aktivně účastní života daného sboru či náboženské skupiny) a nevěřících mimo jiné na otázku, jak si vysvětlují rozdílnou délku života, tedy, že někdo umírá v poměrně raném věku (předčasná smrt) a někdo se dožije poměrně vysokého věku. Odpovědi by se daly kategorizovat do dvou množin, které se částečně překrývají - osud a danost, odpovědi respondentů někdy více a někdy méně korelovaly s vyznávanou věroukou daného respondenta. Nevěřící probandi se také povšechně nesnažili formulovat obecně platný princip, který by vysvětloval vztah života a doby úmrtí, tito probandi přistupovali k této problematice individuálně, tedy dle konkrétního případu. Autorka se dále vyslovuje, že souhlasí s tezí, že tabuizace smrti je spíše zapříčiněna jednotlivými lidmi než společnostmi jako celkem. Platnost této teze dokládá pozorováním ze svého sběru dat, při kterém se respondenti častokrát vyhýbali pojmu smrt a nahrazovali ho zájmenem. Dle autorky je to jakýsi důkaz tabuizace smrti, který odkazuje na nevědomou rovinu charakteru výpovědí jednotlivých respondentů

(Nešporová, 2013). Dle našeho názoru je to poměrně spekulativní závěr. Domníváme se, že nahrazování slova smrt něčím jiným nemusí zákonitě vždy být pouze důsledek tabuizace smrti a působení nevědomých intrapsychických mechanismů. Vždyť přece už jen samotný fakt, že daní respondenti o smrti s autorkou mluvili, by tabuizaci smrti u nich alespoň do jisté míry popíralo.

Víra v nějaký druh existence po smrti se přirozeně liší interindividuálně. Lidé mohou věřit například v posmrtný život, nebe, peklo, reinkarnaci či v nadpřirozené působení zesnulých. Jejich postoje jsou ovlivněny i tím, jestli vyznávají náboženské představy. Ve výzkumném souboru autorky se projevila značná vágnost představ o možné posmrtné existenci u nevěřících respondentů. U druhé skupiny věřících osob byla situace jiná a též ovlivněná danou církví či náboženskou skupinou. Římští katolíci věří ve věčný život v Boží přítomnosti, nicméně jistě zajímavým poznatkem bylo to, že výpovědi věřících z této u nás nejpočetnější církve jen částečně byly v souladu s tím, co hlásá oficiální dogmatika Římskokatolické církve. Respondenti z řad Českobratrské církve evangelické měli v něčem totožné postoje jako římsští katolíci, někdy však méně konkrétní. Smrt dle nich záporně neovlivní jejich vztah k Bohu, zdůrazňovali též bytí (ve formě duše člověka) v Boží přítomnosti po smrti. Respondenti, Svědkové Jehovovi, byli přesvědčeni o životě (po smrti) v nové zemi, kde již nebude zlo, utrpení či bolest. V jejich představě budou lidé rozdělení - na jedné straně tu bude Ježíš a jeho 144 000 pomocníků (drtivá většina Bohem vybraných lidí z řad Svědků Jehovových) a na straně druhé tu budou ostatní lidé, kteří zemřeli a opět budou vzkříšeni, ti ovšem budou existovat v zásadě za stejných podmínek jako před tím, než zemřeli. Respondenti z hnutí Hare Krišna vyjadřovali víru v reinkarnaci, kterou mimochodem sdílí mnozí křesťané z různých církví, a návrat ke Krišnovi. Také přiznávají kontakt mezi živými a již zemřelými lidmi, který může někdy negativně ovlivňovat svět živých - například schizofrenie je podle nich způsobena takovýmto neblahým zasahováním zemřelého člověka (Nešporová, 2013).

Ke smrti neodmyslitelně patří pohřbívání a pohřební rituály. Ritualizovaná forma chování v kritických situacích - jako je třeba úmrtí člena rodina - zpravidla napomáhá k co možná nejméně komplikovanému vyrovnání se se ztrátou či obecně s nějakou podstatnou změnou v životě, tímto se přispívá k redukci úzkosti a strachu dotčených lidí z toho, že v nově nastalé situaci neví, co dělat a jak se zachovat (Nešporová, 2013). Dále je třeba zmínit, že se nemusí jednat pouze o méně početný okruh pozůstalých, neboť tyto ritualizované formy chování mohou pomoci i celé společnosti, když čelí jako celek ztrátě nějakého významného člena. Můžeme vzpomenout například na státní pohřeb Václava

Havla v roce 2011, který vysílala v přímém přenosu Česká televize. Mnoho spoluobčanů se tehdy shromáždilo na různých místech po celé republice, spontánně tvořili pietní místa se svíčkami a s fotografiemi zesnulého bývalého prezidenta.

Náplň a podoba pohřebních rituálů je zřejmá, byť různě variabilní například dle náboženské afiliace pozůstalých. Dále jsou pozůstalým nabízeny služby ohledně pohřbu prostřednictvím konkrétní pohřební služby. Samotné pohřbívání učinilo v průběhu dějin svůj vývoj, vedle možnosti pohřbení těla do hrobu vznikla na začátku 20. století v našem prostředí možnost kremace neboli pohřbu žehem, tedy zpopelnění těla a uložení do urny, což je dnes nejčastější způsob pohřbení v naší republice. Pohřební obřady se liší mezi církvemi. Uveďme zde v naší republice dvě nejpočetnější církve. Římskokatolická církev ve svých rituálech vychází z duality duše a těla, katolíci akcentují duši, protože pouze duše se později dočká dalšího života, význam tělesné schránky člověka končí smrtí. Katolický pohřeb má tedy za cíl umožnit důstojné rozloučení se zemřelým a také je to důležitá příležitost vyjádřit výprosné modlitby za duši zemřelého a její další existenci (Nešporová, 2013).

Druhá nejpočetnější církev, Českobratrská církev evangelická, vychází z jiného pojetí spásy duše člověka, takže její pohřební obřad se od katolického liší. Protože evangelíci nevěří v očistec a v možnost živých nějakým způsobem pomoci zemřelým, ústředním bodem a smyslem pohřebního shromáždění a rozloučení se zesnulým v této církvi je vyznání víry ve vzkříšení, že tedy smrtí končí pouze vezdejší existence a že duše věřícího může očekávat život věčný v království nebeském, neboť Ježíš Kristus svou obětí na kříži vzal na sebe lidské viny a tak tímto a svou vírou v něj jsou spaseni (nejen) věřící, respektive všichni lidé mají možnost přijmout pozvání víry a věřit ve spasení, které Bůh nabízí všem lidem (Gruber, 2004).

Nyní si ve stručnosti popíšeme sekulární pohřební obřady, kterých je ve srovnání s náboženskými (církvními) obřady v naší zemi mnohem více a jsou nejčastější formou rozloučení se zemřelým. Vznikaly v souvislosti se zavedením možnosti kremace (Nešporová, 2013). Nynější podoba sekulárních pohřebních obřadů je dle Nešporové (2013) poměrně uniformní. Pokud se tedy nejedná o pohřeb bez obřadu či pohřeb konaný jako neveřejné rozloučení blízkých zesnulého, lze podobu sekulárních pohřbů stručně popsat následovně. Lidé se sejdou ve veřejné obřadní síni, nejbližší pozůstalí mají někde možnost vstoupit do obřadní síně jiným vchodem než ostatní zúčastnění a též být v oddělené čekací místnosti a ještě před započnutím obřadu mohou naposledy vidět tělo zemřelého v rakvi. Samotný pohřební obřad trvá kolem 20 minut, v jeho průběhu uslyší

zúčastnění reprodukovanou či živou hudbu, poté je pronesen kratší proslov řečníkem, poté může ještě zaznít hudba a obřad končí, rakev se zemřelým je poté skryta z dohledu zúčastněných. Poté je prostor pro případné kondolence rodině a nejbližším zemřelého. Přirozeně je i zde značná variabilita, průběh takového obřadu může sestávat pouze z poslechu několika skladeb a vyřčení jména zesnulého a poděkování zúčastněným za účast a tichou vzpomínku na zesnulého.

Česká společnost vykazuje ve vztahu ke smrti značnou specifitu, na kterou mělo dle sociologického pohledu vliv toto: sekularizace, komunistický režim, rozvoj medicíny, rozvoj a profesionalizace pohřební praxe a tak dále. V roce 2008 téměř 70 procent obyvatel České republiky nevěřilo v žádný druh existence po smrti (Nešporová, 2013).

3 Metody měření postojů ke smrti

V této kapitole se stručně zmíníme o psychologických metodách, kterými lze zjišťovat postoje ke smrti či případně též k umírání. Neboť těchto nástrojů není malé množství, zmíníme zde pouze vybrané a poměrně značně používané metody. Nejvíce pozornosti zaměříme na Revidovaný profil postoje ke smrti, který jsme využili pro sběr dat k této diplomové práci.

K měření úzkosti ze smrti jsou především využívány metody dotazníkové, pomocí nichž můžeme uskutečnit korelační studii, která využívá průřezový design. Bylo by však smysluplné realizovat i longitudinální studie nebo též experimentální design. Například by bylo k experimentálnímu zkoumání možné využít Teorii zvládání strachu (Terror management theory), konstrukt sebehodnocení (self-esteem) by mohl jako nezávislá proměnná být experimentálně manipulován a bylo by možné zkoumat jeho (kauzální) vliv na postoj úzkosti ze smrti. Mohla by se (alespoň do jisté míry) získat data o kauzalitě, pokud by samozřejmě byly dodrženy podmínky pro kauzalitu (manipulace s nezávisle proměnnou, kontrola nad experimentální situací a nežádoucími proměnnými a dále znáhodňování) (Neimeyer, 1994).

Nyní popíšeme několik dotazníkových metod, které zjišťují postoje ke smrti. Některé metody byly vytvořeny na základě teorie, která předpokládá jednodimenzionalitu postoje ke smrti, jiné metody počítají s více než jednou dimenzí daného postoje. Tyto multidimenzionální metody tedy dovedou zachytit více typů postojů ke smrti u daného člověka, dokážou tedy například zjistit, do jaké míry jedinec zastává postoj strachu ze smrti a zároveň třeba postoj vyhýbání se smrti (Neimeyer, 1994).

3.1 Revidovaná škála úzkosti ze smrti

Revidovaná škála úzkosti ze smrti (Revised death anxiety scale, zkratka RDAS) od autorů Jamese Thorsona a F. C. Powella je revidovanou verzí původní Templerovy škály úzkosti ze smrti. Metoda RDAS má 25 položek (17 formulováno pozitivně a 8 negativně), jde o inventář, kde proband volí svůj souhlas (nesouhlas) s daným výrokiem pomocí pětistupňové škály Likertova typu. Z provedené faktorové analýzy je patrná struktura tohoto inventáře, kterou tvoří sedm faktorů, jmenujme například strach z bolesti související se smrtí, strach z bezmocnosti a ztráty kontroly, starosti týkající se posmrtného života a tak dále. Je zajímavé, že jednotlivé faktory se týkají převážně strachu, nicméně název metody odkazuje k pojmu úzkost, který není se strachem totožný (Neimeyer, 1994).

3.2 Collet-Lesterova škála strachu ze smrti

Collet-Lesterova škála strachu ze smrti (Collet-Lester fear of death scale) byla zkonstruována v roce 1969 a sestává ze čtyř subškál - strach z vlastní smrti, strach ze smrti ostatních, strach z vlastního umírání a konečně i strach z umírání ostatních. Bylo provedeno mnoho studií, které zkoumaly vztahy k různým konstruktům a lze prohlásit, že se mimo jiné projevila pozitivní korelace mezi strachem ze smrti (i umírání) a úzkostností a obecně psychickými poruchami. Z důvodu určitých nedostatků byla tato škála revidována a nese název Collet-Lester fear of death and dying scale, má stále čtyři subškály, každou o osmi položkách, hodnota vnitřní konzistence (koeficient Cronbachovo alfa) pro subškály nabývá hodnot od 0,72 do 0,91. Z provedených psychometrických analýz je zřejmé, že tato metoda má dostatečnou reliabilitu, validitu a lze ji výzkumně používat (Neimeyer, 1994).

3.3 Multidimenzionální škála strachu ze smrti

V roce 1979 zveřejnil Hoelter svou metodu s názvem Multidimenzionální škála strachu ze smrti. Tato škála má 42 položek, které jsou organizovány do osmi subškál - strach z umírání, strach z mrtvých, strach ze zničení vlastního těla či strach z neznámého (strach z neexistence). Jednotlivé subškály obsahují čtyři, pět nebo šest položek. Význam této škály spočívá mimo jiné v tom, že není unidimenzionální. Měří tedy více aspektů daného postoje a tím získává potenciál odstranit mnohé nejasnosti ohledně možné struktury postoje strachu ze smrti (Neimeyer, 1994).

3.4 Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R)

Další metoda, která je multidimenzionální a která byla využita při sběru dat k této diplomové práci, nese název Revidovaný profil postoje ke smrti (Death attitude profile-revised, zkratka DAP-R), jejími autory jsou Paul T. P. Wong, Gary Reker a Gina Gesser. Na tuto metodu se proto zaměříme poněkud podrobněji. Tento inventář obsahuje pět subškál - Strach ze smrti (7 položek), Vyhýbavý postoj ke smrti (5 položek), Neutrální přijetí smrti (5 položek), Vstřícné přijetí smrti (10 položek) a Únikové přijetí smrti (5 položek), celkem tedy 32 položek. Proband vyjadřuje svůj souhlas či nesouhlas na sedmistupňové škále Likertova typu. Subškála Strach ze smrti zjišťuje negativní myšlenky a pocity ohledně strachu ze smrti (například položka „*Mám intenzivní strach ze smrti.*“). Subškála Vyhýbavý postoj ke smrti obsahuje položky, které vyjadřují tendenci jedince vyhýbat se myšlenkám nebo hovoru na téma smrt, protože toto téma u jedince provokuje

úzkost (například „*Snazím se nemít nic společného s tématem smrti.*“). Třetí dimenze této metody se zabývá postojem neutrálního přijetí smrti, smrt je tedy přirozená součást života, kterou jedinec s tímto postojem nevíta, ale také se jí zároveň nebojí (například „*Smrt je jednoduše součástí procesu života.*“). Čtvrtá dimenze vstřícné přijetí smrti přináší pozitivní pohled na smrt jako na bránu nebo přechod do šťastného života po smrti (například „*Vidím smrt jako přechod na věčné a požehnané místo.*“). Pátá a poslední subškála je zacílena na postoj únikového přijetí smrti, smrt je tedy vnímána pozitivně, protože jedinci umožní ukončení vezdejšího utrpení a přechod do příznivější existence (například „*Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení.*“) (Neimeyer, 1994).

Tato metoda má původ ve škále DAP (Death attitude profile), která obsahovala pouze čtyři dimenze - strach ze smrti a umírání, vstřícné přijetí, únikové přijetí a neutrální přijetí smrti. Tato původní metoda měla 21 položek a scházela jí subškála Vyhýbavý postoj ke smrti, která byla posléze do škály DAP-R zařazena, aby proband, který má negativní postoj vůči smrti, ho mohl náležitě vyjádřit. Negativní postoj vůči smrti má tedy dvě podmnožiny - strach ze smrti a vyhýbavý postoj ke smrti, pokud by daná subškála chyběla, byla by získaná data zkreslena, neboť v jedné množině by byli lidé s postojem strachu ze smrti i lidé, kteří se tomuto tématu vyhýbají. Pozitivní postoj ke smrti je vyjádřen v metodě DAP-R subškálami Vstřícné přijetí smrti a Únikové přijetí smrti. Poté je tu zbývající subškála Neutrální přijetí smrti, která přirozeně nespadá ani do pozitivního a ani do negativního vymezení se k smrti (Neimeyer, 1994).

Revidovaný profil postoje ke smrti je unikátní v tom smyslu, že zachycuje nejen postoj strachu ze smrti, negativní postoj, ale také mimo jiné pozitivní postoj ke smrti, jako je například postoj vstřícného přijetí smrti. Zachycuje tedy poměrně širokou škálu postojů, které může jedinec ke smrti zaujímat. Tento inventář je použitelný nejen z hlediska výzkumu, ale též v praxi. Například o jeho koncepci bylo již v minulém století vyučováno na některých středních zdravotnických školách ve Spojených státech amerických (Neimeyer, 1994).

Z hlediska existencialismu je patrné, že člověk může zastávat na první pohled dva rozdílné postoje ke smrti - například strach ze smrti a zároveň vstřícný postoj ke smrti, ani jednomu z těchto postojů nelze izolovaně plně porozumět, aniž bychom dostatečně neprozkoumali i postoj druhý. Člověk, který je se smrtí smířen, respektuje konečnost tohoto života a nachází v bytí zde smysl, nemusí nutně být oproštěn od toho, že se smrti, odloučení od svých blízkých obává, stejně jako se může obávat i možného nedosažení cílů, které si vytyčil (Neimeyer, 1994).

Českou verzi metody DAP-R jsme se svolením autorky převzali od Machů (2012), která provedla pečlivý překlad a též realizovala pilotní studii, nebyly zjištěny žádné problémy jak z hlediska administrace, tak z pohledu psychometrických ukazatelů.

Na závěr této podkapitoly i celé třetí kapitoly lze ještě dodat, že kromě výše stručně popsaných metod existují samozřejmě i další škály na měření postojů ke smrti - uveďme pro příklad v originálních názvech tyto: The death perspective scale, The death beliefs questionnaire či The arabic scale of death anxiety (James & Wells, 2002; Abdel-Khalek, 2005).

4 Výzkumy postojů ke smrti

V této poslední kapitole se budeme zabývat z hlediska naší diplomové práce relevantními tuzemskými i zahraničními psychologickými výzkumy postojů ke smrti u klinické i neklinické populace. Níže zmíněné poznatky jsme zužitkovali například při volbě výzkumných metod, využili jsme je také při sestavování nestandardizovaného strukturovaného dotazníku a samozřejmě jsme z nich čerpali při tvorbě výzkumných hypotéz.

4.1 Úvodní informace k výzkumům postojů ke smrti

Obecně je na úvod zapotřebí odlišit postoj ke smrti a postoj k umírání. Co se týká umírání a strachu z umírání, lidé mohou mít strach z nedůstojného průběhu jejich umírání, z nesoběstačnosti, bolesti, z finanční zátěže pro jejich blízké, kteří o ně pečují. Lidé dále mohou prožívat strach z opuštěnosti, pokud budou umírat v nemocnici (Šiklová, 2013).

Téma postojů ke smrti se v psychologii začalo zkoumat v polovině 20. století, zájem o tuto problematiku postupně narůstal, mimo jiné v souvislosti s tématy jako je potrat, AIDS, eutanázie, abúzus drog či násilí. Obor thanatologie sehrál též podstatnou roli (Feifel, 1990).

Conte, Weiner a Plutchik (1982) již před více než 30 lety vybízí ostatní výzkumníky k zaměření se na exploraci možné souvislosti mezi postoji ke smrti a somatickými či emocionálními potížemi. Jako určitou odpověď na jejich výzvu můžeme uvést následující práci. Kisvetrová a Králová (2014) poskytly ve své studii souhrn faktorů, které mají vliv na úzkost ze smrti. Uvádějí tedy tyto proměnné - život ohrožující nemoc (například onkologické onemocnění, chronické srdeční selhání, epilepsie, roztroušená skleróza, AIDS), prostředí, spiritualita (nebo též religiozita jakožto institucionalizovaná forma spirituality), věk, životní zkušenost, kulturní norma, sociální opora a konečně gender. Není překvapivé, že vztah těchto faktorů a úzkosti ze smrti není jednoznačný a je dále různými proměnnými různě modulován. Autorky studie uvádějí termín úzkost ze smrti, domníváme se ovšem, že se spíše jedná o postoj strachu ze smrti, byť terminologie nehovoří jednoznačně a různí autoři se svými pojetími ohledně strachu a úzkosti ze smrti zcela neshodují. Praktický přínos této studie autorky spatřují v tom, že tyto informace mohou pozitivně formovat přístup zdravotnického personálu (nejen lékařů) k pacientům, kteří trpí závažnou chorobou a téma postoje ke smrti je u nich aktuální a podstatné.

Tématem postojů ke smrti se též zabývalo množství diplomových prací. Jen na Univerzitě Palackého v Olomouci vznikly například tyto práce, které se zabývaly postoji ke smrti v souvislosti: s posttraumatickým rozvojem u onkologických pacientů (Buzková, 2015), s prožívanou životní smysluplností (Hanáková, 2014), se spiritualitou (Pavelková, 2014; Machů, 2016), s vnímáním časové perspektivy (Cholevová, 2013) či s osobností u extrémních sportovců (Kupčák, 2014). V souvislosti s jinými konstrukty a fenomény byly postoje ke smrti zkoumány i v ostatních diplomových pracích (Machů, 2012; Stryalová, 2014; Irová, 2015; Beranová, 2013; Vránová, 2013).

