

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VÝSKYT KOMPLIKOVANÉHO A PROTRAHOVANÉHO TRUCHLENÍ
A S NÍM SOUVISEJÍCÍ RIZIKOVÉ SKUPINY POZŮSTALÝCH
V ČESKÉ POPULACI**

The Occurrence of Complicated and Prolonged Grief
and Related Risk Groups of Bereaved Survivors
within the Czech Population



Magisterská diplomová práce

Autor práce: Bc. Tomáš Bok

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Olomouc

2020

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma *Výskyt komplikovaného a protrahovaného truchlení a s ním související rizikové skupiny pozůstalých v české populaci* vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis.....

Poděkování

Na této stránce bych rád poděkoval PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. za příkladné vedení, mnoho cenných rad, ale také za vstřícný a lidský přístup, kterého se mi z jeho strany dostávalo. Své poděkování bych chtěl směřovat rovněž zaměstnancům zapojených institucí a všem pozůstalým, kteří našli dostatek odhodlání a zapojili se do této diplomové práce.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 7 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 8 |
| 1 Nekomplikovaný průběh procesu truchlení..... | 9 |
| 1.1 Teorie attachmentu v kontextu procesu truchlení | 10 |
| 1.2 Emoční reakce spojené s procesem truchlení | 11 |
| 1.3 Kognitivní reakce spojené s procesem truchlení | 15 |
| 1.4 Behaviorální a somatické projevy spojené s procesem truchlení..... | 17 |
| 1.5 Vybrané modely procesu truchlení | 20 |
| 2 Faktory související s průběhem procesu truchlení | 23 |
| 2.1 Rizikové faktory | 23 |
| 2.2 Potenciálně rizikové faktory..... | 27 |
| 3 Patologický průběh procesu truchlení | 31 |
| 3.1 Komplikované a protrahované truchlení | 33 |
| 3.2 Perzistentní komplexní porucha truchlení (DSM-5)..... | 36 |
| 3.3 Porucha protrahovaného truchlení (MKN-11)..... | 39 |
| 3.4 Rozdíly mezi uvedenými diagnostickými jednotkami | 41 |
| 3.5 Diferenciální diagnostika a komorbidita | 46 |
| VÝZKUMNÁ ČÁST | 48 |
| 4 Vymezení výzkumu | 49 |
| 4.1 Výzkumný problém a cíle práce | 49 |
| 4.2 Výzkumné otázky | 49 |
| 4.3 Statistické hypotézy | 50 |
| 5 Zkoumaná populace a výzkumný soubor..... | 55 |
| 6 Metodologický rámec výzkumu | 60 |
| 6.1 Design výzkumu..... | 60 |

| | |
|--|------------|
| 6.2 Metody sběru dat..... | 60 |
| 6.2.1 Inventář komplikovaného truchlení (ICG)..... | 61 |
| 6.2.2 Texaský revidovaný inventář truchlení (TRIG) | 65 |
| 6.2.3 Testy reflektující kritéria PPT, PKPT (DSM-5) a PPT (MKN-11) | 69 |
| 6.3 Metody analýzy dat..... | 75 |
| 6.4 Technický plán výzkumu | 76 |
| 6.5 Etika výzkumu | 78 |
| 7 Výsledky analýzy dat | 79 |
| 7.1 Zodpovězení výzkumných otázek | 79 |
| 7.2 Ověření platnosti statistických hypotéz | 82 |
| 8 Diskuze..... | 91 |
| 9 Závěry | 100 |
| Souhrn | 101 |
| Seznam použitých zdrojů a literatury..... | 104 |
| Seznam tabulek, grafů a obrázků | 117 |
| Seznam častých zkratk..... | 119 |
| Přílohy magisterské diplomové práce | |

*„Být druhému člověku nablízku, být s ním,
to je to nejdůležitější – v lásce, v životě i v umírání.“*

(Kübler-Ross & Kessler, 2013, s. 123)

Úvod

Smrt a ztráta blízkého člověka představují univerzální lidskou zkušenost, s níž se neodmyslitelně pojí proces truchlení. Přestože toto bolestivé období není trvalé a pozůstalí obvykle nacházejí cestu k adaptaci, mohou se objevit komplikace znesnadňující nalezení žádoucího východiska. Proces truchlení se může v jejich důsledku prodloužit o roky, ale také o desítky let, přičemž nemusí být v možnostech pozůstalé osoby vyrovnat se s touto ztrátou vlastními silami.

Pokud vlastní síly nestačí nebo není-li dostačující sociální opora blízkého okolí, může se truchlící jedinec rozhodnout vyhledat odbornou pomoc. Úkolem odborníka je v takové situaci zhodnotit stav pozůstalého – k čemuž potřebuje odpovídající nástroje – a nabídnout mu adekvátní pomoc. Jelikož hranice mezi „normálním“ a patologickým truchlením nejsou zcela jednoznačné, existují snahy o jejich jasnější vymezení. V současné době však ani mezi odborníky nepanuje jasná shoda v tom, jakým způsobem by se měl abnormální zármutek projevovat, nebo zdali je vůbec vhodné patologizovat jej, a zvyšovat tak míru stigmatizace, s níž se psychiatrickí pacienti mnohdy potýkají.

Pomineme-li důsledky patologizace, kterou by bylo vhodnější řešit spíše globálně, nikoliv v kontextu konkrétní diagnózy, chtěli bychom ve výzkumné části této práce posoudit rozdíly mezi jednotlivými nosologickými jednotkami a také ověřit rizikovost některých faktorů, s nimiž se můžeme v rámci odborné literatury setkat. Nejenže bychom tak rádi vyplnili některá prázdná místa současného vědeckého poznání v kontextu české populace truchlících osob, ale také bychom chtěli nabídnout psychodiagnostickou metodu, která by psychologům v praxi mohla napomoci zorientovat se v obtížích truchlících klientů.

Jelikož existuje jen velice málo českých publikací, které by se podrobněji zaměřovaly na jednotlivé projevy truchlení, v teoretické části této práce předkládáme vedle rizikových faktorů a diagnostických jednotek také některé informace týkající se projevů typických pro truchlení nekomplikované. Abychom se však neodklonili od primárního tématu, jsou tyto informace zasazeny do kontextu možného rozvoje některé z forem abnormálního zármutku. Věříme, že se nám vypracováním této práce podaří rozšířit obzory potenciálních čtenářů a obohatit diskuzi k dané problematice.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Nekomplikovaný průběh procesu truchlení

Truchlení představuje bolestivou zkušenost, s níž se v určitém okamžiku života setká prakticky každý z nás. Přestože je možné nahlížet na něj z různých úhlů pohledu, z psychologického hlediska se jedná o vysoce individualizovaný proces, který se projevuje kognitivní, emociální a behaviorální reakcí na ztrátu blízkého člověka. Jelikož svou všudypřítomností a jedinečností představuje zármutek unikátní psychologický fenomén, bývá s ním spojována řada dilemat. Jedním z nich je například hranice mezi zmírňováním psychické bolesti a patologizací normální reakce na ztrátu blízkého člověka (Bui, 2018).

Ztráta blízké osoby patří k významným životním stresorům a bývá často popisována jako jeden z nejbolestivějších zážitků, jemuž může jedinec ve svém životě čelit. Doklady o tom již v minulosti podali například Holmes a Rahe (1967), kteří vytvořili Škálu životních událostí. V této škále se nachází úmrtí manželky/manžela spolu s úmrtím blízkého člena rodiny na předních příčkách, což značí, že se jedná o významný stresor. Danou skutečnost navíc potvrdila i novější validizační studie této škály, v níž představovalo úmrtí rodiče, manželky/manžela anebo sourozence vůbec nejvýznamnější stresor, se kterým se členové zkoumaného souboru mohli setkat (Sali et al., 2013).

I přesto, že je ztráta blízkého spojena s bolestivými emocemi, představuje truchlení ozdravný proces, který pozůstalému jedinci pomáhá v adaptaci na tuto životní změnu. Normální (nekomplikované) truchlení zahrnuje řadu projevů (vizte v následujících podkapitolách) a začíná takřka ihned po úmrtí blízké osoby. Některé příznaky (např. afektivní reakce) nekomplikovaného truchlení přitom mohou být podobné jako v případě truchlení abnormálního. Existují ovšem indikátory, díky nimž lze u pozůstalých rozpoznat potenciální komplikace. Jedním z nich je například skutečnost, že u normálně truchlících osob projevy postupně slábnou a odeznívají (Hosák, Hrdlička, & Libiger, 2015).

Abychom se však těmito tématy mohli zabírat, považujeme za nezbytné čtenáře detailněji seznámit se samotným fenoménem truchlení. V následujících podkapitolách proto nastíníme teorii attachmentu, charakteristické reakce doprovázející proces truchlení a v neposlední řadě také některé modely zármutku. Rádi bychom rovněž upozornili, že se v této práci nebudeme zabývat truchlením u dětí a dospívajících, jelikož se naše výzkumná činnost týká pouze dospělé populace.

1.1 Teorie attachmentu v kontextu procesu truchlení

Abychom mohli lépe pochopit dopady ztráty blízkého na psychiku pozůstalých, je nutné mít představu o významu attachmentu (též citové vazby). Jelikož se tímto tématem zabývala řada teoretiků (např. Bowlby, 2013; Brisch, 2011; Mikulincer & Shaver, 2017), považujeme za vhodné držet se klíčového autora této koncepce, a to britského psychiatra Johna Bowlbyho, který výzkumu citové vazby věnoval značnou část své profesní kariéry a jehož pojetí je pro účely této práce dostatečné. Podle něj citovou vazbu nejlépe ilustruje malé dítě, které opouští pečující osobu na stále delší dobu, aby prohledalo rozšiřující se okruh svého okolí. Kvůli potřebě podpory a bezpečí se ovšem vždy vrací ke své pečující osobě. Jestliže tato osoba zmizí, nebo pokud je ohrožena, reaguje dítě intenzivní úzkostí a silným emocionálním protestem. Kvalita vztahu mezi dítětem a pečující osobou je tak považována za jeden z prediktorů toho, do jaké míry bude dospělý potomek schopen navazovat a vytvářet citová pouta s ostatními. Lze tedy hovořit o určité šabloně pro budoucí vztahy, která se formuje již od útlého věku (Bowlby, 2013).

Kdybychom zmíněnou teorii použili v analogii s možným úmrtím blízké osoby, je zřetelné, že v takové situaci dochází k ohrožení citové vazby. Čím více je tato vazba ohrožena, tím intenzivnější a rozmanitější mohou být reakce člověka. Nejčastější způsoby chování, jejichž cílem je citovou vazbu udržet, představují lpění, pláč či intenzivní nátlak. Jestliže jsou zmíněné akce neúspěšné, dochází k posílení stresu, což je následováno apatií, stažením se, případně zoufalstvím (Bowlby, 2013).

Pokud bychom se snažili proces truchlení rozčlenit do několika období, prvotní otupělost, která se objevuje bezprostředně po zjištění ztráty, je zpravidla nahrazena akutním zármutkem. Jedná se přitom o přirozenou reakci na trvalé odloučení od blízkého člověka, během níž se objevuje hledání ztracené osoby a touha po ní (Bowlby, 2013). Akutní zármutek bývá rovněž spojován s emocionální bolestí, kterou doprovází zaujetí zemřelou osobou. V důsledku zahlcení myslí u pozůstalých také dochází k narušení emoční regulace, což vede k afektivním projevům různé kvality a intenzity. Smutek, hněv nebo vinu tak mohou střídát hřejivé pocity doprovázející radostné vzpomínky (Worden, 2018).

Adaptace na tuto novou situaci může probíhat týdny i měsíce. Vedle touhy setkat se s milovaným člověkem bývá přítomno rovněž odmítání ztráty, které je po určité době nahrazeno uvědoměním si, že se jedná o ztrátu trvalou, což v pozůstalém probouzí pocit

zoufalství (Bowlby, 2013). Nutno podotknout, že tento pocit nemusí představovat nežádoucí jev a může pozůstalého naopak motivovat k vytvoření dalších citových vazeb, které mohou napomoci mírnit některé těžkosti (Bui, 2018).

Z hlediska teorie attachmentu dochází u většiny pozůstalých s postupnou akceptací ztráty ke změně myšlení i emočního prožívání, a to směrem k integraci zármutku. V této souvislosti lze hovořit o překlenutí období akutního zármutku. K uvedené změně mohou, kromě výše zmíněného, dopomoci různé faktory. Lze uvést například návrat k některým aktivitám nebo též předefinování životních plánů a cílů bez zemřelého (Worden, 2018). Přestože toto období nelze přesně ohraničit, akutní zármutek trvajícím méně než šest měsíců není možné považovat za protražovaný (World Health Organization, 2018).

1.2 Emoční reakce spojené s procesem truchlení

Jak jsme již nastínili v předchozích odstavcích, emoce spojené s procesem truchlení mohou být různorodé. K jejich katarzi ovšem nedochází bezprostředně po úmrtí blízkého člověka. Pro prvotní chvíle šoku a ochromení je charakteristický spíše pocit vnitřní prázdnoty. Nedochází tedy k otevřenému zármutku, nýbrž k pochopení celé situace a jejího významu (Špatenková, 2013). Kupka (2014) v daném kontextu zmiňuje ego obranné mechanismy, jež zabraňují intenzivním atakám úzkosti a chrání tak integritu pozůstalého člověka. Následující období sebekontroly pak trvá do pohřebního obřadu, jehož příprava pozůstalým zpravidla znemožňuje podlehnout bolestivým emocím. Zpravidla až po tomto ceremoniálu dochází k propuknutí zmiňovaného akutního truchlení.

Kdybychom měli blíže charakterizovat všechny afektivní reakce truchlících osob, bylo by možné napsat poměrně dlouhý výčet emocí, které se mohou během procesu truchlení objevit. Jelikož toto není cílem naší práce, považujeme za vhodné zaměřit se na nejčastější afektivní reakce, případně na reakce potenciálně nebezpečné, co se týká rizika vzniku některé abnormální podoby truchlení.

Smutek

Než se zaměříme na popis emoce smutku, je zapotřebí uvést, že tato emoce bývá zpravidla pojímána jako synonymum pro žal, zármutek nebo truchlení. Ovšem neplatí to vždy. V posledních letech se především v kontextu truchlení ujmá poněkud obširnější

pojetí – tento pojem je možné chápat jako komplexní reakci pozůstalých na ztrátu blízkého, nikoliv jako pouhé označení emoce smutku (Špatenková, 2014).

Smutek představuje jednu ze základních emocí, s níž se setkal snad každý z nás, byť jen v souvislosti s každodenní menší ztrátou. Přestože tomu tak nemusí být vždy, výrazem emoce smutku bývá pláč. Ať už jsou, nebo nejsou slzy přítomny, snaha bránit smutku (např. nadměrnou činností) může u pozůstalých progredovat k patologickému průběhu procesu truchlení, a představuje tudíž potenciální riziko (Worden, 2018).

Z pohledu genderu bychom mohli uvést, že pro maskulinní část západní civilizace není exprese smutku příliš charakteristická, a bývá proto považována za znak typický spíše pro ženy (Rodgers & DuBois, 2018). Ačkoliv by se nabízela úvaha, že muži v důsledku častější inhibice smutku představují rizikovější skupinu pro rozvoj patologických forem truchlení, je tomu přesně naopak. Větší riziko je totiž spojováno spíše se ženami (Burke & Neimeyer, 2013). I když se tomuto tématu více věnujeme v podkapitole zaměřené na potenciálně rizikové faktory, považujeme za vhodné zmínit tuto skutečnost již zde.

Strach

Strach je emoce, která má signalizační funkci v případě hrozícího nebezpečí nebo blížící-li se nepříjemná zkušenost. Truchlící osoby se přitom zpravidla obávají dvou protikladných situací – jednak prožívají strach ze ztráty příjemných vzpomínek, jednak mají obavy, že převládnou vzpomínky nepříjemné (např. při umírání blízkého na dlouhodobou nemoc) (Moody & Arcangel, 2011). V některých případech se u pozůstalých objevuje také strach ze zármutku, respektive z neschopnosti regulovat své emoce (Worden, 2018).

Hněv

Hněv je afektivní reakce, která se objevuje, jestliže je jedinec frustrován nebo zažívá-li regresivní bezmoc (Špatenková, 2013). Pokud se jedná o truchlení, hněv se poměrně snadno rozněcuje, jelikož je myšlení pozůstalých zatíženo ztrátou blízkého. Za zmínku stojí rovněž skutečnost, že v důsledku zvýšené psychické zátěže nemusí u těchto osob fungovat způsoby regulace emocí, jež byly dříve účinné (Moody & Arcangel, 2011).

Emoce hněvu se mohou týkat jak konkrétních osob, tak institucí, které pečovaly o zemřelou osobu. Jelikož pozůstalý jedinec obvykle nesměřuje svůj hněv na zemřelou osobu, mohou se stát náhradním objektem příbuzné osoby, případně personál zařízení,

v němž blízký zemřel (Špatenková, 2013). Lze doplnit, že v kontextu zdravotnických institucí se u pozůstalých hněv objevuje zpravidla kvůli nedostatečné empatii zdravotníků, případně z důvodu selhání komunikace (Bok, 2018). Zvláštní případ pak představují vraždy, kdy jsou emoce hněvu (a viny) vztažené ke konkrétní osobě a doprovází je nedůvěra v autority, jež mají garantovat bezpečí (Kubíčková, 2001).

Vina a obviňování

Emoce viny bývá zpravidla spojena s domnělou možností zabránit úmrtí blízkého člověka. Vedle viny se může objevit také obviňování ostatních s cílem nalézt viníka a potrestat ho. Tato projekce vlastních emocí bývá zpravidla neškodná, avšak u pozůstalých s psychopatologií v anamnéze může mít neblahé následky (Špatenková, 2013). Účinný nástroj, jak eliminovat pocity viny spojené se ztrátou blízké osoby, představuje testování reality. Chybí-li totiž pozůstalému dostatečný náhled, může prožít značnou část života obviňováním svého okolí. Testování reality je ovšem samo o sobě nedostatečné, pokud hovoříme o ztrátě blízkého člověka v důsledku vraždy nebo sebevraždy. V takovém případě jsou nutné i další intervence (Worden, 2018).

Stud

V kontextu emoce studu je třeba uvést, že se může u pozůstalých dostavit z různých důvodů. Může se jednat například o stud v důsledku dlouhodobě prožívaného intenzivního zármutku, kdy okolí pozůstalého přestává reagovat dostatečně empatickým způsobem (Špatenková, 2013). Intenzivní emoce studu se však objevuje rovněž jako důsledek neschopnosti zabránit smrti, přičemž nabývá na intenzitě, pokud pozůstalý truchlí nad ztrátou v důsledku sebevraždy. Na sebevraždu totiž bývá nahlíženo jako na sociálně neakceptovatelný způsob smrti, a představuje proto významnou komplikaci v procesu truchlení. Považujeme za vhodné také zmínit, že se tato skupina pozůstalých obvykle stydí vyhledat odbornou pomoc, což může znemožnit poskytnutí potřebné péče (Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016; Špatenková, 2017).

Úzkost

Existuje rozdíl mezi strachem a úzkostí. Strach bývá obvykle spojen s něčím konkrétním (např. strach ze ztráty pěkných vzpomínek), zatímco úzkost zpravidla nemá zvláštní zaměření, přestože se při zesílení může přenášet do různých situací (Harris

& Winokuer, 2016). Intenzita této emoce se přitom u pozůstalých může pohybovat od lehkého pocitu nejistoty po silné záchvaty paniky. Zdrojem úzkosti mohou být v daném kontextu buď obavy z neschopnosti žít život bez zemřelé osoby, anebo uvědomování si vlastní smrtelnosti v důsledku ztráty blízkého člověka (Worden, 2018).

Bezmoc

Bezmoc je afektivní reakce, která se objevuje převážně v raných fázích truchlení. Tento blízký korelát úzkosti je jedním z důvodů, proč je zármutek tak stresující záležitostí. Pocit bezmoci přitom bývá charakteristický zejména pro vdovy a představuje rizikový faktor, pokud se promění na takzvanou naučenou bezmocnost. V takovém případě bezmoc pozůstalým zabraňuje ovládat život podle vlastních představ a může vést ke vzniku komplikovaného truchlení (Worden, 2018).

Únava

Ačkoliv lze namítnout, že únava není emoce jako taková, nýbrž somatický pocit, rozhodli jsme se zařadit ji do této podkapitoly, jelikož je s emocemi velmi úzce propojena, zejména s níže uvedenou úlevou. Pozůstalí jedinci, byť byli dříve aktivní, mohou (nejen) během truchlení zažívat pocit únavy, který obvykle doprovází apatie a netečnost. Ztráta energie truchlící zpravidla zneklidňuje, jelikož jim brání v denních aktivitách, na které byli dříve zvyklí (Worden, 2018). Považujeme za vhodné také doplnit, že popisovaná intenzita únavy může být podobná symptomu klinické deprese, avšak s tím rozdílem, že během nekomplikovaného truchlení pocit vyčerpání časem ustupuje (Zisook & Shear, 2009).

Úleva

Vedle výše zmíněných emocí se u pozůstalých můžeme setkat také s pocitem úlevy. Tento pocit se většinou objevuje u truchlících osob, jejichž blízký umíral na bolestivou anebo dlouhodobou nemoc (Moody & Arcangel, 2011). Úleva se však objevuje i v případě ambivalentního vztahu mezi pozůstalou a zemřelou osobou. Zvláštní případ pak představuje dokonaná sebevražda, kdy se u pozůstalých objevuje pocity úlevy doprovázený pocitem viny (Worden, 2018).

Absence emocí

V závěru této podkapitoly bychom chtěli poukázat na existenci případů, kdy se u pozůstalých silná emoční reakce nedostaví vůbec. Tento jev se objevuje ze dvou důvodů. Prvním může být skutečnost, že vztah k člověku, který zemřel, již dávno skončil. Není tudíž pro koho truchlit (Špatenková, 2013). Za druhý důvod lze považovat specifický okruh komplikovaného truchlení, a to takzvané odložené truchlení, o němž se více zmíníme v podkapitolách věnovaných patologickému průběhu procesu truchlení (Worden, 2018).

1.3 Kognitivní reakce spojené s procesem truchlení

Existuje řada kognitivních vzorců, které souvisejí s obdobím zármutku. Některé myšlenky se vyskytují pouze v prvotních chvílích a zpravidla velice rychle vymizí, někdy však myšlenky přetrvávají a vyvolávají emoce, jež mohou progredovat k úzkostným nebo depresivním stavům (Worden, 2018). Následující odstavce proto budou zaměřeny jednak na nepatologické, jednak na potenciálně rizikové kognitivní reakce.

Neschopnost uvěřit

V prvotních chvílích šoku se u pozůstalých poměrně často objevuje přesvědčení, že ke smrti nemohlo dojít, a že je jejich blízký stále naživu. Pokud bychom se zaměřili na okolnosti úmrtí, častý výskyt těchto myšlenek bychom mohli sledovat u pozůstalých, jejichž blízký zemřel v důsledku náhlé, neočekávané smrti (Worden, 2018). Špatenková (2013) v dané souvislosti uvádí, že tyto myšlenky zpravidla ustupují ve chvíli, kdy pozůstalí spatří tělo zemřelé osoby a mohou se naposledy rozloučit.

Konfuze

Řada pozůstalých se během prvotních fází truchlení potýká s takzvaným konfuzním myšlením, které se projevuje neschopností uspořádat své myšlenky, obtížemi se soustředěním a nadměrným zapomínáním (Worden, 2018). V tomto kontextu lze zmínit, že podstatně horších výsledků v kognitivních testech (MMSE, Testy cesty) obvykle dosahují pozůstalí, u nichž se objevuje komplikované truchlení. Věk přitom nehraje významnou roli, jelikož dospělí jedinci, u kterých se objevuje komplikované truchlení, dosahují horších výsledků než výrazně starší jedinci, u nichž je proces truchlení nekomplikovaný (Ward, Mathias, & Hitchings, 2007).

Zaujetí a psychické ruminace

Zaujetí zemřelou osobou může mít u pozůstalých podobu obsedantních myšlenek, které bývají spojeny s touhou mít zesnulého opět ve svém životě. Ani v tomto případě se nejedná o patologický způsob truchlení, byť je možné pozorovat jistá rizika. Jestliže totiž myšlenky pozůstalé osoby dlouhodobě oscilují mezi úzkostným zaujetím a snahou eliminovat vzpomínky na zemřelého, je možné označit takový zármutek za komplikovaný (Boerner, Mancini, & Bonanno, 2013). Worden (2018) zároveň upozorňuje, že zaujetí může mít v daném kontextu podobu psychických ruminací, pod čímž si lze představit neustálé a opakované přemýšlení o negativních pocitech a okolnostech, které jsou s těmito pocity spojeny. Dle Wakefielda (2013) však ani psychické ruminace mnohdy nemusejí signalizovat komplikované truchlení, zejména pokud se objevují v období akutního zármutku.

Pocit přítomnosti a nepsychotické halucinace

Špatenková (2013) uvádí, že se u pozůstalých v raných fázích truchlení mohou objevit pocity přítomnosti zemřelé osoby, nebo dokonce auditivní a optické halucinace spojené s touto osobou. Také další odborníci (např. Harris & Winokuer, 2016; Worden, 2018) popisují, že se jedná o častý jev, který lze zařadit mezi normální reakce na ztrátu, a jenž zpravidla do několika týdnů vymizí. Shearová et al. (2011), kteří se zaměřovali na rizikové symptomy komplikovaného truchlení, to potvrzují a zmiňují, že halucinace spojené se zemřelou osobou u pozůstalých nepředstavovaly významnější problém.

Přestože výše uvedení autoři pracují s pojmem halucinace uceleně, a nerozlišují tudíž pravé halucinace od pseudohalucinací, považujeme za nezbytné tyto pojmy odlišit. Již Baethge (2002) se zabíral otázkou, zda jsou halucinace objevující se během procesu truchlení pravé, nebo nepravé, případně zda se nejedná o zcela jiný fenomén. Jeho závěry ovšem nepřinášejí jednotnou koncepci, přičemž se autor odvolává na existenci dvou protichůdných definic těchto pojmů. Uvádí však poznatek, že v rámci psychiatrické praxe existuje shodné vymezení, podle něhož lze pseudohalucinace chápat jako halucinace s intaktním testováním reality.

Pokud bychom se zaměřili na současné pojetí pseudohalucinací, definice se od těch původních příliš neliší. Například Orel et al. (2016) uvádí, že je pro nepravé halucinace charakteristické zachování náhledu a uvědomování si nereálnosti šalebného vjemu.

V kontextu truchlení se o danou definici opírá také studie van der Zwaarda a Polaka (2001), v níž je mimo jiné uvedeno, že se vizuální a auditivní pseudohalucinace mohou běžně objevovat právě u truchlících osob.

V závěru této části lze zmínit nedávnou studii, jejíž autoři považují za vhodné používat v kontextu zármutku označení nepsychotické halucinace. Pod jmenovaný pojem řadí jednak pseudohalucinace spojené s procesem truchlení, jednak hypnagogické nebo hypnopompické halucinace (Wearne & Genetti, 2015). Jelikož pojem halucinace sám o sobě evokuje přítomnost psychotického procesu, jako adekvátnější se nám v dané souvislosti jeví poslední zmiňované označení, tedy nepsychotické halucinace.

1.4 Behaviorální a somatické projevy spojené s procesem truchlení

S nekomplikovaným průběhem truchlení bývá spojována řada specifických behaviorálních i somatických projevů. Může se jednat například o hledání blízkého v davu, poruchy spánku, ztrátu chuti k jídlu, případně o bolesti konkrétních částí těla (Harris & Winokuer, 2016). Stejně jako v předchozích podkapitolách zmíníme pouze ty projevy, které se objevují nejčastěji nebo jež mohou představovat v procesu truchlení komplikace.

Stažení se

Není neobvyklé, že se lidé, kteří zažili ztrátu blízkého člověka, stahují do ústraní a redukují sociální vztahy. Tato izolace od okolí ovšem nemusí nutně souviset pouze se sociálními kontakty. Stažení se lze totiž pozorovat i ve vztahu k vnějšímu světu, což znamená, že mohou truchlící jedinci přestat číst noviny, případně zanechat sledování televize. Opět se však jedná spíše o krátkodobý jev, který se v řádu týdnů nebo měsíců navrácí do původního stavu (Worden, 2018).

Potenciální riziko ovšem v daném kontextu představuje nedostatek sociálních rolí, v nichž by se mohli pozůstalí po smrti blízkého realizovat. Tato skutečnost bývá zpravidla důsledkem péče o dlouhodobě nemocného člověka, kdy u pečující osoby zcela převládne role pečovatele, a to na úkor ostatních sociálních rolí. Ztráta blízkého člověka tedy nepředstavuje pouze ztrátu citového pouta, ale také ztrátu některých sociálních rolí (Špatenková, 2013).