Dále se například Lehto a Stein (2009) zaměřili na kvalitativní analýzu konceptu strachu či úzkosti ze smrti, respektive relevantní literatury z let 1980 až 2007. Analýza přinesla tato zjištění - bylo identifikováno šest atributů strachu či úzkosti ze smrti (emoční, kognitivní, zkušenostní, vývojový, sociokulturní a konečně motivační). Zvýšená hladina strachu ze smrti může být následek například stresového prostředí či vnějších neblahých podmínek ve smyslu například válečného konfliktu, hladinu strachu ze smrti může různým způsobem modulovat dále třeba diagnóza život ohrožující nemoci nebo též osobní zkušenosti a zážitky se smrtí a umíráním. Autoři výzkumu popisují, že strach ze smrti je třeba reflektovat u lidí například s depresivní poruchou či s poruchou příjmu potravy, neboť někdy dané symptomy mohou zakrývat pacientův strach ze smrti či s ním silně souviset.

Neimeyer, Wittkowski a Moser (2004) dodávají, že v historii i nedávno byl zkoumán vztah mezi zdravotními problémy (psychické i somatické) a strachem ze smrti. Je podstatné zmínit, že samotná nemoc sice může zvýšit míru strachu ze smrti, ale na tomto zvýšení se dále velmi podílí interpersonální faktory (například přítomnost či nepřítomnost sociální opory společně s její kvalitou) i osobnostní faktory (například religiozita, spiritualita). Postupem času se výzkum postojů ke smrti v souvislosti s psychopatologií posunul ke zkoumání specifických symptomů, mnoho studií prokázalo pozitivní korelace deprese a anxiety s mírou strachu ze smrti. Iverach, Menzies a Menzies (2014) uzavírají (ve špičkovém psychologickém periodiku *Clinical psychology review*), že strach ze smrti se dle výzkumů jeví jako podstatné téma, jak teoreticky, tak i klinicky. Strach či úzkost ze smrti je velmi silně spojen s mnohými psychickými poruchami, například s hypochondrickou, obsedantně-kompulzivní či panickou poruchou, ale též s depresivní poruchou či s posttraumatickou stresovou poruchou. Autoři studie zdůrazňují, že pokud budeme brát v potaz zkoumaný transdiagnostický konstrukt strachu či úzkosti ze smrti, můžeme v praxi zlepšit terapii daných psychických poruch.

Neimeyer et al. (2004) formulují doporučení provádět výzkum postojů ke smrti pomocí multidimenzionálních metod. Takovou metodou je například inventář DAP-R, který jsme použili pro potřeby této diplomové práce. Mnoho provedených psychologických výzkumů se však bohužel zaměřuje jen pouze na postoj strachu ze smrti a například religiozity, zdraví či dalších konstruktů, ostatní postoje ke smrti tak opomíjí. Z níže popsaných relevantních výzkumů v následujících podkapitolách bude tento trend poměrně zřejmý.

4.2 Postoje ke smrti s důrazem na roli věku a pohlaví

Výzkumníci zkoumali souvislost věku a postojů ke smrti. Je patrný trend nižšího strachu ze smrti a vyšší míry přijetí smrti u starších osob na rozdíl od osob ve středním nebo mladém dospělém věku. Vysvětlení tohoto jevu jsou pochopitelně různá, existenciální pohled nabízí vysvětlení, že jedinec například v seniorském věku cítí, že svůj úkol či poslání zde již vykonal a tak blížící se smrt bere jako přirozené vyústění života. Také se zkoumal vliv pohlaví. Většina výzkumníků zjistila vyšší míru strachu ze smrti u žen ve srovnání s muži. Zkoumání tohoto vztahu však závisí na volbě výzkumné metody, je rozdíl, zda je výzkum proveden unidimenzionální nebo multidimenzionální metodou (Neimeyer, 1994).

Rasmussen a Brems (1996) ve svém výzkumu na 194 probandech došli k závěru o negativní korelaci mezi věkem a strachem ze smrti, nicméně proměnná věk vysvětlovala dle provedené regresní analýzy pouze 2 procenta rozptylu závisle proměnné strach ze smrti. Dále Thorson a Powell (1988) na výzkumném souboru 599 dospělých probandů zjistili, že ženy vykazují vyšší míru strachu ze smrti než muži a že starší lidé mají nižší míru strachu ze smrti oproti mladším jedincům. Vyšší míru strachu ze smrti u žen v seniorském věku v institucionální péči prokázal též například Missler et al. (2012). V dalším výzkumu byla zjišťována míra strachu ze smrti v souvislosti s věkem a pohlavím. V článku, který se skládá ze dvou studií, byla použita Collet-Lesterova škála (výzkumný soubor o velikosti 304 probandů) a Templerova škála (výzkumný soubor čítající 113 žen). Data ukázala, že strach ze smrti vrcholí kolem 20. roku věku u mužů i žen a poté klesá, další vrchol strachu ze smrti je ovšem též mezi 50. a 60. rokem, ale to už pouze u žen, nikoliv u mužů. U žen je tedy patrné specifické bimodální rozdělení (Russac, Gatliff, Reece, & Spottswood, 2007).

Další poznatky přinesla ve své studii Brenda Jackson (2008), která zkoumala vliv (včetně možných interakcí) věku, pohlaví a sebehodnocení na strach ze smrti (pomocí metody RDAS) u skupiny 136 probandů rozdělených do třech věkových kohort. Byl prokázán již z dřívějších výzkumů známý vztah - u starších jedinců byla nižší míra strachu ze smrti oproti jedincům mladším a dále ženy vykazovaly vyšší míru strachu ze smrti než muži. Dále se ukázalo, že se zvyšujícím se sebehodnocením klesá hladina strachu ze smrti. Je podstatné zmínit, že dle této studie mají tři zmíněné proměnné vliv na míru strachu ze smrti, a to samy o sobě, nikoliv ve vzájemné interakci. I tento výzkum s sebou nese omezení, například v tom smyslu, že více než polovinu souboru tvořili pregraduální studenti soukromé křesťanské vysoké školy.

Naopak protikladná zjištění přinesl Swenson (1961), který ve svém výzkumu u výzkumného souboru seniorů nenalezl signifikantní souvislost mezi postojem ke smrti a sociodemografickými proměnnými jako je například věk, pohlaví či velikost místa bydliště. K měření postojů ke smrti autor použil například metodu Check list of death attitudes.

Vzhledem k naší diplomové práci jsou poměrně značně relevantní zjištění Machů (2012), která ve své magisterské diplomové práci zkoumala postoje ke smrti v souvislosti s věkem, pohlavím a náboženským přesvědčením, velikost výběrového souboru činila 330 probandů ve věku od 18 do 88 let, byla použita metoda DAP-R. Zjištění jsou mimo jiné tato: negativní korelace mezi strachem ze smrti a věkem, religiozita (zde křesťané) signifikantně snižuje míru strachu ze smrti, škála vyhýbání se smrti negativně koreluje s pohlavím i s religiozitou. Škála strachu ze smrti nevykázala statisticky signifikantní korelaci s pohlavím, což je v rozporu s tradovaným vztahem, že ženy prožívají větší míru strachu ze smrti než muži. Škála neutrálního přijetí smrti nekorelovala statisticky významně s věkem, pohlavím či religiozitou. Škála vstřícného přijetí smrti ve zmíněném výzkumu pozitivně korelovala s religiozitou, zatímco škála únikového přijetí smrti vykazovala pozitivní souvztažnost jen s věkem. Tato škála navíc pozitivně koreluje se škálou vstřícného přijetí smrti, ačkoliv by se tak z jejich podstaty nemělo logicky stát. Autorce se podařilo zmíněnými nezávislými proměnnými vysvětlit varianci závisle proměnné (daný typ postoje ke smrti) dokonce z 52 procent (což je velmi úctyhodné číslo) u škály přátelského přijetí, u ostatních škál však byla podstatně nižší úspěšnost. Je tedy patrné, že zbývá prostor pro exploraci dalších vysvětlujících proměnných daného postoje ke smrti.

Machů (2016) ve své disertační práci navázala na svou předchozí studii. V této práci provedla výzkum, který se zabýval spiritualitou a postoji ke smrti (s ohledem na strukturu osobnosti a též sociodemografické proměnné jako například věk, pohlaví partnerský vztah, rodičovství), pro svou disertační práci shromáždila data od 300 probandů. Opět byla nalezena negativní souvztažnost mezi strachem ze smrti a religiozitou ($r=-0,21$; $p\leq 0,001$). Dále zjistila autorka pozitivní korelaci mezi strachem ze smrti a neuroticismem. Doktorka Machů došla k závěru na podkladě výzkumu, že nejvíce ovlivňuje postoje ke smrti religiozita, naopak pohlaví a věk nehrají významnou roli.

4.3 Postoje ke smrti s důrazem na roli religiozity

Již před mnoha lety Swenson (1961) ve svém výzkumu u výzkumného souboru seniorů našel signifikantní vztah postoje ke smrti a religiozity. Dále můžeme zmínit, že před 18 lety uveřejnili Fortner a Neimeyer (1999) studii, ve které porovnávali 49 studií, které se zaměřili výhradně u starších dospělých lidí na exploraci vztahu strachu ze smrti a například věku, pohlaví, fyzických či psychických obtíží a také například religiozity. Mimo jiné bylo odhaleno, že u starších jedinců je vyšší míra strachu ze smrti spojena s vyšší mírou fyzických i psychických problémů. Naopak proměnné jako je věk, pohlaví a religiozita nevykazovaly souvislost s mírou strachu ze smrti. Hladina strachu ze smrti u jedinců v posledních dekáдах života se stabilizuje a již neklesá. Autoři výzkumu dále poukazují na rozdílnost korelací mezi strachem ze smrti a religiozitou, pokud se použijí metody na měření religiozity jako takové, nebo škály, kde je zjišťováno religiózní chování i vyznávané religiózní postoje a názory. Výzkumníci vyzdvihují praktický přesah zkoumání strachu ze smrti u starších jedinců, zjištění z těchto výzkumů mohou posléze přispět k aplikaci efektivních postupů, které budou moci zlepšovat kvalitu života například seniorů. Zmínění autoři dále doporučují při výzkumu strachu ze smrti využít experimentální design, který by mohl přinést poznatky o kauzalitě mezi zkoumanými jevy. Tento typ designu využili mimo jiné Bozo, Tunca a Šimšek (2009), kteří provedli experiment zaměřený na souvislost věku a strachu ze smrti s praktikováním zdravého životního stylu.

Se zajímavým příspěvkem přišel Dezutter et al. (2008), který (s kolegy) zjišťoval na výzkumném souboru o velikosti 471 dospělých Belgičanů (80% bylo katolického vyznání) souvislost religiozity a postojů ke smrti, byla využita mimo jiné metoda DAP-R (v této studii ovšem byla tato metoda zbavena subškály Únikového přijetí smrti). K analýze

byla využita hierarchická regresní analýza, kterou se mimo jiné zjistilo následující - religiozita s důrazem na víru v transcendentno a posmrtný život souvisí se vstřícným postojem ke smrti. Pokud však lidé danou věrouku chápou jen doslovně a vyhýbají se různým alternativním (a někdy svým obsahem nejednoznačným) výkladům daných otázek víry, mají vyšší míru strachu ze smrti. Z tohoto výzkumu tedy plyne poučení, že je prospěšné nezjišťovat pouze afilaci k dané církvi, ale také přístup jedince k věroučným otázkám. Tímto se řídili ve svém výzkumu například Pierce, Cohen, Chambers a Meade (2007), kteří na poměrně početném výzkumném souboru (375 probandů, z toho 118 mužů a 257 žen ve věku 13 až 25 let) ověřovali vztah mezi pohlavím, strachem ze smrti a náboženskou motivací. Byla využita Templerova Škála úzkosti ze smrti a Škála náboženské motivace od Allporta a Rosse - informace k této metodě lze nalézt v bakalářské práci Kováře (2015). Ženy v tomto výzkumu vykazovaly vyšší míru strachu ze smrti a též vyšší míru extrinsické náboženské motivace (instrumentální typ motivace). Přínos tohoto výzkumu tedy můžeme také spatřovat z našeho pohledu v použití metody, která zjišťuje motivaci k víře. Také můžeme zmínit, že souvislost mezi religiozitou (intrinsickou a extrinsickou) a postoji ke smrti u křesťanů v porovnání s buddhisty zkoumali Wong, Fung a Jiang (2015) mimo jiné pomocí čínské verze metody DAP-R.

Morris a McAdie (2009) ve svém výzkumu zacílili pozornost na možné rozdíly mezi skupinou křesťanů, muslimů a nenáboženskou skupinou v těchto oblastech: osobnostní rysy, strach ze smrti a pocit životní pohody (well-being). Probandi z křesťanské skupiny vykazovali nižší míru strachu ze smrti v porovnání s dvěma ostatními skupinami. Výhrady k tomuto výzkumu mohou spočívat opět ve výběrovém souboru, který byl tvořen 135 studenty psychologie. Dále strach ze smrti byl zjišťován nikoliv například metodou DAP-R, nýbrž pouze zaškrtnutím jednoho čísla (reprezentujícího míru strachu ze smrti) na osmibodové škále Likertova typu. V dalším výzkumu (Daradkeh & Fouad Moselhy, 2011) bylo 85 ambulantních pacientů (arabských mužů) se syndromem závislosti na drogách podrobena výzkumu, z něhož mimo jiné vyšlo, že míra strachu ze smrti je obecně u této populace vyšší. Míru strachu ze smrti zvyšuje mimo jiné například to, pokud se daný pacient aktivně neúčastní náboženských aktivit (neboli není praktikující věřící). Získané výsledky však přirozeně korespondují s kulturním kontextem, nesmíme opomenout fakt, že data k této studii byla získána v Bahrajnském království.

Poslední výzkum v této oblasti, který zmíníme, je výzkum zaměřený na přezkoumání souvislosti religiozity a postojů ke smrti na specifickém výběrovém souboru 213 adolescentů, vysokoškolských studentů mimo jiné oboru psychologie. Byla použita

například hierarchická regresní analýza společně se shlukovou analýzou, mezi použitými metodami můžeme zmínit inventář DAP-R. Autoři výzkumu dospěli například k tomu, že religiozita jako taková sama o sobě nesnižuje míru strachu ze smrti, ale naopak v kombinaci s poněkud dogmatickým chápáním dané víry míru strachu ze smrti zvyšuje. Limity výzkumu jsou mimo jiné v tom, že například pouze asi 4 procenta z 213 probandů považovala náboženství za velmi důležitou věc. Navíc se výzkumný soubor skládal z vysokoškolských studentů a navíc též ze studentů psychologie, takže možnosti generalizace výsledků na celou populaci adolescentů jsou velmi značně omezené (Dezutter, Luyckx, & Hutsebaut, 2009).

4.4 Postoje ke smrti s důrazem na roli deprese a anxiety

Cicirelli (2009) se ve své studii zaměřil na explorační souvislosti mezi strachem ze smrti (měřeno subškálou Strach ze smrti z metody DAP-R), úmrtím sourozence a depresivní symptomatologií. Vzal v potaz též vliv věku a vzdělání. Autor poukazuje na v literatuře přehlížený vliv smrti sourozence na přeživší sourozence. Zmíněný autor provedl výzkum na 150 lidech (průměrný věk byl něco málo přes 78 let). Získaná data mimo jiné prokázala pozitivní korelaci mezi depresí a strachem ze smrti ($r=0,44$; $p<0,01$), negativní korelaci mezi strachem ze smrti a věkem ($r=-0,15$; $p <0,10$) i vzděláním ($r=-0,31$; $p<0,01$). Vliv úmrtí sourozence se ukázal jako problematický, neboť míru deprese přeživšího sourozence ovlivňuje nejen to, kolik mu již zemřelo sourozenců, ale též to, jak důvěrný s nimi měl vztah či jak umírání daného sourozence vypadalo. V této studii, jako ostatně v mnoha jiných studiích, se zjišťoval pouze postoj ke smrti typu strach ze smrti, plastičtější obraz vztahů mezi uvedenými proměnnými by bývala zajisté podala administrace například celé multidimenzionální metody DAP-R, jak jsme v této práci již naznačovali.

Výzkumné šetření od autorů Lonneto, Mercer, Fleming, Bunting a Clare (1980) se zaměřilo na explorační strachu ze smrti u univerzitních studentů, jejichž celkový počet čítal 570 (315 ze Severního Irsku, 255 studentů z Kanady). Byla administrována Templerova metoda DAS a Taylorova škála manifestní anxiety (zkratka MAS). Korelace mezi celkovým skóre anxiety a strachem ze smrti u probandů ze Severního Irsku a Kanady nabývala těchto hodnot: $r=0,34$, respektive $r=0,31$. V tomto výzkumu měly ženy o něco vyšší hladinu strachu ze smrti v porovnání s muži. Conte et al. (1982) přinesli tuto evidenci z jejich výzkumu. Deprese pozitivně korelovala se strachem ze smrti ($r=0,68$; $p<0,01$) či

s manifestní úzkostí ($r=0,74$; $p<0,01$). Ke zjištění o pozitivní korelaci mezi úzkostí či depresí a strachem ze smrti dospěli i Strömberg a Jaarsma (2008). Dále poměrně rozsáhlá studie (Thiemann, Quince, Benson, Wood, & Barclay, 2015) na výběrovém souboru 790 studentů medicíny také identifikovala hodnoty pozitivní korelace mezi strachem ze smrti a mírou deprese a anxiety. Nikoliv k protikladným výsledkům dospěl i Abdel-Khalek (2005), který zjistil pozitivní souvislost mezi strachem ze smrti a anxietou, souvislost s pohlavím (ženy mají vyšší hladinu strachu ze smrti) byla také prokázána.

Na závěr uvedeme ještě dvě studie. Loo (1984) provedl šetření na 88 pregraduálních studentek a studentů, mimo jiné koreloval úzkostnost jako rys (měřeno Dotazníkem na měření úzkosti a úzkostlivosti) a strach ze smrti a umírání (měřeno Collet-Lesterovou škálou strachu ze smrti a umírání). Zjistil mimo jiné toto: strach z vlastní smrti pozitivně koreluje s neuroticismem ($r=0,29$; $p<0,01$) a též koreluje pozitivně s úzkostností ($r=0,25$; $p<0,05$). U specifického výběrového souboru provedli své zkoumání Hintze, Templer, Cappelletty a Frederick (1993), když u skupiny 94 HIV pozitivních homosexuálních mužů (ve věku 18 až 59 let) prověřovali vztah postojů ke smrti a psychických či somatických poruch. Mezi použitými psychologickými metodami můžeme zmínit například Beckův inventář depresivity pro dospělé, Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti (zkratka STAI) či Škála úzkosti ze smrti od Templera. Autoři výzkumu upozorňují, že získané korelace mají poměrně dost vyšší hodnotu, než bylo v minulých výzkumech běžné. Nyní uvedeme některé hodnoty korelací mezi: strachem ze smrti a úzkostí ($r=0,76$; $p<0,05$), strachem ze smrti a úzkostností ($r=0,76$; $p<0,001$) a strachem ze smrti a depresí ($r=0,73$; $p<0,001$)

4.5 Postoje ke smrti ve vztahu s dalšími fenomény

Bluck, Dirk, Mackay a Hux (2008) realizovali studii, která se zabývala vztahem postojů ke smrti a individuálními zkušenostmi se smrtí a umíráním, také byl zjišťován vliv autobiografických vzpomínek. Na výzkumném souboru 52 probandů (dobrovolníci v hospicovém zařízení, konkrétně 12 mužů a 40 žen) bylo mimo jiné pomocí metody DAP-R zjištěno, že nižší míra strachu ze smrti nebo vyhýbání se smrti souvisí s vyšší mírou zkušeností se smrtí, kterou kupříkladu daní probandi získali po dobu svého působení v hospici. Výzkumníci však upozorňují, že vždy nemusí větší množství osobních zkušeností se smrtí vést k více pozitivním postojům ke smrti u daného jedince, vždy záleží na kontextu i na osobnosti jedince, což jsou podstatné proměnné v tomto vztahu. Limity

této studie spočívají například v absenci zjišťování religiozity, v nevyváženosti souboru z hlediska pohlaví a věku a do jisté míry samozřejmě i v tom, že byly použity sebeposuzovací dotazníkové metody, v nichž může proband odpovídat kupříkladu podle sociální žádoucnosti.

Dále kupříkladu Bodner, Shrira, Bergman a Cohen-Fridel (2015) realizovali svou studii na výběrovém souboru 188 probandů, mimo jiné použili inventář DAP-R. Zjistili například hodnoty korelací mezi strachem ze smrti a psychickým distresem ($r=0,33$; $p<0,001$) nebo mezi strachem ze smrti a dosaženým vzděláním ($r=-0,14$; $p\leq 0,05$). Korelace mezi strachem ze smrti a věkem či pohlavím nebyla v tomto výzkumu signifikantní.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

1 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Smrt je přirozenou součástí a jakýmsi vyústěním života každého člověka. Zkoumat postoje k tomuto fenoménu je tedy zcela legitimní a nejen z psychoterapeutického stanoviska prospěšné. Postoje ke smrti jsou ovlivňovány a utvářeny mnoha proměnnými. V této diplomové práci se výzkumně zaměřujeme na výčet proměnných, které mohou postoje ke smrti výrazně ovlivňovat u našeho specifického výběrového souboru, který je tvořen ambulantními pacienty, kteří vykazují depresivní či úzkostné symptomy.