Vyhýbavé chování

Někteří pozůstalí se během procesu truchlení vyhýbají místům a věcem, které v nich vyvolávají bolestivé pocity. Může se přitom jednat o místo, kde jejich blízký zemřel, anebo o předměty, které jim ztrátu blízkého připomínají. Přestože se pozůstalí s postupnou integrací zármutku k těmto místům a předmětům dokáží vracet, existují případy, kdy toho nejsou schopni. Jedná se o situace, v nichž se tyto osoby snaží okamžitě a jakýmkoliv způsobem zbavit věcí spojených se zesnulým. Takové chování se obvykle vyskytuje v důsledku ambivalentního vztahu, který mezi zesnulým a pozůstalým existoval, a může vést k rozvoji komplikovaného truchlení (Worden, 2018).

Vyhledávání míst a předmětů spojených se zemřelým

Tento způsob chování je opakem výše zmíněného vyhýbavého chování. Jedná se obvykle o důsledek strachu ze ztráty vzpomínek týkajících se zemřelého člověka. Pozůstalá osoba může navštěvovat místa spojená se zesnulým, případně u sebe nosit předměty (např. fotografie), které jí zemřelou osobu připomínají (Worden, 2018). Na podobných principech přitom funguje takzvaná terapie expozicí, kdy se terapeut snaží pomoci pozůstalému klientovi přijmout ztrátu tím, že jej opakovaně vystavuje podnětům připomínajícím zemřelou osobu (O'Day & Goetter, 2018).

Poruchy spánku a sny o zemřelém

Co se týká poruch spánku, v prvotních fázích truchlení je u pozůstalých možné sledovat přechodnou insomnii, která se v daném kontextu projevuje nižší kvalitou spánku, obtížným usínáním anebo předčasným ranním probouzením (Robbins-Welty, Stahl, & Reynolds, 2018). Worden (2018) nicméně podotýká, že většina problémů se spánkem postupem času odeznívá, díky čemuž zpravidla není potřebná intervence lékaře.

V této souvislosti lze zmínit nizozemskou práci zaměřenou na obtíže se spánkem u pozůstalých osob. Z jejích výsledků vyplývá, že tyto problémy většinou souvisejí s emocionálními reakcemi na ztrátu, s reziduálními symptomy poruchy protražovaného truchlení, případně se symptomy deprese. Z předložených výsledků je také patrné, že poruchy spánku více korelují se symptomy deprese než s příznaky protražovaného truchlení (Boelen & Lancee, 2013). Některé z výše uvedených informací potvrdila také navazující longitudinální studie, z jejíchž výsledků je zjevné, že poruchy spánku se objevují

jak u normálně, tak u komplikovaně truchlících osob. Jak již bylo uvedeno v předchozím odstavci, také zde byla nejčastěji popisována kratší doba spánku, případně jeho snížená kvalita. Tuto skutečnost autoři studie vysvětlují spíše depresivními symptomy, ovšem s tím rozdílem, že se délka spánku ani jeho kvalita během truchlení dále nesnižuje (Milic, Muka, Ikram, Franco, & Tiemeier, 2017).

Přesuneme-li se od spánku ke snění, lze uvést, že sny týkající se zemřelé osoby jsou u pozůstalých velice časté. Tyto sny plní řadu funkcí a někdy mohou být užitečnými diagnostickými vodítky nebo vhodnými terapeutickými prostředky (Worden, 2018). Jedna z nedávných studií zmiňuje, že sny o zemřelé osobě jsou přítomny až u 60 % pozůstalých. Co se týká obsahu, ve většině případů (55 %) tyto sny zahrnují pouze příjemná sdělení, v menší míře (31 %) se pak u pozůstalých objevují sny příjemné i znepokojující, případně sny pouze znepokojující (7 %) (Wright et al. 2014).

Podstatně častější výskyt snů o zemřelé osobě (86 %) předkládá kanadská práce, která se ovšem oproti výše uvedené studii – zaměřené na širší okruh vztahů – týkala výhradně pozůstalých osob truchlících nad ztrátou partnera/ky nebo manžela/ky. Ze závěrů této studie vyplývá, že pozůstalí, kteří si dokázali vybavit sny na zemřelého, častěji uváděli pozitivní obsahy těchto snů, což je v souladu s výše uvedenými výsledky. Lze také zmínit, že u dané skupiny pozůstalých nebyla nalezena přímá souvislost mezi intenzitou zármutku a četností výskytu snů o zemřelé osobě (Black, Belicki, & Emberley-Ralph, 2019).

Nejčastější somatické projevy

Ačkoliv bývají somatické projevy během akutního zármutku někdy přehlíženy, hrají v procesu truchlení významnou roli (Harris & Winokuer, 2016). Mezi nejčastější z nich patří bolesti hlavy, bolesti na hrudi, sevření hrdla, sucho v ústech, respirační obtíže, zažívací obtíže, svalová slabost nebo nedostatek energie (Worden, 2018). Navážeme-li na úvodní pasáže této práce, v nichž jsme ztrátu blízkého pojímali jako jeden z nejvýznamnějších stresorů, lze si povšimnout nápadné podobnosti mezi uvedenými somatickými projevy a těmi, které bývají popisovány v kontextu stresové reakce.

Na zdravotní důsledky související se ztrátou blízkého člověka se ve své longitudinální studii zaměřila čtveřice australských vědců. Z výsledků jejich práce vyplývá, že mezi nejčastější zdravotní komplikace, které se u pozůstalých vyskytují, lze zařadit duševní

poruchy a kardiovaskulární onemocnění. Autoři výzkumu nicméně uvádějí, že jsou nutná další bádání, která by tyto výsledky potvrdila (Jones, Bartrop, Forcier, & Penny, 2010).

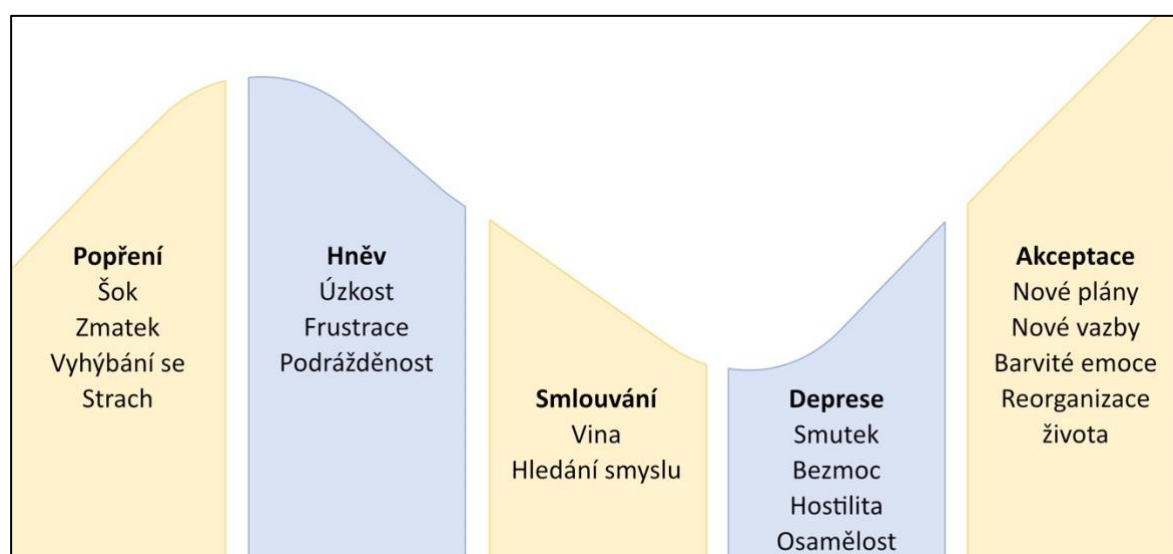
V závěru této části bychom rádi uvedli zajímavý fenomén, který se u pozůstalých taktěž nezřídka objevuje. Jedná se o přítomnost podobných tělesných symptomů, které se objevovaly před smrtí u jejich blízkých (Harris & Winokuer, 2016). Řada pozůstalých v důsledku těchto obtíží navštěvuje ordinace praktických lékařů, kteří by v takovém případě měli brát smrt a ztrátu blízkého člověka v úvahu (Worden, 2018).

1.5 Vybrané modely procesu truchlení

Různí autoři dělí proces truchlení do stadií, fází nebo úkolů, přičemž neexistuje jednoznačná shoda v počtu těchto etap ani v jejich posloupnosti. Worden (2018) tvrdí, že nejednoznačnost modelů je dána individualizací procesu truchlení, což do značné míry znemožňuje vytvořit koncepci, která by byla aplikovatelná na všechny truchlící osoby. I přes tuto skutečnost bychom chtěli na následujících řádcích přiblížit některé modely, s nimiž se můžeme v soudobé odborné literatuře setkat.

Poměrně dobře známý model předložila před několika desetiletími americká lékařka Kübler-Rossová, která se profesně věnovala především pacientům s infaustní prognózou. Tento model, jenž byl původně zaměřen na copingové strategie terminálně nemocných, je založen na pěti stadiích, jimiž jsou popření, hněv, smlouvání, deprese a akceptace (vizte obrázek 1) (Kübler-Ross, 2015).

Obrázek 1: Model pěti stadií zármutku

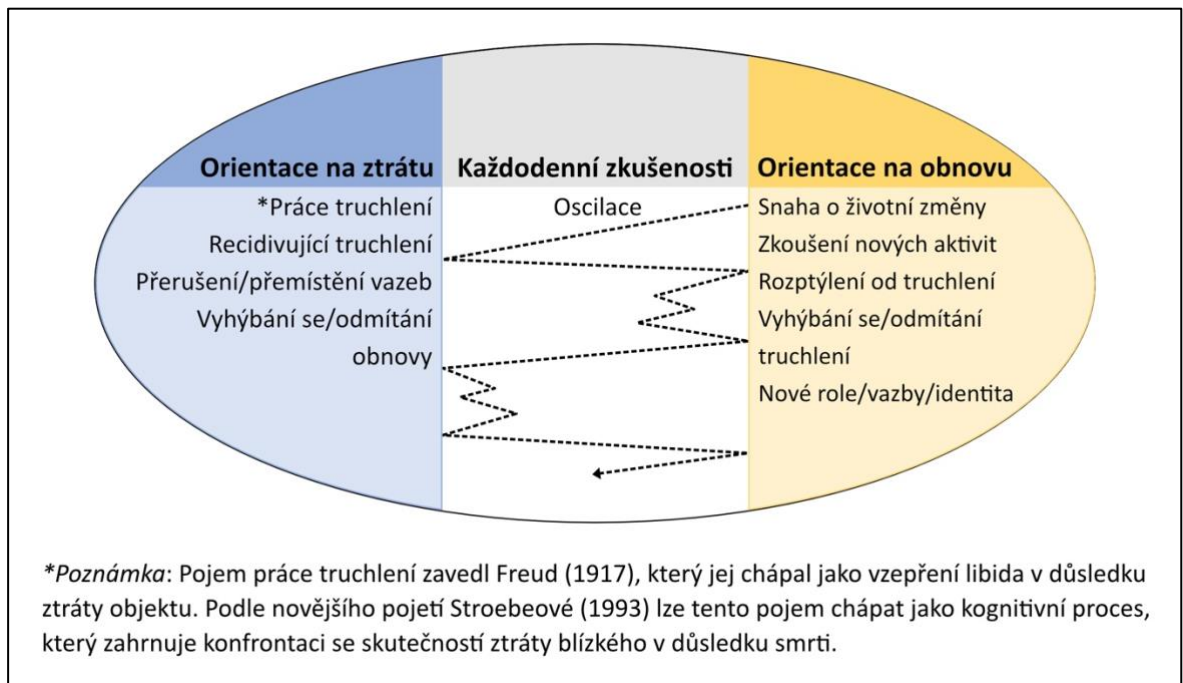


Zdroj: (Kübler-Ross & Kessler, 2014).

V každém z pěti stadií modelu je možné sledovat charakteristické emocionální, kognitivní či behaviorální reakce, avšak sama autorka podotýká, že se u pozůstalých osob nemusejí vyskytovat všechny reakce, a dokonce ani všechna stadia. Jednotlivé etapy tak nelze chápat jako body lineární osy, jimiž musí každá pozůstalá osoba projít, nýbrž jako identifikátory označující reakce, které se u pozůstalých mohou, ale nemusí objevit (Kübler-Ross & Kessler, 2014). Kvůli své nejednoznačnosti čelí model dlouhodobé kritice ze strany některých odborníků (Corr, 2018; Maciejewski, Zhang, Block, & Prigerson, 2007).

Dalším modelem, o němž bychom se chtěli zmínit, je duální model procesu truchlení, jehož autory jsou Stroebeová a Schut (1999). Model byl vytvořen tak, aby reflektoval rozmanitost úkolů, které se během procesu truchlení objevují (Worden, 2018). Tvůrci modelu chápou zármutek jako zdánlivě nekončící proces, přičemž se na jedné straně nacházejí stresory související s orientací na ztrátu (např. účast na pohřbu), na druhé straně stresory týkající se orientace na obnovu (např. vytrídění věci zemřelého). Mezi těmito dimenzemi se objevují každodenní zkušenosti, s nimiž se pozůstalý člověk během procesu truchlení setkává (vizte obrázek 2) (Bužgová & Sikorová, 2019).

Obrázek 2: Duální model procesu truchlení



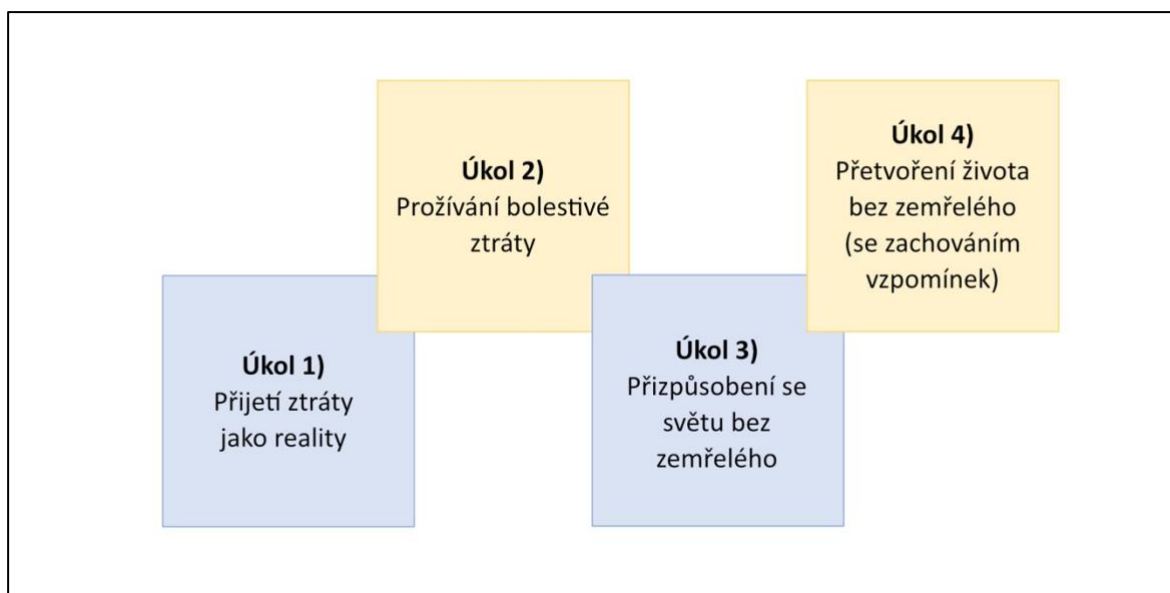
Zdroj: (Stroebe & Schut, 1999).

V daném kontextu je rovněž možné uvést, že autoři tohoto modelu vycházejí z předpokladu, že se pozůstalá osoba nemůže zaměřit na obě dimenze současně, což ji

podněcuje k oscilaci mezi nimi. Schopnost oscilace přitom podle nich představuje adaptivní regulační mechanismus (Stroebe & Schut, 1999). Jestliže je proto daná schopnost narušena, zpravidla v důsledku maladaptivních copingových strategií, nemusí truchlící osoba nalézt rovnováhu mezi orientací na ztrátu a orientací na obnovu. V důsledku toho může docházet k ulpívání na světě zemřelého a proces truchlení se může prodloužit a zkomplikovat (O'Day & Goetter, 2018).

Posledním modelem, kterému bychom se v této podkapitole chtěli věnovat, je Wordenův model čtyř úkolů (vizte obrázek 3), které musí truchlící jedinec splnit, aby u něj došlo k integraci zármutku. Autor tohoto modelu reagoval na doslovné přejímání etap u klasických modelů (např. u modelu Kübler-Rossové), což u pozůstalých častokrát vedlo k pasivnímu vyčkávání na následující stadium (Worden, 2018). Špatenková (2013) doplňuje, že je tento model velice užitečný, pokud se jedná o poradenský proces, jelikož akcentuje aktivitu pozůstalých. Koncepce úloh podle ní dává pozůstalým naději, že je možné zármutek zvládat, a to buď vlastními silami, nebo díky pomoci zvenčí.

Obrázek 3: Model čtyř úkolů



Zdroj: (Worden, 2018).

Nutno podotknout, že ačkoliv Worden (2018) úkoly člení do logické posloupnosti, nepovažuje za nezbytné jejich plnění v daném pořadí. Jednotlivé úkoly se tak podle něj mohou objevovat v různém pořadí a pozůstalá osoba může zpracovávat i více úloh najednou. Chtěli bychom také zmínit, že v současné literatuře existuje více označení čtvrtého úkolu, který byl na základě výzkumných zjištění revidován.

2 Faktory související s průběhem procesu truchlení

Přestože je zármutek všudypřítomný fenomén, výzkumy ukazují, že se reakce na ztrátu mohou mezi pozůstalými lišit. Někteří jedinci reagují během prožívání bolestivých zážitků pružně, jiní procházejí akutním žalem po dobu jednoho roku až dvou let a další prožívají závažný, vysilující a někdy život ohrožující zármutek roky i desítky let. Pro vyšší míru exaktnosti, díky níž lze lépe identifikovat, měřit i léčit atributy komplikovaného truchlení, je nezbytné izolovat rizikové i potenciálně rizikové faktory (Burke & Neimeyer, 2013). V rámci následujících podkapitol je tudíž naším cílem popsat empiricky fundované faktory, jež dokáží předpovídat komplikovaný průběh procesu truchlení.

Při rozdělení následujících podkapitol budeme vycházet z výsledků metaanalýzy více než 40 studií proběhlých v letech 1980 až 2010. Chtěli bychom zároveň uvést, že všechny studie se zabývaly procesem truchlení, přičemž polovina z nich výhradně jeho rizikovými faktory. Ve více než polovině těchto studií byl používán Inventář komplikovaného truchlení (ICG; Prigerson et al., 1995b), který jsme do naší studie zařadili také my (pro více informací vizte výzkumnou část práce) (Burke & Neimeyer, 2013).

2.1 Rizikové faktory

Rizikové faktory, o nichž se v této podkapitole zmíníme, byly statisticky signifikantně potvrzeny minimálně třemi studii, přičemž každý uvedený rizikový faktor byl během procesu truchlení přítomný minimálně 50 % času. Uvedeným způsobem bylo objeveno a potvrzeno šest faktorů, o nichž budeme pojednávat v následujících odstavcích:

- nízká úroveň sociální opory,
- úzkostná nebo vyhýbavá citová vazba,
- objevení nebo identifikace těla zemřelé osoby (v případě násilné smrti),
- smrt manžela/ky nebo dítěte,
- závislý vztah k partnerovi,
- neuroticismus (Burke & Neimeyer, 2013).

Nízká úroveň sociální opory

Sociální opora, jakožto obecný konstrukt, představuje významný ochranný faktor před stresujícími událostmi, mezi něž lze zařadit právě ztrátu blízkého člověka. Sociální

opora mívá dvě podoby – může se jednat o sociální oporu ze strany příbuzných či přátel, ale také o podporu institucionální (Rodgers & DuBois, 2018). Špatenková (2013) v tomto kontextu uvádí, že rizikovou skupinu představují senioři, pro které může být sociální opora do značné míry redukována, jelikož jejich příbuzní a přátelé mohou být již po smrti. Involuční změny těmto lidem navíc obvykle znesnadňují navazování nových přátelství.

Sociální vyloučení se může týkat také pozůstalých, jejichž zármutek není považován za oprávněný, a to bez ohledu na jeho intenzitu nebo délku trvání. Absence sociální opory se tak může objevit u jedinců, jejichž blízká osoba je považována za vzdálenou (např. při smrti kamaráda). V této souvislosti je také možné zmínit pozůstalé, které vyčleňují jejich individuální charakteristiky (např. nízký věk), případně truchlící, u nichž nejsou okolnosti smrti blízkého považovány za legitimní důvod k zármutku (Rodgers & DuBois, 2018).

Úzkostná nebo vyhýbavá citová vazba

Jak jsme již zmínili v jedné z předchozích podkapitol, attachment poměrně úzce souvisí s procesem truchlení. Již Ainsworthová (1979) přišla s rozdělením citových vazeb, přičemž vedle bezpečného připoutání popsala též úzkostné a vyhýbavé připoutání. Jak již bylo zmíněno, kromě dětí jsou k tvorbě citové vazby motivováni také dospělí, u nichž ovšem bývá charakterizována sexualitou a pečovatelským chováním. Zdroj opory tedy představují blízcí lidé, k nimž se může bezpečně připoutaná osoba vracet. Lze doplnit, že dospělí jedinci mohou navíc využívat takzvaných internalizovaných (tj. zvnitřněných) reprezentací jednotlivých postav ve svém blízkém okolí (O'day & Goetter, 2018).

Jedinci, kteří mají vytvořenou úzkostnou nebo vyhýbavou citovou vazbu k blízké osobě, častěji trpí stavy nejistoty a mívají tendenci používat strategie sekundárního připoutání (hyperaktivace, deaktivace) ve snaze vyrovnat se s hrozbou ztráty. Jedinci s úzkostnou citovou vazbou volí především hyperaktivační strategie: energeticky náročné pokusy o dosažení podpory a lásky spojené s nízkým sebevědomím. Pokud jsou tyto pokusy neúspěšné, nebo dojde-li k ohrožení zdroje opory, objevují se u nich psychické ruminace nebo emoce hněvu a zoufalství. Tito jedinci mají navíc tendenci vytvářet závislé vztahy. Naproti tomu lidé s vyhýbavou citovou vazbou používají deaktivační strategie: snaží se neohrožovat blízké vztahy, ovšem při hrozícím nebezpečí popírají svou zranitelnost a potřebu vztahů, což vede k vyhýbavému chování. Je tedy patrné, že oba typy vazeb

mohou u pozůstalých způsobovat emocionální a behaviorální problémy, o nichž jsme se mimo jiné zmiňovali již v předchozích podkapitolách (Mikulincer & Shaver, 2013).

Objevení nebo identifikace těla zemřelé osoby (v případě násilné smrti)

Dyregrov a Dyregrovová (2013) uvádějí, že objevení těla osoby zemřelé v důsledku násilné smrti (např. sebevraždy) představuje u pozůstalých, vedle svědectví smrti, jeden z aspektů takzvaného traumatického truchlení. Lze přitom doplnit, že ačkoliv se jeví být uvedený termín spjat s traumatickou událostí, slouží spíše ke zdůraznění bolestivé zkušenosti, kterou ztráta blízkého představuje a jedná se o synonymum pro komplikované truchlení (Jacobs, 2016). Podle švédské populační studie navíc nelze považovat objevení těla zemřelého za rizikový faktor, pokud bylo očištěno, a jestliže došlo k důkladnému a empatickému informování pozůstalých před jeho identifikací (Omerov, Steineck, Nyberg, Runeson, & Nyberg, 2014).

Smrt manžela/ky nebo dítěte

Ztráta manželky (partnerky) nebo manžela (partnera) představuje velkou životní krizi, s níž je spojena řada dalších ztrát – ztráta společné budoucnosti, zvyků anebo výhod, které ze společného soužití pramení (Kubíčková, 2001). Riziko vzniku komplikovaného truchlení je přitom spojeno spíše s vdovami než s vdovci (Lobb et al., 2010). Z další zahraniční studie je navíc patrné, že ovdovění ženy v mladším věku bývá spojeno s výraznějším narušením každodenního fungování (Alves, Neimeyer, Batista, & Gonçalves, 2018). Co se však týká nebezpečí smrti pozůstalé osoby, vdovci představují ohroženější skupinu než vdovy (Boyle, Feng, & Raab, 2011; Sullivan & Fenelon, 2014). U vdovců, kteří ztratili partnerku v důsledku náhlé smrti, byla dokonce prokázána až o 70 % vyšší pravděpodobnost úmrtí oproti vdovcům, jejichž partnerka zemřela očekávanou smrtí (Sullivan & Fenelon, 2014).

V souvislosti s vdovstvím uvádí zajímavé poznatky také Stuart-Hamilton (1999), který upozorňuje na rozdílné trajektorie truchlení mezi muži a ženami. Pro vdovy je podle tohoto autora obtížnější vyrovnat se s úmrtím manžela, přičemž se u nich zpravidla objevují intenzivní pocity osamění a bezmoci. Naproti tomu vdovci tyto pocity nevykazují v takové míře, o čemž svědčí také skutečnost, že si hledají novou partnerku podstatně rychleji. Uvedené poznatky do jisté míry potvrzuje novější studie zaměřená na vdovy a vdovce v období starší dospělosti. Z výsledků této práce vyplývá, že až 60 % ovdovělých mužů

toužilo po novém sňatku, zatímco u ovdovělých žen byla tato touha přítomna pouze u necelých 20 % případů (Indriana, 2013). Pokud se jedná o sociální oporu u ovdovělých, Pauknerová a Čermák (2013) uvádí, že v našich podmínkách ji starším vdovám nejčastěji poskytují dospělé děti.

Mnoho odborníků (např. Kübler-Ross & Kessler, 2014; Špatenková, 2013; Worden, 2018) považuje ztrátu dítěte za nejobtížnější ztrátu v životě. U pozůstalých rodičů se často objevují silné pocity viny a selhání, jejichž intenzita se stupňuje, jedná-li se o ztrátu jediného potomka. Smrt dítěte pro rodiče znamená ztrátu budoucnosti a bývá spojena s otřesením jejich vlastní identity (Špatenková, 2013). Ačkoliv může takový zármutek trvat roky, není neměnný. Postupem času se většina rodičů naučí s touto ztrátou žít a může u nich dojít také k utužení partnerského vztahu (Firthová, Luffová, & Oliviere, 2007).

V této souvislosti předložila svou zajímavou studii Martinčeková (2015), která se zaměřovala na zármutek u pozůstalých matek. Přestože byl výzkumný soubor složen pouze ze 60 respondentek, byla potvrzena statistická hypotéza předpokládající intenzivnější zármutek u matek, jež ztratily jediné dítě. Z výsledků dále vyplynulo, že intenzita zármutku byla výrazně nižší u matek, které ztratily své dítě před více než třemi lety. Tyto výsledky lze doplnit o závěry marylandské studie, podle níž vykazují zdravější průběh truchlení spíše pozůstalé matky než pozůstalí otcové (Keesee, Currier, & Neimeyer, 2008). Dané stanovisko však odmítají Rodgersová a DuBois (2018), kteří hovoří o důsledku genderové předpojatosti v rámci euroamerické společnosti, jež chápe feminní (expresivní) způsob truchlení jako adaptivnější.

Závislý vztah k partnerovi

Závislý vztah do značné míry ovlivňuje adaptaci pozůstalého na svět bez zemřelé osoby. Takovému jedinci mohou po smrti partnera činit obtíže běžné denní činnosti, jako je placení účtů, řízení vozidla nebo příprava jídla. Závislé vztahy bývají obvykle spojovány s osobami tvořícími úzkostné citové vazby (vizte předchozí odstavce) a také s jedinci, u nichž se objevují specifické poruchy osobnosti (Worden, 2018).

Neuroticismus

Přestože Bonnamo et al. (2002) nenašli žádnou souvislost mezi komplikovaným truchlením a neuroticismem, novější práce (např. van der Houwen, Stroebe, Schut,

Stroebe, & van den Bout, 2010; Wijngaards-de Meij et al., 2007) ukazují statisticky významné korelace. Vysoká úroveň neuroticismu v dospělosti přitom bývá spojována s výskytem traumatických událostí v adolescenci. Mezi tyto události patří například stalking, smrt blízkého člověka anebo dlouhodobé týrání (Ogle, Rubin, & Siegler, 2013). Je proto možné odvozovat, že trauma způsobené ztrátou blízkého člověka v adolescenci zvyšuje úroveň neuroticismu a přenáší se do dospělosti (Goetter et al., 2018).

2.2 Potenciálně rizikové faktory

Pokud bychom se vrátili k metaanalýze zmiňované v úvodu této kapitoly, vedle rizikových faktorů se mohou objevit také faktory potenciálně rizikové, jichž bylo potvrzeno více než 30. Mezi primární charakteristické znaky těchto faktorů patří výskyt v méně než třech studiích, případně zjištění, že se tyto faktory objevují v méně než 50 % z celkové délky procesu truchlení (Burke & Neimeyer, 2013). Ačkoliv bychom mohli uvést výčet všech potenciálně rizikových faktorů, jeví se nám schůdnější detailněji popsat ty, které byly v letech 1980–2010 nejčastěji zkoumány (vizte tabulku 1) a jež souvisí s naší studií.

Tabulka 1: Vybrané potenciálně rizikové faktory

| Potenciálně rizikové faktory | Celkový počet studií | Signifikantní výsledky | Signifikantní výsledky (%) |
|---------------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------|
| Ženské pohlaví | 19 | 8 | 42 % |
| Náhlá nebo neočekávaná smrt | 12 | 5 | 42 % |
| Truchlení v mladším věku | 20 | 5 | 21 % |
| Problematický vztah k zemřelému | 6 | 2 | 33 % |
| Nižší vzdělání | 12 | 2 | 17 % |

Zdroj: (Burke & Neimeyer, 2013), upraveno.

Ženské pohlaví

Rodgersová a DuBois (2018) upozorňují, že ačkoliv bývá západní feminita spojována se sebezprezentací a větší emoční expresivitou, neměly by být tyto vzorce chování považovány za specifika konkrétní genderové role, jelikož se pohybují spíše kolem určitého kontinua. Tyto stereotypy podle nich vedou k výše zmiňované genderové předpojatosti, která pojímá feminní (expresivní) způsob truchlení jako více adaptivní, a to navzdory existenci dalších adaptivních trajektorií zármutku.

Nehledě na tyto trajektorie však podle některých studií představují ženy rizikovější skupinu pro vznik komplikovaného truchlení (Kersting, Brähler, Glaesmer, & Wagner, 2011; Newson, Boelen, Hek, Hofman, & Tiemeier, 2011). Z novějších zdrojů lze navíc zjistit, že ženy v období starší dospělosti anebo stáří jsou v tomto ohledu nejrizikovější, což je dáno především dřívějším umíráním mužů. Vdovy jsou po ztrátě manžela ohroženy finančními problémy, přebírají veškeré povinnosti spojené s fungováním domácnosti, a dochází u nich navíc k vyšší úrovni sociální izolace (Robbins-Welty et al., 2018). Tématem vdovství jsme se však zabírali již v předchozí podkapitole.

Náhlá nebo neočekávaná smrt

Za náhlou smrt bývá v odborné literatuře považována přirozená smrt v důsledku chorobných příčin, které se u jedinců před smrtí projevují zřídka nebo vůbec. Takové smrti může předcházet celá řada onemocnění (např. respirační choroby nebo onemocnění srdce a cév). Z výše uvedených důvodů dochází ke smrti jedince obvykle mimo zdravotnické zařízení. Důsledkem smrti přitom může být nadměrná fyzická zátěž anebo větší psychické rozrušení (Štefan & Hladík, 2012). Špatenková (2014) však tvrdí, že nelze zaměňovat smrt náhlou za neočekávanou, byť se tak častokrát děje. Podle této autorky spočívá zásadní rozdíl v tom, že náhlou smrt do poslední chvíle nemůže nikdo předvídat, zatímco neočekávané smrti zpravidla předchází změny zdravotního stavu daného jedince.

Podle Dudové (2013) bývá s náhlým úmrtím spojeno takzvané hypertrofované truchlení, které je jednou z forem komplikovaného truchlení. Pro tuto reakci jsou charakteristické extrémně intenzivní emoce, přičemž tradiční rituály nedokáží mírnit projevy úzkosti a distresu. Tomuto tématu se více věnujeme v kapitole zaměřené na patologický průběh procesu truchlení.

Truchlení v mladším věku

V daném kontextu je nezbytné uvést, že výzkumy zaměřené na truchlení v různých obdobích života docházejí k nejednoznačným výsledkům, o čemž svědčí také skutečnost, že ze 20 komparovaných studií pouze pět přineslo statisticky signifikantní výsledky ve vztahu k rizikovosti nižšího věku pozůstalých (Burke & Neimeyer, 2013). Někteří autoři se nicméně domnívají, že tomu bývá spíše naopak – tedy že rizikovou skupinu představují starší jedinci. Mladší rodinní příslušníci totiž obvykle bývají považováni za ty, kteří potřebují

od příbuzných více péče, pokud zemře některý ze členů rodiny. Lze tak hovořit o určité formě ageismu (tzn. diskriminace na základě věku) v rámci truchlící rodiny (Milic et al., 2017; Lundorff et al. 2017; Robbins-Welty et al., 2018). Revet, Laiferová a Raynaud (2018) ovšem doplňují, že zážitek tragické smrti blízkého člena rodiny (např. rodiče) u adolescentů souvisí s častějším výskytem komplikovaného truchlení a suicidálních tendencí oproti starším jedincům. Je tedy zřejmě zapotřebí zohledňovat další faktory, které na proces truchlení mohou působit.

Problematický vztah k zemřelému

Ambivalentní vztah k zemřelému bývá podle Špatenkové (2013) zdrojem různých emocí, přičemž se nejčastěji jedná o prvotní pocit úlevy, který záhy střídá smutek, hněv nebo vina. Smrti předcházející rozporuplný vztah je přitom podle dané autorky rizikovým indikátorem komplikovaného truchlení u pozůstalých osob. Toto tvrzení podporuje také rozsáhlá německá metaanalýza, podle níž existuje velmi vysoce signifikantní souvislost mezi vznikem protražovaného truchlení a blízkostí vztahu k zemřelé osobě (Heeke, Kampisiou, Niemeyer, & Knaevelsrud, 2019). Díky závěrům tří marylandských badatelů lze navíc doplnit, že smrti předcházející konfliktní vztah může u pozůstalých posléze vést k odložené reakci na ztrátu, somatickým symptomům, případně automutilaci (Mash, Fullerton, & Ursano, 2013).

Nižší vzdělání

Pokud se jedná o úroveň vzdělání, v německé metaanalýze, o níž jsme se zmiňovali v předchozím odstavci, byla rovněž zjištěna signifikantní souvislost mezi rozvojem protražovaného truchlení a nižší úrovní vzdělání u pozůstalých jedinců (Heeke et al., 2019). Lze navíc uvést, že nižší vzdělání souvisí také s intenzitou zármutku. U této skupiny pozůstalých je totiž možné častěji sledovat hypertrofované reakce na ztrátu blízkého člověka (Burke & Neimeyer, 2013). Hlavním důvodem intenzivnějších reakcí jsou především horší copingové strategie u této skupiny pozůstalých (Milic et al., 2017).

Nižší úroveň spirituality

I když jsme v úvodu této subkapitoly (konkrétně v tabulce 1) uvedli pouze pět potenciálně rizikových faktorů, dovolíme si v závěru uvést ještě jeden navíc, a to nízkou úroveň spirituality. Náboženské vyznání a spiritualita totiž představují významný adaptivní

mechanismus, který úzce souvisí s duchovním propojením, hledáním smyslu a sdílením představ o posmrtném životě. Přitom právě představy o posmrtném životě často odlišují emocionální a kognitivní zpracování smrti věřících osob od osob nevěřících. Zatímco ateistické pojetí obvykle považuje smrt za konečný stav, řada náboženství chápe úmrtí za pomyslnou hranici mezi pozemským a posmrtným životem (Rodgers & DuBois, 2018).

Přesuneme-li se k výzkumným zjištěním na toto téma, v souladu s výše uvedeným bylo zjištěno, že častější praktikování náboženských zvyklostí souvisí s menším výskytem patologických projevů truchlení u pozůstalých rodičů (Hawthorne, Youngblut, & Brooten, 2016). Lze však namítnout, že limitem obdobných studií může být zkreslení vlivem sociální opory uvnitř daného společenství, a nemusí se proto jednat o vliv religiozity jako takové. Pokud bychom se zaměřili na české prostředí, Machů et al. (2019), kteří se ve své studii zaměřovali na starší pozůstalé osoby, však nezjistili souvislost mezi spiritualitou a rozvojem komplikovaného truchlení. Je tedy otázkou, zda nemůže být význam spirituality ovlivněn také jinými činiteli (např. kulturními odlišnostmi).

Na závěr lze uvést, že k měření spirituálních problémů pozůstalých byl dokonce sestrojen Inventář komplikovaného spirituálního truchlení (ISCG 2.0; Burke, Crunk, Neimeyer, & Bai, 2019). Tento nástroj uvádíme, jelikož bychom chtěli zdůraznit, že vysoký skóre naměřený touto metodou statisticky signifikantně souvisí s vysokým skórem v Inventáři komplikovaného truchlení (ICG; Prigerson et al., 1995b). Z těchto údajů je tedy patrné, že jsou spirituální obtíže pozůstalých s komplikovaným truchlením určitým způsobem provázány (Burke et al., 2019).

3 Patologický průběh procesu truchlení

Již na konci 20. století začala Prigersonová et al. (1995a) zkoumat komplikované truchlení jako samostatnou diagnostickou jednotku. Na základě provedené faktorové analýzy bylo výzkumníky zjištěno, že truchlení představuje samostatnou entitu, již je zapotřebí odlišovat od deprese. Jelikož někteří pozůstalí vykazovali řadu přidružených fyzických a psychických obtíží, sestrojili výzkumníci dodnes hojně užívaný Inventář komplikovaného truchlení (ICG), díky němuž byli schopni odlišit nekomplikovaný průběh zármutku od komplikovaného. Přestože se určitou dobu předpokládalo, že komplikované truchlení vzniká především v důsledku traumatického stresu a separační úzkosti, nebylo ani toto vysvětlení udržitelné, jelikož z navazujících výzkumů vyplynulo, že neexistují dvě, nýbrž tři odlišné entity, mezi nimiž byla přítomna, vedle komplikovaného truchlení a deprese, také úzkost (Prigerson, Bierhals, Kasl, & Reynolds, 1996). Díky uvedeným výzkumným zjištěním se začalo komplikované truchlení více zkoumat, přičemž existenci tří odlišných fenoménů potvrzovaly i další studie (např. Boelen & van den Bout, 2005; Boelen, 2013).

Worden (2018) uvádí, že s vývojem kritérií této nosologické jednotky docházelo také ke změnám v jejím označení. Z toho důvodu se v odborné literatuře můžeme setkat s několika pojmenováními, a to traumatické truchlení, komplikované truchlení anebo protrahované truchlení. Tento autor navíc doplňuje, že předložená označení bývají obvykle chápána jako synonyma pro abnormální zármutek, přičemž poslední dva uvedené termíny jsou podle něj v současnosti nejpoužívanější. Jak ovšem bude zmíněno v následujících podkapitolách, ne vždy se těmito termíny rozumí to samé.

Pokud se jedná o obecné pojetí komplikovaného truchlení, Worden (2018) rozlišuje mezi čtyřmi reakcemi, které je možné u takto truchlících osob pozorovat. Pro přehlednost autorovo pojetí stručně přibližujeme v několika následujících bodech:

- *Chronické (též protrahované) truchlení* lze definovat jako reakci na ztrátu, která trvá příliš dlouhou dobu. Výroční reakce se přitom mohou objevovat i desítky let po ztrátě, jelikož pozůstalá osoba není schopna dát zemřelému sbohem. Ačkoliv si takový jedinec obvykle bývá vědom přílišné délky svého truchlení, nemusí je zvládat vyřešit vlastními silami, a potřebuje tudíž odbornou pomoc.

- Pro *odložené* (též *inhibované*) truchlení je charakteristické nedostatečné odžití bolestivých emocí (např. kvůli nízké úrovni sociální podpory) v prvotních týdnech od ztráty. V důsledku toho může pozůstalý neadekvátně reagovat na následující menší ztráty, avšak s vědomím toho, že se jedná o nepřiměřeně intenzivní reakce.
- *Hypertrofované truchlení* lze charakterizovat jako přehnanou reakci na ztrátu blízkého člověka. Takto truchlící osoba zpravidla prožívá velice silné emoce, cítí se být ztrátou ochromena, případně se uchyluje k maladaptivním způsobům chování (např. k užívání návykových látek). Nutno podotknout, že tato skupina pozůstalých vyhledává kvůli intenzitě svých reakcí odbornou pomoc nejčastěji.
- Poslední abnormální reakcí, o níž se uvedený autor zmiňuje, je *larvované truchlení*. Tato reakce se podle něj projevuje dvěma způsoby: Buď se může jednat o nežádoucí způsoby chování, anebo o somatické projevy. Pozůstalá osoba si přitom nebývá (nebo nechce být) vědoma souvislosti mezi těmito obtížemi a ztrátou blízkého.

Wordenovo (2018) pojetí je sice klinicky užitečné, ovšem nenašlo takové uplatnění jako koncepce dalších odborníků (vizte tabulku 2), kteří se v posledních letech pokoušeli abnormální truchlení vymezit tak, aby jej bylo možné spolehlivě měřit. Z toho důvodu se v odborné literatuře setkáme s několika nosologickými jednotkami, které se pokouší tento fenomén definovat, ovšem s odlišnostmi v některých příznacích. Pro lepší orientaci jsme vytvořili tabulku 2, ve které uvádíme čtyři diagnostické jednotky, s nimiž se v soudobých výzkumech (např. Maciejewski, Maercker, Boelen, & Prigerson, 2016; Mauro et al., 2017) nejčastěji operuje a kterým se budeme v následujících podkapitolách věnovat.

Tabulka 2: Současná pojetí patologického průběhu procesu truchlení

| Anglický název a zkratka | Český překlad a zkratka | Autor a rok |
|--|---|--|
| Complicated Grief (CG) | Komplikované truchlení (KT) | (Shear et al., 2011) |
| Prolonged Grief Disorder (PGD) | Porucha protrahovaného truchlení (PPT) | (Prigerson et al., 2009) |
| Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) | Perzistentní komplexní porucha truchlení (PKPT DSM-5) | (American Psychiatric Association, 2013) |
| Prolonged Grief Disorder (PGD) | Porucha protrahovaného truchlení (PPT MKN-11) | (World Health Organization, 2018) |

Než se ovšem zaměříme na jednotlivá pojetí detailněji, chtěli bychom k předložené tabulce 2 doplnit několik informací. Uvedené české ekvivalenty a zkratky diagnostických

jednotek jsou, vyjma komplikovaného truchlení, volně přeloženy, a nelze je proto brát jako oficiální označení. Považujeme za nezbytné rovněž upozornit, že oficiální český překlad DSM-5 pracuje s termínem *komplikované a protrahované truchlení*, přestože je v originální verzi tohoto klasifikačního systému uvedeno označení *Persistent Complex Bereavement Disorder* (srov. American Psychiatric Association, 2013; Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015). Jelikož řada výzkumů, které budeme v této práci prezentovat, porovnává všechny výše uvedené nosologické jednotky, rozhodli jsme se pro přehlednost používat překlad blízký původnímu znění, tedy *perzistentní komplexní porucha truchlení*. Pokud se jedná o oficiální český překlad diagnostické jednotky *Prolonged Grief Disorder* (World Health Organization, 2018), dle informací získaných od M. Zvolského (osobní sdělení 4. 11. 2019) jej Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) zatím nemá k dispozici, a proto budeme pracovat s volným překladem *porucha protrahovaného truchlení*.

3.1 Komplikované a protrahované truchlení

Komplikované truchlení bývá definováno jako chronická forma zármutku, která vzniká působením rizikových faktorů narušujících tento ozdravný proces. Z toho důvodu pacienti s neléčeným komplikovaným truchlením vykazují dlouhodobou symptomatologii, která má tendenci přetrvávat (Crunk, Robinson, & Burke, 2017). Mezi specifické znaky komplikovaného truchlení patří přetrvávající a intenzivní touha po zemřelé osobě, která bývá spojena s pocitem smutku a osamění. Tato intenzivní touha bývá vyjadřována rušivými myšlenkami a neschopností přijmout realitu smrti. U těchto jedinců se často vyskytují také starosti a psychické ruminace, které bývají zpravidla asociovány s pocitem viny a sebeobviňováním. Komplikovaně truchlící osoby bývají smrtí blízkého člověka šokovány a ochromeny natolik, že vykazují přetrvávající emoční otupělost. Není výjimečné, že se u této skupiny osob objevují také myšlenky na sebevraždu s cílem připojit se k zemřelému (Carmassi, Bertelloni, & Dell'Osso, 2018)

Shearová et al. (2011) uvádějí, že k rozvoji komplikovaného truchlení dochází přibližně u 10 % truchlících osob, a popisují tento stav jako jedinečnou konstelaci symptomů, která potřebuje cílenou terapii. Za zmínku stojí rovněž skutečnost, že uvedený kolektiv autorů navrhl na základě výzkumných zjištění diagnostická kritéria pro DSM-5. Po proběhlých diskuzích však byla navrhovaná kritéria Americkou psychiatrickou asociací (2013) pozměněna, a tak se s nimi v aktuální verzi DSM-5 nesetkáme ve znění, které je

předloženo na obrázku 4. Navzdory tomu koncept komplikovaného truchlení stále zůstává předmětem zkoumání (např. O'Connor et al., 2019).

Obrázek 4: Diagnostická kritéria navrhovaná pro DSM-5

| | |
|----------|--|
| A | Musí se jednat o pozůstalého, tj. o osobu, jež prožila <u>smrt</u> blízkého před <u>více než šesti měsíci</u>. |
| B | Musí být přítomen aspoň <u>jeden z příznaků přetrvávajícího akutního truchlení</u>, a to nepřiměřeně dlouhou dobu vzhledem ke <u>kulturním a společenským normám</u>: |
| | 1) Přetrvávající intenzivní touha po zemřelé osobě. |
| | 2) Častý intenzivní pocit osamění nebo pocit prázdnoty života bez zemřelé osoby. |
| | 3) Opakující se myšlenky o nespravedlivosti nebo bezsmyslnosti života bez zemřelé osoby, nebo opakující se touha zemřít a připojit se tak k zemřelé osobě. |
| | 4) Přetrvávající zaujetí zemřelou osobou narušující obvyklé fungování jedince. |
| C | Minimálně <u>jeden měsíc</u> musí být přítomny <u>aspoň dva</u> z následujících příznaků: |
| | 1) Přetrvávající zaujetí okolnostmi smrti blízké osoby. |
| | 2) Přetrvávající nedůvěra nebo neschopnost přijmout smrt blízké osoby. |
| | 3) Přetrvávající šok, ochromení nebo emoční otupělost po smrti blízké osoby. |
| | 4) Opakující se pocity hněvu nebo zahořklosti související se smrtí blízké osoby. |
| | 5) Přetrvávající potíže s důvěrou v druhé lidi nebo závist těm, kteří ztrátu nezažili. |
| | 6) Vyskytující se bolesti nebo příznaky, kterými trpěla zemřelá osoba, nebo přítomnost vizuálních a auditivních vjemů spojených s touto osobou. |
| | 7) Přítomnost intenzivní emocionální nebo fyziologické reaktivity spojené se vzpomínkami na zemřelou osobu. |
| | 8) Změna chování v důsledku nadměrného vyhýbání se nebo naopak zaujetí zemřelou osobou. |
| D | Příznaky a obtíže musí být přítomny <u>aspoň jeden měsíc</u>. |
| E | Příznaky způsobují klinicky <u>významný distres</u> nebo <u>obtíže v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti života</u>. |

Zdroj: (Shear et al., 2011).

Shearová et al. (2011) přitom definují potvrzené případy komplikovaně truchlících jedinců jako pozůstalé osoby, u nichž došlo ke ztrátě blízkého před více než šesti měsíci a které vykazovaly v Inventáři komplikovaného truchlení (ICG) skóre vyšší než 30. Tito jedinci navíc byli vyšetřeni pomocí strukturovaných interview lékařem, který potvrdil, že u nich komplikované truchlení představuje primární onemocnění.

V souvislosti s protrahovaným truchlením lze zmínit, že hlavním cílem Prigersonové et al. (2009) bylo identifikovat bolestivé a ochromující reakce, které u pozůstalých přetrvávají déle než půl roku. V tomto pojetí tvoří jádro diagnózy přetrvávající touha či stesk po zemřelé osobě a bolest způsobená nemožností setkat se s touto osobou. Kromě tohoto

ústředního prvku mohou být přítomny příznaky jako neschopnost přijmout ztrátu, pocit ztráty části sebe sama, případně potíže s přetvářením života bez zemřelé osoby. Za zmínku také stojí, že tyto obtíže nemusejí být posuzovány v rámci společenské a kulturní normy. Přestože je u pozůstalých přibližně 10% prevalence rozvoje protrahovaného truchlení, v porovnání s komplikovaným truchlením jsou podmínky pro stanovení diagnózy přísnější (vizte dále) (Steil et al., 2019). Pro přehlednost předkládáme na následujícím obrázku 5 znění kritérií protrahovaného truchlení.

Obrázek 5: Diagnostická kritéria navrhovaná pro MKN-11 a DSM-5

| | |
|----------|--|
| A | Událost: <u>Smrt</u> blízké osoby. |
| B | Separční úzkost: Pozůstalá osoba prožívá <u>touhu</u> (např. touhu po zemřelé osobě; bolest kvůli nemožnosti setkat se s touto osobou) <u>denně</u> nebo <u>v omezující míře</u>. |
| C | Kognitivní, emocionální a behaviorální příznaky: U pozůstalé osoby musí být přítomno <u>pět</u> z následujících příznaků, a to <u>denně</u> nebo <u>v omezující míře</u>: |
| | 1) Zmatek týkající vlastní role v životě (např. pocit ztráty části sebe sama). |
| | 2) Potíže s přijetím ztráty. |
| | 3) Vyhýbání se všemu, co připomíná skutečnost ztráty. |
| | 4) Neschopnost důvěřovat od ztráty ostatním lidem. |
| | 5) Zahořklost nebo vztek související se ztrátou. |
| | 6) Neschopnost posouvat se v životě dál (např. navazování nových přátelství). |
| | 7) Emoční otupělost (nepřítomnost emocí) od ztráty. |
| | 8) Pocit, že život je od ztráty prázdný, nenaplněný nebo bezsmyslný. |
| | 9) Pocit ochromení, otupělosti nebo šoku související se ztrátou. |
| D | Trvání: Diagnóza by měla být stanovena až po <u>uplynutí šesti měsíců</u> od ztráty. |
| E | Další těžkosti: Porucha způsobuje klinicky významné <u>zhoršení sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti života</u> (např. péče o domácnost). |
| F | Vztah k dalším duševním poruchám: Porucha není způsobena <u>velkou depresivní poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou</u> nebo <u>PTSD</u>. |

Zdroj: (Prigerson et al., 2009).

Z uvedených obrázků 4 a 5 je patrné, že komplikované a protrahované truchlení se od sebe v některých kritériích liší, s čímž souvisí také rozdílná prevalence těchto poruch. Maciejewski et al. (2016) u výzkumného souboru pozůstalých osob zjistili 30% prevalenci komplikovaného truchlení, ovšem pouze 12% prevalenci protrahovaného truchlení. Z výsledků jejich studie také vyplývá, že kritéria protrahovaného truchlení vykazují vyšší úroveň specifity (98 %) oproti kritériím komplikovaného truchlení (37 %). Z uvedených

hodnot je tedy patrné, že diagnózu komplikovaného truchlení je možné stanovit většímu počtu jedinců, zatímco protrahované truchlení je v tomto ohledu konzervativnější. Z uvedených důvodů považujeme za vhodné přistupovat k daným nosologickým jednotkám jako ke dvěma lišícím se fenoménům, byť se zaměřují na podobné obtíže. Více se však tomuto tématu budeme věnovat v podkapitole 3.4.

3.2 Perzistentní komplexní porucha truchlení (DSM-5)

Na úvod této subkapitoly bychom chtěli připomenout, že ačkoliv byla diagnostická kritéria komplikovaného i protrahovaného truchlení empiricky podložena, pracovní skupina pro DSM-5 zvolila zcela odlišný název a soubor těchto kritérií pozměnila. Z toho důvodu se můžeme v anglické verzi DSM-5 setkat s označením *Persistent Complex Bereavement Disorder*, pro naše účely doslovně přeloženým jako *perzistentní komplexní porucha truchlení*. Opět upozorňujeme, že v originálním českém překladu DSM-5 tuto nosologickou jednotku nalezneme pod jiným označením – *komplikované a protrahované truchlení* (American Psychiatric Association, 2013; Raboch et al., 2015).

Carmassiová et al. (2018) uvádějí, že je toto nové pojetí důsledkem neshod, které v rámci odborné veřejnosti panovaly, přičemž lze doplnit, že diskuze na toto téma stále probíhá. Zmíněný kolektiv autorů také podotýká, že vedle nedostatečně ověřené validity nových kritérií byly tyto rozpory hlavním důvodem, proč byla perzistentní komplexní porucha truchlení zařazena do sekce III, tedy mezi onemocnění určená k dalšímu zkoumání. Takto zařazená nosologická jednotka přitom nemá v aktuální verzi DSM takové postavení, jaké mají například velká depresivní porucha nebo posttraumatická stresová porucha. Zařazení do sekce III totiž znemožňuje užívání této diagnózy v klinické praxi (Boelen, 2016).

Z informací předložených Prigersonovou a Maciejewskim (2019) ovšem vyplývá, že se zřejmě podaří najít shodné stanovisko. Navrhované označení této poruchy by přitom mělo být odlišné od toho stávajícího. V připravované textové revizi Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5-TR) by totiž zřejmě mělo být použito označení *Prolonged Grief Disorder*, a tato diagnostická jednotka by dokonce měla být přeřazena do sekce II, tedy mezi diagnostická kritéria a kódy, což by umožňovalo její používání v klinické praxi. Abychom se však vyhnuli zbytečným spekulacím, chtěli bychom čtenáře seznámit s aktuálně platnými diagnostickými kritérii pro DSM-5. Na níže uvedeném

obrázku 6 předkládáme přehledně seřazené symptomy, které musejí být pro stanovení diagnózy splněny.

Obrázek 6: Diagnostická kritéria uvedená v DSM-5

| | |
|----------|--|
| A | Jedinec prožil <u>smrt</u> blízké osoby. |
| B | Od smrti blízké osoby se většinu doby vyskytuje <u>aspoň jeden</u> z níže uvedených příznaků, jenž je klinicky významný. Potíže trvají <u>více než 12 měsíců</u> od ztráty. |
| | 1) Přetrvávající stesk a touha po přítomnosti zemřelé osoby. |
| | 2) Intenzivní truchlení a psychická bolest související se ztrátou. |
| | 3) Nadměrné zabývání se zemřelou osobou. |
| | 4) Nadměrné zabývání se okolnostmi smrti. |
| C | Od smrti blízké osoby se po většinu doby vyskytuje <u>aspoň šest</u> z níže uvedených příznaků, které jsou klinicky významné a přetrvávají <u>více než 12 měsíců</u> od ztráty. |
| | <u>Reaktivní obtíže vztahující se ke smrti:</u> |
| | 1) Vyjádřené obtíže s akceptací smrti. |
| | 2) Neschopnost uvěřit nebo emoční otupělost související se ztrátou. |
| | 3) Obtížné vybavování si příjemných vzpomínek spojených se zemřelou osobou. |
| | 4) Zahořklost nebo hněv související se ztrátou. |
| | 5) Narušené sebehodnocení související se ztrátou (např. sebeobviňování). |
| | 6) Nadměrné vyhýbání se tématům souvisejícím se ztrátou (např. osoby, místa). |
| | <u>Obtíže ve společenské oblasti/narušení identity:</u> |
| | 7) Přání zemřít a připojit se k zemřelé osobě. |
| | 8) Problém důvěřovat od ztráty blízkého druhým lidem. |
| | 9) Pocit osamění nebo odloučení od ostatních lidí přetrvávající od ztráty. |
| | 10) Pocit, že je život bez zemřelé osoby bezcenný nebo prázdný. |
| | 11) Zmatenost ohledně vlastní role v životě bez zemřelého nebo narušení vlastní identity (např. pocit, že ztrátou blízkého jedinec ztratil část sebe sama). |
| | 12) Problémy věnovat se zájmům nebo jejich odmítání od ztráty, případně neschopnost plánovat život bez zemřelé osoby. |
| D | Příznaky způsobují klinicky <u>významnou nepohodu</u> nebo narušují <u>sociální, pracovní nebo jinou důležitou oblast života</u>. |
| E | Proces truchlení je <u>nepřiměřený kulturním, náboženským nebo věkovým normám</u>. |

Zdroj: (Raboch et al., 2015), upraveno.

Jak jsme nastínili v úvodu této podkapitoly, a jak vyplývá z předloženého obrázku 6, původně navrhovaná kritéria (Prigerson et al., 2009; Shear et al., 2011) byla ve finální verzi DSM-5 změněna, a to tak, aby představovala určitý kompromis mezi oběma navrhovanými

koncepty. Nejvýznamnější změnu přitom zřejmě představuje délka trvání příznaků, tedy minimálně 12 měsíců od ztráty blízké osoby. V této souvislosti lze zmínit, že Maciejewski et al. (2016) se proti tomuto kritériu vymezují a považují jej za projev svévolnosti, která je navíc v rozporu s dosavadním vědeckým poznáním. Řadou studií totiž bylo skutečně potvrzeno (např. Maciejewski et al., 2007; Nielsen, Carlsen, Neergaard, Bidstrup, & Guldin, 2019; Prigerson et al., 2009), že nejintenzivnější projevy akutního zármutku ustupují zpravidla do šesti měsíců od ztráty.