Cílem této magisterské diplomové práce je tedy u specifického klinického výběrového souboru explorovat postoje ke smrti (dle Revidovaného profilu postoje ke smrti) v souvislosti s proměnnými typu věk, pohlaví, religiozita, zkušenost s péčí o umírajícího, závažné somatické onemocnění, sociální opora, pokus o sebevraždu, vlastní prožitek blížící se smrti, depresivita, úzkost a úzkostnost. Budeme samozřejmě také ověřovat námi zjištěné výsledky s výsledky z dosavadních relevantních psychologických výzkumů, které byly provedeny v naší republice či v zahraničí.

Výsledky našeho výzkumného snažení by se mohly stát užitečnými například z těchto důvodů. Nejprve obecně - touto prací můžeme alespoň částečně přispět k pokusu o destigmatizaci témat, které souvisejí se smrtí, neboť v této práci předkládané informace o dané problematice mohou nejen pouze informovat veřejnost laickou a především odbornou, ale též mohou formovat obecný přístup ke smrti, sebevraždě, umírání a tak dále. Pochopitelně námi získané výsledky bude možné porovnat s jinými výzkumy a možná, že náš výzkum podnítl další badatele ke zkoumání postojů ke smrti u jiné vybrané klinické populace, neboť téma smrti je nosné nejen u afektivních či neurotických poruch.

2 Hypotézy

Na základě vyjádřeného cíle této magisterské diplomové práce, relevantních informací a výsledků z předložených výzkumných studií formulujeme těchto sedm hypotéz.

H1: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem subškály Strach ze smrti a mírou úzkosti u vybraného klinického výzkumného souboru.

H2: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem subškály Strach ze smrti a mírou úzkostnosti u vybraného klinického výzkumného souboru.

H3: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem subškály Strach ze smrti a mírou deprese u vybraného klinického výzkumného souboru.

H4: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem subškály Únikové přijetí smrti a mírou deprese u vybraného klinického výzkumného souboru.

H5: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi pohlavím a skórem subškály Strach ze smrti u vybraného klinického výzkumného souboru.

H6: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi věkem a skórem subškály Strach ze smrti u vybraného klinického výzkumného souboru.

H7: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi religiozitou a skórem subškály Vstřícné přijetí smrti u vybraného klinického výzkumného souboru.

3 Metodologický rámec

Tato kapitola poskytne informace o použité metodice a výzkumné baterii, která byla tvořena nestandardizovaným strukturovaným dotazníkem a třemi inventáři, které zjišťují postoje ke smrti, depresivitu, úzkost a úzkostnost. V této kapitole také popíšeme metodu analýzy a zpracování dat, provedeme explikaci užívaných zkratk v textu. Neopomeneme ani pojednat o etických aspektech námi provedeného výzkumu.

Cílem této magisterské práce bylo prozkoumání postojů ke smrti v souvislosti s psychopatologickými i sociodemografickými proměnnými u vybraného klinického výzkumného souboru ambulantních pacientů klinických psychologů. Pro účely této práce jsme vycházeli z kvantitativního metodologického přístupu, byť některé otázky v nestandardizovaném strukturovaném dotazníku byly otevřené a tyto budeme vyhodnocovat kvalitativně. Takto získané informace však použijeme pouze pro popis výzkumného souboru či při popisu sběru dat. Typ našeho výzkumu lze pojmenovat obecně jako dotazníkové šetření, konkrétně se jedná o korelační studii s využitím regresní analýzy. Metodou pro získání dat logicky byly dotazníky, přesněji řečeno jeden dotazník a tři inventáře.

3.1 Metoda získávání dat

Pro účel sběru dat pro tuto magisterskou diplomovou práci jsme použili nestandardizovaný dotazník, který obsahoval deset otázek na proměnné, které mají s naším tématem souvislost. Po tomto dotazníku v naší výzkumné baterii následoval inventář Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R), Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI) a konečně též Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II). Metody DAP-R i BDI-II byly dostupné v českém jazyce, metoda STAI ale nikoliv, ta byla dostupná pouze ve slovenském originále, který jsme však bez problémů přeložili. Na překladu se podílela klinická psycholožka se znalostí slovenského jazyka, dále jedna rodilá mluvčí ze Slovenské republiky a konečně autor této práce. Z důvodu neproblematicnosti překladu z tohoto češtině příbuzného jazyka jsme nebyli nuceni zvolit metodu tak zvaného zpětného překladu (back translation). Na konci naší výzkumné baterie byl ještě prostor pro vzkazy či komentáře, čehož někteří probandi využili.

3.1.1 Nestandardizovaný strukturovaný dotazník

Probandi v tomto dotazníku, který jsme vytvořili, byli žádáni, aby odpověděli na deset otázek, někde byla možnost vypsát svými slovy odpověď. V tomto dotazníku jsme se ptali na pohlaví, věk, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, religiozitu a spiritualitu, zkušenosti s péčí o umírajícího, dále jsme se tázali na přítomnost závažného somatického onemocnění, sociální oporu, sebevraždu a konečně na vlastní prožitek blížící se smrti. Probandi mohli v některých otázkách odpovědět tak, že například vypsali, v co věří, o jakého umírajícího člověka pečovali, jakými závažnými somatickými chorobami trpí či kolikrát se pokusili o sebevraždu. Věk přirozeně vypisovali číslicí.

3.1.2 Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R)

Wong, Reker a Gesser jsou autory multidimenzionální metody měření postojů ke smrti, kterou pojmenovali Revidovaný profil postojů ke smrti (Death attitude profile-revised, zkráceně DAP-R) (Neimeyer, 1994). Českou verzi této metody jsme se svolením převzali od Machů (2012), která ji přeložila do českého jazyka a poskytla též psychometrické ukazatele tohoto nástroje.

Tento inventář se skládá z pěti subškál, dohromady je tato metoda tvořena 32 položkami, na které proband odpovídá (od „*zcela souhlasím*“ po „*zcela nesouhlasím*“) pomocí sedmistupňové škály Likertova typu, kde zcela nesouhlasná odpověď dostane 1 bod a odpověď zcela souhlasná dostane naopak bodů 7. Čím vyšší je tedy celkový součet bodů za danou subškálu (hrubý skór subškály), tím více se daný proband ztotožňuje s postojem, který daná subškála reprezentuje. Subškály nesou tyto názvy: Strach ze smrti, Vyhýbavý postoj ke smrti, Neutrální přijetí smrti, Vstřícné přijetí smrti, Únikové přijetí smrti. Jednotlivé vyjmenované subškály obsahují tento počet položek: 7, 5, 5, 10 a 5 (Neimeyer, 1994).

Subškála Strach ze smrti je zaměřena na negativní myšlenky a pocity ohledně strachu ze smrti (například položka „*Mám intenzivní strach ze smrti.*“). Subškála Vyhýbavý postoj ke smrti obsahuje položky, které vyjadřují tendenci jedince vyhýbat se myšlenkám nebo hovoru na téma smrt, protože toto téma u jedince provokuje úzkost (například „*Snažím se nemít nic společného s tématem smrti.*“). Třetí dimenze této metody se zabývá postojem neutrálního přijetí smrti, smrt je tedy přirozená součást života, kterou jedinec s tímto postojem nevíta, ale také se jí zároveň nebojí (například „*Smrt je jednoduše součástí procesu života.*“). Čtvrtá dimenze vstřícné přijetí smrti přináší pozitivní pohled na

smrt jako na bránu nebo přechod do šťastného života po smrti (například „*Vidím smrt jako přechod na věčné a požehnané místo.*“). Pátá a poslední subškála je zacílena na postoj únikového přijetí smrti, smrt je tedy vnímána pozitivně, protože jedinci umožní ukončení vezdejšího utrpení a přechod do příznivější existence (například „*Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení.*“) (Neimeyer, 1994).

Negativní postoj vůči smrti má dvě podmnožiny a lze jej tedy prostřednictvím této metody vyjádřit v subškálách Strach ze smrti a Vyhýbavý postoj ke smrti. Pozitivní postoj ke smrti je vyjádřen v metodě DAP-R subškálami Vstřícné přijetí smrti a Únikové přijetí smrti. Poté je tu zbývající subškála Neutrální přijetí smrti, která přirozeně nespadá ani do pozitivního a ani do negativního vymezení se k smrti (Neimeyer, 1994).

Revidovaný profil postoje ke smrti je unikátní v tom smyslu, že zachycuje poměrně širokou škálu postojů, které může jedinec ke smrti zaujímat. Tento inventář je použitelný nejen z hlediska výzkumu, ale též v praxi. Je dále patrné, že člověk může zastávat na první pohled dva rozdílné postoje ke smrti - například strach ze smrti a zároveň vstřícný postoj ke smrti, ani jednomu z těchto postojů nelze izolovaně plně porozumět, aniž bychom dostatečně neprozkoumali i postoj druhý (Neimeyer, 1994). Z tohoto zjištění též plyne logická hypotéza o existenci různě silné či slabé interkorelaci mezi danými pěti subškálami.

3.1.3 Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI)

Dotazník STAI vznikl z třech metod, které měří anxieta. Po psychometrické analýze a redukci položek byla zkonstruována dosavadní podoba metody STAI, která obsahuje dvě škály, každá čítá 20 položek. Tato metoda vychází z teoretické psychologické koncepce úzkosti od C. D. Spielbergera, který ve své duální koncepci diferencoval mezi úzkostí (úzkost jako aktuální či dočasný stav jedince) a úzkostností (vlastnost, relativně neměnná predispozice daného jedince). Dle zmíněného autora je nutné zaměřit pozornost na vnější a vnitřní stimuly, které mohou podněcovat stavy úzkosti, dále pak na poznávací procesy i na obranné mechanismy ega, které často svým působením míru úzkosti velmi snižují. I tato Spielbergerova teorie úzkosti má své limity, které lze spatřovat kupříkladu v tom, že je silně psychoanalytická, takže vliv rodiny a raného dětství je upřednostňován před ostatními vlivy (například sociální prostředí jedince). V této koncepci se též předpokládá lineární vztah míry úzkosti a míry možného ohrožení, není brána v potaz tedy interindividuální variabilita osobnosti, která míru prožívané úzkosti moduluje (Ruisel,

1980). Kritický názor přinášejí i Heretik, Ritomský, Novotný, Heretik a Pečeňák (2009), kteří kritizují původní poměrně zastaralé normy k STAI X-2 a nabízí normy ze svého výzkumu, normy pro muže jsou získány na souboru o velikosti 591 probandů, pro ženy jsou normy stanoveny dle souboru 626 účastnic výzkumu. Výzkumníci vyjadřují kritické poznámky k této metodě. Některé položky kupříkladu spíše souvisí s konceptem well-being než s úzkostností. Dále je tu výhrada ohledně faktorové struktury metody STAI, respektive jednodimenzionálnosti konceptu úzkostnosti. Autoři výzkumu se pokoušeli nalézt vícefaktorovou strukturu, nicméně nakonec se přiklání k jednodimenzionálnosti daného konceptu mimo jiné proto, že sice určité studie naznačují vícefaktorovost, jejich výsledky jsou ovšem rozdílné do té míry, že nelze na těchto výsledcích navrhnout nový model úzkostnosti, který by byl konzistentnější nebo více vysvětlující.

I přes tyto výhrady však lze zajisté tuto psychodiagnostickou metodu používat ve výzkumu i například v klinické psychologické praxi pro poznávání prožívání člověka (Ruisel, 1980). S tímto souhlasí například Heretik et al. (2009), kteří se ve svém výzkumu zaměřili na Dotazník na měření úzkosti a úzkostnosti (zkratka STAI), tedy na metodu velmi pravděpodobně nejvíce užívanou v praxi i výzkumu k exploraci úzkosti a úzkostnosti. Přesněji řečeno, autoři se na základě použití poloviny dotazníku (X-2, úzkostnost) u slovenského výzkumného souboru (dospělí probandi) zaměřili na psychometrickou analýzu. Zjistili mimo jiné rozdíly ve skórech mužů a žen, hodnota reliability typu vnitřní konzistence (standardizovaný Cronbachův koeficient alfa) byla u mužů rovna 0,85 a u žen rovna 0,88, což lze považovat za velmi dobré hodnoty.

Metoda STAI, jejímž hlavním autorem je C. D. Spielberger (spoluautory jsou Gorsuch a Lushene) sestává ze dvou škál, STAI X-1 měří úzkost a STAI X-2 úzkostnost. Obě škály mají 20 položek. Nejdříve ke škále STAI X-1. Tato škála měří aktuální stav úzkosti neboli pocity napětí, tenze, obav či strachu, které jedinec subjektivně prožívá v určité intenzitě. Škála STAI X-2 zjišťuje úzkostlivost neboli tendenci jedince reagovat na podněty anxiózním způsobem. Doba vyplňování celého inventáře (40 položek) zpravidla nepřesáhne 10 minut. V první škále odpovídá jedinec na 20 výroků (například „*Jsem napjatý.*“ nebo „*Jsem nervózní.*“), které se vždy vztahují k této otázce: „*Jak se cítíte právě teď?*“. Ve druhé škále otázka zní takto: „*Jak se cítíte většinou?*“ a vztahuje se k výrokům, jako jsou například tyto: „*Málo si důvěřuji.*“ nebo „*Cítím se odpočinitý a svěží.*“ Proband odpovídá na čtyřstupňové škále Likertova typu. U škály X-1 znamená číslice 1 slovní odpověď „*vůbec ne*“ a naopak číslice 4 znamená „*velmi*“. Pokud jedinec zaškrtně dvojku, souhlasí s daným výrokem „*jen trochu*“, pokud označí trojku, „*značně*“ s daným výrokem

souhlasí. Ve škále X-2 číslice jedna až čtyři reprezentují toto: „*téměř nikdy; někdy; často; téměř vždy*“. Některé výroky je třeba inverzně skórovat, ve škále X-1 jde o 10 položek, ve škále X-2 se jedná o 7 položek. Proband získá dvě celá čísla. U každé škály tak může dosáhnout hrubého skóru od 20 do 80 bodů. Platí jednoduché pravidlo, že čím je číslo vyšší, tím vyšší je úzkost (dle škály X-1) nebo případně úzkostnost (dle škály X-2). Dosažené výsledky lze s pomocí manuálu k této metodě porovnat například s průměrnými hodnotami u jednotlivých položek pro muže a pro ženy, dále jsou k dispozici stenové a percentilové normy (Ruisel, 1980).

3.1.4 Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II)

Autorem tohoto velmi známého a bez zveličování řečeno i masivně používaného nástroje je Aaron Beck, který první verzi této škály vytvořil již v roce 1961. BDI-II je nejnovější verze Beckova inventáře, který je dostupný v naší republice. Jedná se o screeningovou zkoušku, kterou lze u lidí ve věku nad 13 let využít jak v klinické psychologické praxi, tak například ve výzkumu nebo i v posudkové praxi. K určení diagnózy depresivní poruchy však tato metoda přirozeně nepostačuje, je třeba tento inventář použít současně s klinickými metodami a například též s vybranými projektivními technikami. Tato metoda pomáhá tedy při diagnostice hloubky deprese. Je nutné dodat, že tato metoda měří aktuální stav (přesněji řečeno stav za posledních 14 dnů), nezjišťuje však depresivitu jako osobnostní rys. Tento diagnostický nástroj se skládá z 21 položek či okruhů, které odpovídají afektivním, kognitivním, motivačním a fyziologickým symptomům, které jsou pro depresi charakteristické. Proband tedy odpovídá na otázky, které se týkají například smutku, pesimismu, pocitů viny, sebevražedných myšlenek nebo přání, pláčivosti, nerozhodnosti, změn spánku, koncentrace, únavy či ztráty zájmu o sex (Preiss & Vacíř, 1999).

Administrace tohoto inventáře trvá běžně do 10 minut. Každá položka se hodnotí pomocí čtyřstupňové škály Likertova typu od 0 do 4. Maximální hrubý skór je 63 bodů. Manuál k této metodě poskytuje různá vodítka pro vyhodnocení hloubky deprese. Vodítka, která jsou použitelná v našem prostředí, respektive v české klinicko-psychologické praxi, jsou tato (dle součtu hrubého skóru): 0-13 bodů značí minimální hloubku deprese, respektive stav bez projevů depresivity, 14-19 bodů odpovídá mírné depresi, střední hloubce deprese odpovídá rozmezí 20-28 bodů a 29-63 bodů indikuje těžkou depresi. Z hlediska rizika suicidiálního pokusu je potřebné se soustředit na odpověď v položce číslo

9 (sebevražedné myšlenky nebo přání) a současně na odpověď v druhé položce (pesimismus) (Preiss & Vacíř, 1999). Faktorovou analýzou byly zjištěny dva faktory tohoto inventáře - somaticko-afektivní (celkem 12 položek) a kognitivní (celkem 9 položek) (Beck, 1996, in Preiss & Vacíř, 1999).

3.2 Metoda analýzy a zpracování dat

Rámec našemu výzkumu poskytuje kvantitativní metodologie, se získanými daty jsme pracovali dle zásad kvantitativního přístupu. Musíme ovšem dodat, že zpracování odpovědí na otevřené otázky v našem strukturovaném nestandardizovaném dotazníku jsme vesměs provedli kvalitativním způsobem. Nicméně tyto informace mají pouze doplňující charakter k našemu výzkumu a určitým způsobem dotváří celkový výstup z něj. Postoje ke smrti a další vybrané sledované proměnné jsme kvantifikovali pomocí dotazníkového šetření, po ukončení sběru dat byly provedeny postupy deskriptivní i konfirmační statistiky a byly získány výsledky výzkumu. Protože jsme použili nestandardizovanou metodu Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R), rozhodli jsme se jeho reliabilitu (respektive vnitřní konzistenci) ověřit pomocí výpočtu Cronbachova koeficientu alfa. Námi formulované výzkumné hypotézy jsme ověřovali pomocí získání hodnot Pearsonova korelačního koeficientu a bodově biseriálního korelačního koeficientu společně se Studentovým dvouvýběrovým t-testem významnosti korelačního koeficientu. Z důvodu použití vícenásobné lineární regresní analýzy jsme dále získali informace o normalitě reziduí, homoskedasticitě či multikolinearitě. Z analýzy nevyplývaly žádné informace, na základě kterých bychom museli od aplikace regresní analýzy ustoupit.

Sesbíraná data jsme statisticky zpracovali v programu STATISTICA 12 CZ, k vyhodnocení dat jsme též využili programu Microsoft Office Excel 2007. Přestože jsme prosili probandy, aby vyplnili pokud možno všechny položky naší výzkumné baterie, některé položky zůstaly nevyplněny. Bylo tedy nutné se rozhodnout, jak budeme pracovat s absentujícími hodnotami. Existuje několik možností imputace neboli doplňování chybějících hodnot. My jsme se rozhodli pro metodu doplnění chybějící hodnoty řádkovým průměrem, danou hodnotu nevyplněné položky jsme tedy získali tak, že jsme ji nahradili průměrnou hodnotou odpovědí daného probanda na ostatní položky v dané subskále. Tento postup jsme prováděli pouze tehdy, pokud počet nezodpovězených položek nepřesáhl 20 procent z celkového počtu položek. V naprosté většině případů byla

jen jedna (maximálně dvě) nevyplněné položky, v několika případech byla dokonce nevyplněna celá subškála, tudíž následovalo její vyřazení z analýzy.

3.3 Etické aspekty výzkumu

V procesu získávání dat k této magisterské diplomové práci se nevyskytly etické problémy. Určitým etickým dilematem ovšem bylo to, zda do nestandardizovaného strukturovaného dotazníku zařadit otázku ohledně pokusu o sebevraždu. Po důkladném prodiskutování této záležitosti s vedoucí práce, s několika pedagogy z olomoucké Katedry psychologie a s klinickou psycholožkou jsme dospěli k závěru, že zmíněnou otázku v dotazníku ponecháme. Pokud bychom ji vyřadili, ztratili bychom velmi pravděpodobně důležitou proměnnou a informaci, neboť je zřejmé, že otázka sebevraždy souvisí s naším tématem. Pokud by však daného probanda při vyplňování naší výzkumné baterie tato otázka například zneklidnila, vystrašila, pobouřila či by v něm vzbudila negativní pocity, byla tu vždy možnost ihned tuto jeho rozladu sdělit přítomné klinické psycholožce či klinickému psychologovi. S daným psychologem tak mohl pacient ihned o tomto komunikovat a psycholog mu byl oporou a nápomocen k řešení nastalé situace. Tato situace se dle našich informací o průběhu sběru dat ovšem neobjevila a naopak se tato do jisté míry sporná otázka stala v některých případech podnětem k přínosnému rozhovoru na dané téma s psychologem či psycholožkou.