Co se týká změn v diagnostických kritériích, přibylo mezi ně například obtížné vybavování příjemných vzpomínek spojených se zemřelou osobou nebo narušené sebehodnocení. Další odlišností, kterou bychom mohli jmenovat, je možnost specifikace truchlení, jedná-li se o důsledek traumatické ztráty (např. truchlení po vraždě nebo sebevraždě). V samotném DSM-5 nejsou opomenuty ani přidružené příznaky této poruchy, mezi něž patří auditivní a optické halucinace zemřelé osoby nebo též somatické potíže (tj. bolest, únava, příznaky, kterými trpěla zemřelá osoba). Co se týká prevalence poruchy, její hodnota je uváděna v rozmezí od 2 % do 5 %, a to s častějším výskytem u žen. Neměli bychom rovněž opomenout zmínit, že ačkoli jsou v rámci této diagnostické jednotky vymezena kritéria také pro děti, není pro náš výzkumný záměr tato věková skupina relevantní, a proto daná kritéria nebyla do obrázku 6 zahrnuta (Raboch et al., 2015).

V závěru této podkapitoly bychom chtěli upozornit na skutečnost, že s nově vydaným DSM-5 došlo k vynětí klauzule *Bereavement Exclusion* (volně přeloženo jako *vyločení truchlení*). Tato změna umožnila stanovit diagnózu velké depresivní poruchy pozůstalým osobám, které vykazují minimálně pět symptomů této poruchy (např. intenzivní smutek, sníženou chuť k jídlu, anhedonii), a to alespoň dva týdny (Ševčíková, Bartošková, Paštrnák, Věchetová, & Preiss, 2019). Pro doplnění uvádíme, že dříve tato klauzule umožňovala stanovit uvedenou diagnózu až po uplynutí dvou měsíců (Carmassi et al., 2018). Podle odpůrců této změny se jedná o snahu patologizovat normální proces truchlení, která povede ke zvýšenému předepisování antidepressiv a k oslabení tradičních způsobů adaptace na smrt blízkého člověka. Zastánci této změny naopak tvrdí, že není důvod odlišovat truchlící osoby od depresivních jenom proto, že jsou kritéria klinické deprese naplněna krátce po smrti blízkého (srov. Bandini, 2015; Pies, 2014). Vzhledem k závažným rizikům nerozpoznané velké depresivní poruchy, mezi něž patří sebevražedné pokusy, se

však daná změna jeví být v zásadě rozumným rozhodnutím. Je ovšem nutné doplnit, že projevy truchlení, obzvláště v prvních šesti měsících od ztráty, připomínají projevy klinické deprese (Maciejewski et al., 2007), což může vést k nadužívání této diagnózy i souvisejících psychofarmak, a to u zcela zdravých jedinců (Worden, 2018).

3.3 Porucha protrahovaného truchlení (MKN-11)

Porucha protrahovaného truchlení (v oficiálním znění *Prolonged Grief Disorder*) byla navržena jako nová diagnóza v rámci 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (dále jen MKN-11), kterou vydala před necelými dvěma lety Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO). Plné využívání této revize je přitom plánováno od 1. ledna 2022 (WHO, 2018). Killikellyová a Maercker (2018) v tomto kontextu zmiňují, že hlavním cílem WHO je poskytovat co nejkvalitnější zdravotní péči, přičemž téma truchlení má zvláštní význam, jelikož se dotýká řady zemí zasažených konflikty, válkou či vysokou mírou úmrtnosti. Podle uvedených autorů se navíc nová revize snaží místo seznamů symptomů upřednostňovat spíše klinickou užitečnost – to znamená, že prosazuje zlepšení komunikace, snadnější používání manuálu a efektivnější plánování léčby.

Protrahované truchlení je v tomto klasifikačním systému charakterizováno jako dlouhodobě přetrvávající a omezující reakce na smrt blízkého a je zařazeno mezi poruchy spojené se stresem. Tato sekce MKN-11 mimo jiné zahrnuje poruchy přizpůsobení nebo posttraumatickou stresovou poruchu, přičemž intenzita stresu se u těchto diagnóz může pohybovat od méně závažného psychosociálního stresu (např. po ztrátě blízké osoby) až po prodloužený traumatický stres. Zavedení protrahovaného truchlení do MKN-11 přitom bylo nezbytné, a to kvůli nedostatečnému vymezení dané diagnózy v aktuální verzi tohoto systému a také díky přibývajícím důkazům o její existenci (Carmassi et al., 2018).

Podle Látalové, Kamarádové, Jelenové, Ociskové a Praška (2015) bývá v současné době abnormální zármutek řazen mezi poruchy přizpůsobení, přičemž přetrvávají-li příznaky této poruchy déle než šest měsíců, bývá stav pacienta specifikován jako prodloužená depresivní reakce (s maximálním trváním do dvou let). Uvedení autoři přitom považují za nezbytné odlišovat tento stav od normálního zármutku a normální reakce na stres, u nichž je patrná rozdílná intenzita příznaků i délka jejich trvání.

Vrátíme-li se však zpět k poruše protrahovaného truchlení, lze doplnit informaci, že se pracovní skupina MKN při tvorbě diagnostických kritérií řídila především empirickými důkazy předloženými Prigersonovou et al. (2009), jejichž platnost byla ověřena také dalšími studii (např. Boelen, 2013). Níže uvedený obrázek 7 přibližuje znění kritérií zařazených do 11. revize MKN.

Obrázek 7: Diagnostická kritéria uvedená v MKN-11

| | |
|----------|---|
| A | Smrt partnera, rodiče, dítěte nebo jiného blízkého člověka. |
| B | Přetrvávající a všudypřítomná <u>touha</u> po zemřelé osobě. |
| C | Přetrvávající a všudypřítomné <u>zaujetí</u> zemřelou osobou. |
| D | Intenzivní <u>emoční bolest</u> projevující se například jako: |
| | 1) Smutek. |
| | 2) Vína. |
| | 3) Hněv. |
| | 4) Popření. |
| | 5) Obviňování. |
| | 6) Obtíže s přijetím smrti. |
| | 7) Pocit ztráty části sebe sama. |
| | 8) Neschopnost prožívat dobrou náladu. |
| | 9) Emoční otupělost. |
| | 10) Obtíže se zapojováním se do společenských nebo jiných aktivit. |
| E | Truchlení přetrvává neobvykle dlouhou dobu (minimálně však <u>6 měsíců od ztráty</u>) a výrazně překračuje sociální, kulturní nebo náboženské normy. |
| F | Porucha způsobuje výrazné <u>zhoršení v osobní, rodinné, sociální, pracovní, studijní nebo jiné důležité oblasti fungování.</u> |

Zdroj: (WHO, 2018).

Soubor diagnostických kritérií uvedený na obrázku 7 se od předchozích koncepcí liší především tím, že nemá stanoven přesný počet příznaků, které musí být splněny, aby bylo možné stanovit diagnózu. Přestože Killikellyová a Maercker (2018) tvrdí, že má porucha protrahovaného truchlení (MKN-11) velice podobnou strukturu symptomů jako porucha protrahovaného truchlení vymezená Prigersonovou et al. (2009), Eisma a Lenferinková (2018) s tímto tvrzením nesouhlasí a upozorňují na kvalitativně odlišné vlastnosti těchto diagnostických jednotek. Co se však týká klinické užitečnosti kritérií v MKN-11, Keeley et al. (2016) předkládají, že podle uvedených příznaků dokázalo správně zařadit pacienty

s touto poruchou 92 % lékařů, přičemž nejčastější neshody byly spojeny s časovým kritériem. Lékaři si zpravidla kladli otázku, zda pozůstalý jedinec truchlí neobvykle dlouhou dobu vzhledem k jeho sociálnímu, kulturnímu nebo náboženskému kontextu. Pokud je totiž delší doba truchlení v kontextu pozůstalého normální (např. dva roky), diagnóza by neměla být před uplynutím této doby stanovena (WHO, 2018).

Shrneme-li tedy podstatu diagnózy v MKN-11, ústředními kritérii jsou přetrvávající touha nebo zaujetí zemřelou osobou a přítomnost příznaků emoční bolesti. Délka trvání symptomů přitom musí (s ohledem na kontext pozůstalého) přesáhnout dobu šesti měsíců (Killikelly & Maercker, 2018; WHO, 2018). Lze také doplnit, že nedávná metaanalýza 14 studií zaměřených na poruchu protrahovaného truchlení uvádí hodnotu prevalence této poruchy okolo 10 % (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard, & O'Connor, 2017). Podobné hodnoty potvrzuje také novější dánská studie, z níž navíc vyplývá, že prevalence komplikovaného truchlení je přibližně pětikrát vyšší (O'Connor et al., 2019).

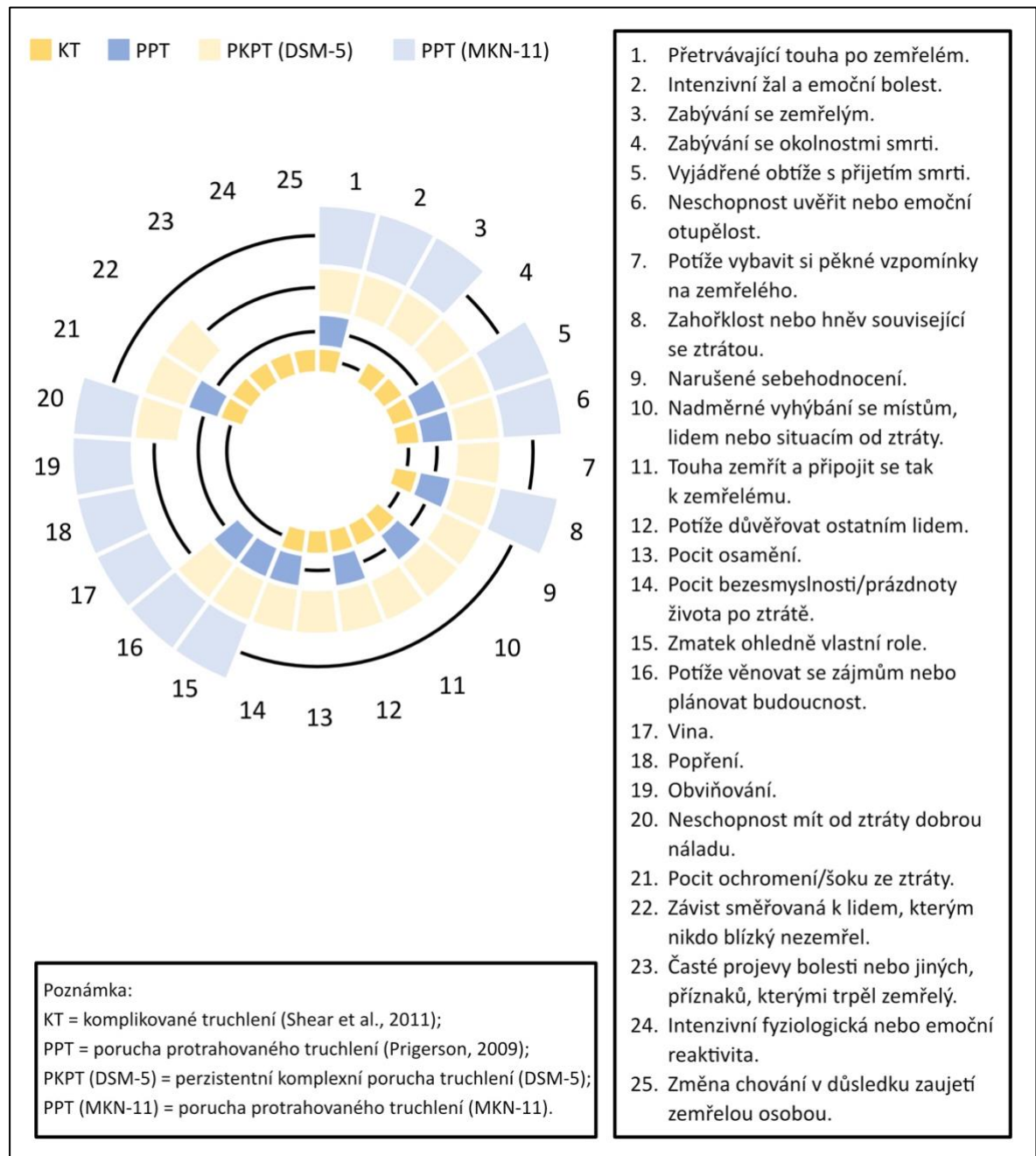
V závěru této podkapitoly bychom chtěli uvést, že i přes prosazovaný typologický přístup k této poruše existují snahy o vytvoření diagnostického algoritmu. Killikellyová a Maercker (2018) v daném kontextu uvádějí, že by měla být pro stanovení diagnózy přítomná touha a/nebo zaujetí zemřelou osobou spolu s jedním ze symptomů emoční bolesti (vizte obrázek 7). Comtessová et al. (2020) ovšem na základě provedené ROC analýzy předkládají, že je dosaženo nejlepší senzitivity (82 %) a specifity (92 %), pokud je splněno minimálně šest příznaků uvedených v MKN-11. V tomto kontextu je nutné podotknout, že nebyla zahrnuta kritéria A) a E), přičemž kritérium F) bylo shrnuto do jediné položky. Co se týká počtu správně zařazených jedinců, při uvedeném počtu splněných symptomů se jednalo o 87 %. Hodnota AUC (plocha pod křivkou) byla rovna 0,93, což poukazuje na výbornou diskriminační schopnost testu. Pokud se zaměříme na prevalenci, její hodnota byla výrazně vyšší (69 %) u poruchy protrahovaného truchlení (MKN-11) jako takové než u poruchy protrahovaného truchlení (MKN-11) se stanoveným prahem (48 %).

3.4 Rozdíly mezi uvedenými diagnostickými jednotkami

Ačkoliv začíná panovat obecný konsenzus, že porucha protrahovaného truchlení (nebo její obdoby) představuje duševní poruchu, přetrvávají nejasnosti v tom, zda různá označení a navrhovaná kritéria identifikují stejné entity. V této podkapitole bychom se

proto chtěli podrobněji zaměřit na některé dílčí rozdíly mezi jednotlivými diagnózami. Níže proto předkládáme obrázek 8, který jsme přetvořili pro potřeby této práce a z něhož jsou patrné podobnosti i rozdíly čtyř analyzovaných entit.

Obrázek 8: Porovnání diagnostických kritérií



Zdroj: (Lenferink, Boelen, Smid, & Paap, 2019), upraveno.

Z obrázku 8 je na první pohled zřejmé, že se diagnostická kritéria jednotlivých poruch zcela shodují pouze ve čtyřech bodech, kterými jsou: přetrvávající touha po zemřelém, problémy s přijetím smrti, emoční otupělost a zahořklost nebo hněv vztahující se ke ztrátě blízkého. Není tedy divu, že někteří odborníci (např. Eisma & Lenferink, 2018; Lenferink

et al., 2019; Prigerson & Maciejewski, 2019) usilují o jednotné a shodné vymezení abnormálního zármutku. Přestože je v případě komplikovaného truchlení (dále KT) a perzistentní komplexní poruchy truchlení (dále PKPT [DSM-5]) uvedeno nejvíce symptomů, je nutné brát v úvahu také vyšší množství kritérií, která je u daných poruch zapotřebí splnit. Pokud se jedná o poruchu protrahovaného truchlení (dále PPT) a poruchu protrahovaného truchlení v MKN-11 (dále jen PPT [MKN-11]), ačkoli tyto entity vycházejí ze společného základu, v některých kritériích se liší, což může vést k rozdílným počtům zařazených osob.

Souvislostmi mezi jednotlivými soubory kritérií se zabývali Maciejewski et al. (2016), kteří ve své studii (Yale Bereavement Study) porovnávali čtyři výše uvedené diagnózy. Výsledky naznačují, že existuje poměrně vysoká shoda mezi testy měřícími PPT, PKPT (DSM-5) a PPT (MKN-11), což dokládají hodnoty koeficientu kappa 0,80–0,84. V rámci výzkumného souboru byly uvedenými testy zjištěny podobné prevalenční hodnoty (12–14 %) daných poruch a srovnatelná byla také úroveň specifity (95–98 %). Naproti tomu test KT měl pouze mírnou shodu s předchozími testy a jeho prevalenční hodnota byla v porovnání s ostatními přibližně třikrát vyšší (30 %). Podrobnější psychometrické údaje předkládáme v níže uvedené tabulce 3, z níž se jeví být kritéria PPT nejpřesnější.

Tabulka 3: Diagnostická senzitivita a specifita v závislosti na kritériích (N = 268)

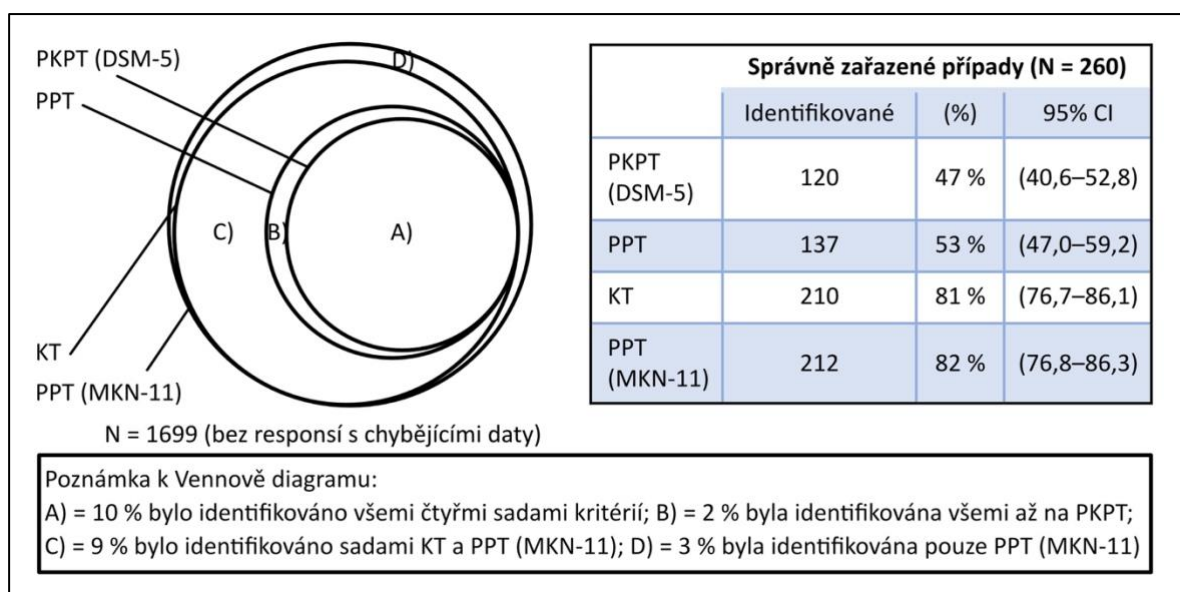
| Testy kritérií | Skutečně pozitivní | Falešně pozitivní | Skutečně negativní | Falešně negativní | Senzitivita | Specifita |
|---------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------|-----------|
| KT | 30 | 51 | 187 | 0 | 100 % | 79 % |
| PPT | 28 | 4 | 234 | 2 | 93 % | 98 % |
| PKPT (DSM-5) | 26 | 12 | 226 | 4 | 87 % | 95 % |
| PPT (MKN-11) | 25 | 9 | 229 | 5 | 83 % | 96 % |

Zdroj: (Maciejewski et al., 2016).

Výše uvedené výsledky potvrzuje také dánská populační studie týkající se pozůstalých osob z roku 2019. V této studii byla rovněž nalezena významná shoda mezi PPT, PKPT (DSM-5) a PPT (MKN-11) (kappa = 0,69–0,84) a prevalence v rozmezí 6–9 %. Komplikované truchlení bylo pouze částečně shodné s předchozími entitami (kappa = 0,13–0,20) a hodnota jeho prevalence byla podstatně vyšší (48 %). Je tedy patrné, že první tři nosologické jednotky lépe diskriminují, zatímco poslední uvedená může identifikovat širší okruh reakcí spojených s procesem truchlení (O'Connor et al., 2019).

Stejně jako ve výše uvedených studiích zkoumali Cozza et al. (2020) kritéria KT, PPT, PKPT (DSM-5) a PPT (MKN-11). Výzkumníci se přitom ve své studii (National Military Family Bereavement Study) zaměřovali na pozůstalé po zemřelých členech americké armády. Nutno podotknout, že pro stanovení diagnózy PPT (MKN-11) museli pozůstalí splňovat několik podmínek. Zaprvé bylo zapotřebí, aby dosahovali v Inventáři komplikovaného truchlení (ICG) skóre vyššího než 29 a ve Work and Social Adjustment Scale (WSAS; Mundt et al., 2002) skóre 20 a více. Zadruhé museli splňovat kritérium B či C (tj. touha nebo zaujetí zemřelým), jedno z kritérií D (tj. emoční bolest) a kritérium F (tj. narušení oblasti fungování). Zatřetí bylo nutné, aby od ztráty jejich blízkého uplynulo minimálně 12 měsíců. Z výsledků studie vyplývá, že ačkoliv měří všechny čtyři soubory kritérií podobné entity, odlišují se svou restrikcí. Jestliže byla pro přidružená kritéria (v MKN-11 = kritéria D, v DSM-5 = kritéria C) stanovena prahová hodnota 1 nebo 2, byl výkon kritérií optimální a úroveň jejich shody byla velmi dobrá ($\kappa = 0,86-0,96$). Z výsledků také vyplývá, že zatímco kritéria PPT (MKN-11) fungovala dobře, kritéria PKPT (DSM-5) byla příliš restriktivní. Pro přehlednost přikládáme obrázek 9 s Vennovým diagramem a s údaji o správně zařazených případech. Pro doplnění lze zmínit, že podobně nastavený počet kritérií PPT (MKN-11) měli ve svých výzkumech například Keeley et al. (2016) nebo Mauro et al. (2018). Autorům těchto studií však lze vytknout, že pracují s odstupem od ztráty jeden rok a více, ačkoliv má většina diagnóz stanoven pouze šestiměsíční odstup.

Obrázek 9: Vennův diagram a správně zařazené případy (N = 1699)



Zdroj: (Cozza et al., 2020), upraveno.

Z výsledků dalších studií (Boelen, Lenferink, & Smid, 2019; Comtesse et al. 2020), které zkoumaly rozdíly mezi PKPT (DSM-5) a PPT (MKN-11), je patrné, že existuje odlišná prevalence těchto dvou poruch. První předložená studie udává prevalenční hodnoty pro daný výzkumný soubor 8 % a 19 %, druhá uvedená studie dokonce 48 % a 69 %. Kritéria PKPT (DSM-5) se tedy jeví být oproti kritériím PPT (MKN-11) konzervativnější, což je v souladu s výsledky studie Cozzy et al. (2020), ale v rozporu s výsledky předloženými Maciejewskim et al. (2016). Je však nutné zmínit, že se jednotlivé prevalenční hodnoty mohou do jisté míry odvíjet od povahy výzkumného souboru, použitých metod a stanovených cut-off skóre (Eisma & Lenferink, 2018). Důvodem vyšších prevalenčních hodnot ve studii Comtessově et al. (2020) proto může být skutečnost, že byl výzkumný soubor tvořen převážně jedinci truchlícími nad ztrátou partnera nebo dítěte, kteří se navíc rozhodli vyhledat odbornou pomoc.

V souvislosti s těmito proměnnými jsme vytvořili tabulku 4, ve které předkládáme některé dílčí informace týkající se výše uvedených studií. Vedle autorů a dat publikování je v této tabulce možné nalézt velikost výzkumných souborů, pohlaví nebo průměrný věk respondentů a v neposlední řadě také jejich vztah k zemřelé osobě nebo metody, kterými byla přítomnost abnormálního zármutku zjišťována.

Tabulka 4: Porovnání studií zaměřených na abnormální zármutek

| Studie | N | Pohlaví (%) | Věkový průměr | Zemřelá osoba (%) | Použité metody |
|----------------------------------|-------|----------------------------|---------------|--|---|
| Maciejewski et al. (2016) | 268 | Ženy (60 %) Muži (40 %) | 61,8 let | Partner (83 %) Ostatní (17 %) | ICG-R, testy kritérií DSM-5 a MKN-11 |
| O'Connor et al., (2019) | 206 | Ženy (62 %) Muži (38 %) | 72,5 let | Partner (90 %) Ostatní (10 %) | ICG-R, test kritérií MKN-11 |
| Cozza et al., (2020) | 1 732 | Ženy (80 %) Muži (20 %) | 47,3 let | Rodič (56 %) Partner (23 %) Ostatní (21 %) | ICG, SCI-CG (upraveno), WSAS |
| Boelen et al., (2019) | 551 | Ženy (90 %) Muži (10 %) | 41,8 let | Partner (31 %) Dítě (19 %) Ostatní (50 %) | ICG-R, testy kritérií DSM-5 a MKN-11 |
| Comtessová et al., (2020) | 113 | Ženy (81 %) Muži (19 %) | 51,6 let | Partner (48 %) Rodič (27 %) Dítě (25 %) | ICG, PG-13, strukturovaná interview z kritérií DSM-5 a MKN-11 |

Poznámka: ICG-R = Inventory of Complicated Grief-Revised (ICG-R; Prigerson & Jacobs, 2001); SCI-CG = Structured Clinical Interview for Complicated Grief (SCI-CG; Bui et al., 2015); Work and Social Adjustment Scale (WSAS; Mundt et al., 2002); PG-13 = Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13; Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2008).

Z předložené tabulky 4 vyplývá, že jedná-li se o výzkumné soubory, většinu tvořily ženy, přičemž v některých studiích (např. Boelen et al., 2019) byly rozdíly v zastoupení mužů a žen poměrně znatelné. Pokud se zaměříme na průměrný věk, obvykle se jednalo spíše o starší jedince, což lze doplnit o výsledky metaanalýzy Lundorffa et al. (2017), kteří zjistili, že vyšší hodnota prevalence abnormálního zármutku je spojena s vyšším věkem respondentů u všech nosologických jednotek. Tvrzení, že starší lidé budou lépe připraveni na smrt blízkého, jelikož z biologického hlediska mají více zkušeností s úmrtím, tedy nemusí odpovídat skutečnosti. Co se týká vztahu pozůstalých k zemřelé osobě, nejčastěji se jednalo o ztrátu partnera nebo rodiče, případně dítěte. Z tabulky 4 je také patrné, že naprostá většina výzkumníků použila vedle ověřených metod metody vlastní konstrukce měřící diagnostická kritéria jednotlivých klasifikačních systémů. V kontextu ověřených metod byl přitom nejčastěji používán ICG, případně jeho revidovaná verze. Pro doplnění lze uvést, že autoři ve svých studiích pracovali také s dalšími metodami, které se nejčastěji zaměřovaly na depresivní symptomy nebo na příznaky posttraumatické stresové poruchy.

V závěru této podkapitoly bychom chtěli uvést, že české studie, které by se měřením jednotlivých nosologických jednotek zabývaly, zatím nejsou k dispozici, snad kromě studie Machů et al. (2019), která byla zaměřena na symptomy KT (měřeného pomocí ICG). Pokud se jedná o míru nevyřešeného zármutku, lze zmínit také studii Martinčkové (2015), o níž jsme pojednávali v podkapitole 2.1 a která se zabírala především intenzitou zármutku u pozůstalých matek na Slovensku. Kvůli nedostatečnému množství českých výzkumů tak bylo nezbytné opírat se (nejen) v této podkapitole o výsledky zahraničních bádání. Dvě z uvedených studií přitom probíhaly v USA (Maciejewski et al., 2016; Cozza et al., 2020), další v Dánsku (O'Connor et al., 2019) a poslední dvě v Nizozemí (Boelen et al., 2019) a Německu (Comtesse et al., 2020).

3.5 Diferenciální diagnostika a komorbidita

V poslední podkapitole teoretické části bychom chtěli doplnit informace týkající se diferenciální diagnostiky a komorbidity dalších duševních poruch, která se pohybuje okolo 5–20 % (Boelen & van den Bout, 2010). Látalová, Kamarádová a Praško (2013) v souvislosti s diferenciální diagnostikou uvádějí, že je v první řadě zapotřebí odlišit normální proces truchlení od abnormálního. Při normálním truchlení jsou sice přítomny projevy smutku,

opuštění nebo hněvu na zemřelého, ale pozůstalá osoba bývá obvykle schopna naplňovat své role v životě, věnovat se svým zájmům a být v kontaktu se svým okolím.

Abnormální zármutek je poměrně obtížné odlišit od depresivní poruchy, jelikož se hranice mezi oběma poruchami v některých případech stírají. Někdy může navíc dojít k rozvoji komorbidní depresivní poruchy nasedající na proces truchlení. V této souvislosti můžeme zmínit, že léčba antidepresivy představuje jednu z cest, jak mírnit symptomy deprese (např. skleslá nálada, anhedonie, pesimismus), které se během truchlení mohou určitou dobu vyskytovat. Léčbu první volby však představuje psychoterapie, v níž je možné otevřít témata související se ztrátou blízkého, a postupně tak zmírňovat příznaky abnormálního zármutku (Vance & Bui, 2018).