Vyplnění výzkumné baterie bylo dobrovolné, minimální věková hranice pro účast v našem výzkumném šetření byla 18 let. Probandi nikde neuváděli jméno, příjmení a ani žádné jiné údaje, které by je posléze mohly identifikovat, výzkum byl tedy anonymní, autor této práce se navíc s žádným s probandů osobně neseťkal, setkal se pouze s psychologem, kteří mu po ukončení sběru dat v průběhu ledna 2017 předali vyplněné výzkumné baterie. Písemný informovaný souhlas s naším výzkumem z těchto důvodů nebylo nutné od probandů vyžadovat. O důvodu realizace tohoto výzkumu byli probandi vždy spraveni ústně, jejich ošetřující klinický psycholog (či klinická psycholožka) jim vyplnění výzkumné baterie nabídl, řekl jim všechny potřebné relevantní informace, které probandi měli též napsané na první straně naší výzkumné baterie. Probandi se tak dozvěděli mimo jiné, že mohou kdykoliv ukončit vyplňování baterie, a to i bez udání důvodu. Pokud by se tak rozhodli, bude výzkumná baterie (listy papíru) ihned skartována. Probandi též věděli, že jejich případné odstoupení z výzkumu nebude mít žádný vliv na

jejich vztah s psychologem (či psycholožkou). Za vyplnění výzkumné baterie probandi nezískali žádnou hmotnou odměnu.

Podle našeho názoru byl formát sběru dat vyhovující. Data sbíral vždy ošetřující psycholog či psycholožka. Tímto se mohla zvýšit důvěryhodnost výzkumu a mohlo tak být přispěno k větší motivaci probandů odpovídat pravdivě. Také anonymitu, kterou jsme jim poskytli, považujeme za důležitý faktor, který ovlivňuje míru ochoty u probandů upřímně a pravdivě odpovídat. Na druhé straně však z informací o sběru dat od některých psychologů vyplynulo, že někteří pacienti nebyli motivováni se do výzkumu zapojit, neboť by jim toto jednání osobně nic nepřineslo, obecně přínos vědě (či pomoc autorovi této práce s jeho diplomovou prací) nepovažovali ze svého hlediska za dostatečně motivační faktor.

3.4 Vysvětlivky k výsledkům statistické analýzy

V textu, který bude v následujících kapitolách, se budou vyskytovat různé zkratky či označení, které v této podkapitole vysvětlíme.

N	- Počet probandů (případů)
Min	- Minimální naměřená hodnota daného znaku
Max	- Maximální naměřená hodnota daného znaku
M	- Aritmetický průměr
SD	- Směrodatná odchylka
Mo	- Modus
Me	- Medián
α	- Koeficient reliability typu vnitřní konzistence – Cronbachovo alfa
p	- p-hodnota (neboli dosažená hladina významnosti testu)
Šikmost	- míra tvaru (míra podobnosti Gaussovu normálnímu rozdělení)
Špičatost	- míra tvaru (míra podobnosti Gaussovu normálnímu rozdělení)
DAP-R	- Revidovaný profil postoje ke smrti
STAI X-1	- Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti, subškála úzkosti
STAI X-2	- Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti, subškála úzkostnosti
BDI-II	- Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé
β	- standardizovaný regresní koeficient (značí počet směrodatných odchylek,
σ	který se zvýší hodnota proměnné Y, když se hodnota X zvýší o jednu směrodatnou odchylku)

- b - koeficient, který značí, o kolik bodů stoupne hodnota Y, pokud hodnota X stoupne o jednu jednotku
- t - hodnota testového kritéria
- F - F-test (regresní průměr čtverců/reziduální průměr čtverců)
- R^2 - koeficient determinance
- upravené R^2 - upravený koeficient determinance, který bere v úvahu počet prediktorů závisle proměnné, počet pozorování či velikost výzkumného souboru a vylučuje vliv náhodného kolísání dat
- Abs. člen - odhad b_0 absolutního členu regresní rovnice

4 Výzkumný soubor

Tato čtvrtá kapitola se zaměří na popis průběhu sběru dat, popíšeme zvolenou metodu výběru našeho výzkumného souboru. V podkapitole Popis souboru budeme referovat o našem výzkumném souboru z hlediska proměnných, které jsme získali pomocí nestandardizovaného strukturovaného dotazníku, popíšeme tedy náš soubor například dle pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, religiozity a tak dále. Na závěr zmíníme některé komentáře, které nám probandi napsali na poslední list naší výzkumné baterie, kde byl prostor pro písemné vyjádření komentářů, vzkazů či čehokoliv, co nám chtěl proband (anonymně) sdělit.

4.1 Sběr dat a výběr výzkumného souboru

Tato magisterská diplomová práce si stanovila cíl prozkoumat postoje ke smrti u vybrané klinické populace (u výzkumného souboru ambulantních pacientů s depresivní či úzkostnou symptomatikou). Protože jsme si byli vědomi komplexnosti této problematiky, že tedy na postoje ke smrti mají vliv mnohé proměnné, rozhodli jsme se jejich výčet zúžit na několik vybraných proměnných, které jsme se rozhodli kvantitativně zachytit.

Při aplikaci kvantitativní metodologie se vyžaduje shromáždit dostatečně početný výzkumný soubor, neboť při kvantitativním zpracování relativně malého množství dat je kupříkladu nebezpečí, že získané výsledky mohou razantně neodpovídat (a ani se neblížit) realitě. V Zadání magisterské diplomové práce byl stanoven minimální počet probandů na 100 pacientů, kteří budou splňovat podmínky pro účast ve výzkumu. V průběhu sběru dat jsme zjistili, že hranice 100 probandů byla zvolena možná až mírně nerealisticky. Nakonec se nám však podařilo nasbírat 106 vyplněných výzkumných baterií od probandů, takže jsme splnili požadavek ze Zadání. Rádi bychom nicméně zdůraznili, že nasbírání takového celkového počtu probandů nebylo nekomplikované a stálo autora této práce mnoho času, úsilí a též nezanedbatelnou finanční částku. Bez ochoty a součinnosti klinického psychologa a klinických psychologek, kteří pomáhali se sběrem dat, by též nebylo možné dosáhnout zmíněného počtu sesbíraných dat.

Náš sběr dat k této diplomové práci započal v dubnu 2016 a skončil v lednu 2017, trval tedy po dobu 10 měsíců. Výtěžnost zajisté ovlivnila doba letních prázdnin a dovolených a také doba Vánoc, v těchto obdobích se přirozeně značně snížil počet nasbíraných dat. Ještě před započatím sběru dat jsme předběžně vytipovali 12 klinických

psychologů či psycholožek, kteří by mohli být ochotní spolupracovat s námi ohledně sběru dat. Nakonec se uvolilo osm klinicko-psychologických pracovišť (ordinace či ambulance klinické psychologie a jedno oddělení klinické psychologie v nemocnici), že bude svým indikovaným pacientům a pacientkám nabízet naši výzkumnou baterii k vyplnění. Postup domluvení spolupráce byl následující. Nejdříve bylo dané pracoviště telefonicky zkontaktováno, byl naznačen účel sběru dat a nezbytné podrobnosti. Po souhlasu daného psychologa či psycholožky se sběrem dat byl zaslán poštou balík s vytisknutými dotazníkovými archy, většinou jsme zasílali předem smluvený počet 30 archů pro muže a 30 pro ženy. V průběhu dat fungovala emailová komunikace mezi autorem této práce a daným pracovištěm. V lednu 2017 si autor této práce většinou osobně v místě sběru dat převzal vyplněné archy, poděkoval dané psycholožce či psychologovi za pomoc při sběru dat a tázal se na průběh administrace a reakce pacientů. Celkový počet sebraných dotazníkových archů se mezi jednotlivými pracovišti poměrně lišil, počet tak varioval od 5 do 24 vyplněných archů. Z čísla 5 i z informací od některých psychologů či psycholožek bylo patrné, že opravdu není snadné nasbírat popsáním způsobem větší počet probandů z mnoha důvodů. Uveďme například tyto, které jsme získali od zúčastněných psychologů. Některé pacienty či klienty bylo velmi obtížné motivovat k vyplnění výzkumné baterie, protože neshledávali žádný zisk pro sebe z toho, že dotazníkový arch vyplní. Bylo též obtížné sehnat probandy - muže, některé pacienty také odradila od vyplnění délka výzkumné baterie. Dále též nebylo možné nabídnout pacientovi dotazníkový arch k vyplnění hned na prvním sezení s psychologem či psycholožkou, bylo nutné počkat na vytvoření bezpečného terapeutického vztahu.

Kromě zaslaných vytisknutých dotazníkových archů dostali vždy psychologové jednu stranu papíru A4, kde byly stručně a jasně popsány informace a instrukce. Kromě názvu diplomové práce bylo zmíněno i jméno autora této práce společně s kontaktním emailem i číslem mobilního telefonu. Dále bylo zmíněno jméno vedoucí práce. Byl popsán též výzkumný soubor, že tedy do našeho výzkumu patří ambulantní pacienti klinických psychologů či psycholožek, tedy přesněji řečeno pacienti, u nichž je diagnostikována depresivní či úzkostná porucha, komorbidita byla povolena - pacient tedy mohl mít diagnostikovanou též poruchu osobnosti například. Podstatné ale bylo, aby se u pacienta či pacientky objevovala depresivní nebo úzkostná symptomatika. Dalším do našeho výzkumu zařazujícím kritériem bylo to, že aktuálně je pacient či pacientka bez psychotických symptomů, ústní poučení a ústní informovaný souhlas jsme též vyžadovali. Bylo dále nutné, aby proband byl schopen pochopit instrukci a byl ve věku 18 let a více.

Vylučujícími kritérii byla středně těžká až těžká kognitivní porucha, porucha komunikace, akutní somatické problémy, nesouhlas s účastí ve výzkumu či nesplnění dalších do výzkumu zařazujících kritérií. Dále jsme v tomto informačním listu uvedli, že prosíme psychology vždy o zapsání diagnózy (či diagnóz) dle MKN-10 na první stranu dotazníkového archu do horního pravého rohu, kde byla pro tyto účely vyhrazená kolonka. Vhodnost daného probanda pro náš výzkum na základě těchto popsaných kritérií zajišťoval klinický psycholog či klinická psycholožka. Dodejme ještě, že na začátku dotazníkového archu bylo probandovi zdůrazněno, že vyplnění dotazníků je dobrovolné, že výzkum je anonymní a že neexistují správné ani špatné odpovědi. Dále bylo též zdůrazněno, že může kdykoliv a bez nějakých návazných důsledků vyplňování dotazníků zanechat. Na konci dotazníkového archu byla uvedena emailová adresa na autora této práce, aby se na něj mohl proband případně obrátit s dotazem či komentářem.

Z celkového počtu 106 sebraných dotazníkových archů jsme byli nuceni vyřadit celkem pět archů. Učinili jsme tak proto, že v daných arších chybělo více než 20 procent odpovědí v jednotlivých inventářích či byly dané inventáře šablonovitě či bezmyšlenkovitě vyplněné. Vyplnění celé výzkumné baterie trvalo průměrně zhruba 30 minut, časový limit pro vyplnění pochopitelně nebyl stanoven, proband měl tak vždy dostatek času na vyplnění a mohl se vždy s jakoukoliv otázkou obrátit na přítomného psychologa či psycholožku. Jedna účastnice výzkumu projevila zájem o zaslání hotové diplomové práce do emailové schránky. Stejně tak i několik psychologů vyjádřilo toto přání, kterému bude vyhověno.

Z důvodu designu našeho výzkumu a požadavků na výběrový soubor jsme zvolili nepravděpodobnostní metodu výběru - záměrný výběr, respektive záměrný výběr přes instituci, neboť vhodnost zařazení daného probanda do naší studie posuzoval dle definovaných kritérií daný klinický psycholog či klinická psycholožka z příslušné ordinace klinické psychologie či oddělení klinické psychologie v nemocnici. Vybraný vhodný proband musel samozřejmě také posléze sám souhlasit s účastí ve výzkumu. Získaný výzkumný soubor (pomocí tohoto typu nepravděpodobnostní metody výběru) tak není reprezentativní vzhledem k populaci. V rámci této diplomové práce a s vědomím reálných limitů našeho možného snažení se nám však zdá, že získání reprezentativního vzorku nebylo v našich možnostech a že dosažený celkový počet probandů i formát sběru dat byl optimální i vzhledem ke kontextu zcela dostačující.

4.2 Popis souboru

Náš výzkumný soubor sestává ze 101 probandů - ambulantních pacientů či pacientek s depresivní či úzkostnou symptomatikou. V našem souboru je 21 mužů a 80 žen ve věku od 18 do 67 let u žen, respektive od 19 do 74 let u mužů. Průměrný věk celého výzkumného souboru dosáhl hodnoty 45, 55 let. Nyní se zaměříme na popis výzkumného souboru z hlediska sociodemografických proměnných, které jsme pomocí naší výzkumné baterie zjistili.

Tab. 1: *Struktura výzkumného souboru dle pohlaví*

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	21	20,79
Ženy	80	79,21
Celkem	101	100

Tabulka číslo jedna informuje o rozložení mužů a žen v našem souboru. Zcela viditelně převažuje počet žen (téměř 80 %), muži tvořili bezmála 21 % z celkového počtu probandů. Protože celkový počet probandů byl 101, jsou číselné hodnoty ve sloupci Absolutní četnost i Relativní četnost v podstatě totožné.

Tab. 2: *Struktura výzkumného souboru dle věku*

Věk dle pohlaví	N	Min	Max	M	SD	Mo	Me
Muži	21	19	74	46,38	14,76	19	49
Ženy	78	18	67	45,32	11,63	58	45
Celkem	99	18	74	45,55	12,37	58	46

Tabulka číslo dvě popisuje strukturu výzkumného souboru dle věku a s ohledem na pohlaví. Protože dvě ženy nevyplnily svůj věk, celkový počet žen je zde 78, ač jich v souboru bylo celkem 80. Věkový průměr žen a mužů se lišil zhruba o jeden rok, směrodatná odchylka byla u mužů asi o tři roky větší (hodnota 14,76) než u žen (hodnota 11,63). Medián věku v našem souboru měl hodnotu 46 (let). Věkové rozmezí celého souboru bylo od 18 do 74 let.

Tab. 3: *Struktura výzkumného souboru dle rodinného stavu či partnerství*

Rodinný stav/partnerství	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ženatý/Vdaná	47	46,53
Mám partnera/partnerku	20	19,80
Rozvedený/á	16	15,84
Svobodný/á	16	15,84
Ovdovělý/á	2	1,98

Tato tabulka podává informace o rodinném stavu či partnerství. Zcela nejvíce probandů (téměř 50 %) spadá do množiny ženatý či vdaná. Skoro 20 % z celkového počtu probandů má partnera či partnerku. Rozvedených a svobodných probandů bylo v našem souboru shodně 16 a 16. Pouze 2 probandi se nacházeli ve stavu ovdovělý či ovdovělá.

Tab. 4: *Struktura výzkumného souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání*

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost			Relativní četnost (%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Základní škola	2	8	10	9,52	10,00	9,90
Střední škola bez maturitní zkoušky	5	29	34	23,81	36,25	33,66
Střední škola s maturitní zkouškou	9	24	33	42,86	30,00	32,67
Vyšší odborná škola	0	8	8	0,00	10,00	7,92
Vysoká škola	5	11	16	23,81	13,75	15,84
Celkem	21	80	101	100,00	100,00	100,00

Tabulka číslo čtyři popisuje strukturu nejvyššího dosaženého vzdělání u mužů a žen v našem výzkumném souboru. Celkově vzato, nejčastěji (tedy zhruba dvě třetiny z celkového počtu) naši probandi dosáhli středoškolského vzdělání. Vysokoškolský titul má skoro 16 % probandů, pouze základní školu absolvovalo bezmála 10 % z celkových 101 probandů. Největší procentuální rozdíl mezi muži a ženami byl v kategorii střední škola bez maturitní zkoušky.

Tab. 5: *Struktura výzkumného souboru dle religiozity*

Religiozita	Absolutní počet
Ano	18
Ne	69
Neuvedeno	14
Celkem	101

Tabulka číslo 5 poskytuje informace o religiozitě, tedy o tom, zda je či není daný proband členem církve či náboženské společnosti. Je patrné, že necelých 20 % našeho souboru se hlásí k nějaké církvi či náboženské společnosti. Protože v našem dotazníku byla možnost vypsát danou církev či náboženskou společnost, víme, že z 18 probandů se jich 14 hlásí k Římskokatolické církvi, 3 se hlásí k Českobratrské církvi evangelické a 1 proband se hlásí k Jednotě bratrské. Dále v této dotazníkové položce měli probandi možnost vyplnit to, čemu věří, tedy otázka ohledně spirituality. Někteří probandi uvedli i více informací ohledně toho, čemu všemu věří. Nejčastěji uváděli osud, poté přírodu, následovali Bůh a víra v něco nad námi. 7 probandů věří v reinkarnaci, 4 probandi v amulety. Bylo zajímavé, že jeden proband uvedl, že je členem Římskokatolické církve a zároveň věří na lásku, víly a skřítky. Jiný proband, který se též hlásil ke jmenované církvi, věřil v osud či reinkarnaci. Jeden proband uvedl, že věří v sílu vlastního myšlení. Je tedy zřejmé, že pod pojem spiritualita lze dle našich probandů zahrnout mnohé.

Tab. 6: *Struktura výzkumného souboru dle zkušenosti s péčí o umírajícího*

Osobní zkušenost s péčí o umírajícího	Absolutní počet
Ano	35
Ne	66
Neuvedeno	0

Tato tabulka ukazuje, že zhruba jedna třetina z celkového souboru má osobní zkušenost s péčí o umírajícího člověka. Probandi, kteří tuto osobní zkušenost měli, byli v dotazníku vyzváni, aby uvedli, o koho pečovali. Někdy uváděli i více lidí. 15 probandů uvedlo, že pečovali o babičku, dále (dle sestupné frekvence výskytu) o otce, matku, dědečka a tchána. Někteří probandi pečovali o umírající pacienty v hospici, v domově důchodců či v nemocnici.

Tab. 7: *Struktura výzkumného souboru dle závažného somatického onemocnění*

Závažné somatické onemocnění	Absolutní počet
Ano	18
Ne	78
Neuvedeno	5

Tabulka číslo 7 informuje o tom, kolik probandů uvedlo, že trpí či netrpí závažným somatickým onemocněním, případně i více takovými onemocněními. Je vidno, že téměř

čtyři pětiny našeho souboru takovými onemocněním netrpí. 18 probandů uvedlo, že má závažné somatické onemocnění. Probandům bylo umožněno, aby je vypsali. Uváděli například tyto: diabetes, porucha štítné žlázy, epilepsie, těžké astma, chronický vertebrogenní algický syndrom, rakovina prsu, roztroušená skleróza, nedoslýchavost, neuropatie či například fibromyalgie.

Tab. 8: *Struktura výzkumného souboru dle sociální opory*

Sociální opora	Absolutní počet
Ano	87
Ne	13
Neuvedeno	1

Tato tabulka poskytuje informace o vnímané sociální opoře. Celkem 87 ze 101 probandů uvedlo, že cítí podporu od svých nejbližších v náročných životních situacích jako je třeba nemoc. 13 probandů uvedlo, že naopak necítí podporu od svých nejbližších, ve srovnání s první skupinou jsou tito probandi v rámci našeho souboru ve zřetelné menšině.

Tab. 9: *Struktura výzkumného souboru dle sebevražednosti*

Pokus o sebevraždu	Absolutní počet
Ano	21
Ne	78
Neuvedeno	2

Z tabulky číslo 9 je patrné, že 21 probandů z našeho souboru se pokusilo alespoň jednou o sebevraždu. Suicidiální pokus naopak vyloučilo 78 probandů, 2 probandi odpověď na tuto otázku vynechali. V našem dotazníku byla možnost vypsát počet realizovaných sebevražedných pokusů. 15 probandů uvedlo, že se pokusilo jednou spáchat sebevraždu, 3 probandi vypsali dva sebevražedné pokusy. 4, 5 a 7 sebevražedných pokusů uvedli jednotlivě tři probandi.

Tab. 10: *Struktura výzkumného souboru dle vlastního prožitku blížící se smrti*

Vlastní prožitek blížící se smrti	Absolutní počet
Ano	18
Ne	82
Neuvedeno	1

V tabulce číslo 10 vidíme, že pouhých 18 probandů zažilo prožitek blížící se či hrozící smrti. Většina probandů našeho souboru však žádnou podobnou zkušenost nemá. Určité zkreslení této statistiky můžeme sledovat v tom, že pod pojem prožitek blížící se smrti si lze představit více skutečností.