Pokud se jedná o generalizovanou úzkostnou poruchu, lze uvést, že při tomto onemocnění se postižená osoba méně zabývá minulostí a více se objevují obavy nebo starosti spojené s budoucností (Látalová et al., 2015). V tomto kontextu je možné doplnit také separační úzkostnou poruchu, již předkládá DSM-5 a která je charakterizována úzkostí z odloučení od blízkých. Abnormální zármutek se od této poruchy liší tím, že je u truchlících osob příznačné utrpení v důsledku separace od zemřelého (nikoliv živého) člověka (Raboch et al., 2015).

Poslední poruchu, která bývá s komplikovaným truchlením v některých případech spojena, představuje posttraumatická stresová porucha (dále PTSD). Z diferenciálně diagnostického hlediska lze uvést, že zatímco se u PTSD myšlenky týkají traumatické události, vzpomínky abnormálně truchlících osob jsou zaměřené na rozdílné aspekty života spojené se ztrátou. Obě uvedené poruchy se přitom mohou vyskytovat současně, a to v případě, že pozůstalá osoba prožila ztrátu blízkého v důsledku násilné či tragické smrti (Raboch et al., 2015).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Vymezení výzkumu

V poslední kapitole teoretické části této práce jsme nastínili několik koncepcí, s nimiž se můžeme v kontextu abnormálního truchlení setkat. Z předložených informací je patrné, že diskuze i výzkumy zaměřené na toto téma stále probíhají. V České republice však takové studie chybí. Naší snahou tudíž je danou skutečnost napravit a doplnit některé informace. V následujících podkapitolách bychom čtenáře chtěli seznámit se způsobem, jakým jsme se rozhodli k této problematice přistupovat.

4.1 Výzkumný problém a cíle práce

Zaměříme-li se na specifikaci zaměření této práce, jako výzkumný problém lze označit výskyt komplikovaného a protrahovaného truchlení v české populaci, čímž se v našem pojetí rozumí komplikované truchlení popsané Shearovou et al. (2011) (měřené ICG), porucha protrahovaného truchlení definovaná Prigersonovou et al. (2009), perzistentní komplexní porucha truchlení uvedená v DSM-5 a porucha protrahovaného truchlení vymezená v MKN-11.

Od předloženého výzkumného problému se odvíjí také náš hlavní výzkumný cíl, a to zhodnocení výskytu a rizik spojených s abnormálním truchlením u pozůstalých osob v České republice. Na základě tohoto cíle jsme si stanovili také následující podcíle:

- Tvorba a překlad psychologických testů reflektujících kritéria jednotlivých nosologických jednotek a ověření jejich základních psychometrických vlastností.
- Posouzení rozdílů mezi jednotlivými diagnostickými jednotkami.
- Zjištění intenzity zármutku v rámci výzkumného souboru truchlících osob.
- Posouzení některých rizikových skupin pro vznik abnormálního truchlení.

Na základě výše uvedených cílů jsme si stanovili výzkumné otázky a statistické hypotézy, jejichž znění je obsahem následujících dvou podkapitol.

4.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s rizikovými faktory, které mohou vést k abnormálnímu procesu truchlení, jsme v teoretické části práce uvedli, že akutní zármutek může mít několik podob. První skupina pozůstalých reaguje poměrně pružně, u druhé skupiny pozůstalých přetrvává

akutní zármutek jeden až dva roky od ztráty blízké osoby a třetí skupina je charakterizována intenzivními projevy, které mohou přetrvávat roky i desítky let (Burke & Neimeyer, 2013). Z výsledků uvedených například Cozzou et al. (2020) navíc vyplývá, že je zapotřebí dívat se na abnormální truchlení z hlediska jednotlivých nosologických jednotek. Dané diagnózy se totiž liší nejen kvalitativně, ale také kvantitativně, o čemž vypovídají rozdílné prevalence abnormálního zármutku. Na základě uvedených skutečností si klademe tyto výzkumné otázky, na něž bychom chtěli v naší studii najít odpověď:

- 1) Jakého průměrného skóru TRIG (současné pocity) dosahují skupiny pozůstalých s přibývajícím odstupem (tj. do 1 roku, do 3 let, nad 3 roky) od ztráty?
- 2) Jaká je hodnota prevalence pro každou diagnostickou jednotku?
- 3) Liší se od sebe jednotlivé diagnostické jednotky statisticky významně?

4.3 Statistické hypotézy

Intenzita zármutku

První sada hypotéz, jejichž platnost bychom chtěli ověřit, se týká intenzity zármutku. Z výsledků předložených Martinčkovou (2015) je zjevné, že existuje negativní souvislost mezi časovým odstupem od ztráty a celkovým skórem TRIG. Jelikož má tento inventář dva subtesty (první zaměřený na minulé chování a druhý na současné pocity), jeví se nám vhodné ověřovat platnost první hypotézy pouze na subtestu současné pocity. Druhou hypotézu stanovujeme na základě informací, které uvádějí Rodgersová & DuBois (2018), tedy že truchlení u žen je expresivnější než truchlení u mužů. Třetí hypotézu vymezujeme v souladu se skutečností, že pozůstalé osoby s nižším vzděláním dle Burkeové & Neimeyera (2013) představují ohroženou skupinu co do vzniku hypertrofovaného truchlení. Znění těchto hypotéz je následující:

- H1: Existuje statisticky významná negativní souvislost mezi časovým odstupem od ztráty a skórem TRIG (současné pocity).
- H2: Pozůstalé ženy dosahují statisticky významně vyššího celkového skóru TRIG než pozůstalí muži.
- H3: Pozůstalí s nižší úrovní vzdělání dosahují statisticky významně vyššího celkového skóru TRIG než pozůstalí s vyšší úrovní vzdělání.

Rizikovost dle pohlaví

Pokud se jedná o rizikovost některých skupin pozůstalých jedinců, připomínáme, že odborná literatura (např. Burke & Neimeyer, 2013; Heeke et al., 2019) pracuje spíše s obecnou koncepcí nežli s konkrétními diagnostickými jednotkami. Z toho důvodu jsme vytvořili z položek Škály protrahovaného truchlení (SPT; Bok & Dolejš, 2019) testy kritérií, které reflektují jednotlivé okruhy symptomů. Jedinec, který v testu přesáhne počet požadovaných kritérií (prahovou hodnotu), získá konkrétní diagnózu. V případě PPT (MKN-11) byla vytvořena samostatná metoda, která reflektuje kritéria této poruchy, a prahovou hodnotu je nutné stanovit dle algoritmu Killikellyové a Maerckera (2018), protože MKN-11 nspecifikuje nutný počet splněných příznaků. Jelikož existují čtyři diagnostické jednotky, považujeme za vhodné stanovit hypotézy pro každou entitu zvlášť.

Jedním z často zkoumaných rizikových faktorů abnormálního zármutku je pohlaví pozůstalých osob (Burke & Neimeyer, 2013). Přestože některé z předložených studií tuto skutečnost nepotvrdily (např. Heeke et al., 2019), na základě jiných výzkumů je možné předpokládat, že rizikovější skupinu představují ženy (např. Kersting et al., 2011; Newson et al., 2011). Stanovujeme tudíž následující hypotézy:

- H4: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s pohlavím pozůstalých osob.
- H5: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s pohlavím pozůstalých osob.
- H6: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s pohlavím pozůstalých osob.
- H7: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s pohlavím pozůstalých osob.

Rizikovost dle dosaženého věku

Dalším potenciálně rizikovým faktorem, který v této práci chceme ověřit, je věk pozůstalých osob. Ačkoliv některé zdroje v této souvislosti uvádějí nejednoznačné výsledky (např. Burke & Neimeyer, 2013), novější studie (např. Milic et al., 2017; Robbins-Welty et al., 2018) dokládají, že rizikovější skupinu pro vznik abnormálního zármutku představují starší pozůstalé osoby. Jelikož je výběr našeho výzkumného souboru omezen pouze plnoletostí, stanovujeme si pro naše účely hranici 50 let. Přibližně v této době totiž začíná starší dospělost (Thorová, 2015). Hypotézy pro tuto oblast vymezujeme následovně:

- H8: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby dosáhly 50 let.
- H9: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby dosáhly 50 let.
- H10: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby dosáhly 50 let.
- H11: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby dosáhly 50 let.

Rizikost dle vztahu k zemřelému

Sali et al. (2013) uvádějí, že smrt partnera, rodiče nebo dítěte představuje jeden z nejdůležitějších stresorů, se kterým se člověk může setkat. Z některých studií dále vyplývá, že ztráta osoby, s níž měl pozůstalý jedinec těsný vztah (např. partnera), představuje riziko pro vznik komplikovaného procesu truchlení (Heeke et al., 2019). V tomto kontextu tvoří experimentální skupinu ovdovělí jedinci, případně pozůstalí potomci, přičemž rizikost rozvoje některé z forem abnormálního truchlení porovnáváme ve vztahu k ostatním pozůstalým. Statistické hypotézy tedy mají následující podobu:

- H12: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily partnera/ku.
- H13: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily partnera/ku.
- H14: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily partnera/ku.
- H15: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily partnera/ku.
- H16: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily rodiče.
- H17: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily rodiče.
- H18: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily rodiče.

- H19: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily rodiče.

Rizikovost dle úrovně vzdělání

Další oblastí, na kterou se v této práci zaměřujeme, je úroveň vzdělání pozůstalých. Lobbová et al. (2010) uvádějí, že vyšší úroveň vzdělání představuje protektivní faktor před vznikem komplikovaného zármutku. Tuto skutečnost potvrzuje také novější studie Heekeové et al. (2019). Lze se tedy domnívat, že osoby s nižším vzděláním představují rizikovější skupinu, pokud se jedná o vznik komplikovaného truchlení. Upozorňujeme, že v našem pojetí dělíme pozůstalé do tří skupin, a to na jedince bez maturity, s maturitou a s dokončenou vysokou školou. Znění hypotéz je následující:

- H20: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s úrovní vzdělání, které pozůstalé osoby dosáhly.
- H21: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s úrovní vzdělání, které pozůstalé osoby dosáhly.
- H22: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s úrovní vzdělání, které pozůstalé osoby dosáhly.
- H23: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s úrovní vzdělání, které pozůstalé osoby dosáhly.

Rizikovost dle náboženského vyznání

Posledním okruhem, kterým se v této práci zabýváme, je význam náboženského vyznání jakožto protektivního faktoru před vznikem abnormálního truchlení. Jelikož je z některých zdrojů patrné, že u praktikujících osob je možné pozorovat méně častý výskyt abnormálních projevů během truchlení (Hawthorne et al., 2016; Rodgers & DuBois, 2018), rozhodli jsme se stanovit tyto hypotézy:

- H24: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby praktikují náboženství.
- H25: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby praktikují náboženství.
- H26: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby praktikují náboženství.

- H27: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby praktikují náboženství.

5 Zkoumaná populace a výzkumný soubor

V rozmezí let 2008–2018 zemřelo v České republice více než 100 000 obyvatel ročně (ÚZIS ČR, 2019). Pokud bychom vycházeli z předpokladu, že každý zemřelý člověk měl v průměru alespoň jeden blízký vztah, lze uvést, že v letech 2008–2018 každoročně truchlilo nad ztrátou blízkého minimálně 100 000 obyvatel této země.

V teoretické části této práce jsme nastínili, že se prevalence abnormálního truchlení pohybuje v závislosti na zvolených metodách, povaze výzkumného souboru nebo na prahovém skóru, který si výzkumníci stanoví. Z německé studie založené na reprezentativním výzkumném souboru (N = 2 520) vyplývá, že je prevalence komplikovaného truchlení (měřeného ICG-R) přibližně 7 % u truchlících osob a asi 4 % v rámci celé populace (Kersting et al., 2011). Z nizozemské studie založené na reprezentativním výzkumném souboru (N = 5 741), v níž byl k měření využit ICG, je patrná 25% prevalence pro truchlící osoby a 5% prevalence pro celou populaci (Newson et al., 2011). V DSM-5 je naproti tomu uvedena prevalence perzistentní komplexní poruchy truchlení 2–5 %, s častějším výskytem u žen (Raboch et al., 2015). Lundorffová et al. (2017) na základě provedené metaanalýzy uvádí přibližně 10% prevalenci abnormálního procesu truchlení u pozůstalých osob, jejichž blízký nezemřel v důsledku násilné smrti či katastrofy.

Připomeňme také, že výsledky studií, v nichž výzkumníci porovnávají prevalenční hodnoty jednotlivých nosologických jednotek, poukazují na určité odlišnosti. Například O'Connor et al. (2019) uvádí podobnou prevalenci u PPT, PKPT (DSM-5) a PPT (MKN-11), a to přibližně 6–9 %, ovšem přibližně pětikrát vyšší prevalenci komplikovaného truchlení. Na základě výše předložených dat se proto můžeme domnívat, že prevalenční hodnota abnormálního truchlení (měřeného pomocí ICG) by se měla pohybovat okolo 10–25 % u populace truchlících osob, ovšem pouze okolo 5 % v rámci celé populace.

Pokud se jedná o oslovování potenciálních respondentů našeho výzkumu, probíhalo dvěma cestami. První cestou bylo oslovení více než 25 zástupců zařízení (např. poradny pro pozůstalé, hospice), na jejichž webových stránkách bylo uvedeno, že nabízejí péči pozůstalým osobám. Po dvoutýdenní lhůtě se nám dostalo pozitivní odezvy pouze od šesti zařízení, přičemž dvě nám svou účast posléze odřekla. Spolupráci se nám tedy podařilo navázat se čtyřmi institucemi. Ve dvou případech nám bylo nabídnuto, abychom nechali dotazníky u poradenských pracovníků, ve dvou případech jsme mohli zařízení navštívit

v době, kdy se konalo setkání pozůstalých osob a obálky s dotazníky účastníkům nabídnout. Dohromady jsme takto rozdali 74 obálek opatřených naší adresou. Vedle baterie testů našli respondenti v obálce také průvodní dopis, v němž byli mimo jiné informováni o nutnosti alespoň půlročního odstupu od ztráty blízké osoby a také o podmínce procházet obdobím truchlení.

Abychom zvýšili návratnost dotazníků, uzavřeli jsme s Českou poštou smlouvu o zasílání odpovědních zásilek (tj. zásilek hrazených z účtu adresáta). Z uvedeného počtu obálek se nám však vrátilo pouze 24 (tedy 1/3), z čehož bylo nutné jednu baterii vyřadit, jelikož v ní nebylo vyplněno větší množství položek. Nutno podotknout, že nízká návratnost není v rámci takto zaměřeného výzkumu ničím výjimečným. Obdobnou návratnost (40 %) udávají také další výzkumníci (např. O'Connor et al., 2019). V našem případě je navíc zapotřebí zohlednit skutečnost, že některým poradenským pracovníkům se nepodařilo rozdat všechny obálky s dotazníky. Vedle těchto obálek totiž měli k dispozici také vizitky, na nichž byl uveden odkaz na webovou stránku s baterií testů a náš kontakt.

Druhou cestou bylo oslovení uživatelů sociálních sítí. V tomto kontextu nám bylo jednou z oslovených institucí nabídnuto sdílení odkazu s dotazníkem na webové stránce. Této nabídce jsme využili a odkaz s dotazníkem jsme sdíleli také na dalších relevantních stránkách. S tímto souvisí také zaměření příspěvků pomocí inzerce na sociálních sítích, což znamená, že byl vytvořen banner, v němž byly uvedeny základní informace o výzkumu a odkaz, který zájemce přesměroval na stránku s baterií testů. Základními informacemi se v této souvislosti rozumí představení výzkumníků a zaštiťující organizace (tedy Katedry psychologie FF UP v Olomouci), poučení o nutnosti procházet obdobím zármutku (aspoň s půlročním odstupem od ztráty) a informování o citlivosti tématu. Podrobnější informace byly opět uvedeny v průvodním dopise, který byl spolu s baterií testů přepsán do webového rozhraní vyplnto.cz. V rámci této on-line inzerce bylo respektováno rozložení obyvatel ČR podle věku. To znamená, že se banner zobrazoval některým věkovým skupinám více a některým méně, podle toho, jak jsou zastoupeny v populaci. Přestože bylo procentuální zastoupení mužů a žen při tvorbě inzerce respektováno, rozložení výzkumného souboru bylo zjevně ovlivněno skutečností, že mezi aktivnější uživatele sociálních sítí patří spíše mladší jedinci – v našem případě zejména ženy. Pro podrobnější informace o věkovém rozložení (dle pohlaví) doporučujeme nahlédnout do tabulky 5 na následující stránce.

Tabulka 5: Rozložení věku výzkumného souboru ve vztahu k české populaci

| Věk | Počet žen v ČR | Počet mužů v ČR | Ženy (%) | Muži (%) | Ženy v souboru | Muži v souboru | Ženy (%) | Muži (%) |
|--------|----------------|-----------------|----------|----------|----------------|----------------|----------|----------|
| 18–29 | 677 245 | 709 504 | 15 % | 17 % | 59 | 13 | 40 % | 22 % |
| 30–39 | 747 056 | 794 753 | 17 % | 19 % | 18 | 9 | 12 % | 15 % |
| 40–49 | 815 771 | 860 195 | 18 % | 20 % | 29 | 9 | 20 % | 15 % |
| 50–59 | 653 713 | 664 177 | 15 % | 16 % | 20 | 9 | 13 % | 15 % |
| 60–69 | 729 159 | 653 957 | 17 % | 16 % | 18 | 13 | 12 % | 22 % |
| 70–79 | 533 375 | 394 838 | 12 % | 9 % | 5 | 6 | 3 % | 10 % |
| 80+ | 284 935 | 142 487 | 6 % | 3 % | 0 | 1 | 0 % | 1 % |
| Celkem | 4 441 254 | 4 219 911 | 100 % | 100 % | 149 | 60 | 100 % | 100 % |

Zdroj: (Český statistický úřad, 2018).

Svoboda (2013) v kontextu tzv. on-line testování uvádí, že je vnímáno jako anonymní a méně ohrožující, což vede k větší ochotě odpovídat a také k menšímu množství sociálně žádoucích odpovědí. Nevýhodu však představuje skutečnost, že testová situace není pod kontrolou, a nemůžeme si být tudíž jistí autenticitou odpovědí. Přes uvedené výhody a nevýhody je zapotřebí zohlednit fakt, že díky tomuto způsobu inzerce bylo možné oslovit větší okruh respondentů, k němuž bychom běžně nemuseli mít přístup. Limitem ovšem zůstává, že neznáme motivaci oslovených jedinců, kteří se (ne)rozhodli do výzkumu zapojit.

Co se týká návratnosti dotazníků v elektronické podobě, webovou stránku s baterií testů si zobrazilo celkem 341 osob, z čehož 299 jedinců souhlasilo se zpracováním osobních údajů a bylo přeměřováno k úvodnímu formuláři. Z uvedeného počtu ovšem pouze 231 respondentů své osobní údaje skutečně vyplnilo a přistoupilo k vyplňování dotazníků. Jelikož bylo zapotřebí vyloučit jednak respondenty, kteří vyplnili baterii testů, aniž by od jejich ztráty uplynulo aspoň šest měsíců a jednak ty, kteří s vyplňováním baterie v určité části přestali, nebylo ani výše uvedené číslo konečné. Po finálním očištění dat činil výsledný počet elektronických verzí 186 a papírových verzí 23, dohromady tedy 209 responsí.

Nutno podotknout, že v případě menšího počtu chybějících hodnot byla provedena jejich analýza, během níž nás zajímalo, jaké je znění položky, zda se nejedná o vynechanou položku u většího množství respondentů, případně jaké další položky konkrétní respondent vynechal. Na základě této analýzy bylo patrné, že se jednalo o ignorovatelná chybějící data, přičemž imputace byla provedena přiřazením hodnoty značící nepřítomnost patologie.

Jelikož nás nezajímal pouze věk respondentů, ale také jejich další charakteristiky, uvádíme tabulku 6, v níž jsou shrnuty podrobnější informace o výzkumném souboru.

Tabulka 6: Podrobná charakteristika výzkumného souboru (N = 209)

| Charakteristika | Počet | Procenta | Průměr | Medián | SD | Min. | Max. |
|--|-------|----------|--------|--------|-------|------|------|
| Věk (v letech) dle pohlaví | | | | | | | |
| Žena | 149 | 71 % | 39,74 | 41 | 16,37 | 18 | 77 |
| Muž | 60 | 29 % | 48,10 | 42 | 18,12 | 19 | 80 |
| Celkem | 209 | 100 % | 42,14 | 41 | 17,26 | 18 | 80 |
| Vzdělání | | | | | | | |
| Základní škola | 6 | 3 % | | | | | |
| Střední škola bez maturity | 29 | 14 % | | | | | |
| Střední škola s maturitou | 97 | 46 % | | | | | |
| Vysoká škola | 77 | 37 % | | | | | |
| Praktikování náboženství | | | | | | | |
| Nepraktikující | 155 | 74 % | | | | | |
| Křesťanství | 51 | 24 % | | | | | |
| Jiné | 3 | 2 % | | | | | |
| Odstup od ztráty (v měsících) dle pohlaví | | | | | | | |
| Ženy | 149 | 71 % | 38,01 | 25 | 40,76 | 6 | 219 |
| Muži | 60 | 29 % | 65,48 | 27 | 92,25 | 6 | 444 |
| Celkem | 209 | 100 % | 45,89 | 25 | 61,25 | 6 | 444 |
| Zemřelá osoba | | | | | | | |
| Prarodič | 47 | 22 % | | | | | |
| Rodič | 76 | 36 % | | | | | |
| Sourozenec | 8 | 4 % | | | | | |
| Partner/ka | 45 | 22 % | | | | | |
| Dítě | 9 | 4 % | | | | | |
| Jiný člen rodiny | 14 | 7 % | | | | | |
| Kamarád | 10 | 5 % | | | | | |
| Kvalita vztahu | | | | | | | |
| Velmi dobrý nebo dobrý | 191 | 91 % | | | | | |
| Neutrální | 8 | 4 % | | | | | |
| Velmi špatný nebo špatný | 2 | 2 % | | | | | |
| Ambivalentní | 7 | 3 % | | | | | |

Z tabulky 6, uvedené na předchozí stránce, tedy vyplývá, že měly ve výzkumném souboru větší zastoupení ženy (71 %) oproti mužům (29 %), přičemž celkový věkový průměr byl roven 42,14 letům. Nejvíce byli zastoupeni jedinci s maturitním vzděláním (46 %), nejméně pak osoby s dokončenou základní školou (3 %). Pokud se jedná o praktikování náboženství, větší zastoupení měli nepraktikující pozůstalí (74 %) oproti praktikujícím (26 %), kteří se většinou řadili mezi křesťany. Pokud bychom se zaměřili na odstup od ztráty, jednalo se sice v průměru o 45,89 měsíců, ovšem střední hodnotu by v dané souvislosti lépe reprezentoval spíše medián, který byl roven 25 měsícům (tedy přibližně dvěma letům). Pozůstalé osoby v našem výzkumném souboru přitom nejčastěji truchlily nad ztrátou rodiče (36 %), prarodiče (22 %) nebo partnera/ky (22 %), přičemž 91 % uvádělo velmi dobrý nebo dobrý vztah k zesnulému.

6 Metodologický rámec výzkumu

Než se zaměříme na ověřování platnosti statistických hypotéz, chtěli bychom čtenářům blíže přiblížit metodologický rámec tohoto výzkumného projektu. V následujících podkapitolách proto uvedeme informace týkající se designu výzkumu, metod získávání a analýzy dat, pro doplnění přiblížíme rovněž technický plán výzkumu a v neposlední řadě etické hledisko, které v rámci daného tématu představuje poměrně významnou oblast.

6.1 Design výzkumu

Co se týká vymezení výzkumného designu tohoto projektu, k jeho realizaci byl zvolen kvantitativní výzkumný design mísící prvky dotazníkového šetření, psychometrické studie a korelační studie. Data totiž byla v rámci této studie sbírána pomocí dotazníků nebo inventářů, a jelikož jsme pracovali s metodami zahraničními, které doposud nebyly v České republice standardizovány, bylo nezbytné ověřit některé psychometrické ukazatele v kontextu české populace. Pokud se jedná o prvky korelační studie, Ferjenčík (2010) uvádí, že charakteristickým znakem takového výzkumného projektu je zjišťování vztahu mezi proměnnými. Ze stanovených statistických hypotéz, jež jsme předložili v úvodu výzkumné části této práce, je tento výzkumný záměr patrný.

6.2 Metody sběru dat

Ke studiu zármutku a souvisejících reakcí je zapotřebí mít nástroje s dobrými psychometrickými vlastnostmi. V rámci paliativní péče představuje pomoc pozůstalým jednu z podstatných oblastí, a proto je nejen v poradenství, ale také v klinické praxi zapotřebí umět identifikovat pozůstalé, kteří potřebují podporu (Bui, 2018). Jelikož v České republice takové nástroje v současnosti chybí, anebo jsou používány pouze pro účely konkrétních organizací, bylo nezbytné provést překlad existujících zahraničních metod a zkonstruovat také vlastní metody zaměřené na zjišťování některých dalších kritérií.

Z uvedeného důvodu jsme v naší studii pracovali se dvěma zahraničními metodami a se dvěma metodami vlastní konstrukce. Použili jsme tedy celkem čtyři nástroje, jimiž jsme měřili jednak intenzitu truchlení, a jednak jeho abnormální projevy. Jednalo se o Inventář komplikovaného truchlení (ICG; Prigerson et al., 1995b), Texaský revidovaný inventář truchlení (TRIG; Faschingbauer et al., 1987), testy kritérií PPT a PKPT (DSM-5) vytvořené

na základě doposud nevydané verze Škály protrahovaného truchlení (SPT; Bok & Dolejš, 2019) a samostatný test kritérií MKN-11. O některých psychometrických vlastnostech těchto metod se zmíníme v následujících podkapitolách. Před tím bychom však v následujících tabulkách 7 a 8 chtěli přiblížit vybrané zkratky a ukazatele, s nimiž budeme v textu pracovat.

Tabulka 7: Vybrané zkratky ukazatelů diskriminační schopnosti testu a jejich význam

| Zkratka | Význam | Zkratka | Význam |
|---------|--------------------|---------|-------------------------------|
| TP | Skutečně pozitivní | FN | Falešně negativní |
| FP | Falešně pozitivní | PPV | Pozitivní prediktivní hodnota |
| TN | Skutečně negativní | NPV | Negativní prediktivní hodnota |

Tabulka 8: Charakteristika vybraných ukazatelů kvality testu

| Ukazatel | Charakteristika ukazatele | | | Autor a rok |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------|---|
| Korelační koeficient | Slabá (0,1–0,3) | Střední (0,3–0,7) | Velká (0,7–1,0) | (Hendl, 2012) |
| Cronbachova alfa | Přijatelná (> 0,7) | Spolehlivá (> 0,8) | Silná (> 0,9) | (Taber, 2017) |
| KR-20 | Obdobné jako u Cronbachovy alfy. | | | (Ferjenčík, 2010) |
| Cohenova kappa | Slabší shoda (> 0,2) | Průměrná shoda (> 0,4) | | (Dušek, Pavlík, & Koptíková, 2007) |
| Faktorová zátěž | Blízká nule (< 0,3) | Velká (> 0,5) | | (Matsunaga, 2010) |
| Plocha pod křivkou (AUC) | Dobře diskriminující (> 0,7) | Výborně diskriminující (> 0,9) | | (Dušek, Pavlík, Jarkovský, & Koptíková, 2011) |

Poznámka: Kuderův-Richardsonův koeficient (KR-20) je obdobou koeficientu Cronbachova alfa a používá se při odhadu reliability, pokud je test složen z dichotomických položek (Ferjenčík, 2010).

6.2.1 Inventář komplikovaného truchlení (ICG)

Inventář komplikovaného truchlení je sebesposuzovací škála, která se používá ke zjišťování přítomnosti symptomů komplikovaného truchlení. Původní verze tohoto inventáře se skládá z 19 položek, u nichž respondenti hodnotí frekvenci výskytu příznaků na pětibodové stupnici (0 = nikdy; zřídka = 1; občas = 2; často = 3; vždy = 4). Carmassiová et al. (2018) uvádějí, že se ICG díky svým dobrým psychometrickým vlastnostem používá k hodnocení přítomnosti komplikovaného truchlení ve valné většině studií.