Tab. 11: *Struktura výzkumného souboru dle diagnózy podle MKN-10*

Kód diagnózy	Popis	Absolutní četnost
F41.2	Smíšená úzkostná a depresivní porucha	33
F32.1	Středně těžká depresivní fáze	13
F43.2	Poruchy přizpůsobení	5
F41.1	Generalizovaná úzkostná porucha	5
F31.3	Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese	3
F33.1	Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká	3
F42.0	Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace	2
F33.4	Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi	2
F42.2	Smíšené nutkavé myšlenky a činy	2
F41.0	Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost)	2
F41.9	Úzkostná porucha nespecifikovaná	1
F33.9	Periodická depresivní porucha nespecifikovaná	1
F45.9	Somatoformní porucha nespecifikovaná	1
F45.1	Nediferencovaná somatoformní porucha	1
F33.2	Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů	1
F25.2	Schizoafektivní porucha, smíšený typ	1
F60.3	Emočně nestabilní porucha osobnosti	1
F06.3	Organické poruchy nálady (afektivní)	1
F34.1	Dysthymie	1
F31.7	Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi	1
F43.8	Jiné reakce na těžký stres	1
F40.1	Sociální fobie	1
F25.1	Schizoafektivní porucha, depresivní typ	1
F60.6	Anxiózní (vyhýbavá) osobnost	1
F45.4	Perzistující somatoformní bolestivá porucha	1
F32.2	Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků	1
F32.0	Lehká depresivní fáze	1
F48.9	Neurotická porucha nespecifikovaná	1

Tabulka číslo 11 uvádí rozložení výzkumného souboru dle získaných diagnóz podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. U 13 dotazníkových archů nebyla kolonka pro diagnózu vyplněna. U některých dotazníkových archů bylo vyplněno i více než jedna diagnóza. Je patrné, že zcela nejčastější diagnóza byla Smíšená úzkostná a depresivní

porucha. Na druhém místě dle absolutní četnosti se umístila Středně těžká depresivní fáze. Pěti probandům byla diagnostikována Porucha přizpůsobení, pět probandů mělo uvedeno Generalizovanou úzkostnou poruchu. Ostatní diagnózy se v našem souboru vyskytly v malém počtu (od jednoho po tři výskyty).

Na závěr bychom ještě chtěli uvést krátký komentář k tomu, co někteří probandi napsali na konec dotazníkového archu, kde byl dán prostor pro jejich případné vzkazy či komentáře. Objevilo se několik přání štěstí, zduhu či úspěšného dokončení studia pro autora této diplomové práce. Někteří probandi svými slovy popisovali svou psychiatrickou anamnézu či to, jak se konkrétně u nich daná porucha projevuje. Jedna probandka napsala, že jí nedávno zemřela blízká přítelkyně a že děkuje autorovi této práce za to, že si o tématu smrti mohla prostřednictvím dotazníkového archu popřemýšlet. Dále jeden proband například napsal, že neví, co si pod některými pojmy (konečné uspokojení a tak dále) představit. Všechny vzkazy a komentáře (celkem jich bylo 15) byly psány srozumitelně, kultivovanou a nikoliv vulgární formou.

5 Výsledky výzkumu

Tato pátá kapitola bude prezentovat získané výsledky z našeho výzkumného šetření. Na prvním místě uvedeme hodnoty spolehlivosti metody DAP-R, přesněji řečeno popíšeme vnitřní konzistenci metody DAP-R pomocí Cronbachova koeficientu alfa, což je jeden z ukazatelů reliability, který je poměrně značně často ve výzkumech uváděný a obecně respektovaný. Dále zde budou prezentovány výsledky našeho výzkumu pomocí korelačních koeficientů společně s výstupy vícenásobné lineární regrese analýzy.

Cronbachův koeficient alfa slouží k odhadu reliability a návazně k rozlišení, jakou metodou lze spolehlivě provést sběr dat. Většinou od hodnoty 0,7 (a více) tohoto koeficientu se metoda uznává za výzkumně použitelnou. Pokud hodnota koeficientu Cronbachova alfa je v intervalu 0,6 až 0,69, hovoříme o snížené vnitřní konzistenci, nicméně i tehdy je daná metoda s touto hodnotou spolehlivosti použitelná. Pokud má metoda hodnotu Cronbachova alfa 0,8 a více, respektive 0,9 a více, značí to dobrou, respektive vynikající hodnotu její vnitřní konzistence. Platí ovšem obecně známé pravidlo, že (alespoň od určitého počtu položek) čím má daná metoda více položek, tím má vyšší hodnotu Cronbachova alfa.

Tab. 12: *Vnitřní konzistence metody Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R)*

Subškála DAP-R	α	Počet položek	N
Strach ze smrti	0,86	7	101
Vyhýbání se smrti	0,89	5	101
Neutrální přijetí smrti	0,61	5	101
Vstřícné přijetí smrti	0,92	10	101
Únikové přijetí smrti	0,86	5	101

Tabulka číslo 12 informuje o hodnotách koeficientu Cronbachova alfa u pěti subškál metody DAP-R, o počtu položek dané subškály a též o počtu probandů, kteří na položky dané subškály odpověděli. Je patrné, že subškály Strach ze smrti, Vyhýbání se smrti a Únikové přijetí smrti vykazují dobrou vnitřní konzistenci, subškála Vstřícné přijetí smrti má dokonce vynikající hodnotu Cronbachova alfa. Naopak subškála Neutrální přijetí smrti má sníženou vnitřní konzistenci, její hodnota je 0,61. V následující tabulce proto

uvedeme analýzu, která odhalí případné změny hodnoty Cronbachovo alfa, pokud bychom konkrétní položku ze subškály vyřadili.

Tab. 13: *Možné změny ve vnitřní konzistenci u subškály Neutrální přijetí smrti*

Pořadí položky	α při vyřazení dané položky
DAP-R_6_Neutral	0,50
DAP-R_14_Neutral	0,57
DAP-R_17_Neutral	0,62
DAP-R_24_Neutral	0,51
DAP-R_30_Neutral	0,60

Tabulka číslo 13 reportuje hodnoty koeficientu vnitřní konzistence. Z výše uvedené (předchozí) tabulky víme, že subškála Neutrální přijetí smrti má hodnotu jmenovaného koeficientu rovno 0,61. Pokud bychom například z této subškály odstranili položku číslo 6 (v tabulce označeno takto: DAP-R_6_Neutral), hodnota koeficientu by klesla na 0,50. Pokud bychom však odstranili položku číslo 17, hodnota koeficientu by se mírně zvýšila na hodnotu 0,62. Z tabulky je patrné, že až na položku číslo 17, má každá položka v subškále své opodstatnění. Hodnota koeficientu vnitřní konzistence by se téměř jistě zvýšila, pokud by se do dané subškály přidaly další relevantní položky.

Tab. 14: *Popisná statistika metody BDI-II a subškál metod DAP-R a STAI*

Proměnná	Popisná statistika							
	N platných	M	Me	Min	Max	SD	Šikmost	Špičatost
Strach ze smrti	101	27,89	27,00	7,00	49,00	9,95	0,15	-0,54
Vyhýbání se smrti	101	20,95	22,00	5,00	35,00	8,11	-0,14	-1,02
Neutrální přijetí smrti	101	29,10	30,00	15,00	35,00	3,91	-0,81	0,65
Vstřícné přijetí smrti	101	35,44	37,00	10,00	65,00	14,56	0,05	-0,95
Únikové přijetí smrti	101	22,81	23,00	5,00	35,00	7,95	-0,33	-0,68
STAI - X1	101	52,43	55,00	28,00	78,00	11,61	-0,17	-0,50
STAI - X2	101	55,40	56,00	33,00	78,00	9,67	-0,14	-0,60
BDI-II	99	22,09	20,00	0,00	54,16	12,99	0,43	-0,61

Tabulka číslo 14 přináší informace o popisné statistice u jednotlivých metod, které byly použity ke sběru dat pro tuto diplomovou práci. Jsou zde hodnoty aritmetického průměru, mediánu, minimální i maximální hodnoty, směrodatné odchylky a též šikmosti

a špičatosti. Krátce zde okomentujeme kategorii šikmost, která udává míru podobnosti (či míru asymetričnosti) k normálnímu (Gaussovu) rozdělení. Námi zjištěné hodnoty se pohybují od hodnoty -0,81 do 0,43. Nejvíce levostranně zešikmená je proměnná Neutrální přijetí smrti. Nicméně do hodnoty 1, případně -1, lze rozdělení dané proměnné považovat za normální.

Tab. 15: Korelační matice dat

Proměnná	Hodnoty korelačních koeficientů				
	Strach ze smrti	Vyhýbání se smrti	Neutrální přijetí smrti	Vstřícné přijetí smrti	Únikové přijetí smrti
Pohlaví	-0,32	-0,27	0,07	0,21	0,09
Věk	0,06	0,08	-0,03	-0,04	0,11
Religiozita	-0,22	-0,19	0,09	0,39	0,04
Zkušenost s péčí o umírajícího	-0,25	-0,33	-0,02	0,04	0,13
Závažné somatické onemocnění	0,06	-0,08	0,06	0,09	0,10
Sociální opora	0,02	0,06	0,00	0,04	-0,06
Sebevražda	0,01	-0,10	0,03	-0,03	0,19
Počet sebevražedných pokusů	-0,09	-0,19	0,04	0,01	0,28
Vlastní prožitek blížící se smrti	-0,13	-0,22	-0,04	0,12	-0,03
STAI - X1 (úzkost)	0,11	-0,11	-0,09	-0,01	0,49
STAI - X2 (úzkostnost)	0,10	-0,16	0,08	0,06	0,62
BDI-II (deprese)	-0,05	-0,28	0,10	0,09	0,60

Tab. 16: Hodnoty Studentova dvouvýběrového t-testu významnosti korelačního koeficientu

Proměnná	Signifikance korelačního koeficientu (p-hodnoty)				
	Strach ze smrti	Vyhýbání se smrti	Neutrální přijetí smrti	Vstřícné přijetí smrti	Únikové přijetí smrti
Pohlaví	0,005	0,019	0,565	0,067	0,459
Věk	0,637	0,470	0,796	0,718	0,329
Religiozita	0,064	0,097	0,437	0,000	0,752
Zkušenost s péčí o umírajícího	0,034	0,004	0,892	0,728	0,264
Závažné somatické onemocnění	0,638	0,485	0,619	0,457	0,387
Sociální opora	0,884	0,633	0,993	0,747	0,606
Sebevražda	0,936	0,377	0,792	0,814	0,094
Počet sebevražedných pokusů	0,438	0,104	0,730	0,924	0,015
Vlastní prožitek blížící se smrti	0,265	0,057	0,733	0,325	0,770
STAI - X1 (úzkost)	0,348	0,354	0,461	0,953	0,000
STAI - X2 (úzkostnost)	0,404	0,158	0,507	0,624	0,000
BDI-II (deprese)	0,658	0,015	0,371	0,427	0,000

Výše uvedené dvě tabulky uvádí následující informace. Tabulka číslo 15 uvádí u našeho výzkumného souboru (zde $N=75$) hodnotu korelačních koeficientů - Pearsonův korelační koeficient se týká souvislosti dvou metrických proměnných (subškály metody DAP-R, věk, počet sebevražedných pokusů, STAI X-1 a X-2, BDI-II). Bodově biseriální korelační koeficient se týká vztahu metrické a alternativní (dichotomické) proměnné, která nabývá pouze dvou hodnot (v našem výzkum to jsou tyto proměnné: pohlaví, religiozita, zkušenost s péčí o umírajícího, závažné somatické onemocnění, sociální opora, sebevražda a vlastní prožitek blížící se smrti). Tučně vyznačené jsou zde hodnoty korelačních koeficientů společně s odpovídajícími hodnotami signifikance (tabulka číslo 16), pokud se jedná o signifikantní výsledky (tedy hodnota $p<0,05$). Je mimo jiné patrné, že statisticky významně se strachem ze smrti negativně koreluje jak pohlaví (ženy mají tedy vyšší strach ze smrti než muži), tak zkušenost s péčí o umírajícího. Postoj vyhýbání se smrti v rámci našeho souboru vykázal statisticky významnou negativní souvztažnost s těmito proměnnými: pohlaví, zkušenost s péčí o umírajícího a deprese. Hodnoty korelací mezi neutrálním přijetím smrti a dalšími proměnnými nevykázaly v našem výzkumu statistickou významnost. Vstřícné přijetí smrti statisticky signifikantně pozitivně korelovalo u našeho souboru s religiozitou. Únikové přijetí smrti statisticky významně korelovalo s počtem sebevražedných pokusů, úzkostí, úzkostností i s depresí.

Nyní uvedeme ještě pět tabulek, které budou pomocí vícenásobné lineární regresní analýzy objasňovat mimo jiné to, kolik procent rozptylu dané závisle proměnné (v našem případě jednoho z pěti postojů ke smrti) vysvětlují prediktory, které jsme na základě rešerše výzkumů stanovili jako relevantní. Použití regresní analýzy má své podmínky, které jsme před její aplikací ověřili. Ověřovali jsme tak normalitu rozdělení reziduí či případnou multikolinearitu. Naše závisle proměnné byly měřeny na metrické úrovni. Nezávisle proměnné byly měřeny na metrické nebo na dichotomické úrovni, jednotlivá měření byla nezávislá, naše data neobsahovala odlehlá pozorování ani heteroskedasticitu. Rozsah našeho souboru byl poměrně dostačující, byť o něco větší množství probandů by velmi pravděpodobně vedlo k více prokazatelným a statisticky silnějším výsledkům. Tučně vyznačené výsledky v tabulkách níže jsou statisticky signifikantní ($p<0,05$).

Tab. 17: Regresní analýza - subškála Strach ze smrti

N=76	Závisle proměnná: strach ze smrti.			
	β	b	t(64)	p
Abs. člen		10,74	0,93	0,353
Pohlaví	-0,26	-5,86	-2,30	0,025
Věk	0,05	0,04	0,44	0,663
Religiozita	-0,14	-3,27	-1,18	0,244
Zkušenost s péčí o umírajícího	-0,25	-4,92	-2,12	0,038
Závažné somatické onemocnění	0,11	2,90	0,94	0,352
Sociální opora	0,04	1,05	0,33	0,740
Sebevražda	-0,02	-0,47	-0,19	0,853
Vlastní prožitek blížíci se smrti	0,02	0,55	0,17	0,863
STAI -X1 (úzkost)	0,24	0,21	1,36	0,177
STAI -X2 (úzkostnost)	0,24	0,26	1,24	0,219
BDI-II (deprese)	-0,42	-0,32	-1,81	0,074

K tabulce 17 ještě dodejme tyto hodnoty: $R^2=0,25$; upravené $R^2=0,12$; $F(11,64)=1,949$; $p=0,049$. Tento náš model dle hodnoty koeficientu determinance vysvětluje 25 % (respektive 12 % dle upraveného koeficientu R^2 , který značí rozptyl závisle proměnné bez vlivu náhodného kolísání dat) rozptylu závisle proměnné, tedy strachu ze smrti. Uvádět hodnotu upraveného koeficientu R^2 zde má smysl a je korektní, neboť rozdíl mezi jím a koeficientem determinance R^2 je znatelný. Navíc jsme do našeho modelu zahrnuli poměrně dost nezávisle proměnných, takže upravený koeficient determinance poskytuje realističtější pohled na hodnotu vysvětleného rozptylu závisle proměnné. Námí navržený model je dle p-hodnoty statisticky signifikantní, byť hraničně. Statisticky významný vliv mají pouze dvě proměnné - pohlaví a zkušenost s péčí o umírajícího. Ženy skórují v této subškále skoro o 5,86 bodů více než muži (muži byli při převodu do uspořádané matice dat kódováni jedničkou, ženy nulou). Ženy tedy zastávají významně častěji postoj strachu ze smrti v porovnání s muži. Dále můžeme prohlásit, že probandi, kteří mají zkušenost s péčí o umírajícího člověka, skórují v subškále strach ze smrti o 4,92 bodů méně než ti, co touto zkušeností nedisponují.

Tab. 18: Regresní analýza - subškála Vyhýbavý postoj ke smrti

N=76	Závisle proměnná: vyhýbání se smrti			
	β	b	t(64)	p
Abs. člen		20,16	2,20	0,032
Pohlaví	-0,22	-4,16	-2,04	0,045
Věk	0,08	0,05	0,69	0,492
Religiozita	-0,17	-3,34	-1,51	0,136
Zkušenost s péčí o umírajícího	-0,31	-5,08	-2,75	0,008
Závažné somatické onemocnění	0,03	0,66	0,27	0,792
Sociální opora	0,04	0,96	0,38	0,706
Sebevražda	-0,06	-1,01	-0,50	0,618
Vlastní prožitek blížíci se smrti	-0,01	-0,19	-0,07	0,942
STAI -X1 (úzkost)	0,16	0,12	0,96	0,343
STAI -X2 (úzkostnost)	0,02	0,02	0,12	0,909
BDI-II (deprese)	-0,37	-0,24	-1,66	0,101

K tabulce 18 ještě poskytneme tyto hodnoty: $R^2=0,30$; upravené $R^2=0,18$; $F(11,64)=2,459$; $p=0,012$. Opět sledujeme poměrně značný rozdíl vysvětleného rozptylu závisle proměnné dle parametrů R^2 a upraveného R^2 . Tento náš model vysvětluje 18 procent (dle upraveného R^2) rozptylu vyhýbání se smrti. Tento postoj, jako ostatně i v předchozím modelu, častěji zastávají ženy. Zkušenost s péčí o umírajícího statisticky významně snižuje skóre v této subškále. Tento model je statisticky signifikantní ($p < 0,05$).

Tab. 19: Regresní analýza - subškála Neutrální přijetí smrti

N=76	Závisle proměnná: Neutrální přijetí smrti			
	β	b	t(64)	p
Abs. člen		31,76	5,96	0,000
Pohlaví	0,06	0,59	0,50	0,618
Věk	-0,01	0,00	-0,08	0,940
Religiozita	0,06	0,58	0,45	0,653
Zkušenost s péčí o umírajícího	0,00	0,00	0,00	0,998
Závažné somatické onemocnění	0,02	0,23	0,16	0,873
Sociální opora	0,00	0,03	0,02	0,985
Sebevražda	0,01	0,14	0,12	0,907
Vlastní prožitek blížíci se smrti	-0,15	-1,61	-1,09	0,281
STAI -X1 (úzkost)	-0,41	-0,15	-2,11	0,039
STAI -X2 (úzkostnost)	0,09	0,04	0,40	0,692
BDI-II (deprese)	0,37	0,12	1,49	0,141

K tabulce 19 zmíníme tyto hodnoty: $R^2=0,10$; upravené $R^2=-0,06$; $F(11,64)=0,635$; $p=0,793$. Tento námi navržený model je jako celek bohužel statisticky nesignifikantní. Upravené R^2 vyšlo dokonce záporně, což značí, že naše navržené prediktory celkově vzato mají opravdu zanedbatelný vliv na postoj neutrálního přijetí smrti, byť například proměnná úzkost vyšla statisticky signifikantně.

Tab. 20: Regresní analýza - subškála Vstřícné přijetí smrti

N=76	Závisle proměnná: Vstřícné přijetí smrti			
	β	b	t(64)	p
Abs. člen		20,29	1,14	0,260
Pohlaví	0,13	4,50	1,13	0,261
Věk	-0,11	-0,13	-0,97	0,337
Religiozita	0,40	14,01	3,25	0,002
Zkušenost s péčí o umírajícího	0,04	1,28	0,35	0,724
Závažné somatické onemocnění	0,03	1,28	0,27	0,791
Sociální opora	0,05	2,06	0,42	0,676
Sebevražda	-0,01	-0,38	-0,10	0,922
Vlastní prožitek blížíci se smrti	-0,01	-0,56	-0,11	0,910
STAI -X1 (úzkost)	0,01	0,01	0,04	0,964
STAI -X2 (úzkostnost)	0,14	0,23	0,70	0,487
BDI-II (deprese)	-0,02	-0,03	-0,09	0,927

K tabulce 20 náleží navíc tyto hodnoty: $R^2=0,20$; upravené $R^2=0,06$; $F(11,64)=1,423$; $p=0,184$. I tento model nedosáhl statistické významnosti. Rozdíl mezi koeficientem determinance a upraveným koeficientem determinance je opět poněkud velký. Naše nezávisle proměnné vysvětlují pouze 6 % rozptylu vstřícného přijetí smrti. Statisticky signifikantně vyšel pouze vztah religiozity a vstřícného postoje ke smrti, který značí, že pokud je proband členem nějaké církve či náboženské společnosti, dosáhne o 14,01 bodů více než proband, který členem církve či náboženské společnosti není.

Tab. 21: Regresní analýza - subškála Únikové přijetí smrti

N=76	Závisle proměnná: Únikové přijetí smrti			
	β	b	t(64)	p
Abs. člen		-7,95	-1,10	0,275
Pohlaví	0,15	2,71	1,69	0,095
Věk	0,14	0,08	1,53	0,130
Religiozita	0,13	2,38	1,37	0,177
Zkušenost s péčí o umírajícího	0,11	1,79	1,23	0,224
Závažné somatické onemocnění	-0,05	-1,00	-0,51	0,609
Sociální opora	0,04	0,86	0,43	0,668
Sebevražda	0,15	2,63	1,66	0,102
Vlastní prožitek blízcí se smrti	-0,25	-5,12	-2,55	0,013
STAI -X1 (úzkost)	-0,04	-0,02	-0,26	0,799
STAI -X2 (úzkostnost)	0,46	0,40	2,95	0,004
BDI-II (deprese)	0,29	0,18	1,60	0,114

K tabulce 21 zmíníme tyto hodnoty: $R^2=0,52$; upravené $R^2=0,44$; $F(11,64)=6,326$; $p=0,000$. Tento model vyšel statisticky signifikantně. Rozdíl mezi koeficienty R^2 a upravené R^2 není značný, takže můžeme říci, že tento náš model vysvětluje celých 52 % rozptylu závisle proměnné, tedy postoje únikové přijetí smrti. Statisticky významně vyšly tyto nezávisle proměnné - úzkostnost a vlastní prožitek blízcí se smrti. Tedy proband bez vlastního prožitku blízcí se smrti skóruje o 5,12 bodů více než proband se zmíněným typem prožitku.

6 Platnost hypotéz

H1: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem subškály Strach ze smrti a mírou úzkosti u vybraného klinického výzkumného souboru.

Z uvedené korelační matice dat je patrné, že jsme v našem výzkumném souboru neprokázali statisticky významnou pozitivní korelaci mezi mírou úzkosti a skórem subškály Strach ze smrti. Námi vypočtená hodnota Pearsonova korelačního koeficientu byla tato: $r(75)=0,11$ na nesignifikantní hladině významnosti ($p=0,348$). **Hypotézu H1 proto zamítáme.**

H2: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem subškály Strach ze smrti a mírou úzkostnosti u vybraného klinického výzkumného souboru.

V našem výzkumném souboru jsme neidentifikovali statisticky významnou pozitivní korelaci mezi mírou strachu ze smrti a mírou úzkostnosti. Pearsonův korelační koeficient měl téměř stejnou hodnotu jako u předchozí hypotézy číslo 1. Zde tedy reportujeme tyto hodnoty: $r(75)=0,10$; $p=0,404$. **Hypotézu H2 tedy zamítáme.**

H3: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem subškály Strach ze smrti a mírou deprese u vybraného klinického výzkumného souboru.

Mezi mírou deprese a mírou strachu ze smrti nebyla v rámci našeho výzkumného souboru shledána statisticky významná pozitivní korelace. Pearsonův korelační koeficient měl hodnotu $r(75)=-0,05$ na nesignifikantní hladině významnosti ($p=0,658$). **Hypotézu H3 proto zamítáme.**

H4: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem subškály Únikové přijetí smrti a mírou deprese u vybraného klinického výzkumného souboru.

Pozitivní korelace mezi mírou únikového přijetí smrti a mírou deprese byla v našem výzkumném souboru shledána jako statisticky významná. Pearsonův korelační koeficient dosáhl hodnoty $r(75)=0,60$ na signifikantní hladině významnosti ($p=0,000$). **Hypotézu H4 tedy přijímáme.**

H5: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi pohlavím a skórem subškály Strach ze smrti u vybraného klinického výzkumného souboru.

V rámci našeho výzkumného souboru se prokázala statisticky významná korelace mezi mírou strachu ze smrti a pohlavím. Hodnota bodově biseriálního korelačního koeficientu dosáhla následující úrovně: $r_{pb}(75)=-0,32$ na signifikantní hladině významnosti ($p=0,005$). **Hypotézu H5 tedy přijímáme.**

H6: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi věkem a skórem subškály Strach ze smrti u vybraného klinického výzkumného souboru.

V našem výzkumném souboru jsme nenalezli statisticky významnou negativní korelaci mezi věkem a mírou strachu ze smrti. Hodnota Pearsonova korelačního koeficientu byla $r(75)=0,06$ na nesignifikantní hladině významnosti ($p=0,637$). **Hypotézu H6 proto zamítáme.**

H7: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi religiozitou a skórem subškály Vstřícné přijetí smrti u vybraného klinického výzkumného souboru.

V rámci našeho výzkumného souboru se potvrdila statisticky významná pozitivní korelace mezi religiozitou a mírou vstřícného přijetí smrti. Nalezená hodnota bodově biseriálního korelačního koeficientu byla tato: $r_{pb}(75)=0,39$ na signifikantní hladině významnosti ($p=0,000$). **Hypotézu H7 tedy přijímáme.**

7 Diskuze

V empirické části naší diplomové práce již byl uveden souhrn dosažených výsledků našeho výzkumu, bylo též provedeno zhodnocení platnosti námi stanovených hypotéz. V této kapitole se budeme moci již zabývat diskuzí nad naším výzkumem a jeho výsledky. V první řadě podáme znovu informace o sběru dat a o složení našeho výzkumného souboru. Dále popíšeme, proč jsme se rozhodli pro sběr dat použít námi vybrané výzkumné psychologické metody a zmíníme především to, kde se skrývají možné nedostatky těchto metod. Budeme též diskutovat o možných zdrojích nepřesností či zkreslení, které se mohly v našem výzkumu vyskytnout. Nebude chybět ani porovnání našich výsledků s výsledky relevantních studií. Na konci této kapitoly neopomeneme uvést ani praktickou využitelnost námi získaných výsledků či možnosti budoucího výzkumu v oblasti postojů ke smrti.

Sběr dat probíhal pomocí záměrného výběru, respektive záměrného výběru přes instituci, kterou je v našem případě myšleno ambulantní pracoviště klinické psychologie. Tato metoda je nepravděpodobnostní, z čehož mimo jiné plyne, že námi získaný výzkumný soubor nelze považovat za vzorek, který by byl reprezentativní vzhledem k námi zkoumané klinické populaci. Dále je zřejmé, že naše výsledky tedy nelze generalizovat na celou populaci ambulantních pacientů s depresivní či úzkostnou symptomatikou. Pro tuto metodu sběru dat jsme se rozhodli z důvodu rámce a možností této diplomové práce (i jejího autora). Dále uvedme, že jsme použili stejnou metodu sběru dat, která již byla ve stejném kontextu úspěšně použita v mnoha publikovaných výzkumných studiích, které (na rozdíl od našeho případu) byly realizovány (často v týmu) zkušenými výzkumníky z oboru psychologie. Výzkumný soubor, který jsme za 10 měsíců sběru dat shromáždili, čítá 101 probandů (21 mužů a 80 žen), respektive pacientů a pacientek s depresivní či úzkostnou symptomatikou. Z hlediska pohlaví je náš soubor značně nevyvážen. Je ovšem pravděpodobné, že rozložení mužů a žen zhruba odpovídá tomu, kolik pacientů a pacientek se jmenovanými obtížemi ambulanci či ordinaci klinického psychologa či klinické psycholožky v praxi navštěvuje. Z hlediska věku náš soubor varioval od 18 do 74 let. Téměř polovina našeho souboru vykazovala rodinný status ženatý či vdaná. Asi dvě třetiny našeho souboru označilo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Ze 101 probandů bylo 18 religiózních, 35 mělo osobní zkušenost s péčí o umírajícího, 18 probandů trpělo alespoň jedním závažným somatickým onemocněním, drtivá většina 87 probandů pocítovala sociální oporu od svých nejbližších, 21 probandů se pokusilo alespoň jednou

spáchat sebevraždu a 18 probandů alespoň jednou zažilo prožitek blížíící se smrti. Co se týká struktury našeho souboru dle diagnózy podle MKN-10, 33 probandů mělo diagnostikovanou smíšenou úzkostnou a depresivní poruchu, 13 probandů se nacházelo ve středně těžké depresivní fázi, 5 probandů trpělo poruchou přizpůsobení a stejný počet trpěl generalizovanou úzkostnou poruchou. Ostatních diagnóz bylo poměrně dost, ovšem dle absolutní četnosti se pohybovaly od jednoho po tři výskyty v našem souboru. Pokud by se výše popsané charakteristiky našeho výzkumného souboru více či méně změnily, mělo by to velmi pravděpodobně vliv na získané výsledky. Proto považujeme za nutné uvést poměrně zevrubný popis našeho výzkumného souboru, aby bylo zřejmé, že dosažené výsledky se vztahují právě k souboru, jehož charakteristiky jsme zde uvedli.

K průběhu sběru dat bychom rádi ještě poznamenali, že byl poměrně náročný. Nejen z hlediska časového či finančního, ale i samotné výtěžnosti dat. Na některém klinicko-psychologickém pracovišti se například za tři měsíce sesbíraly pouze tři dotazníkové archy. Je patrné, že ve srovnání například se sběrem dat prostřednictvím internetu byla naše výtěžnost zcela zlomková. Nicméně u sběru dat přes internet jsou určitá rizika, kterých jsme se naším typem sběru dat vyvarovali. Kupříkladu není žádná kontrola, zda člověk, který přes internet dotazník vyplní, opravdu splňuje kritéria pro zařazení do výzkumu, míra možné mystifikace ze strany probanda je tedy o mnoho vyšší než při sběru dat na pracovištích klinické psychologie, kde daný psycholog zná probanda o mnoho podrobněji a může ho též motivovat k pravdivým a upřímným odpovědím na otázky ve výzkumné baterii.

Nyní krátce k použitým výzkumným metodám a jejich výhodám i nevýhodám. Inventář Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R) jsme použili z několika důvodů. Jednak zcela odpovídá cíli našeho výzkumu, dále nám byl doporučen naší vedoucí práce z důvodu relevantnosti k našemu výzkumu i z důvodu více než uspokojivých psychometrických ukazatelů. Mimo to je tato metoda nástrojem na zjišťování nejen jednoho typu postoje ke smrti, ale celého spektra postojů ke smrti, jehož zkoumání se ukazuje jako smysluplné. Machů (2012) poukazuje (kromě pozitivních stránek zmíněné metody) na možnou nevýhodu metody DAP-R, která se týká formulace některých položek, které obsahují slova jako nebe či Bůh. Na tyto položky mohou bez problémů odpovědět lidé, kteří se hlásí ke křesťanství. Problém však nastává u ostatních probandů, kteří na tyto položky mohou odpovídat snad jen zatrhnutím odpovědi „nevím“, neboť Bůh či nebe se v jejich věrouce či přesvědčení nevyskytuje. Otázkou je, zda by bylo možné vytvořit metodu na měření postojů ke smrti, která by výše popsanou nevýhodu neobsahovala

a kterou by mohli vyplnit lidé, kteří se hlásí (či nehlásí) k jakémukoliv náboženství či spirituálnímu proudu. Osobně se domníváme, že vytvoření takové metody by bylo přinejmenším značně složité a problematické, ne-li nemožné.

Kromě metody DAP-R a námi vytvořeného nestandardizovaného strukturovaného dotazníku jsme ke sběru dat použili ještě dva inventáře - Beckovu sebesuzovací škálu depresivity pro dospělé (BDI-II) a Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI). Obě metody jsou velmi hojně používány jak v praxi, tak ve výzkumu. Tyto metody jsme též použili proto, že odpovídaly výzkumnému cíli naší diplomové práce. Navíc můžeme zmínit, že Furer a Walker (2008) doporučují při výzkumu postojů ke smrti u klinické populace doplnit danou škálu postojů ke smrti ještě sebesuzovacími metodami na zjištění psychického fungování - doporučují konkrétně například Beckův inventář deprese. Toto doporučení jsme též vzali v potaz. Výhoda zmíněných dvou inventářů je i v jejich délce a poměrně krátké době administrace. Protože se tyto metody společně s metodou DAP-R řadí do dotazníkových nástrojů, mají i tyto své nevýhody. Jedna z nevýhod, o které jsme se dozvěděli prostřednictvím vzkazu na konci jednoho dotazníkového archu, se projevila například v tom, že jeden proband nevěděl, co si pod některými pojmy (konečně uspokojení a tak podobně) má představit. Určitou nízkou flexibilitu těchto dotazníkových metod někteří probandi nahrazovali v tom smyslu, že různým způsobem (vypisování, škrtnání, přepisování) dopisovali své komentáře, které měly jejich odpověď u dané položky jasně zdůvodnit. Další nevýhodu můžeme spatřovat v tom, že tyto metody měly vysokou zjevnou validitu, probandům tak bylo zpravidla zřejmé, co daná metoda měří. A protože se jednalo o sebesuzovací metody, je zde možnost záměrného zkreslení odpovědí ze strany probandů.

Nyní nastíníme možné zdroje nepřesností či zkreslení, které mohly do jisté míry ovlivnit námi získané výsledky. Při použití korelačních koeficientů je třeba mít obecně na paměti, že korelace neznamená kauzalitu, nýbrž pouze souvislost mezi dvěma proměnnými, která může být různým způsobem ovlivňována i třetí či další skrytou intervenující proměnnou, která nebyla do výzkumu zahrnuta. Tak se mohlo stát i v našem případě. Dále jsme též použili vícenásobnou lineární regresní analýzu. Snažili jsme se pomocí poměrně velkého počtu nezávisle proměnných (prediktorů) vysvětlit rozptyl závisle proměnné - v našem případě daného postoje ke smrti. Protože jsme však zařadili do daného modelu značné množství prediktorů a rozsah souboru nebyl příliš velký (N=75), vyšlo nám poměrně malé množství statisticky signifikantních výsledků. Pokud bychom zvětšili rozsah souboru a případně redukovali počet prediktorů, dospěli bychom velmi

pravděpodobně ke statisticky „silnějším“ výsledkům. Na druhou stranu bychom se tímto ovšem vzdali výzkumu vícero prediktorů, které na základě různých teoretických koncepcí mají nesporný vztah k postojům ke smrti. Pokud už v dosud publikovaných výzkumech byl zkoumán postoj ke smrti regresní analýzou, byl počet prediktorů značně nižší než v našem případě. Naší skromnou snahou však bylo poctivě zkoumání souvislosti jednotlivých prediktorů vzhledem k danému postoji ke smrti, nikoliv primární snaha dospět ke statisticky významným výsledkům.

Mezi dalšími možnými zdroji chyb či nepřesností v našem výzkumu lze uvést například tyto. Kritéria pro zařazení probanda do našeho výzkumu jsme jasně definovali. Dále jsme též zjišťovali diagnózu (či diagnózy), nicméně se touto informací nemůžeme zcela řídit jak při posuzování opravdového stavu probanda, tak při posuzování vhodnosti zařazení do našeho výzkumu. Třeba proto, že existují v praxi tak zvané populární či krycí diagnózy, které se z různých důvodů pacientům udělují, aniž by tato diagnóza byla adekvátní jejich onemocnění či stavu. Je dále důležité zmínit, že diagnózu uděluje nikoliv klinický psycholog, ale psychiatr, který má jiné možnosti diagnostiky na rozdíl od klinického psychologa. V teoretické části jsme popsali problematiku definování deprese, z čehož je jasné, že do této množiny lze zařadit různé fenomény, které ne vždy souvisí s psychopatií. Navíc pro stanovení depresivní poruchy je nutné komplexní psychologické vyšetření, výsledek jedné metody (například Beckova inventáře) je nedostačující. Z tohoto důvodu jsme proces indikace vhodného probanda nechali v kompetenci klinického psychologa či klinické psycholožky. Ti nabídli naši výzkumnou baterii k vyplnění pacientovi či pacientce, kteří již komplexně v této souvislosti vyšetřeni byli. Nicméně není vyloučený omyl i na straně klinických psychologů ve smyslu falešně pozitivní diagnózy.

Další možné zkreslení můžeme vidět například v klientele ambulantně pracujících psychologů. Poměrně často k nim docházejí pacienti či klienti, kteří mají již nasazenou nějakou dobu medikaci (psychofarmaka), takže jen velmi zřídka se u nich objeví pacient ve fázi hluboké deprese, tudíž získat data od takového pacienta bylo v našem výzkumu potenciálně velmi obtížné. Pokud bychom však data i od těchto pacientů měli a mohli je zařadit do statistické analýzy, výsledky by jimi pravděpodobně byly ovlivněny.

Nyní se zaměříme na srovnání našich výzkumných výsledků s výsledky z relevantních psychologických studií. Nejprve porovnáme hodnoty Cronbachova koeficientu alfa, které byly u jednotlivých subškál metody DAP-R zjištěny ve vybraných relevantních dosavadních výzkumech. V následující tabulce číslo 22 přinášíme tato

zjištění. Hodnoty Cronbachova koeficientu ve výzkumu číslo 1 zjistil Dezutter et al. (2008), Bluck et al. (2008) informovali o svých hodnotách, které jsou popsány pod výzkumem číslo 2. Výzkum číslo 3 odkazuje k hodnotám, které zjistila Ardeltová (2008). Výzkum označený čtyřkou reprezentuje hodnoty zmíněného koeficientu, které zjistili Dezutter et al. (2009). Výzkum 5 a 6 je spojen se studii Machů (2012; 2016), kde reportovala hodnoty Cronbachova koeficientu. Výzkum číslo 7 připomíná hodnoty získané autorem této diplomové práce.

Tab. 22: *Vnitřní konzistence metody DAP-R napříč provedenými výzkumy*

Subškála DAP-R	Výzkum číslo:						
	1	2	3	4	5	6	7
Strach ze smrti	0,81	0,80	0,84	0,85	0,85	0,85	0,86
Vyhýbání se smrti	0,87	0,86	0,85	0,92	0,86	0,90	0,89
Neutrální přijetí smrti	0,71	0,58	0,55	0,64	0,67	0,56	0,61
Vstřícné přijetí smrti	0,91	0,94	0,97	0,90	0,94	0,95	0,92
Únikové přijetí smrti	-	0,87	0,73	-	0,81	0,86	0,86

Tato tabulka číslo 22 poskytuje přehledné porovnání koeficientu Cronbachovo alfa. Ve dvou výzkumech nebyly publikovány hodnoty tohoto koeficientu u subškály Únikové přijetí smrti, proto tedy dvě prázdná místa v naší tabulce. Je patrné, že hodnoty zmíněného koeficientu dosahují uspokojivých hodnot, tedy až na subškálu Neutrální přijetí smrti, ta naopak napříč výzkumy nedosahuje příliš vysoké hodnoty koeficientu Cronbachovo alfa. Pokud porovnáme náš výzkum (číslo 7) s ostatními výzkumy, je zřejmé, že se hodnoty jmenovaného koeficientu příliš neliší, případně námi zjištěné hodnoty jsou mnohdy vyšší v porovnání s hodnotami z ostatních výzkumů. Lze tedy prohlásit, že metoda DAP-R vykazuje uspokojivou vnitřní konzistenci. Subškálu Neutrální přijetí smrti by avšak bylo smysluplné revidovat a doplnit několika položkami, které by zvýšili hodnotu Cronbachovo alfa nad hodnotu 0,7.

Nyní budeme pokračovat srovnáním našich výsledků s výsledky z ostatních studií, srovnávat budeme především hodnoty korelačních koeficientů a návazně i p-hodnoty. I toto srovnávání s sebou nese jisté limity, které se mohou týkat například rozdílného složení výzkumného souboru (je jistě rozdíl mezi klinickým výběrovým souborem a souborem vysokoškolských studentů či konkrétně studentů oboru psychologie), použitých výzkumných metod (existuje více metod, které měří sice stejný konstrukt - například postoje ke smrti, ale jejich výsledky či interkorelace nejsou zcela totožné) či

vyváženosti (nevyváženosti) souboru například z hlediska věku, pohlaví a daných sledovaných nezávislých proměnných.

Formulovali jsme v rámci našeho výzkumu celkem sedm výzkumných hypotéz. První hypotéza předpokládala statisticky významnou pozitivní korelaci mezi mírou strachu ze smrti a mírou úzkosti u našeho souboru. Tuto hypotézu jsme zamítli na základě těchto výsledků - $r(75)=0,11$; $p=0,348$. Na základě výsledků jsme zamítli i hypotézu číslo dvě (pozitivní korelace mezi mírou strachu ze smrti a úzkostí, zjištěné hodnoty: $r(75)=0,10$; $p=0,404$) i hypotézu číslo tři (pozitivní korelace mezi mírou strachu ze smrti a mírou deprese, zjištěné hodnoty: $r(75)=-0,05$; $p=0,658$). Ani jedna hodnota korelačního koeficientu nezískala statistickou signifikanci, všechny tři hodnoty korelačních koeficientů byly slabé, respektive značily neexistující korelační vztah. Tyto námi zjištěné výsledky jsou poměrně v jasném rozporu s výsledky z publikovaných relevantních studií. Připomeňme, že například Cicirelli (2009) zjistil pozitivní korelaci mezi depresí a strachem ze smrti: $r(150)=0,44$; $p<0,01$. Pozitivní korelaci mezi těmito dvěma proměnnými zjistili i následující autoři - Conte et al. (1982) reportovali hodnotu $r=0,68$, dále pozitivní vztah zjistili Strömberg a Jaarsma (2008) či Thiemann et al. (2015). Dále například Lonneto et al. (1980) zjistili pozitivní korelaci mezi úzkostí a strachem ze smrti ($r=0,34$). Loo (1984) použil k výzkumu mimo jiné metodu STAI, kterou jsme použili i my, a reportoval následující hodnoty mezi strachem ze smrti a úzkostí: $r=0,25$; $p<0,05$. Hintze et al. (1993) u 94 probandů použili ke sběru dat mimo jiné metodu STAI i metodu BDI-II a získali tyto hodnoty korelačních koeficientů: korelace mezi strachem ze smrti a úzkostí ($r=0,76$; $p<0,05$), mezi strachem ze smrti a úzkostí ($r=0,76$; $p<0,001$) a mezi strachem ze smrti a depresí ($r=0,73$; $p<0,001$). Vidíme, že naše výsledky jsou poměrně odlišné od prezentovaných relevantních výsledků z dosavadních studií. Naše výsledky (především jednotlivé p-hodnoty) mohlo mimo jiné ovlivnit to, že jsme nezajistili více početný výzkumný soubor. Vliv na výsledky mohla mít zajisté i struktura našeho souboru.