Jelikož česká verze tohoto inventáře nebyla během tvorby testové baterie k dispozici, bylo nutné jej přeložit. Za tímto účelem jsme oslovili deset anglicky mluvících osob, z nichž

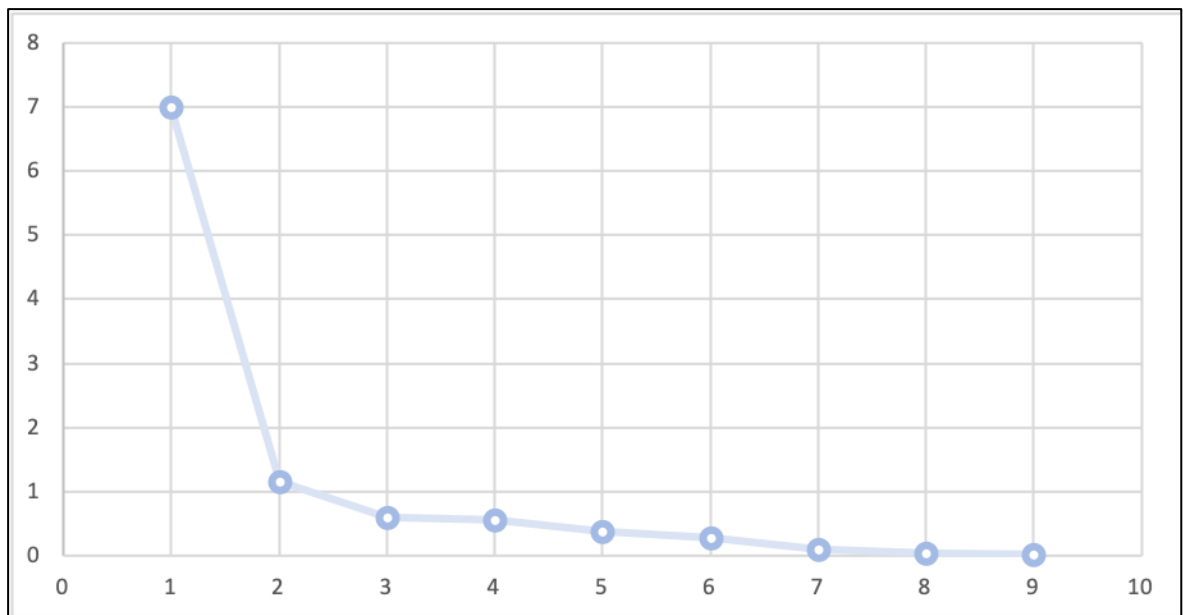
osm osob dosahovalo minimální úrovně jazyka B2 (držitelé certifikátu, případně absolventi bilingvních gymnázií) a další dvě osoby dosahovaly úrovně C2 (jednalo se o čerstvé absolventy magisterského studia angličtiny). Následně byla provedena obsahová analýza získaných překladů a vybrána nejvhodnější česká varianta. Díky tomu bylo možné vydefinovat verzi pro pilotní testování, čímž byla ověřena srozumitelnost jednotlivých položek. V této souvislosti je však nutné uvést, že jsme posléze obdrželi informaci o dalším vznikajícím překladu ICG (Machů et al., 2019). Abychom zamezili existenci dvou českých verzí téže metody, rozhodli jsme se námi použitou verzí dále nedistribuuovat.

Co se týká některých psychometrických vlastností tohoto inventáře, Prigersonová et al. (1995b) uvádí, že vnitřní konzistence byla velmi dobrá (Cronbachova alfa = 0,94), přičemž koeficient test-retest reliability měl hodnotu 0,80. Souběžná validita této metody byla ověřena na základě jejího vztahu k dalším škálám. Celkový skóre ICG ukázal vysokou korelaci s celkovým skórem TRIG ($r = 0,87$; $p < 0,001$) a Beckovou stupnicí pro hodnocení deprese (BDI; Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) ($r = 0,67$; $p < 0,001$). Pokud bychom se zaměřili na novější studie, Newsonová et al. (2011) v tomto kontextu uvádí hodnotu Cronbachovy alfy 0,85 a jeden dominantní vyextrahovaný faktor vysvětlující 30 % celkového rozptylu, Machů et al. (2019) naproti tomu uvádí hodnotu vyšší, a to 0,93.

Pro ověření faktorové validity byl pomocí faktorové analýzy, konkrétně metody hlavní osy, vyextrahován jeden dominantní faktor, kterým bylo vysvětleno 37 % celkového rozptylu. V této souvislosti stojí za zmínku položka číslo 12, která se týkala bolesti ve stejné části těla, jako měl zesnulý před smrtí. Tato položka vykazovala jako jediná faktorové skóre menší než 0,30 a její korelace s dotazníkem byla slabá. Lze tedy vyvozovat, že symptomy bolesti u našeho souboru pozůstalých nepředstavují dominantní rys komplikovaného truchlení a bylo by nejspíš vhodné zvážit vyřazení položky.

Pokud se zaměříme na odhad reliability, hodnota koeficientu Cronbachova alfa byla rovna 0,91, což svědčí o silné vnitřní konzistenci tohoto nástroje. Lze doplnit, že při rozdělení inventáře na dvě poloviny (liché položky a sudé položky) jsme získali hodnotu Guttmanova split-half koeficientu (SHC) 0,93. K tomuto ukazateli split-half reliability jsme se přiklonili na základě rozdílných rozptylů obou polovin testu. Sutinový graf (graf 1) a další informace k předloženým psychometrickým ukazatelům (tabulka 9) je možné nalézt dále.

Graf 1: Sutinový graf vlastních čísel jednotlivých faktorů inventáře ICG



Poznámka: Pokud bychom vzali v potaz Kaiserovo pravidlo, podle něhož by do faktorové analýzy měly být zahrnuty všechny faktory s vlastním číslem vyšším než 1, bylo by v této souvislosti vhodné zvážit také dvoufaktorový model. Při kvalitativním zhodnocení obou možností se však jevila jednofaktorová varianta jako schůdnější řešení.

Tabulka 9: Faktorové zátěže, komunalita a ukazatele vnitřní konzistence ICG (N = 209)

| Zaměření položky | | Faktor 1 | Komunalita | Korelace P s inventářem | Cronbach. alfa po vymazání P |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------|------------|-------------------------|------------------------------|
| | | | | | *0,910 |
| P1 | Zaujetí v myšlenkách | 0,73 | 54 % | 0,69 | 0,903 |
| P2 | Zneklidňující vzpomínky | 0,54 | 30 % | 0,53 | 0,906 |
| P3 | Nepřijetí smrti | 0,70 | 49 % | 0,68 | 0,902 |
| P4 | Touha | 0,65 | 42 % | 0,62 | 0,904 |
| P5 | Zaujetí místy/věcmi | 0,42 | 18 % | 0,40 | 0,910 |
| P6 | Vztek | 0,42 | 18 % | 0,42 | 0,909 |
| P7 | Šok | 0,67 | 45 % | 0,64 | 0,904 |
| P8 | Ochromení | 0,79 | 63 % | 0,76 | 0,899 |
| P9 | Nedůvěra v ostatní | 0,68 | 47 % | 0,65 | 0,903 |
| P10 | Ztráta zájmu o ostatní | 0,74 | 55 % | 0,70 | 0,902 |
| P11 | Osamělost | 0,79 | 63 % | 0,74 | 0,900 |
| P12 | Symptomy bolesti | <u>0,23</u> | <u>5 %</u> | <u>0,21</u> | <u>0,913</u> |
| P13 | Vyhýbání se | 0,35 | 12 % | 0,34 | 0,911 |
| P14 | Prázdnota | 0,81 | 66 % | 0,76 | 0,899 |
| P15 | Sluchové halucinace | 0,50 | 25 % | 0,48 | 0,908 |
| P16 | Zrakové halucinace | 0,47 | 22 % | 0,45 | 0,908 |
| P17 | Nespravedlivost vlastního života | 0,54 | 29 % | 0,53 | 0,906 |
| P18 | Zahořklost | 0,49 | 24 % | 0,48 | 0,908 |
| P19 | Závist | 0,56 | 31 % | 0,54 | 0,907 |
| Vysvětlený rozptyl | | 6,96 | | | |
| Vysvětlený rozptyl (%) | | 37 % | | | |

Poznámka: V rámci faktorové analýzy byla použita metoda hlavní osy a typ rotace varimax normalizovaný. Tučně jsou vyznačeny faktorové zátěže 0,5 a vyšší. Koeficient Cronbachova alfa opatřený symbolem hvězdičky značí původní hodnotu pro ICG. Pro přehlednost byla hodnota zaokrouhlena na tři desetinná místa.

V souvislosti s prahovou hodnotou (tzv. cut-off skórem) Prigersonová et al. (1995b) v původní studii zmiňují, že za rizikovou skupinu pro vznik komplikovaného truchlení je možno označit osoby, které získaly skór > 25. V novějších studiích se naproti tomu můžeme setkat s prahovou hodnotou o něco vyšší, a to ≥ 30 (Cozza et al., 2020; Mauro et al., 2018; Shear et al., 2011). Aby bylo zajištěno, že jsme přijímali jednotlivce skórující jasně nad původně doporučenou mezí, museli účastníci této studie získat skóre 30 nebo vyšší. V našem výzkumném souboru přitom činila minimální hodnota hrubého skóru ICG

0 bodů a maximální hodnota 56 bodů ($M = 22,47$; $SD = \pm 13,63$). Pro doplnění lze uvést, že maximální počet bodů, který bylo možné v inventáři získat, je roven 76.

6.2.2 Texaský revidovaný inventář truchlení (TRIG)

Další nástroj, který jsme v naší studii použili, představuje Texaský revidovaný inventář truchlení, jenž byl používán k měření nevyřešeného zármutku již před existencí ICG. Tato metoda se skládá ze dvou částí (TRIG I a TRIG II), přičemž první část je zaměřena na zážitky spojené s obdobím tři měsíce od smrti blízkého (minulé chování) a druhá část souvisí s aktuálními emočními reakcemi (současné pocity). TRIG se skládá ze 21 položek, z čehož 8 položek obsahuje TRIG I (minulé chování) a 13 položek TRIG II (současné pocity). Respondenti určují, podobně jako u ICG, frekvenci výskytu příznaků na pětibodové stupnici (1 = zcela nepravdivé; 2 = spíše nepravdivé; 3 = pravdivé i nepravdivé; 4 = spíše pravdivé; 5 = zcela pravdivé).

Jelikož ani tento inventář nebyl převeden do češtiny, bylo nutné provést jeho překlad. Na rozdíl od ICG jsme jej však v tomto případě provedli sami, samozřejmě se zachováním původního obsahu a diskuzí nad zněním každé z položek. Hlavním důvodem našeho počínání byla skutečnost, že měla daná metoda v naší studii spíše doplňující charakter. Nebylo tedy nutné být natolik pregnantní jako v případě inventáře ICG, který sloužil k identifikaci komplikovaně truchlících osob. I přes to bylo nezbytné tento nástroj zařadit, spolu s ostatními, do pilotního testování a ověřit srozumitelnost každého tvrzení.

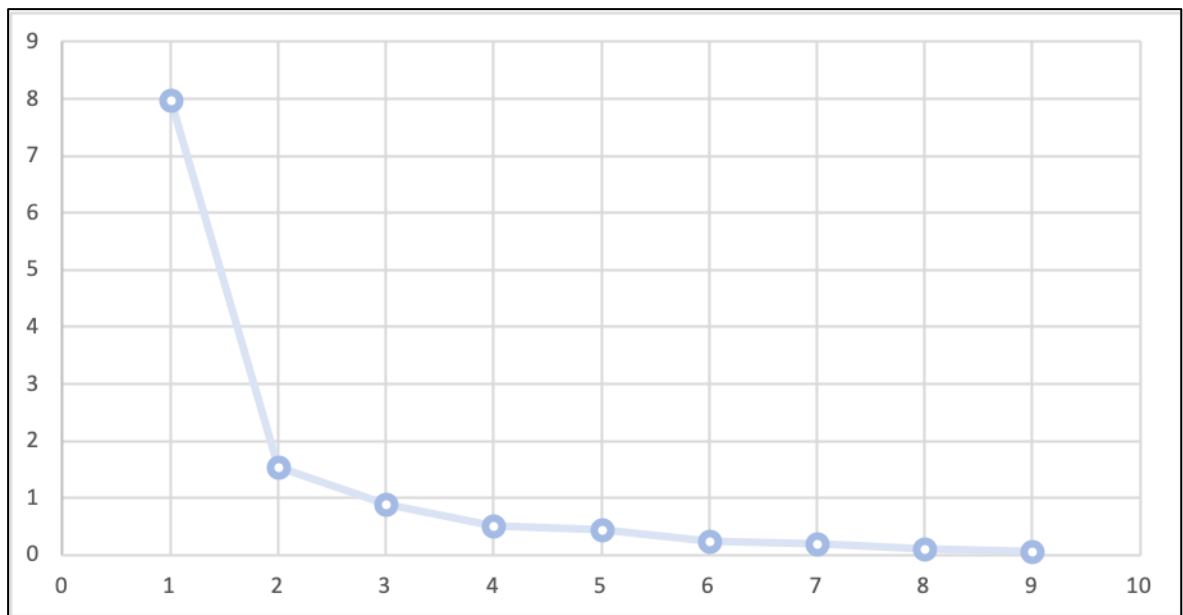
Pokud se zaměříme na psychometrické ukazatele této metody, v původní studii uvádí autoři inventáře dva hlavní vyextrahované faktory, jež získaly název TRIG I a TRIG II. Vnitřní konzistence TRIG I a TRIG II byla poměrně dobrá, hodnota Cronbachovy alfy byla rovna 0,77 a 0,86. Při zjišťování souvislosti mezi oběma polovinami inventáře (tzv. split-half reliability) byla zjištěna hodnota 0,88, což vypovídá o silném vztahu (Faschingbauer et al., 1987). Podle novější metaanalýzy reliability prokázal TRIG silnou spolehlivost ve 30 studiích s průměrnou Cronbachovou alfou pro TRIG I 0,82 (min. 0,69; max. 0,92) a pro TRIG II 0,90 (min. 0,81; max. 0,95) (Montano, Lewey, O'Toole, & Graves, 2016). Pro zajímavost lze doplnit, že jedna z novějších studií pracuje také s třífaktorovým modelem TRIG, ve kterém první faktor představuje nepřijetí, druhý faktor myšlenky spojené se ztrátou a třetí faktor afektivní reakce (Futterman, Holland, Brown, Thompson, & Gallagher-Thompson, 2010).

Některé psychometrické ukazatele jsme se snažili určit také u tohoto inventáře. K ověření faktorové validity jsme použili faktorovou analýzu a její výsledky v zásadě potvrdily dvoufaktorový model z původní studie. Pomocí dvoufaktorového modelu přitom bylo vysvětleno 45 % celkového rozptylu a korelace většiny položek s jednotlivými faktory se pohybovala v rozmezí 0,41–0,82. I když tři položky vykazovaly dvojité zátěže, pouze položka číslo 10, týkající se hněvu zaměřeného na zemřelou osobu, vykazovala slabou korelaci s oběma faktory a také slabou korelaci s dotazníkem. Špatenková (2013) v této souvislosti tvrdí, že pozůstalí obvykle nevztahují svůj hněv k zemřelému, i když může být příčinou jejich zloby. Schůdnější cestu pro ně představuje nalezení náhradního objektu, jímž se může stát personál nemocnice nebo některý z příbuzných. Toto tvrzení může být jedním z možných vysvětlení nízké faktorové zátěže zmíněné položky. Lze také připomenout, že v našem výzkumném souboru navíc převažovali truchlící jedinci, kteří hodnotili vztah k zemřelé osobě jako dobrý nebo velmi dobrý. I tato skutečnost se mohla na faktorovém skóre dané položky odrazit.

Pokud se jedná o spolehlivost inventáře TRIG, námi zjištěná vnitřní konzistence TRIG I (minulé chování) a TRIG II (současné pocity) byla velmi dobrá – koeficient Cronbachovy alfy nabýval v prvním případě hodnoty 0,84 a ve druhém případě 0,91. Kdybychom se zaměřili na TRIG jako celek, je možné uvést hodnotu Cronbachovy alfy 0,92. V daném kontextu lze navíc zmínit, že odstranění položek 7 a 10, souvisejících s hněvem na zemřelého, by vedlo ke znatelnějšímu zvýšení hladiny uvedeného koeficientu jak pro TRIG I, tak pro TRIG II (vizte tabulku 10). Chtěli bychom rovněž doplnit, že korelace mezi chováním v minulosti (TRIG I) a současnými pocity (TRIG II) byla vysoká ($r = 0,85$; $p < 0,001$), což pouze dokládá dobrou vnitřní konzistenci celého inventáře. V neposlední řadě lze uvést, že souběžná kriteriální validita metody byla ověřena pomocí výpočtu korelace s ICG. Získaná hodnota poukazuje na těsný vztah mezi skóry naměřenými oběma nástroji ($r = 0,87$; $p < 0,001$), což dokazuje vysokou validitu nástroje, přestože byl proveden vlastní překlad tohoto inventáře.

Pro přehlednost na následujících stránkách předkládáme sutinový graf (graf 2) pro TRIG a také tabulku 10 s faktorovými zátěžemi, komunalitou a některými doplňujícími ukazateli vnitřní konzistence této metody.

Graf 2: Sutinový graf vlastních čísel jednotlivých faktorů inventáře TRIG



Tabulka 10: Faktorové zátěže, komunalita a ukazatele vnitřní konzistence TRIG (N = 209)

| | Zaměření položky | Faktor 1 | Faktor 2 | Komunalita | Korelace P s inventářem | Cronbach. alfa po vymazání P |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------|-------------|------------|-------------------------|------------------------------|
| TRIG I | | | | | | *0,837 |
| P1 | Problémy s lidmi | 0,13 | 0,68 | 48 % | 0,59 | 0,815 |
| P2 | Pracovní problémy | 0,25 | 0,66 | 49 % | 0,63 | 0,810 |
| P3 | Problémy s blízkými a volným časem | 0,23 | 0,68 | 52 % | 0,65 | 0,809 |
| P4 | Dokončení věcí zemřelého | 0,40 | 0,28 | 24 % | 0,38 | <u>0,841</u> |
| P5 | Podrážděnost | 0,16 | 0,69 | 51 % | 0,64 | 0,808 |
| P6 | Neschopnost dělat běžnou činnost | 0,28 | 0,70 | 56 % | 0,70 | 0,799 |
| P7 | Hněv na zemřelého | 0,18 | 0,41 | 20 % | 0,37 | <u>0,845</u> |
| P8 | Narušení spánku | 0,41 | 0,54 | 46 % | 0,61 | 0,812 |
| TRIG II | | | | | | *0,905 |
| P9 | Pláč | 0,82 | 0,22 | 73 % | 0,78 | 0,891 |
| P10 | Hněv na zemřelého | <u>0,16</u> | <u>0,23</u> | <u>8 %</u> | <u>0,23</u> | <u>0,913</u> |
| P11 | Nepřijetí smrti | 0,67 | 0,25 | 51 % | 0,71 | 0,894 |
| P12 | Stesk | 0,55 | 0,39 | 45 % | 0,61 | 0,899 |
| P13 | Bolestivé vzpomínky | 0,56 | 0,31 | 41 % | 0,61 | 0,899 |
| P14 | Zaujetí | 0,63 | 0,22 | 45 % | 0,64 | 0,898 |
| P15 | Skrývání slz | 0,70 | 0,18 | 53 % | 0,65 | 0,897 |
| P16 | Důležité postavení zemřelého | 0,50 | 0,32 | 36 % | 0,57 | 0,900 |
| P17 | Přemítání nad zemřelým | 0,66 | 0,30 | 52 % | 0,69 | 0,895 |
| P18 | Nespravedlivost | 0,39 | 0,46 | 37 % | 0,53 | 0,903 |
| P19 | Všechno blízkého stále připomíná | 0,54 | 0,29 | 38 % | 0,57 | 0,900 |
| P20 | Nepřijetí smrti | 0,64 | 0,26 | 47 % | 0,69 | 0,895 |
| P21 | Potřeba plakat | 0,86 | 0,13 | 75 % | 0,78 | 0,891 |
| Vysvětlený rozptyl | | 5,52 | 3,93 | | | |
| Vysvětlený rozptyl (%) | | 26 % | 19 % | | | |

Poznámka: V rámci faktorové analýzy byla použita metoda hlavní osy a typ rotace varimax normalizovaný. Tučně jsou vyznačeny faktorové zátěže 0,5 a vyšší. Koeficient Cronbachova alfa opatřený symbolem hvězdičky značí původní hodnotu pro TRIG I a TRIG II. Pro přehlednost byla hodnota zaokrouhlena na tři desetinná místa.

Na rozdíl od ICG tento inventář nepracuje s prahovou hodnotou, nýbrž s hrubými skóry, přičemž vyšší skór znamená intenzivnější zármutek. Ačkoliv existují snahy

o stanovení cut-off skóru také pro tuto metodu (např. Alves, Oliviera, & Lofuto-Neto, 2016), nejedná se zatím o dostatečně ověřené údaje, a proto s nimi nebudeme pracovat. V souvislosti s naší studií lze uvést, že respondenti dosahovali minimální naměřené hodnoty pro TRIG (celkový) 21 bodů (TRIG I = 8; TRIG II = 13) a maximální hodnoty 96 bodů (TRIG I = 39; TRIG II = 63). Pokud se jedná o průměrné skóre TRIG (celkový), jeho hodnota byla rovna 60,68 bodům (TRIG I = 21,89; TRIG II = 38,79) a směrodatná odchylka měla hodnotu $\pm 18,01$ (TRIG I = $\pm 7,81$; TRIG II = $\pm 11,86$). Na závěr lze doplnit, že maximální celkový hrubý skór, kterého bylo možné dosáhnout, odpovídá 105 bodům (TRIG I = 40; TRIG II = 65). Minimální hodnota je přitom totožná s minimálními skóry, které byly naměřeny u našeho výzkumného souboru.

6.2.3 Testy reflektující kritéria PPT, PKPT (DSM-5) a PPT (MKN-11)

Škála protrahovaného truchlení (SPT; Bok a Dolejš, 2019) představuje nástroj, který byl vytvořen kvůli absenci psychologických testů, které by reflektovaly diagnostická kritéria nosologických jednotek, o nichž jsme referovali v teoretické části této práce. Tato metoda je, na rozdíl od výše uvedených, složena z dichotomických položek s možností odpovědi ano, nebo ne. Jelikož zatím SPT nebyla uvedena do tisku, předkládáme verzi z roku 2019. Přestože se o dané škále v této studii nebudeme podrobněji zmiňovat, byly na jejím základě sestrojeny dva dotazníky reflektující kritéria PPT (Prigerson et al., 2009) a kritéria DSM-5. Samostatnou metodu naproti tomu představuje test kritérií PPT (MKN-11), jemuž se spolu s ostatními testy budeme věnovat v následujících odstavcích.

Test kritérií PPT

Test kritérií PPT se skládá ze 13 otázek (vizte tabulku 11), na něž je možné odpovědět buď ano, nebo ne. Jedná se tedy o metodu s dichotomickými položkami, která reflektuje navrhovaná kritéria PPT předložená Prigersonovou et al. (2009). Co se týká vnitřní konzistence této metody, uvádíme hodnotu Kuderova-Richardsonova koeficientu (KR-20) pro dichotomické položky, a to 0,81, což značí přijatelnou spolehlivost zachovávající určitou heterogenitu. Souběžná kriteriální validita tohoto testu byla ověřena pomocí jeho korelace s ICG, přičemž vztah mezi oběma skóry metod byl silný ($r = 0,76$; $p < 0,001$). Kdybychom se však zaměřili na míru shody v počtu přijatých a nepřijatých případů obou metod, hodnota Cohenovy kappy by odpovídala 0,51 (95% CI 0,39–0,64), což svědčí spíše o průměrné shodě.

Tabulka 11: Diagnostická kritéria PPT a odpovídající položky v testu

| Kritérium | Odpovídající položka |
|---|---|
| B) Touha | Pociťujete intenzivní touhu po opětovném setkání se zemřelou osobou? |
| C) Aspoň pět z následujících příznaků: | |
| Narušení identity | Máte pocit, že jste se ztrátou zemřelé osoby ztratil/a i část sebe sama? |
| Obtíže s přijetím smrti | Je pro vás obtížné přijmout ztrátu zemřelé osoby? |
| Vyhýbání se | Vyhýbáte se vzpomínkám na zemřelou osobu? |
| Problém důvěřovat ostatním | Dokážete od ztráty zemřelé osoby důvěřovat ostatním lidem tak jako dříve? (inverzní položka) |
| Zahořklost nebo hněv | Vzbuzují ve vás vzpomínky na zemřelou osobu zlost? Sledujete na sobě, že jste od ztráty zemřelé osoby zahořklý/á? |
| Obtíže posouvat se dál | Je váš život stále velmi ovlivněn zemřelou osobou? |
| Otupělost (absence emocí) | Dokážete od ztráty zemřelé osoby prožívat události ve svém životě naplno? (inverzní položka) |
| Prázdnota nebo bezsmysluplnost života | Kladete si od ztráty zemřelé osoby otázku, kde je vaše místo v životě? |
| Otupělost nebo ochromení | Sledujete s nezájmem situace, kterým jste před ztrátou zemřelé osoby věnoval/a pozornost? |
| E) Narušení důležité oblasti | Pozorujete na sobě od ztráty zemřelé osoby zhoršený pracovní (studijní) výkon? Děláte od ztráty zemřelé osoby běžnou domácí činnost (např. úklid) tak jako dříve? (inverzní položka) |

Poznámka: Přítomnost některých kritérií byla ověřována dvěma položkami, pro splnění daného kritéria však stačilo, aby respondent odpověděl ano aspoň u jedné z nich.

Pokud se jedná o hodnoty, které jednotlivci získali, nebylo možné pracovat s hrubými skóry pro celek, nýbrž pro každý oddíl této diagnózy zvlášť. Aby mohl být konkrétní jedinec považován za zařazený případ, musel splnit kritérium B, aspoň pět příznaků z oddílu C a kritérium E. Šestiměsíční časový odstup od ztráty byl zohledněn již při čištění dat, kritérium ztráty někoho blízkého nemluva. Abychom měli jistotu, že jsme zařazovali jedince splňující odpovídající kritéria i jejich počty, byla každému přiřazena hodnota 0 (nesplnil kritérium), nebo 1 (splnil kritérium) a z výsledné sumy odvozeno naplnění této diagnózy.

Test kritérií PKPT (DSM-5)

Test kritérií PKPT (DSM-5) se skládá z 18 dichotomických položek (vizte tabulku 12) souvisejících s jednotlivými kritérii DSM-5. Hodnota koeficientu KR-20 byla v tomto případě rovna 0,85, což vypovídá o velmi dobré vnitřní konzistenci testu. Pro ověření souběžné validity byla, podobně jako u předchozího testu, vypočítána korelace s ICG. Výslednou

hodnotu ($r = 0,82$; $p < 0,001$) lze interpretovat jako vysokou korelaci mezi naměřenými skóry obou metod, a je tedy možné hovořit o dobré validitě testu. Míra shody mezi případy (ne)přijatými ICG (≥ 30) a testem PKPT (DSM-5) byla podprůměrná (Cohenova kappa = 0,33; 95% CI 0,20–0,46). Z tabulky přitom byla patrná větší míra restrikce PKPT (DSM-5).

Tabulka 12: Diagnostická kritéria PKPT (DSM-5) a odpovídající položky v testu

| Kritérium | Odpovídající položka |
|--|---|
| B) Aspoň jeden z následujících příznaků: | |
| Stesk nebo touha | Pocítujete intenzivní touhu po opětovném setkání se zemřelou osobou? |
| Truchlení a psychická bolest | Je pro vás myšlenka na ztrátu zemřelé osoby stále silně zraňující? |
| Zabývání se osobou | Dalo by se říct, že nemůžete dostat myšlenky na zemřelou osobu z hlavy? |
| Zabývání se smrtí | Myslíte si, že se ztrátou zemřelé osoby trápíte už příliš dlouhou dobu? |
| C) Aspoň šest ze dvanácti následujících příznaků: | |
| Obtíže s přijetím smrti | Je pro vás obtížné přijmout ztrátu zemřelé osoby? |
| Pocit chromení nebo otupělosti | Sledujete s nezájmem situace, kterým jste před ztrátou zemřelé osoby věnoval/a pozornost? |
| Obtíže s vybavováním pěkných vzpomínek | Vyhýbáte se vzpomínkám na zemřelou osobu? |
| Zahořklost nebo hněv | Vzbuzují ve vás vzpomínky na zemřelou osobu zlost? Sledujete na sobě, že jste od ztráty zemřelé osoby zahořklý/á? |
| Narušené sebehodnocení (např. sebeobviňování) | Stává se vám, že cítíte vinu za to, že žijete, ale zemřelá osoba ne? |
| Vyhýbání se tématu smrti | Straníte se společnosti druhých lidí, abyste se vyhnul/a tématům týkajícím se ztráty zemřelé osoby? |
| Přání zemřít | – |
| Problém důvěřovat ostatním | Dokážete od ztráty zemřelé osoby důvěřovat ostatním lidem tak jako dříve? (inverzní položka) |
| Odloučení od ostatních | Je pro vás od ztráty zemřelé osoby obtížné udržovat vztahy s druhými lidmi? |
| Prázdnota nebo bezesmyslnost života | Kladete si od ztráty zemřelé osoby otázku, kde je vaše místo v životě? |
| Narušení identity | Máte pocit, že jste se ztrátou zemřelé osoby ztratil/a i část sebe sama? |
| Problém věnovat se zájmům | Děláte od ztráty zemřelé osoby podobné činnosti, které jste dělal/a dříve? (inverzní položka) |
| D) Narušení důležité oblasti | Pozorujete na sobě od ztráty zemřelé osoby zhoršený pracovní (studijní) výkon? Děláte od ztráty zemřelé osoby běžnou domácí činnost (např. úklid) tak jako dříve? (inverzní položka) |

Poznámka: Přestože odpovídající položka týkající se přání zemřít nebyla do škály SPT zařazena, zachovali jsme původní počet kritérií, který bylo nutné v oddíle C splnit (aspoň šest). V souvislosti s kulturními a věkovými normami lze připomenout, že DSM-5 pro dospělé stanovuje 12měsíční odstup od ztráty (Raboch et al., 2015).

Podobně jako u předchozího testu bylo vhodnější pracovat s hrubým skórem pro každý okruh kritérií zvlášť. Pokud tedy jedinec splnil alespoň jedno kritérium v sekci B, minimálně šest kritérií ze sekce C a kritérium D, byl pojímán jako případ splňující diagnózu vymezenou v DSM-5. V této souvislosti ovšem bylo nezbytné zařazovat pouze osoby, od jejichž ztráty uplynulo 12 měsíců a více (nikoliv 6 měsíců jako u předchozí sady kritérií). Pokud tedy konkrétní jedinec získal dostatečný počet bodů v každé sekci, byla mu přiřazena hodnota 1 (splnil kritéria), přičemž všichni ostatní získali hodnotu 0 (nesplnili kritéria).

Test kritérií PPT (MKN-11)

Jelikož je klasifikační systém nemocí MKN v Evropě, a tedy i v České republice, nejpoužívanější (Orel et al., 2016), sestrojili jsme pro poruchu protrahovaného truchlení samostatný dotazník, a to tak, aby odrážel jednotlivá diagnostická kritéria MKN-11. Tento test se původně skládal z 21 položek s možností odpovědi ano, nebo ne. Jelikož je v MKN-11 uveden pouze výčet příkladů emoční bolesti (např. smutek, hněv, obviňování), rozhodli jsme se na základě informací uvedených v odborné literatuře (např. Špatenková, 2013; Worden, 2018) do testu zařadit také další emoce, které emoční bolest u pozůstalých mohou charakterizovat. Kromě položky zaměřené na samotnou emoční bolest jsme do dotazníku navíc zařadili položky týkající se strachu, zoufalství, nenávisti a studu. Pokud se zaměříme na finální strukturu dotazníku (tabulka 13), nebylo možné mezi výčet emocí zařadit „popření“, jelikož by se jednalo o zbytečně matoucí pojem. Z toho důvodu jsme využili položky z dotazníku SPT, která je v tabulce 13 vedle daného příznaku uvedena.

Abychom dokázali rozhodnout, zda některé z přidaných položek v dotazníku ponechat, provedli jsme tetrachorickou korelaci položek a následnou faktorovou analýzu (metoda hlavní osy). Na základě faktorových zátěží (vyšších než 0,50) jsme se rozhodli ponechat položku zaměřenou na bolest a položku týkající se zoufalství. Naproti tomu položka související s anhedonií vykazovala silnou negativní souvislost. Důvodem tohoto vztahu by mohl být fakt, že bezradostnost je typická spíše pro klinickou depresi. I přes uvedenou skutečnost jsme však položku v dotazníku ponechali, abychom se od kritérií uvedených v MKN-11 příliš neodklonili. Lze doplnit, že tento model dokázal vysvětlit 30 % celkového rozptylu. Koeficient KR-20 nabýval v tomto případě hodnoty 0,82, což svědčí o dobré vnitřní konzistenci metody. Pokud se jedná o souběžnou validitu, byla zjištěna vysoká korelace mezi touto metodou a ICG ($r_{sp} = 0,83$; $p < 0,001$).

Tabulka 13: Diagnostická kritéria PPT (MKN-11) a odpovídající položky v testu

| Kritérium | Odpovídající položka |
|---|--|
| B) Touha | Přetrvává u vás touha po zemřelé osobě? |
| C) Zaujetí | Zabýváte se ve svých myšlenkách neustále zemřelou osobou? |
| D) Emoční bolest, tj. např.: | Vyskytuje se u vás některý z níže uvedených pocitů? |
| Smutek | Smutek |
| Vina | Provinilost |
| Hněv | Hněv |
| Obviňování | Obviňování |
| – | Bolest |
| – | Zoufalství |
| Popření | Jsou pro vás myšlenky na to, že jste navždy ztratil/a zemřelou osobu, nepřijatelné? |
| Obtíže s přijetím smrti. | Je pro vás obtížné přijmout ztrátu zemřelé osoby? |
| Pocit ztráty části sebe sama | Máte pocit, že jste se ztrátou zemřelé osoby ztratil/a i část sebe sama? |
| Neschopnost prožívat dobrou náladu | Dokážete mít od ztráty zemřelé osoby dobrou náladu? |
| Emoční otupělost | Vnímáte se od ztráty zemřelé osoby citově otupělý/á? |
| Obtíže zapojovat se do společenských aj. aktivit | Zapojujete se od ztráty zemřelé osoby obtížně do společenských nebo volnočasových aktivit? |
| F) Zhoršení v oblasti: | Narušuje u vás truchlení některou z následujících oblastí života? |
| Osobní | Osobní |
| Rodinné | Rodinná |
| Sociální | Přátelství |
| Pracovní (studijní) | Zaměstnání nebo škola |
| Jiné | Péče o domácnost Zájmy |

Ačkoliv diagnostická kritéria v MKN-11 nemají blíže specifikovaný počet nutných kritérií, předseda pracovní skupiny pro poruchy související se stresem Andreas Maercker uvádí diagnostický algoritmus, podle něhož by mělo být splněno kritérium B nebo C, jeden z příznaků emoční bolesti (tj. z kritéria D) a zhoršení aspoň v jedné důležité oblasti života (Killikelly & Maercker, 2018). Pokud bychom se tímto algoritmem řídili, koeficient Cohenova kappa by byl roven:

- 0,50 (95 % CI 0,39–0,62) ve vztahu k ICG (≥ 30);
- 0,40 (95% CI 0,29–0,51) ve vztahu k testu kritérií PPT;
- 0,18 (95% CI 0,05–0,28) ve vztahu k testu kritérií PKPT (DSM-5).

Z informací uvedených na předešlé stránce je tedy patrné, že průměrná míra shody panovala mezi kritérii PPT MKN-11 a kritérii KT měřenými ICG. Poměrně slabou míru shody v počtu zařazených a nezařazených případů naopak vykazovala kritéria PKPT (DSM-5) a PPT (MKN-11). Je vidno, že se tyto dva klasifikační systémy poměrně významně rozcházejí, pokud jde o diagnostiku abnormálního zármutku. Při zobrazení čtyřpolní tabulky přitom byla opět zjevná vysoká míra restrikce kritérií uvedených v DSM-5.

Pokud bychom vycházeli z předpokladu, že je diagnostický algoritmus MKN-11 správný, a zařazuje tedy jednotlivé případy přesně, mohli bychom vypočítat prahové skóre pro tuto metodu. Jak je patrné z tabulky 14, ideální hodnota hrubého skóru by v tomto případě byla rovna 8 bodům. Index senzitivity by přitom dosahoval hodnoty 77 % a index specifity 85 %. Youdenův index (J) by navíc za daných okolností dosahoval nejvyšší možné hodnoty v rámci celého sloupce, a to 0,63.

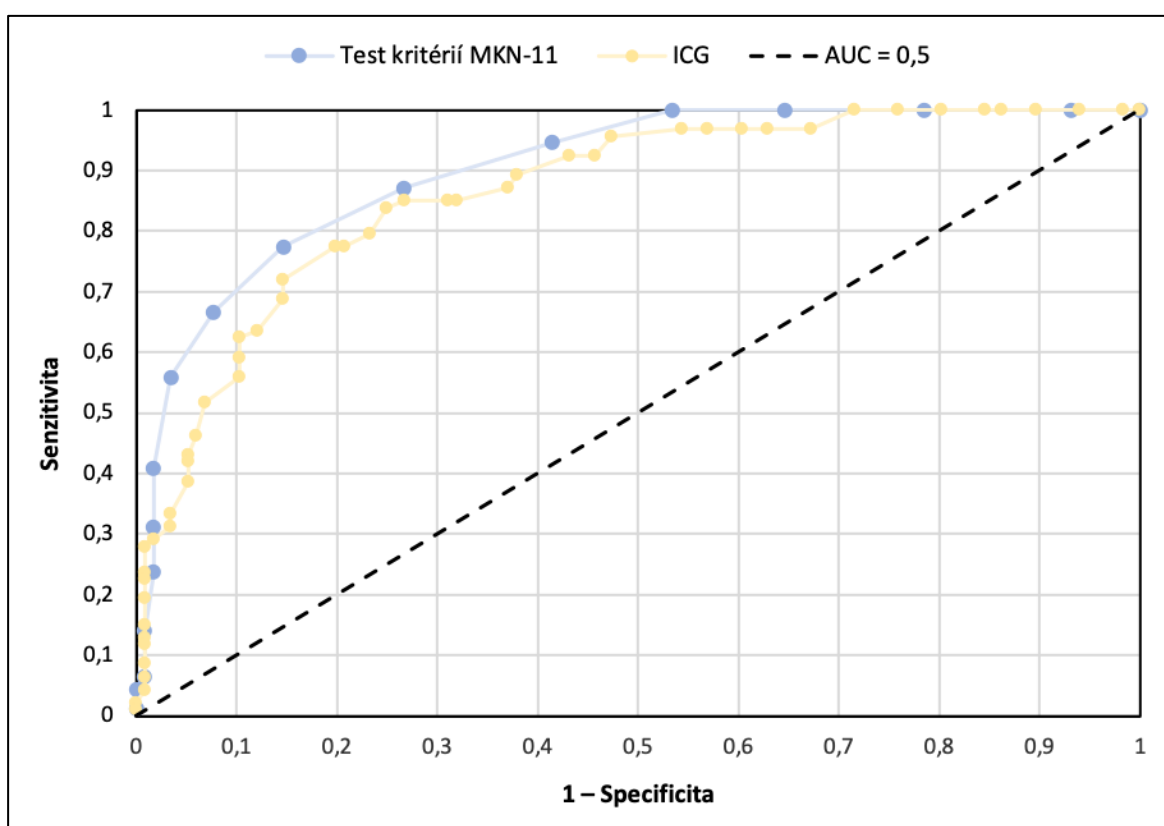
Tabulka 14: Senzitivita a specifita testu kritérií MKN-11

| HS | TP | FP | TN | FN | Senzitivita | Specifita | Youdenův index (J) | PPV | NPV |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|
| 1 | 93 | 116 | 0 | 0 | 100 % | 0 % | 0,00 | 44 % | – |
| 2 | 93 | 108 | 8 | 0 | 100 % | 7 % | 0,07 | 46 % | 100 % |
| 3 | 93 | 91 | 25 | 0 | 100 % | 22 % | 0,22 | 51 % | 100 % |
| 4 | 93 | 75 | 41 | 0 | 100 % | 35 % | 0,35 | 55 % | 100 % |
| 5 | 93 | 62 | 54 | 0 | 100 % | 47 % | 0,47 | 60 % | 100 % |
| 6 | 88 | 48 | 68 | 5 | 95 % | 59 % | 0,53 | 65 % | 93 % |
| 7 | 81 | 31 | 85 | 12 | 87 % | 73 % | 0,60 | 72 % | 88 % |
| 8 | 72 | 17 | 99 | 21 | 77 % | 85 % | 0,63 | 81 % | 83 % |
| 9 | 62 | 9 | 107 | 31 | 67 % | 92 % | 0,59 | 87 % | 78 % |
| 10 | 52 | 4 | 112 | 41 | 56 % | 97 % | 0,52 | 93 % | 73 % |
| 11 | 38 | 2 | 114 | 55 | 41 % | 98 % | 0,39 | 95 % | 67 % |
| 12 | 29 | 2 | 114 | 64 | 31 % | 98 % | 0,29 | 94 % | 64 % |
| 13 | 22 | 2 | 114 | 71 | 24 % | 98 % | 0,22 | 92 % | 62 % |
| 14 | 13 | 1 | 115 | 80 | 14 % | 99 % | 0,13 | 93 % | 59 % |
| 15 | 6 | 1 | 115 | 87 | 6 % | 99 % | 0,06 | 86 % | 57 % |
| 16 | 4 | 0 | 116 | 89 | 4 % | 100 % | 0,04 | 100 % | 57 % |
| 17 | 1 | 0 | 116 | 92 | 1 % | 100 % | 0,01 | 100 % | 56 % |

Poznámka: Hodnota Youdenova indexu (J) vychází ze vzorce: senzitivita + specifita - 1.

Pro doplnění výše uvedených ukazatelů předkládáme ROC křivky (graf 3), do nichž byly zaneseny hrubé skóry (bez duplicit), jichž dosáhli respondenti jak v testu kritérií MKN-11, tak v ICG. Hodnota AUC přitom byla rovna 0,92 (95% CI 0,88–0,95) pro test kritérií MKN-11 a 0,86 (95% CI 0,82–0,91) pro ICG. Je tedy patrné, že ačkoliv mají oba testy dobrou diskriminační schopnost, test kritérií MKN-11 v tomto ohledu vykazuje o něco lepší výsledky. Z toho důvodu se lze domnívat, že by tento test mohl být oproti ICG při screeningu protrahovaného truchlení vymezeného v MKN-11 o něco přesnější. Finální verzi této metody je možné najít mezi přílohami této diplomové práce (pod číslem 2).

Graf 3: ROC křivky porovnávající diskriminační schopnosti testu kritérií MKN-11 a ICG



Poznámka: Jak je z grafu patrné, test kritérií MKN-11 je schopen obsáhnout větší plochu pod křivkou, což značí, že je o něco lepší při rozlišování jedinců (ne)splňujících diagnostický algoritmus PPT (MKN-11).

6.3 Metody analýzy dat

Zaměříme-li se na metody analýzy dat, lze v úvodu zmínit, že data získaná pomocí elektronických verzí testů nebylo nutné přepisovat, jelikož bylo možné získat z webového rozhraní vyplnto.cz experty v podobě datové matice. Do takto vyexportované tabulky byla posléze doplněna data z papírových verzí. Během přepisu i následného čištění dat byl

používán program Microsoft Excel (Office 365). Tento program jsme využili také pro tvorbu některých grafů a tabulek, které se objevují v textu.

Pokud se jedná o statistickou analýzu dat, valná většina výpočtů byla prováděna pomocí programu Statistica 13 nebo již zmíněného MS Excel. Doplňujícím nástrojem byl software Epitools, který slouží k výpočtům spojeným s psychodiagnostickými testy. Normální rozdělení dat bylo ověřováno pomocí histogramu doplněného o Gaussovu křivku, P-P grafu, případně Shapiro-Wilkova testu normality. Pokud bylo patrné narušení normálního rozdělení nebo některý další předpoklad, použili jsme neparametrické testy, v opačném případě jsme pracovali s testy parametrickými.

Mezi použitými statistickými metodami byl Pearsonův korelační koeficient (vzpomeňme ověřování souběžné validity metod), Spearmanův korelační koeficient, dvouvýběrový t-test nebo Welchova analýza rozptylu. Jelikož by naměřené hrubé skóry nedokázaly dostatečně reflektovat naplnění konkrétní diagnózy, představoval ideální volbu Pearsonův chí-kvadrát test, který se užívá při práci s kategoriálními daty. V našem případě se přitom nejčastěji jednalo o data uspořádaná do čtyřpolní tabulky.

Abychom mohli zjistit, zda se mezi sebou jednotlivé diagnostické jednotky statisticky významně liší, byl pro všechny testy kritérií vypočítán Cochranův Q test a následně také párový Cochranův Q test pro každou dvojici testů kritérií. Přestože tento test není příliš známý, představuje jisté zobecnění známějšího McNemarova testu (Hendl, 2012). Na závěr lze také doplnit, že při ověřování platnosti statistických hypotéz byla stanovena hranice alfa 0,05. Pokud získaná p-hodnota klesla pod danou hranici, bylo možné hovořit o statisticky významném výsledku, který byl doplněn o některý z ukazatelů míry účinku (vizte úvodní pasáž kapitoly 7).

6.4 Technický plán výzkumu

Technický plán výzkumu by bylo možné rozdělit do tří fází (vizte tabulku 15). Přípravná fáze byla spojena s důkladnou rešerší literatury, díky níž bylo možné získat vhled do sledované problematiky. S touto fází souvisela také příprava domácích a zahraničních psychodiagnostických metod (tj. jejich profesionální překlad či konstrukce) a následná pilotáž provedená na nezávislých posuzovatelích. V tomto kontextu lze zmínit, že třemi

posuzovateli byli akademičtí pracovníci věnující se této oblasti a další tři posuzovatelé byli odborníci pracující s pozůstalými osobami dennodenně.

Po uskutečnění pilotáže následovala realizační fáze, která zahrnovala finální úpravy metod, tvorbu a kontrolu testových baterií (papírových i elektronických), vizitek, průvodního dopisu a samotný sběr dat. Mimo jiné bylo nezbytné nastavit on-line inzerci, sjednat smlouvu o odpovědných zásilkách s Českou poštou a v neposlední řadě oslovit a navštívit zástupce vybraných institucí, abychom je mohli podrobněji informovat o náležitostech spojených s naším projektem. Z časového hlediska tato fáze výzkumu trvala nejdéle, a to necelý jeden rok.

Sběr dat byl ukončen přibližně v polovině ledna, přičemž data získaná v papírové podobě byla průběžně přepisována do datové matice. Zhruba v této době započala poslední část výzkumu, kterou lze označit jako závěrečnou fázi. Kromě digitalizace a čištění dat bylo nutné provést také jejich analýzu a následnou interpretaci zjištěných výsledků. Lze uvést, že tímto byl náš výzkumný projekt ukončen. Jak již bylo zmíněno, další informace týkající se časového rozvržení předkládáme v tabulce 15.

Tabulka 15: Fáze výzkumného projektu

| Fáze | Dílčí úkoly | Období |
|------------------------|--|------------------------|
| Přípravná fáze | Rešerše literatury | Říjen 2018–Leden 2019 |
| | Odborné konzultace | |
| | Tvorba a překlad metod | |
| | Pilotáž | |
| Realizační fáze | Studium aktuálních odborných zdrojů | Únor 2019–Duben 2019 |
| | Úpravy metod na základě pilotáže | |
| | Odborné konzultace | |
| | Tvorba elektronických a papírových baterií | |
| | Administrativní úkony | |
| | Oslovování a navštěvování institucí | |
| | Sběr dat | Květen 2019–Leden 2020 |
| Závěrečná fáze | Digitalizace dat | Leden 2020–Březen 2020 |
| | Čištění a analýza dat | |
| | Odborné konzultace | |
| | Interpretace zjištěných výsledků | |

6.5 Etika výzkumu

Jak jsme již nastínili v úvodu této kapitoly, etická stránka výzkumu představuje v daném kontextu poměrně významnou oblast. Vzpomínání na zemřelého, obzvláště pokud pozůstalý jedinec prochází obdobím truchlení, je citlivou záležitostí, k níž je zapotřebí přistupovat s pokorou a respektem. Vedle obecných etických principů – mezi něž patří ohled na respondenty, právo na informace ohledně smyslu výzkumu, právo týkající se soukromí či důvěrnosti a možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit (Ferjenčík, 2010) – jsme kladli důraz také na časový odstup od ztráty. Maciejewski et al. (2007) v tomto kontextu zmiňují, že přibližně do šesti měsíců od ztráty u pozůstalých akutní truchlení zpravidla odeznívá. Z uvedeného důvodu jsme stanovili hranici minimálního časového odstupu od ztráty šest měsíců a rovněž jsme na respondenty apelovali, aby v případě přetrvávajících bolestivých vzpomínek baterii dotazníků raději nevyplňovali (vizte obrázek 10).

Obrázek 10: Výňatek z průvodního dopisu

Na závěr bychom Vás chtěli upozornit, že otázky v dotaznících se týkají těžkých chvil v životě člověka. Pokud cítíte, že se ke vzpomínkám nechcete vracet, nebo v případě, že od úmrtí Vašeho blízkého uplynulo méně než 6 měsíců, dotazníky prosím nevyplňujte.

Přestože je možné namítat, že jsme tímto způsobem mohli ochudit výzkumný soubor o respondenty, kteří splňují diagnostická kritéria uvedených nosologických jednotek, heslo *primum non nocere* (tedy především nepoškodit) pro nás bylo přednější. Chtěli bychom rovněž uvést, že jsme se v rámci této studie drželi etických standardů pro evropské psychology, o nichž pojednávají Lindsay, Koene, Øvreeide a Lang (2010).

V souvislosti s anonymitou respondentů lze doplnit, že nebyly získávány osobní údaje, podle nichž by bylo možné konkrétního jedince dohledat. V průvodním dopise byl dále uveden kontaktní e-mail, přičemž byli respondenti pobídnuti, aby se na nás v případě jakýchkoliv nejasností obrátili. Této možnosti využili dva účastníci výzkumu. V obou případech se však jednalo o sdílení osobních zkušeností se ztrátou a poděkování za probíhající výzkum. Tyto e-maily samozřejmě nezůstaly bez odpovědi.

7 Výsledky analýzy dat

Než se přesuneme k samotným výsledkům analýzy, chtěli bychom upozornit, že jsme v rámci zodpovídání některých výzkumných otázek a ověřování platnosti statistických hypotéz pracovali s diagnostickými algoritmy, které jsme představili v předchozích podkapitolách. Pro zjištění těsnosti vztahu mezi některými proměnnými jsme využili odpovídající ukazatele míry účinku. Jejich stručnou charakteristiku přibližuje tabulka 16.

Tabulka 16: Vybraní ukazatele velikosti efektu a úrovně statistické významnosti

| Ukazatel | Charakteristika ukazatele | | | Autor a rok |
|-----------------------------|---------------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Cohenovo d | Malý (0,2) | Střední (0,5) | Velký (0,8) | (Lakens, 2013) |
| Pearsonův koeficient ϕ | Slabý (0,1–0,3) | Střední (0,3–0,7) | Velký (0,7–1,0) | (Hendl, 2012) |
| Signifikance | $p < 0,05$ (*) | $p < 0,01$ (**) | $p < 0,001$ (***) | – |

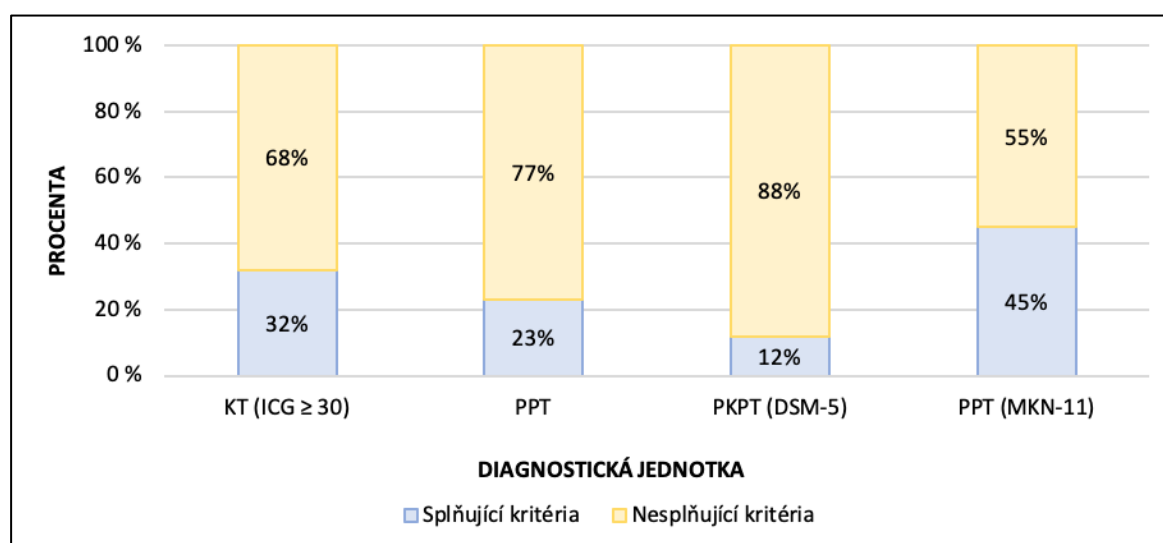
Poznámka: Pearsonův koeficient ϕ lze u čtyřpolních tabulek, s nimiž jsme zpravidla pracovali, interpretovat obdobně jako Pearsonův korelační koeficient, a proto předkládáme Hendlovo (2012) vymezení.

7.1 Zodpovězení výzkumných otázek

- 1) Jaká je hodnota prevalence pro každou diagnostickou jednotku?

V souvislosti s prevalencí jednotlivých nosologických jednotek lze zmínit, že byla různá. Největší množství případů (45 %) zařadil diagnostický algoritmus PPT (MKN-11), o něco méně (32 % a 23 %) poté kritéria KT a PTT, přičemž nejmenší množství případů (12 %) bylo identifikováno kritérii PKPT (DSM-5) (vizte graf 4).

Graf 4: Prevalence diagnostických jednotek ve výzkumném souboru (N = 209)



Poznámka: Při stanovení osmibodové hranice, o níž jsme se dříve zmiňovali, byla prevalence PPT (MKN-11) rovna 42 %.

Uvedená zjištění pouze dokládají vysokou míru restriktce diagnostických kritérií v DSM-5, na niž jsme upozorňovali již při zjišťování shody posuzovatelů. Lze navíc připomenout, že měla tato kritéria s ostatními nejmenší míru shody. Z výsledků je také patrné, že diagnostický algoritmus pro MKN-11 předložený Andreasem Maerckerem (Killikelly & Maercker, 2018) považuje za abnormálně truchlící velké množství jedinců, v našem případě téměř polovinu. Lze si v této souvislosti položit otázku, zda stanovená kritéria – tedy touha nebo zabývání se zemřelou osobou, jeden z příznaků emoční bolesti (např. smutek) a narušení některé oblasti života – nejsou příliš patologizující.

2) Liší se od sebe jednotlivé diagnostické jednotky statisticky významně?

Než se zaměříme na zodpovězení této výzkumné otázky, chtěli bychom uvést, že by bylo možné ji rozvést do několika statistických hypotéz. Ačkoliv jsme si dané možnosti byli vědomi, rozhodli jsme se pracovat s touto výzkumnou otázkou jako celkem, jelikož logicky navazovala na otázku předchozí.

V souvislosti s předchozí výzkumnou otázkou jsme se zamýšleli, zda se v případě odlišností mezi jednotlivými nosologickými jednotkami bude jednat o statisticky významné rozdíly. K jejímu zodpovězení bylo možné použít takzvaný Cochranův Q test, který ověřuje, zda se alespoň jeden z testů v zařazování jedinců statisticky významně liší od ostatních. Z výsledků bylo zjevné, že statisticky významný rozdíl skutečně existuje, přičemž hodnota statistiky Q ($Df = 3$) byla rovna 94,03 a p-hodnota byla menší než 0,001. Šlo tedy o statisticky velmi vysoce významnou odlišnost alespoň jednoho z testů.

Jelikož lze ovšem namítnout, že z výše uvedeného výsledku není patrné, které konkrétní dvojice testů se od sebe statisticky významně liší, a které naopak ne, provedli jsme Cochranův párový Q test pro každou dvojici zvlášť. Získané výsledky i v tomto případě poukázaly na skutečnost, že je v každé dvojici testů možné sledovat statisticky významný rozdíl v počtu (ne)zařazených případů. P-hodnota se přitom ve většině případů (až na jeden) pohybovala pod hranicí 0,001. Opět se tedy jednalo o velmi vysoce významné odlišnosti. Podrobnější výsledky pro každou dvojici testů je možné najít na následující stránce v tabulce 17, která je zároveň doplněna o hodnoty kappa koeficientů, jež jsme nastínili v subkapitole 6.2.3. Pozornému čtenáři jistě neunikne, že by výpočet Cochranova Q testu pro každou dvojici testů mohl být nahrazen ekvivalentním McNemarovým testem.