Hypotéza číslo čtyři, kterou jsme formulovali, předpokládala pozitivní korelaci mezi mírou únikového přijetí smrti a mírou deprese. Tuto hypotézu jsme na základě následujících hodnot přijali: $r(75)=0,60$; $p=0,000$. Tento vztah dle našich informací zatím nikdo výzkumně neověřil, byť se jeví poměrně logicky. Značí, že čím hlubší má jedinec depresi, tím více zastává postoj únikového přijetí smrti, který spočívá v tom, že jedinec bere smrt jako vítanou alternativu k vezdejšímu životu, který je plný utrpení a nesnází. Smrt tedy nabízí určitý přechod do příznivějších podmínek existence. Tento vztah se jeví

dále logicky i v tom smyslu, že u hlubších forem depresivní poruchy je vysoké riziko suicidality. Racionálně viděno, jedinec tedy volí cestu sebevraždy, aby se vymanil z neradostného a nepříznivého života zde a do jisté míry tak může očekávat, že po smrti bude jeho existence mnohem lepší a radostnější. Pokud by smrt takto neshledával, byla by otázka, jakou by měl motivaci k suicidii. Tento námi zjištěný korelační vztah se může stát v budoucnu východiskem pro další zkoumání a ověřování jinými výzkumníky.

Námi formulovaná hypotéza číslo 5 a 6 se týkala negativní korelace mezi pohlavím, respektive věkem a mírou strachu ze smrti. V našem výzkumném souboru jsme identifikovali negativní korelaci mezi pohlavím a mírou strachu ze smrti ($r_{pb}(75)=-0,32$; $p=0,005$) a proto jsme hypotézu číslo 5 přijali. Hypotézu číslo 6 jsme však zamítli, protože jsme nezjistili statisticky významnou negativní korelaci mezi věkem a mírou strachu ze smrti. Zjistili jsme tyto hodnoty: $r(75)=0,06$; $p=0,637$. Hypotéza číslo pět dává do souvislosti vyšší míru strachu ze smrti u žen v porovnání s muži. Tento korelační vztah je poměrně tradovaným vztahem, který dokládají výsledky výzkumů například od těchto autorů - Thorson a Powell (1988), Missler et al. (2012) či Jackson (2008). Naopak zjištění Swensona (1961) jsou v rozporu s naším zjištěním, citovaný autor ve svém výzkumu nenalezl statisticky významný korelační vztah postoje ke smrti a pohlaví či věku. Dále v práci Machů (2012) je zmíněno, že nebyl nalezen statisticky významný korelační vztah mezi pohlavím a strachem ze smrti.

Naše hypotéza o negativní korelaci mezi věkem a mírou strachu ze smrti byla zamítnuta, což je v rozporu například se zjištěním Machů (2012), která ve své studii reportovala negativní korelaci mezi strachem ze smrti a věkem. V souladu s jejím zjištěním jsou i výsledky výzkumů například od těchto autorů: Rasmussen a Brems (1996) či například Thorson a Powell (1988).

Naši poslední hypotézu (číslo 7) o existenci pozitivní korelace mezi religiozitou a mírou vstřícného přijetí smrti jsme přijali na základě těchto hodnot: $r_{pb}(75)=0,39$; $p=0,000$. Naše zjištění je v souladu například s Machů (2012). Religiozitou a postojem ke smrti se zabývalo mnoho studií - například Swenson (1961), Fortner a Neimeyer (1999), Dezutter et al. (2008), Morris a McAdie (2009) či Dezutter et al. (2009). Obecně se však zaměřovali na vztah religiozity a postoje strachu ze smrti, nikoliv na další typy postojů ke smrti. Naše zjištění je tak v tomto kontextu jistým obohacením. Obecně lze námi získaný korelační vztah vysvětlit tak, že členství v církvi či náboženské společnosti zvyšuje vstřícný postoj ke smrti proto, že daná věrouka nabízí obecně naději na nějakou formu existence po smrti. Smrt tak již není danými lidmi brána jako tragický konec jakékoliv

existence a mohou na smrt pohlížet například jako na možnost setkání se s již zemřelými blízkými či jako na po tomto životě pokračující příznivou etapu své existence.

Kromě zjištění hodnot korelačních koeficientů jsme ještě provedli vícenásobnou lineární regresní analýzu, jejíž výsledky nyní použijeme k doplnění výše uvedených informací. Regresní analýza u subškály Strach ze smrti neprokázala statisticky významnou souvislost s úzkostí, úzkostností a depresí, což koresponduje s tím, že jsme první tři naše hypotézy byli nuceni zamítnout. Byl zde ovšem prokázán vliv pohlaví a zkušenosti s péčí o umírajícího, což je v souladu s naší pátou hypotézou, která negativní korelaci mezi pohlavím a mírou strachu ze smrti predikovala. Regresní analýza poskytla informaci, že ženy skórují v této subškále skoro o 6 bodů více než muži. Regresní model u subškály Strach ze smrti ovšem nepotvrdil vliv věku, jak předpokládala naše šestá hypotéza (negativní korelace mezi věkem a strachem ze smrti). Rasmussen a Brems (1996) došli k protikladnému výsledku, že zvyšující se věk snižuje míru strachu ze smrti. Musíme ovšem dodat, že v jejich výzkumu proměnná věk u subškály Strach ze smrti vysvětlovala pouze 2 procenta rozptylu strachu ze smrti. Russac et al. (2007) navíc ve své studii upozorňují, že strach ze smrti vrcholí kolem 20. roku věku u obou pohlaví a poté klesá, mezi 50. a 60. rokem věku však pouze u žen dochází k druhému nárůstu strachu ze smrti, což značí bimodální rozdělení pouze u ženského pohlaví. Otázkou tedy je, jestli by se námi postulovaný vztah o negativní korelaci mezi věkem a mírou strachu ze smrti prokázal, pokud bychom rozdělili náš soubor na věkové kohorty, zkoumali vývoj strachu ze smrti u jednotlivých věkových skupin a tím tak zamezili možnému zkreslení popisovaného vztahu.

Naše hypotéza číslo čtyři byla na základě statistické analýzy přijata - u našeho souboru tak existuje velmi vysoce signifikantní pozitivní korelace (hodnota $r=0,60$) mezi mírou únikového přijetí smrti a mírou deprese. Regresní model u této subškály však vliv deprese neprokázal. Místo toho prokázal statisticky významný vliv úzkostnosti a vlastního prožitku blížící se smrti. Můžeme proto uvažovat, zda úzkostnost nemůže být mediátorovou či moderátorovou intervenující proměnnou. Pokud ji zahrneme do sumy nezávisle proměnných společně s depresí a ostatními proměnnými, vidíme, že nikoliv deprese, ale úzkostnost statisticky významně ovlivňuje postoj únikového přijetí smrti. Zde podáváme vzhled do problematického vztahu těchto dvou proměnných, který může být výzkumným východiskem pro exploraci v budoucnu.

Naši hypotézu číslo sedm, která predikovala pozitivní korelaci mezi religiozitou a mírou vstřícného přijetí smrti, jsme přijali. Byla zjištěna středně silná hodnota bodově

biseriálního korelačního koeficientu na velmi vysoce významné hladině signifikance. Regresní model u této subškály jako celku nevyšel statisticky významně, prediktor religiozita však statisticky významně v tomto modelu vyšel a podal informaci, že pokud je proband členem nějaké církve či náboženské společnosti, dosáhne o 14,01 bodů v této subškále více než proband, který členem církve či náboženské společnosti není.

Zajímavým zjištěním z provedené vícenásobné lineární regresní analýzy je například to, že ženy oproti mužům dosahují statisticky významně vyšších skóre v negativních postojích ke smrti (strach ze smrti a vyhýbavý postoj ke smrti). Otázkou ovšem zůstává, jak by se naše výsledky změnily, pokud bychom měli z hlediska pohlaví vyvážený soubor. Souhrnem můžeme říci, že pomocí modelů regresní analýzy (dle hodnot upraveného koeficientu determinance) se nám podařilo vysvětlit 12 % rozptylu postoje strachu ze smrti, 18 % rozptylu vyhýbavého postoje ke smrti a 44 % rozptylu postoje únikového přijetí smrti. Modely u vstřícného a neutrálního přijetí smrti nebyly statisticky signifikantní, takže jejich hodnoty zde neuvádíme.

Na závěr bychom rádi zmínili možný praktický přesah naší práce. Že zjišťování postojů ke smrti má smysl, to dokládá například i následující šetření. U 113 hospitalizovaných pacientů (průměrný věk byl 74 let) z psychiatrického oddělení i ze somatických oddělení byl proveden výzkum, ve kterém byla použita mimo jiné metoda DAP-R. Z výsledků plyne, že například zvýšený skóre v subškále Únikové přijetí smrti a současně nízký skóre v subškále Strach ze smrti u pacientů - seniorů s depresivní symptomatikou může značit nebezpečí pokusu o sebevraždu. Autoři studie se domnívají, že zjišťování postojů ke smrti má u starších pacientů smysl a může působit preventivně proti možné realizaci suicidiálního pokusu (Bonnewyn, Shah, Bruffaerts, & Demyttenaere, 2016). Již výše v této kapitole jsme popsali možnosti navazujícího budoucího výzkumu, který by mohl být proveden například na jiném českém klinickém výzkumném souboru. Též by bylo v budoucnosti smysluplné využít statistické metody, které zkoumají nejen pouze lineární vztah (například námi použitá vícenásobná lineární regrese), ale i nelineární vztahy závislosti proměnných.

8 Závěry

Cílem výzkumu této magisterské diplomové práce bylo zjistit postoje ke smrti u vybrané klinické populace, tedy výběrového souboru ambulantních pacientů klinických psychologů či psycholožek. Zaměřili jsme se na pacienty a pacientky, kteří vykazovali úzkostnou či depresivní symptomatiku. Daný postoj ke smrti jsme tedy zkoumali v souvislosti s vybranou psychopatologií, ale též s dalšími relevantními proměnnými, jako je pohlaví, věk, religiozita, zkušenost s péčí o umírajícího, závažné somatické onemocnění, sociální opora, sebevražda či vlastní prožitek blížící se smrti. Metody sběru dat byly tyto: nestandardizovaný strukturovaný dotazník, Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R), Dotazník na měření úzkosti a úzkostnosti (STAI) a též Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II).

Formulovali jsme sedm výzkumných hypotéz, z nichž jsme čtyři zamítli a tři přijali. V rámci našeho výzkumného souboru nebyla statisticky prokázána pozitivní korelace mezi mírou strachu ze smrti a úzkostí (dle hodnot $r(75)=0,11$; $p=0,348$), úzkostností (dle hodnot $r(75)=0,10$; $p=0,404$) a depresí (podle hodnot $r(75)=-0,05$; $p=0,658$). Též jsme neprokázali negativní korelaci mezi věkem a strachem ze smrti (podle hodnot $r(75)=0,06$; $p=0,637$). Potvrzeny byly avšak tyto vztahy: pozitivní korelace mezi mírou únikového přijetí smrti a mírou deprese (dle hodnot $r(75)=0,60$; $p=0,000$), negativní korelace mezi mírou strachu ze smrti a pohlavím (dle hodnot $r_{pb}(75)=-0,32$; $p=0,005$) a konečně i pozitivní korelace mezi mírou vstřícného přijetí smrti a religiozitou (podle hodnot $r_{pb}(75)=0,39$; $p=0,000$). S předchozími relevantními výzkumy jsou naše výsledky v souladu, pokud hovoříme o korelačním vztahu, který značí negativní korelaci mezi pohlavím a strachem ze smrti. Naše výsledky, které se týkají nepotvrzení existence pozitivní korelace mezi strachem ze smrti a úzkostí, úzkostností a depresí a též neprokázání negativní korelace strachu ze smrti s věkem, jsou v převážném rozporu s výsledky z dosavadních výzkumů i s teoretickými poznatky. Námi přijatá hypotéza o pozitivní korelaci mezi mírou únikového přijetí smrti a depresí a též prokázaná hypotéza o pozitivní korelaci mezi mírou vstřícného přijetí smrti a religiozitou přináší doklad o dosud výzkumně neověřených, avšak teoreticky předpokládaných vztazích.

Námi provedená regresní analýza přinesla tyto doplňující poznatky. Ženy skórují v subškále Strach ze smrti skoro o 6 bodů více než muži a na nižší míru strachu ze smrti má dále vliv zkušenost s péčí o umírajícího. Regresní model u subškály Únikové přijetí smrti neprokázal statisticky významný vliv deprese, zatímco prokázal statisticky významný

vliv úzkostnosti a vlastního prožitku blížící se smrti, což je sice v rozporu s přijatou hypotézou o poměrně silné pozitivní korelaci (mimořádně na velmi vysoce statisticky významné hladině signifikance) mezi mírou deprese a mírou únikového přijetí smrti, nicméně toto zjištění poskytuje východisko k budoucímu výzkumu tohoto vztahu. Regresní model u subškály Vstřícné přijetí smrti statisticky prokázal, že příslušnost k církvi či náboženské společnosti zvyšuje hrubý skóre v této subškále o 14,01 bodů. Pozoruhodným zjištěním z provedené vícenásobné lineární regresní analýzy je mimo jiné to, že ženy v našem souboru oproti mužům dosahují statisticky významně vyšších skóre v negativních postojích ke smrti (strach ze smrti a vyhýbavý postoj ke smrti). Dle hodnot upraveného koeficientu determinance se našimi regresními modely podařilo vysvětlit 12 % rozptylu postoje strachu ze smrti, 18 % rozptylu vyhýbavého postoje ke smrti a 44 % rozptylu postoje únikového přijetí smrti. Modely u vstřícného a neutrálního přijetí smrti nebyly statisticky signifikantní, takže jejich hodnoty zde neuvádíme.

9 Souhrn

Předložená magisterská diplomová práce se zabývala tématem postojů ke smrti u výzkumného souboru ambulantních pacientů s depresivní či úzkostnou symptomatikou v souvislosti se vztažnými proměnnými, jako je například, věk, pohlaví, religiozita či zkušenost s péčí o umírajícího. Teoretická část této práce obsahuje čtyři kapitoly, jejichž obsah zde stručně rozebereme a poté se budeme zabývat ústředními výstupy z provedeného výzkumu, z empirické části této diplomové práce tak v této kapitole uvedeme nejpodstatnější zjištění.

První kapitola teoretické části nese název *Základní pojmy* a přináší informace o bazálních pojmech a termínech, které je třeba zmínit. Jsou zde popsány tyto pojmy - postoj, zážitek blízkosti smrti, sociální opora, spiritualita a religiozita, sebevražda, depresivní porucha, úzkostné poruchy a konečně symptomatický a strukturální přístup. Postoje existují zpravidla v organizovaných celcích, nikoliv osamoceně a dosud neexistuje shoda v jednotném modelu struktury postoje. Zážitek blízkosti smrti (prožitý či jen představovaný) může zásadně ovlivnit postoje jedince. Sociální oporu člověk může využívat v krizových situacích i v běžných denních úkolech. Sociální opora zpravidla má pozitivní preventivní účinky a snižuje vulnerabilitu jedince. Religiozita a spiritualita nabízí též specifický druh opory člověku (nejen) v náročných situacích, jedinec v ní může nalézt smysl života a také smysl smrti prostřednictvím naděje a víry v posmrtnou existenci. Sebevražda je komplexní a mnohvrstevnatý fenomén. V našem státu je sebevražda nejčastější příčinou nepřirozené smrti. Existuje dělení sebevraždy například na biickou, patickou, promyšlenou či náboženskou. Riziko sebevraždy je poměrně vysoké u depresivní poruchy, proto je zapotřebí ji brát jako onemocnění smrtelné. V této první kapitole je též popsán pohled Hillmana, Durkheima či Frankla na téma sebevražda. Depresi lze pojímat nejen jako primární onemocnění, ale také jako stav člověka, který čelí náročné životní krizi. Též ji lze rozumět ve smyslu tendence v jednání. Úzkostné poruchy zahrnují několik podkategorií, jedná se snad o nejčastější psychické poruchy, komorbidita s depresivní poruchou je poměrně vysoká. Symptomatický přístup je zaměřen na zjišťování vnějších pozorovatelných příznaků a na jejich odstraňování v terapii. Disponuje i příslušnými diagnostickými metodami, mezi které patří mimo jiné námi použitý Beckův inventář depresivity či Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti. Strukturální přístup se naopak snaží zjišťovat skrytou strukturu osobnosti, její obranné mechanismy, snaží se postihnout

interpersonální vztahy i vztah jedince k sobě. Typickou diagnostickou metodou v rámci tohoto přístupu je Rorschachova metoda.

Druhá kapitola se zaměřila na obsáhlé téma smrti, umírání a též na pohřební rituály. Téma smrti bylo dlouho i v oboru psychologie spíše opomíjeno a též v současné době nalezneme někdy tendence smrt tabuizovat. Definice smrti není jednotná, známe smrt klinickou, sociální, avizovanou, neavizovanou, předčasnou či přiměřenou. Smrtí se zabývají mnohé obory, ať už je to medicína, psychologie, biologie či thanatologie. V této kapitole jsme také zmínili známý model pěti fází umírání od Kübler-Rossové. Dále jsme popsali proces umírání, který členíme na pre, in a post finem. Uvedli jsme, že „průměrný lékař“ se setká asi se 3 000 případy smrti za svůj život. V souvislosti se smrtí se objevily nové fenomény - komercializace, medicinalizace, technizace smrti, institucionalizace terminální péče, hospicové hnutí. Vědomí smrtelnosti odlišuje lidi od ostatních živočichů a toto vědomí může u člověka vzbuzovat pocity strachu, úzkosti, obav. Ty mohou být jádrem obtíží, které se navenek u jedince manifestují pod obrazem depresivní či úzkostné poruchy. I proto je důležité se tématem postojů ke smrti u pacientů zabývat. Yalom tvrdí, že propracování tohoto tématu má pozitivní vliv ve smyslu kultivace osobnosti. V této kapitole je také popsáno, jaké strategie mohou volit (nejen) adolescenti při zvládání pocitu vlastní smrtelnosti. Dále jsme zde pojednali o Teorii zvládání strachu či děsu (zkratka TMT). Zmínili jsme též pohřební rituály, které jsou praktikované ve dvou nejpočetnějších církvích u nás (Římskokatolická a Českobratrská evangelická církev) a též byly krátce popsány sekulární pohřební obřady.

Třetí kapitola se zaměřila na metody měření postojů ke smrti. Existují metody jednodimenzionální či multidimenzionální. Většinou se užívají dotazníkové metody, bylo by ale užitečné a potřebné využívat též experimentální design při výzkumu postojů ke smrti. Mezi často užívané a etablované metody patří například Revidovaná škála úzkosti ze smrti, Collet-Lesterova škála strachu ze smrti, Multidimenzionální škála strachu ze smrti či Revidovaný profil postoje ke smrti (DAP-R), který jsme použili při sběru dat a který je schopen zachytit celé spektrum postojů ke smrti.

Poslední kapitola teoretické části přinesla výčet relevantních výzkumů postojů ke smrti. Uvedli jsme také několik diplomových prací, které se postojům ke smrti zabývaly. V jednotlivých podkapitolách jsme podali přehled výzkumů, které explorovaly postoje ke smrti s důrazem na roli věku, pohlaví, religiozity, deprese, úzkosti či například se zaměřením na roli vlastních zkušeností se smrtí a umíráním.

V empirické části jsme se zabývali exploračními postojů ke smrti v souvislosti s psychopatologickými i sociodemografickými parametry u vybraného klinického výzkumného souboru. Dotazníkové šetření pomocí metod DAP-R, STAI, BDI-II a dále pomocí nestandardizovaného strukturovaného dotazníku naší konstrukce probíhalo metodou záměrného výběru po dobu 10 měsíců na 8 ambulantních pracovištích klinické psychologie. Protože jsme zvolili kvantitativní přístup, snažili jsme se o shromáždění co největšího počtu dat. Podařilo se nám získat validní data od 101 probandů ve věku 18 až 74 let. Formulovali jsme sedm výzkumných hypotéz - čtyři jsme zamítli a tři přijali. V rámci našeho výzkumného souboru se neprokázaly tyto (v dosavadních relevantních výzkumech opakovaně potvrzené) vztahy: pozitivní korelace mezi strachem ze smrti a úzkostí, úzkostností a depresí. Nebyla též prokázána (v literatuře tradovaná) negativní korelace mezi věkem a strachem ze smrti. Potvrzeny byly následující korelace: pozitivní korelace mezi mírou únikového přijetí smrti a mírou deprese, negativní korelace mezi mírou strachu ze smrti a pohlavím (dle regresní analýzy v rámci našeho souboru ženy skórují v subškále Strach ze smrti skoro o 6 bodů více než muži) a též pozitivní korelace mezi mírou vstřícného přijetí smrti a religiozitou. Vyšší míru strachu u žen prokázaly i dřívější výzkumy. Naše práce přinesla nová zjištění, která se týkají potvrzení pozitivních korelací mezi vstřícným přijetím smrti a religiozitou (příslušnost k církvi či náboženské společnosti zvyšuje hrubý skóre v této subškále o 14,01 bodů dle provedené vícenásobné lineární regrese) a mezi únikovým přijetím smrti a mírou deprese. Námi vytvořenými regresními modely se podařilo vysvětlit (dle upraveného R^2) 12 % rozptylu postoje strachu ze smrti, 18 % rozptylu vyhýbavého postoje ke smrti a 44 % rozptylu postoje únikového přijetí smrti.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- § 2 písm. e) Zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů. Získáno 28. října 2015 z <https://www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=978...285-2002%20Sb%20.rtf>
- Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death studies*, 29(3), 251-259. doi: 10.1080/07481180590916371
- Ardelt, M. (2008). Wisdom, religiosity, purpose in life, and attitudes toward death. *International journal of existential psychology & psychotherapy*, 2(1), 1-10.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Beranová, L. (2013). *Spiritualita a postoje ke smrti*. (Magisterská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Bluck, S., Dirk, J., Mackay, M. M., & Hux, A. (2008). Life experience with death: relation to death attitudes and to the use of death-related memories. *Death studies*, 32(6), 524-549. doi: 10.1080/07481180802138860
- Bodner, E., Shrira, A., Bergman, Y. S., & Cohen-Fridel, S. (2015). Anxieties about aging and death and psychological distress: the protective role of emotional complexity. *Personality and individual differences*, 83, 91-96.
- Bonnewyn, A., Shah, A., Bruffaerts, R., & Demyttenaere, K. (2016). Are religiousness and death attitudes associated with the wish to die in older people?. *International psychogeriatrics*, 28(3), 1-7. doi: 10.1017/S1041610215001192
- Bozo, Ö., Tunca, A., & Şimşek, Y. (2009). The effect of death anxiety and age on health-promoting behaviors: a terror-management theory perspective. *The journal of psychology*, 143(4), 377-389.
- Buzková, B. (2015). *Postoje ke smrti a posttraumatický rozvoj u onkologických pacientů v remisi*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 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
- 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.

- Čeští vědci vymysleli postup, jak zjistit účinnost léčby deprese. (8. července 2014). Získáno 28. října 2015 z <http://www.tribune.cz/clanek/33368-cesti-vedci-vymysleli-postup-jak-zjistit-ucinnost-lecby-deprese>
- Daradkeh, F., & Fouad Moselhy, H. (2011). Death anxiety (thanatophobia) among drug dependents in an Arabic psychiatric hospital. *The american journal of drug and alcohol abuse*, 37(3), 184-188. doi: 10.3109/00952990.2010.546923
- Démuthová, S. (2010). *Ked' umiera dieťa. Praktická tanatológia I*. Pusté Úľany: Schola Philosophica.
- 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.
- Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Hutsebaut, D. (2008). The role of religion in death attitudes: distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death studies*, 33(1), 73-92. doi: 10.1080/07481180802494289
- Encyklopedia of death and dying. (nedat.). *Children and adolescents' understanding of death*. Získáno 1. října 2016 z <http://www.deathreference.com/Ce-Da/Children-and-Adolescents-Understanding-of-Death.html>
- Feifel, H. (1990). Psychology and death: meaningful rediscovery. *American psychologist*, 45(4), 537 – 543.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*, 23(5), 387-411.
- Frankl, V. E. (2016). *Utrpení z nesmyslnosti života*. Praha: Portál.
- Frankl, V. E., & Lapide, P. (2011). *Bůh a člověk hledající smysl*. Brno: Cesta.
- Furer, P., & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: a cognitive-behavioral approach. *Journal of cognitive psychotherapy*, 22(2), 167-182. doi: 10.1891/0889-8391.22.2.167
- Gruber, J. (2004). *Otázky a odpovědi. Evangelický katechismus pro mládež a dospělé, skupiny i jednotlivce*. Praha: Kalich.
- Hanáková, K. (2014). *Prožívaná životní smysluplnost a postoje ke smrti*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hartl, H., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál
- Haškovcová, H. (2002). *Lékařská etika*. Praha: Galén.
- Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie*. Praha: Galén.

- Heretik, A., Ritomský, A., Novotný, V., Heretik, A., & Pečeňák, J. (2009). Restandardizace state-trait anxiety inventory X-2 - úzkostnost jako rys. *Československá psychologie*, 53(6), 587-599.
- Hillman, J. (1997). *Duše a sebevražda*. Praha: Sagittarius.
- Hintze, J., Templer, D. I., Cappelletty, G. G., & Frederick, W. (1993). Death depression and death anxiety in HIV-infected males. *Death Studies*, 17(4), 333-341.
- Hood, R. W., Hill, P. C., & Spilka, B. (2009). *The psychology of religion: an empirical approach*. New York: Guilford Press.
- Cholevová, M. (2013). *Postoje ke smrti v kontextu vnímání časové perspektivy*. (Magisterská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Irová, I. (2015). *Postoje ke smrti a k souvisejícím otázkám*. (Magisterská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 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.
- Jackson, B. R. (2008). How gender and self-esteem impact death anxiety across adulthood. *Psi chi journal of undergraduate research*, 13(2), 96-101.
- James, A., & Wells, A. (2002). Death beliefs, superstitious beliefs and health anxiety. *British journal of clinical psychology*, 41(1), 43-53.
- Kisvetrová, H., & Králová, J. (2014). Základní faktory ovlivňující úzkost ze smrti. *Československá psychologie*, 58(1), 41-51.
- Kisvetrová, H., & Kutnohorská, J. (2010). Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*, 2, 212-219.
- Kovář, K. (2015). *Náboženská orientace u členů Českobratrské církve evangelické*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Krpoun, Z. (2012). Sociální opora: shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti – nadané děti. *E-psychologie*, 6 (1), 42-50. Získáno 14. února 2017 z <http://e-psycholog.eu/pdf/krpoun.pdf>
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Kübler-Rossová, E. (1993). *O smrti a umírání*. Turnov: Arica.
- Kupčík, O. (2014). *Postoje ke smrti a osobnost u extrémních sportovců*. (Magisterská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.

- Látalová, K., Kamarádová, D., & Praško, J. (2015). *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada.
- Lečbych, M. (2010a). *Úvod do psychoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lečbych, M. (2010b). *Vybrané kapitoly z obecné psychoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice*, 23(1), 23-41. doi: 10.1891/1541-6577.23.1.23
- Lonetto, R., Mercer, G. W., Fleming, S., Bunting, B., & Clare, M. (1980). Death anxiety among university students in Northern Ireland and Canada. *Journal of Psychology*, 104(1), 75-82.
- Loo, R. (1984). Personality correlates of the fear of death and dying scale. *Journal of clinical psychology*, 40(1), 120-122.
- Machů, K. (2012). *Postoje ke smrti*. (Magisterská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Machů, K. (2016). *Spiritualita a postoje ke smrti*. (Disertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (1992). Praha: Psychiatrické centrum.
- Missler, M., Stroebe, M., Geurtsen, L., Mastenbroek, M., Chmoun, S., & Van Der Houwen, K. (2012). Exploring death anxiety among elderly people: a literature review and empirical investigation. *OMEGA*, 64(4), 357-379.
- Moody, R. A. (2014). *Život po životě*. Praha: Knižní klub.
- Morris, G. J., & McAdie, T. (2009). Are personality, well-being and death anxiety related to religious affiliation?. *Mental health, religion and culture*, 12(2), 115-120. doi: 10.1080/13674670802351856
- Neimeyer, R. A. (Ed.). (1994). *Death anxiety handbook*. Washington: Taylor & Francis.
- 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
- Nešporová, O. (2013). *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

- Pavelková, M. (2014). *Spiritualita a postoje ke smrti*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Pechová, O. (2011). *Psychologie náboženství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Pierce, J. D., Cohen, A. B., Chambers, J. A., & Meade, R. M. (2007). Gender differences in death anxiety and religious orientation among US high school and college students. *Mental health, religion & culture*, 10(2), 143-150. doi: 10.1080/13694670500440650
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál.
- Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé*. Brno: Psychodiagnostika.
- Racková, S., & Janů, L. (2012). Farmakoterapie úzkosti. Máme jiné možnosti než SSRI?. *Psychiatrie pro praxi*, 13(4), 142–146.
- Rasmussen, C. A., & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The journal of psychology*, 130(2), 141-144.
- Ruisel, I. (1980). *Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- 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
- Strömberg, A., & Jaarsma, T. (2008). Thoughts about death and perceived health status in elderly patients with heart failure. *European journal of heart failure*, 10, 608-613. doi: 10.1016/j.ejheart.2008.04.011
- Stryalová, V. (2014). *Postoje ke smrti a k eutanázii u lékařů a středního zdravotnického personálu*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Swenson, W. M. (1961). Attitudes toward death in an aged population. *Journal of gerontology*, 16(1), 49-52.
- Šiklová, J. (2013). *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 43(1), 19-38.
- Špatenková, N. (2008). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada.
- Špatenková, N. (2014). *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén.

- 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.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of clinical psychology*, 44(5), 691-701.
- Vorlíček, J., Adam, Z., & Pospíšilová, Y. (2004). *Paliativní medicína*. Praha: Grada.
- Vránová, Z. (2013). *Strach ze smrti u seniorů*. (Magisterská diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (Eds.). (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
- Ware, B. (2012). *Čeho před smrtí nejvíce litujeme*. Praha: Portál.
- 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
- Yalom, I. D. (2014). *Pohled do slunce*. Praha: Portál.

Přílohy diplomové práce

1. Zadání MgrDP
2. Abstrakt MgrDP v českém jazyce
3. Abstrakt MgrDP v anglickém jazyce
4. Výzkumná baterie použitých metod (verze pro muže)
5. Výstupy dotazníkového šetření (ukázka matice dat)

Příloha 1

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

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

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
KOVÁŘ Kryštof	Jiráskova 667, Chrudim	F150485

TÉMA ČESKY:

Postoje ke smrti u vybrané klinické populace

TÉMA ANGLICKY:

Attitudes toward death in a selected clinical population

VEDOUČÍ PRÁCE:

PhDr. Olga Pechová, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury týkající se fenoménu smrti, postojů ke smrti a vybraných oblastí klinické psychologie.
2. Analýza zdrojů a metod zabývajících se výzkumem a měřením postojů ke smrti a jejich vztahu se sociodemografickými proměnnými a osobnostními charakteristikami.
3. Stanovení cílů výzkumu a výzkumných hypotéz.
4. Vytvoření testové baterie sestávající z nestandardizovaného sociodemografického dotazníku, Revidovaného profilu postoje ke smrti (DAP-R), Beckova inventáře deprese (BDI-II) a Dotazníku na měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI).
5. Realizace kvantitativního výzkumu na souboru nejméně jednoho sta probandů (pacientů a pacientek ambulantních klinických psychologů či psycholožek) z vybrané klinické populace.
6. Statistická analýza získaných dat s ohledem na korelace použitých metod a jejich vztah k sociodemografickým proměnným.
7. Kritická analýza teoretických východisek, použitých metod, parametrů výzkumného souboru a výzkumných výsledků, včetně zamyšlení nad dalšími perspektivami výzkumu v této oblasti.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Bodner, E., Shrira, A., Bergman, Y. S., & Cohen-Fridel, S. (2015). Anxieties about aging and death and psychological distress: the protective role of emotional complexity. *Personality and Individual Differences*, 83, 91-96.
- 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.
- Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie*. Praha: Galén.
- 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.
- Kisvetrová, H., & Kutnohorská, J. (2010). Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*, 2, 212-219.
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.
- Lehto, R. H., & Stein, K. F. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(1), 23-41.
- Loo, R. (1984). Personality correlates of the fear of death and dying scale. *Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 120-122.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, 28(4), 309-340.
- Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- 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.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies*, 23(5), 387-411.
- Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

Podpis studenta: _____

[Handwritten signature]

Datum: 11. 11. 2015

Podpis vedoucího práce: _____

Olga Pechová

Datum: 11. 11. 2015

Příloha 2

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce:	Postoje ke smrti u vybrané klinické populace
Autor práce:	Bc. Kryštof Kovář
Vedoucí práce:	PhDr. Olga Pechová, Ph.D.
Počet stran a znaků:	98 stran, 208 828 znaků
Počet příloh:	5
Počet titulů použité literatury:	86

Abstrakt: Diplomová práce se zabývá postoji ke smrti u vybrané klinické populace. Cílem práce je výzkum postojů ke smrti u výzkumného souboru ambulantních pacientů s depresivní či úzkostnou symptomatikou v souvislosti se sociodemografickými proměnnými. Teoretická část práce popisuje základní pojmy, vymezuje z různých hledisek smrt, umírání a pohřební rituály, obsahuje informace o metodách měření postojů ke smrti a též pojednává o tuzemských i zahraničních výzkumech postojů ke smrti. Empirická část informuje o realizovaném výzkumu metodou záměrného výběru na 101 probandech. Pomocí metod DAP-R, STAI, BDI-II a nestandardizovaného strukturovaného dotazníku byla po dobu 10 měsíců získávána data. Z výsledků plyne, že u našich probandů jsme nezjistili tyto statisticky významné korelace: pozitivní korelace mezi strachem ze smrti a úzkostí, úzkostností a depresí a také negativní korelace mezi věkem a strachem ze smrti. Prokázány byly tyto vztahy: pozitivní korelace mezi únikovým přijetím smrti a depresí a mezi vstřícným přijetím smrti a religiozitou a také negativní korelace mezi strachem ze smrti a věkem. Největší část rozptylu (44 %) vysvětlila regresní analýza u postoje Únikové přijetí smrti.

Klíčová slova: postoje ke smrti, klinická populace, strach ze smrti, deprese, úzkost

Příloha 3

ABSTRACT OF THESIS

Title:	Attitudes toward death in a selected clinical population
Author:	Bc. Kryštof Kovář
Supervisor:	PhDr. Olga Pechová, Ph.D.
Number of pages and characters:	98 pages, 208 828 characters
Number of appendices:	5
Number of references:	86

Abstract: The thesis analyzes attitudes toward death in a selected clinical population. The main goal is to examine relationship among attitudes toward death, depressive or anxious symptoms and sociodemographic variables in outpatients. Basic terms and definitions of death and dying are stated in the theoretic part of the thesis. This part also contains information about funereal rites, death attitudes scales or about Czech and foreign death attitudes studies. The empirical section contains description of the undertaken research via intentional sample in 101 probands. Methods DAP-R, STAI, BDI-II, and unstandardized structured questionnaire were used to gain data collection within 10 months. Based on results a statistically significant positive correlation between fear of death and state-anxiety, trait-anxiety or depression was not proved as well as negative correlation between fear of death and age. Significant positive correlation between escape acceptance and depression and between approach acceptance and religious affiliation was proved. Negative correlation between fear of death and age was found. Regression analysis succeeded in accounting for 44% of the variance of escape acceptance.

Key words: attitudes toward death, clinical population, fear of death, depression, anxiety

Příloha 4

Dg.:

Vážený pane,

Rámeček nevyplňujte, prosím.

Jsem student psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníků, které máte před sebou. Údaje z nich získané použiji v mé magisterské diplomové práci, která se zabývá postoji ke smrti. Získané údaje použiji výhradně ke studijním a odborným účelům.

Vyplnění dotazníků je **dobrovolné**. Dotazníky jsou **anonymní**. Máte možnost kdykoliv vyplňování dotazníků zanechat i bez udání důvodu. Pokud se takto rozhodnete, Váš dotazník bude ihned skartován (zničen). Na vztah s Vaším psychologem či s Vaší psycholožkou toto jednání nebude mít žádný vliv.

Dotazník

Instrukce: Pokud si u některých otázek nebudete jistý svou odpovědí, zvolte tu odpověď, která Vás nejvíce vystihuje. Neexistují správné nebo špatné odpovědi. Prosím, odpovídejte pravdivě!

1) **Pohlaví** muž žena

2) **Věk** (vypište) _____ let

3) Rodinný stav/partnerství

- ženatý
- rozvedený
- ovdovělý
- svobodný
- mám partnerku/partnera

pokud máte, žijete s ní/s ním dohromady (tedy v jedné domácnosti):

ano

ne

jiný - popište: _____

4) Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní škola
- střední škola bez maturitní zkoušky
- střední škola s maturitní zkouškou
- vyšší odborná škola
- vysoká škola

5) Religiozita a spiritualita

Jsem členem církve či náboženské společnosti

pokud ano, prosím, napište název církve či společenství _____

Nejsem členem církve či náboženské společnosti

Nejsem členem žádné církve či náboženské společnosti, ale věřím (vypište; např. na osud, na přírodu, na něco nad námi, v Boha, amulety, horoskopy, nirvánu, reinkarnaci, peníze atd.)

6) Zkušenosti s péčí o umírajícího

Nemám osobní zkušenosti s péčí o umírajícího člověka

Mám osobní zkušenosti s péčí o umírajícího člověka

pokud máte zkušenosti, uveďte, o koho jste pečoval: _____

(např. babička, dědeček, matka, otec, přítel, přítelkyně, soused, sousedka)

7) Závažné somatické onemocnění

Netrpím závažným somatickým onemocněním

Trpím závažným/i somatickým/i onemocněním/i (vypište) _____

(např. epilepsií, nádorovým onemocněním, AIDS, roztroušenou sklerózou, jiným onemocněním)

8) Sociální opora

Cítím podporu od svých nejbližších v náročných životních situacích

jako je třeba nemoc

Necítím podporu od svých nejbližších

9) Dotaz na sebevraždu

Nikdy jsem se nepokusil sáhnout si na život

Pokusil jsem se sáhnout si na život

pokud jste se pokusil, napište, prosím, kolikrát _____

10) Vlastní prožitek blížící se smrti (např. klinická smrt po vážné autonehodě, stav po závažném pádu ze skály, závažná nemoc atp.)

Nikdy jsem nic podobného neprožil

Alespoň jednou jsem prožil zážitek hrozící smrti

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.

Pokud byste mi již nyní chtěl něco vzkázat, okomentovat, doplnit, zde máte prostor.

Za vyplnění dotazníků Vám srdečně děkuji! Pokud byste měl zájem dozvědět se o mé magisterské diplomové práci více, můžete mě kontaktovat emailem na adrese uvedené níže za jménem.

Bc. Kryštof Kovář (kr.kovar@seznam.cz)

Příloha 5

ID	Pohl	Vek	Relig	Nemoc	Soc_opora	Sebevr	DAP-R_1_Fear	DAP-R_2_Fear	DAP-R_7_Fear
1	0	58	0	0	1	0	7	7	7
2	1	19	0	0	1	0	3	3	2
3	1	41	0	1	1	1	7	6	6
4	0	40	1	0	1	1	7	5	3
5	0	55	1	0	1	0	6	7	6
6	0	23	0	0	1	0	7	5	3
8	0	55		1	1	0	7	4	3
9	0	56		0	1	0	3	2	3
10	0	18	0	0	1	0	2	6	4
11	0	45		0	1	0	3	2	2
12	0		0	1	1	0	6	7	4
13	0	51	0	0	1	0	7	7	4
14	0		0	0	1	0	2	6	3
15	0	58	1	0	1	0	1	4	4
16	1	55	0	0	1	0	3	5	2
17	0	33	0		1	0	7	7	7
19	1	32	1	0	1	1	5	5	3
20	1	64	1	0	1	0	4	3	2
21	0	42	0	0	1	0	7	7	7
22	0	32	0	0	1	1	2	7	2
23	0	50	0	0	0	1	6	7	6
24	0	56	0	0	1	0	1	6	6
25	0	61	0	0	1	0	7	6	4
26	0	47	0	1		0	1	1	1
27	0	53	1	1	1	1	6	5	3
28	0	58	0	0	1	1	4	5	3
29	0	39		0	0	0	3	5	5
30	0	58	0		1	1	2	1	2
32	0	60	1	1	1	0	6	6	4
33	0	49	1	1	0	0	7	6	3
34	0	42	0	0	1	1	7	3	7
35	1	49	0		0	0	1	1	1
36	0	50	0	0	1	0	5	5	3
38	0	37	0	0	1	1	6	6	7
39	0	34	0	0	1	0	5	5	6
40	1	49	0	0	1	0	1	3	6
41	0	61	0	0	1	0	5	3	2
42	0	44	0	0	1	0	7	5	2
43	0	39	0	0	1	0	5	7	5
44	0	61	0	0	0	0	7	7	7
45	0	54	0	0	1	1	7	7	7