Tabulka 17: Výsledky Cochranova Q testu (N = 209) doplněné o kappa koeficienty

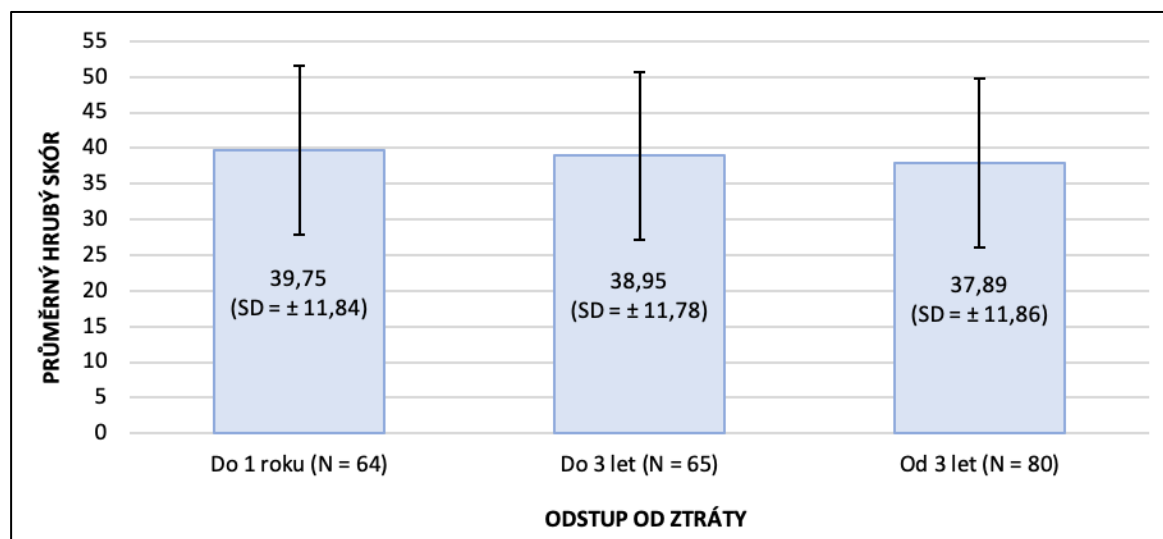
| Porovnávané testy | Statistika Q | Df | P-hodnota | Kappa (95% CI) |
|-------------------------------------|--------------|----|-----------|------------------|
| KT, PPT, PKPT (DSM-5), PPT (MKN-11) | 94,03 | 3 | < 0,001 | 0,39 (0,33–0,44) |
| KT, PPT | 8,81 | 1 | 0,003 | 0,51 (0,38–0,65) |
| KT, PKPT (DSM-5) | 32,96 | 1 | < 0,001 | 0,33 (0,17–0,49) |
| KT, PPT (MKN-11) | 13,52 | 1 | < 0,001 | 0,50 (0,38–0,62) |
| PPT, PKPT (DSM-5) | 16,13 | 1 | < 0,001 | 0,52 (0,36–0,68) |
| PPT, PPT (MKN-11) | 34,32 | 1 | < 0,001 | 0,40 (0,27–0,53) |
| PKPT (DSM-5), PPT (MKN-11) | 56,82 | 1 | < 0,001 | 0,18 (0,03–0,32) |

Poznámka: Na prvním řádku je uvedena hodnota Fleissovovy kappy, v ostatních případech Cohenovy kappy.

- 3) Jakého průměrného skóru TRIG (současné pocity) dosahují skupiny pozůstalých s přibývajícím odstupem (tj. do 1 roku, do 3 let, nad 3 roky) od ztráty?

Pokud se jedná o intenzitu zármutku, měřenou pomocí TRIG (současné pocity), z níže uvedeného grafu 5 je patrné klesání průměrného skóru související se zvyšujícím se odstupem od ztráty. Jedinci truchlící do 1 roku od ztráty blízkého vykazují v průměru o 1 bod vyšší průměrný skór než osoby truchlící od 1 roku do 3 let. Podobný rozdíl je patrný také mezi osobami truchlícími do 3 let a osobami truchlícími déle než 3 roky. Ačkoliv byla ve výzkumném souboru poměrně vysoká prevalence abnormálního truchlení, je patrné, že čas dokázal mírnit některé těžkosti pozůstalých. Tento rozdíl sice nebyl markantní, ovšem poukazuje na odlišnosti od chronické deprese, jejíž příznaky mají spíše progredující tendenci a s níž bývá tento fenomén někdy srovnáván, či dokonce zaměňován.

Graf 5: Průměrný skór TRIG (současné pocity) ve vztahu k odstupu od ztráty



7.2 Ověření platnosti statistických hypotéz

Intenzita zármutku

- H1: Existuje statisticky významná negativní souvislost mezi časovým odstupem od ztráty a skórem TRIG (současné pocity).
- H2: Ženy dosahují statisticky významně vyššího celkového skóru TRIG než muži.
- H3: Celkový skór TRIG statisticky významně souvisí s úrovní vzdělání pozůstalých.

Hypotézou H1 lze pozvolně navázat na výzkumnou otázku číslo 3. Pro ověření její platnosti byl proveden výpočet Spearmanova korelačního koeficientu. Jelikož byla získaná hodnota r_{sp} rovna $-0,07$ ($p > 0,05$), nebylo možné hypotézu H1 přijmout.

Pokud se jedná o hypotézu H2, k ověření její platnosti byl použit t-test pro dva nezávislé výběry. Na základě získaných výsledků (vizte tabulku 18) bylo možné tuto hypotézu přijmout. Velikost účinku byla v dané souvislosti zjištěna pomocí Cohena d , přičemž získaná hodnota $0,40$ značí méně až středně těsný vztah mezi proměnnými.

Tabulka 18: Doplnující údaje k přijaté hypotéze H2 (N = 209)

| H2 | Velikost N | | Průměrný skór | | Sm. odch. | | F-test | | T-test | | |
|----|------------|------|---------------|-------|-----------|-------|--------|------|--------|-----|-----------|
| | Ženy | Muži | Ženy | Muži | Ženy | Muži | F | p | t | Df | p-hodnota |
| | 149 | 60 | 62,73 | 55,60 | 17,09 | 19,33 | 1,28 | 0,23 | 2,63 | 207 | 0,005 |

Pro ověření platnosti hypotézy H3 byla provedena Welchova analýza rozptylu. I když získané hodnoty odpovídaly předpokladu, že jedinci s nižší úrovní vzdělání dosahují v průměru vyššího celkového skóru TRIG ($M_{bez\ maturity} = 65,49$; $M_{s\ maturitou} = 59,85$; $M_{vysoká\ škola} = 59,55$), nejednalo se o statisticky významný výsledek (Welchovo $F [2] = 1,41$; $p = 0,224$). Z toho důvodu nemohla být hypotéza H3 přijata.

Rizikovost dle pohlaví

- H4: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s pohlavím pozůstalých osob.
- H5: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s pohlavím pozůstalých osob.
- H6: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s pohlavím pozůstalých osob.
- H7: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s pohlavím pozůstalých osob.

Zaměříme-li se na hypotézy H4–H7 související s pohlavím pozůstalých osob, lze uvést, že nebylo možné přijmout žádnou, jelikož hodnota χ^2 (1) pro H4 = 0,16 ($p = 0,686$), pro H5 = 0,20 ($p = 0,657$), pro H6 = 1,38 ($p = 0,240$) a pro H7 = 0,01 ($p = 0,926$). Z tabulek 19–22 je patrné, že procentuální zastoupení jedinců (ne)splňujících kritéria bylo u mužů i žen podobné, snad vyjma PKPT (DSM-5), kde vykazovali více patologie muži. Toto zjištění je přitom v rozporu s informacemi, které předkládá DSM-5, tedy že prevalence persistentní komplexní poruchy truchlení je vyšší u žen (Raboch et al, 2015).

Tabulka 19: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H4 (KT)

| $\varphi = -0,03$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|-------------------|------------|-----------|------|-------------|-----------|---------|------|
| Žena | 100 (67 %) | 49 (33 %) | 149 | Žena | 101,23 | 47,77 | 149 |
| Muž | 42 (70 %) | 18 (30 %) | 60 | Muž | 40,77 | 19,25 | 60 |
| Suma | 142 | 67 | 209 | Suma | 142 | 67 | 209 |

Tabulka 20: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H5 (PPT)

| $\varphi = 0,03$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|------------------|------------|-----------|------|-------------|-----------|---------|------|
| Žena | 116 (78 %) | 33 (22 %) | 149 | Žena | 114,78 | 34,22 | 149 |
| Muž | 45 (75 %) | 15 (25 %) | 60 | Muž | 46,22 | 13,78 | 60 |
| Suma | 161 | 48 | 209 | Suma | 161 | 48 | 209 |

Tabulka 21: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H6 (PKPT [DSM-5])

| $\varphi = 0,08$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|------------------|------------|-----------|------|-------------|-----------|---------|------|
| Žena | 133 (89 %) | 16 (11 %) | 149 | Žena | 130,46 | 18,54 | 149 |
| Muž | 50 (83 %) | 10 (17 %) | 60 | Muž | 52,54 | 7,46 | 60 |
| Suma | 183 | 26 | 209 | Suma | 183 | 26 | 209 |

Tabulka 22: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H7 (PPT [MKN-11])

| $\varphi = 0,01$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|------------------|-----------|-----------|------|-------------|-----------|---------|------|
| Žena | 83 (56 %) | 66 (44 %) | 149 | Žena | 82,70 | 66,30 | 149 |
| Muž | 33 (55 %) | 27 (45 %) | 60 | Muž | 33,30 | 26,70 | 60 |
| Suma | 116 | 93 | 209 | Suma | 116 | 93 | 209 |

Rizikovost dle dosaženého věku

- H8: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby dosáhly 50 let.
- H9: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby dosáhly 50 let.
- H10: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby dosáhly 50 let.
- H11: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby dosáhly 50 let.

Z hypotéz H8–H11 týkajících se věku pozůstalých (respektive dovršení 50 let) bylo možné přijmout pouze hypotézu H10 související s kritérii PKPT (DSM-5). Výsledek testu χ^2 (1) byl v tomto případě roven 9,65 ($p = 0,002$), ovšem hodnota koeficientu $\varphi = 0,22$ značí nepříliš těsný vztah. Pokud se jedná o procentuální zastoupení obou skupin pozůstalých, zatímco pouze 7 % osob pod 50 let splňovalo diagnostická kritéria uvedené poruchy, jedinců nad 50 let bylo podstatně více, a to 22 %. Přestože podobný trend bylo možné sledovat také v případě dalších poruch (vizte tabulky 23–26), pozorované četnosti se od očekávaných nelišily natolik, aby bylo možné hovořit o statisticky významných výsledcích. Lze doplnit, že hodnota χ^2 (1) pro H8 = 0,36 ($p = 0,550$), pro H9 = 0,26 ($p = 0,612$) a pro H11 = 2,11 ($p = 0,146$). Dané hypotézy tedy nebylo možné přijmout.

Tabulka 23: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H8 (KT)

| $\varphi = 0,04$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|------------------|-----------|-----------|------|------------|-----------|---------|------|
| Pod 50 let | 95 (69 %) | 42 (33 %) | 137 | Pod 50 let | 93,08 | 43,92 | 137 |
| Nad 50 let | 47 (65 %) | 25 (35 %) | 72 | Nad 50 let | 48,92 | 23,08 | 72 |
| Suma | 142 | 67 | 209 | Suma | 142 | 67 | 209 |

Tabulka 24: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H9 (PPT)

| $\varphi = 0,04$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|------------------|------------|-----------|------|------------|-----------|---------|------|
| Pod 50 let | 107 (78 %) | 30 (22 %) | 137 | Pod 50 let | 105,54 | 31,46 | 137 |
| Nad 50 let | 54 (75 %) | 18 (25 %) | 72 | Nad 50 let | 55,46 | 16,54 | 72 |
| Suma | 161 | 48 | 209 | Suma | 161 | 48 | 209 |

Tabulka 25: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H10 (PKPT [DSM-5])

| $\varphi = 0,22$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|------------------|------------|-----------|------|------------|-----------|---------|------|
| Pod 50 let | 127 (93 %) | 10 (7 %) | 137 | Pod 50 let | 119,96 | 17,04 | 137 |
| Nad 50 let | 56 (78 %) | 16 (22 %) | 72 | Nad 50 let | 63,04 | 8,96 | 72 |
| Suma | 183 | 26 | 209 | Suma | 183 | 26 | 209 |

Tabulka 26: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H11 (PPT [MKN-11])

| $\varphi = 0,10$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|------------------|-----------|-----------|------|------------|-----------|---------|------|
| Pod 50 let | 81 (59 %) | 56 (41 %) | 137 | Pod 50 let | 76,04 | 60,96 | 137 |
| Nad 50 let | 35 (49 %) | 37 (51 %) | 72 | Nad 50 let | 39,96 | 32,04 | 72 |
| Suma | 116 | 93 | 209 | Suma | 116 | 93 | 209 |

Rizikovost dle vztahu k zemřelému

- H12: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily partnera/ku.
- H13: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily partnera/ku.
- H14: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily partnera/ku.
- H15: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily partnera/ku.

Přesuneme-li se k hypotézám H12–H15, které byly zaměřeny na souvislost mezi (partnerským) vztahem k zemřelé osobě a přítomností diagnózy, na základě výsledků testu chí-kvadrát bylo možné přijmout každou z nich. Hodnota $\chi^2 (1)$ pro H12 byla rovna 4,04 ($p = 0,044$), přičemž koeficient φ nabýval hodnoty 0,14, což svědčí o slabém vztahu. Pokud se jedná o hypotézu H13, $\chi^2 (1) = 14,95$ ($p < 0,001$) a $\varphi = 0,27$, což značí rovněž spíše menší efekt. Hodnoty $\chi^2 (1)$ a φ získané testováním hypotézy H14 odpovídaly 33,80 ($p < 0,001$) a 0,40 – v tomto případě tedy lze hovořit o středním efektu. Výsledek testu $\chi^2 (1)$ pro poslední z této sady hypotéz (H15) byl roven 13,81 ($p < 0,001$) a hodnota koeficientu φ odpovídala 0,26, ani v tomto případě tedy nebyl vztah příliš těsný. Doplňující informace o četnostech uvádíme v tabulkách 27–30 na následující stránce.

Tabulka 27: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H12 (KT)

| $\varphi = 0,14$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | Nesplňuje | Splňuje | Suma | |
|------------------|------------|-----------|------|-----------|---------|-------|-----|
| Ostatní | 117 (71 %) | 47 (29 %) | 164 | Ostatní | 111,43 | 52,57 | 164 |
| Ovdovělí | 25 (56 %) | 20 (44 %) | 45 | Ovdovělí | 30,57 | 14,43 | 45 |
| Suma | 142 | 67 | 209 | Suma | 142 | 67 | 209 |

Tabulka 28: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H13 (PPT)

| $\varphi = 0,27$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | Nesplňuje | Splňuje | Suma | |
|------------------|------------|-----------|------|-----------|---------|-------|-----|
| Ostatní | 136 (83 %) | 28 (27 %) | 164 | Ostatní | 126,33 | 37,67 | 164 |
| Ovdovělí | 25 (56 %) | 20 (44 %) | 45 | Ovdovělí | 34,67 | 10,33 | 45 |
| Suma | 161 | 48 | 209 | Suma | 161 | 48 | 209 |

Tabulka 29: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H14 (PKPT [DSM-5])

| $\varphi = 0,40$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | Nesplňuje | Splňuje | Suma | |
|------------------|------------|-----------|------|-----------|---------|-------|-----|
| Ostatní | 155 (95 %) | 9 (5 %) | 164 | Ostatní | 143,60 | 20,40 | 164 |
| Ovdovělí | 28 (62 %) | 17 (38 %) | 45 | Ovdovělí | 39,40 | 5,60 | 45 |
| Suma | 183 | 26 | 209 | Suma | 183 | 26 | 209 |

Tabulka 30: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H15 (PPT [MKN-11])

| $\varphi = 0,26$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | Nesplňuje | Splňuje | Suma | |
|------------------|------------|-----------|------|-----------|---------|-------|-----|
| Ostatní | 102 (62 %) | 62 (38 %) | 164 | Ostatní | 91,02 | 72,98 | 164 |
| Ovdovělí | 14 (31 %) | 31 (69 %) | 45 | Ovdovělí | 24,98 | 20,02 | 45 |
| Suma | 116 | 93 | 209 | Suma | 116 | 93 | 209 |

- H16: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily rodiče.
- H17: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily rodiče.
- H18: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily rodiče.
- H19: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby ztratily rodiče.

Z hypotéz H16–H19 zaměřených na asociaci mezi ztrátou rodiče a naplněním kritérií jednotlivých diagnóz nebylo možné přijmout žádnou, jelikož hodnota χ^2 (1) pro H16 = 1,81 ($p = 0,179$), pro H17 = 2,32 ($p = 0,128$), pro H18 = 2,27 ($p = 0,132$) a pro H19 = 0,67 ($p = 0,415$). Pokud bychom se zaměřili na údaje v tabulkách 31–34, relativně častěji byla kritéria jednotlivých poruch naplněna spíše ve skupině ostatních pozůstalých. Testové kritérium χ^2 (1) však ani v jednom případě nedosáhlo kritické hodnoty.

Tabulka 31: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H16 (KT)

| $\varphi = -0,09$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|-------------------|-----------|-----------|------|-------------|-----------|---------|------|
| Ostatní | 86 (65 %) | 47 (35 %) | 133 | Ostatní | 90,36 | 42,64 | 133 |
| Smrt rodiče | 56 (74 %) | 20 (26 %) | 76 | Smrt rodiče | 61,64 | 24,36 | 76 |
| Suma | 142 | 67 | 209 | Suma | 142 | 67 | 209 |

Tabulka 32: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H17 (PPT)

| $\varphi = -0,11$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|-------------------|-----------|-----------|------|-------------|-----------|---------|------|
| Ostatní | 98 (74 %) | 35 (26 %) | 133 | Ostatní | 102,46 | 30,54 | 133 |
| Smrt rodiče | 63 (83 %) | 13 (17 %) | 76 | Smrt rodiče | 58,54 | 17,46 | 76 |
| Suma | 161 | 48 | 209 | Suma | 161 | 48 | 209 |

Tabulka 33: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H18 (PKPT [DSM-5])

| $\varphi = -0,10$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|-------------------|------------|-----------|------|-------------|-----------|---------|------|
| Ostatní | 113 (85 %) | 20 (15 %) | 133 | Ostatní | 116,45 | 16,55 | 133 |
| Smrt rodiče | 70 (92 %) | 6 (8 %) | 76 | Smrt rodiče | 66,55 | 9,45 | 76 |
| Suma | 183 | 26 | 209 | Suma | 183 | 26 | 209 |

Tabulka 34: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H19 (PPT [MKN-11])

| $\varphi = -0,06$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|-------------------|-----------|-----------|------|-------------|-----------|---------|------|
| Ostatní | 71 (53 %) | 62 (47 %) | 133 | Ostatní | 73,82 | 59,18 | 133 |
| Smrt rodiče | 45 (59 %) | 31 (41 %) | 76 | Smrt rodiče | 42,18 | 33,82 | 76 |
| Suma | 116 | 93 | 209 | Suma | 116 | 93 | 209 |

Rizikovost dle úrovně vzdělání

- H20: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s úrovní vzdělání, které pozůstalé osoby dosáhly.

- H21: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s úrovní vzdělání, které pozůstalé osoby dosáhly.
- H22: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s úrovní vzdělání, které pozůstalé osoby dosáhly.
- H23: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s úrovní vzdělání, které pozůstalé osoby dosáhly.

Statisticky významná souvislost mezi naplněním kritérií některé z diagnóz a dosaženým vzděláním pozůstalých se rovněž nepotvrdila, hypotézy H20–H23 tedy nebylo možné přijmout. Výsledek testu χ^2 (2) pro H20 = 4,31 ($p = 0,116$), pro H21 = 0,01 ($p = 0,994$), pro H22 = 1,59 ($p = 0,453$) a pro H23 = 0,38 ($p = 0,829$). Podíváme-li se na jednotlivé řádky tabulek 35 a 37, je patrná klesající relativní četnost jedinců, kteří splňují diagnózu, se stoupající úrovní vzdělání. Navzdory sledovanému trendu však nelze hovořit o statisticky významných zjištěních. V tabulkách 36 a 38 navíc tato tendence patrná není.

Tabulka 35: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H20 (KT)

| $\varphi = 0,14$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | Nesplňuje | Splňuje | Suma | |
|------------------|-----------|-----------|------|--------------|---------|-------|-----|
| Bez maturity | 19 (54 %) | 16 (46 %) | 35 | Bez maturity | 23,78 | 11,22 | 35 |
| S maturitou | 66 (68 %) | 31 (32 %) | 97 | S maturitou | 65,90 | 31,10 | 97 |
| Vysoká škola | 57 (74 %) | 20 (25 %) | 77 | Vysoká škola | 52,32 | 24,68 | 77 |
| Suma | 142 | 67 | 209 | Suma | 142 | 67 | 209 |

Tabulka 36: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H21 (PPT)

| $\varphi = 0,01$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | Nesplňuje | Splňuje | Suma | |
|------------------|-----------|-----------|------|--------------|---------|-------|-----|
| Bez maturity | 27 (77 %) | 8 (23 %) | 35 | Bez maturity | 26,96 | 8,04 | 35 |
| S maturitou | 75 (77 %) | 22 (23 %) | 97 | S maturitou | 74,72 | 22,28 | 97 |
| Vysoká škola | 59 (77 %) | 18 (23 %) | 77 | Vysoká škola | 59,32 | 17,68 | 77 |
| Suma | 161 | 48 | 209 | Suma | 161 | 48 | 209 |

Tabulka 37: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H22 (PKPT [DSM-5])

| $\varphi = 0,09$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | Nesplňuje | Splňuje | Suma | |
|------------------|-----------|-----------|------|--------------|---------|-------|-----|
| Bez maturity | 29 (83 %) | 6 (17 %) | 35 | Bez maturity | 30,65 | 4,35 | 35 |
| S maturitou | 84 (87 %) | 13 (13 %) | 97 | S maturitou | 84,93 | 12,07 | 97 |
| Vysoká škola | 70 (91 %) | 7 (9 %) | 77 | Vysoká škola | 67,42 | 9,58 | 77 |
| Suma | 183 | 26 | 209 | Suma | 183 | 26 | 209 |

Tabulka 38: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H23 (PPT [MKN-11])

| $\phi = 0,04$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | Nesplňuje | Splňuje | Suma | |
|---------------------|-----------|-----------|------|---------------------|---------|-------|-----|
| Bez maturity | 19 (54 %) | 16 (46 %) | 35 | Bez maturity | 19,42 | 15,58 | 35 |
| S maturitou | 56 (57 %) | 41 (43 %) | 97 | S maturitou | 53,84 | 43,16 | 97 |
| Vysoká škola | 41 (53 %) | 36 (47 %) | 77 | Vysoká škola | 42,74 | 34,26 | 77 |
| Suma | 116 | 93 | 209 | Suma | 116 | 93 | 209 |

Rizikovost dle náboženského vyznání

- H24: Naplnění kritérií KT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby praktikují náboženství.
- H25: Naplnění kritérií PPT statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby praktikují náboženství.
- H26: Naplnění kritérií PKPT (DSM-5) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby praktikují náboženství.
- H27: Naplnění kritérií PPT (MKN-11) statisticky významně souvisí s tím, zda pozůstalé osoby praktikují náboženství.

Poslední sada hypotéz H24–H27 se týkala praktikování náboženství. Ani v této souvislosti však p-hodnota neklesla pod hranici 0,05, a nebylo tudíž možné hypotézy přijmout. Statistika χ^2 (1) pro H24 = 1,58 ($p = 0,208$), pro H25 = 0,03 ($p = 0,983$), pro H26 po provedení Yatesovy korekce = 0,22 ($p = 0,639$) a pro H27 = 0,13 ($p = 0,714$). Z níže uvedených tabulek číslo 39–42 je navíc patrné, že se od sebe procentuální zastoupení případů mezi praktikujícími a neprotikujícími osobami, snad kromě komplikovaného truchlení (KT), příliš neliší.

Tabulka 39: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H24 (KT)

| $\phi = -0,09$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | Nesplňuje | Splňuje | Suma | |
|---------------------|------------|-----------|------|---------------------|---------|-------|-----|
| Bez vyznání | 103 (66 %) | 54 (34 %) | 157 | Bez vyznání | 106,67 | 50,33 | 157 |
| Praktikující | 39 (75 %) | 13 (25 %) | 52 | Praktikující | 35,33 | 16,67 | 52 |
| Suma | 142 | 67 | 209 | Suma | 142 | 67 | 209 |

Tabulka 40: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H25 (PPT)

| $\phi < 0,01$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|---------------|------------|-----------|------|--------------|-----------|---------|------|
| Bez vyznání | 121 (77 %) | 36 (23 %) | 157 | Bez vyznání | 120,94 | 36,06 | 157 |
| Praktikující | 40 (77 %) | 12 (23 %) | 52 | Praktikující | 40,06 | 11,94 | 52 |
| Suma | 161 | 48 | 209 | Suma | 161 | 48 | 209 |

Tabulka 41: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H26 (PKPT [DSM-5])

| $\phi = -0,05$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|----------------|------------|-----------|------|--------------|-----------|---------|------|
| Bez vyznání | 136 (87 %) | 21 (13 %) | 157 | Bez vyznání | 137,47 | 19,53 | 157 |
| Praktikující | 47 (90 %) | 5 (10 %) | 52 | Praktikující | 45,53 | 6,47 | 52 |
| Suma | 183 | 26 | 209 | Suma | 183 | 26 | 209 |

Tabulka 42: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H27 (PPT [MKN-11])

| $\phi = -0,03$ | Nesplňuje | Splňuje | Suma | | Nesplňuje | Splňuje | Suma |
|----------------|-----------|-----------|------|--------------|-----------|---------|------|
| Bez vyznání | 86 (55 %) | 71 (45 %) | 157 | Bez vyznání | 87,14 | 69,86 | 157 |
| Praktikující | 30 (58 %) | 22 (42 %) | 52 | Praktikující | 28,86 | 23,14 | 52 |
| Suma | 116 | 93 | 209 | Suma | 116 | 93 | 209 |

Souhrn přijatých a nepřijatých hypotéz

Jelikož jsme na předchozích stránkách uvedli větší množství statistických hypotéz, předkládáme pro přehlednost tabulku 43, v níž shrnujeme rozhodnutí o jejich přijetí.

Tabulka 43: Přijaté a nepřijaté hypotézy

| | Hypotéza | Přijetí | | Hypotéza | Přijetí | | Hypotéza | Přijetí |
|---------|----------------------------|-----------|------------|-----------------------------|-----------|-------------|-----------------------------|-----------|
| TRIG | H1 _{Odstup} | Nepřijata | Věk | H10 _{PKPT (DSM-5)} | Přijata | Vzdělání | H19 _{PPT (MKN-11)} | Nepřijata |
| | H2 _{Pohlaví} | Přijata | | H11 _{PPT (MKN-11)} | Nepřijata | | H20 _{KT} | Nepřijata |
| | H3 _{Vzdělání} | Nepřijata | | H12 _{KT} | Přijata | | H21 _{PPT} | Nepřijata |
| Pohlaví | H4 _{KT} | Nepřijata | + Partnera | H13 _{PPT} | Přijata | Náboženství | H22 _{PKPT (DSM-5)} | Nepřijata |
| | H5 _{PPT} | Nepřijata | | H14 _{PKPT (DSM-5)} | Přijata | | H23 _{PPT (MKN-11)} | Nepřijata |
| | H6 _{PKPT (DSM-5)} | Nepřijata | | H15 _{PPT (MKN-11)} | Přijata | | H24 _{KT} | Nepřijata |
| | H7 _{PPT (MKN-11)} | Nepřijata | | H16 _{KT} | Nepřijata | | H25 _{PPT} | Nepřijata |
| Věk | H8 _{KT} | Nepřijata | + Rodiče | H17 _{PPT} | Nepřijata | | H26 _{PKPT (DSM-5)} | Nepřijata |
| | H9 _{PPT} | Nepřijata | | H18 _{PKPT (DSM-5)} | Nepřijata | | H27 _{PPT (MKN-11)} | Nepřijata |

8 Diskuze

Psychometrické vlastnosti aplikovaných metod

V rámci naší studie byl proveden překlad některých zahraničních metod do českého jazyka a poté byly ověřeny jejich psychometrické vlastnosti. V souvislosti s ICG lze uvést, že hodnota Cronbachovy alfy byla v původní studii Prigersonové et al. (1995b) rovna 0,94. Novější výzkumy pak uváděly hodnoty 0,85 (Newson et al., 2011) nebo 0,93 (Machů et al., 2019). V rámci naší studie byla získána hodnota tohoto koeficientu 0,91, což svědčí o velmi dobré vnitřní konzistenci, ovšem se zachováním určité míry heterogenity. Co se týká faktorové validity ICG, byl vyextrahován jeden dominantní faktor vysvětlující 37 % celkového rozptylu. Podobné hodnoty přitom předložili také Newsonová et al. (2011), kteří po provedení faktorové analýzy našli rovněž jeden dominantní faktor, jímž bylo vysvětleno 30 % celkového rozptylu. V daném kontextu lze doplnit, že položka týkající se psychosomatických obtíží vykazovala v naší studii faktorovou zátěž blízkou nule ($< 0,30$). Na základě tohoto výsledku je možné odvozovat, že psychosomatické problémy (tj. bolest ve stejné části těla, jakou trpěla zemřelá osoba) do konstruktů komplikovaného truchlení v rámci české populace truchlících osob příliš nezapadají.

Dalším přeloženým nástrojem, jehož psychometrické vlastnosti byly zjišťovány, byl TRIG skládající se z TRIG I (minulé chování) a TRIG II (současné pocity). Faschingbauer et al. (1987) v původní studii vyextrahovali dva dominantní faktory (uvedené o řádek výše), jejichž vnitřní konzistence byla zjišťována pomocí Cronbachovy alfy. Získaná hodnota pro TRIG I nabývala hodnoty 0,77 a pro TRIG II 0,86, dalo se tedy hovořit o spolehlivém nástroji. Pozdější metaanalýza (více než 30 studií) provedená Montanou et al. (2016) reliabilitu nástroje potvrdila – byla zjištěna průměrná hodnota Cronbachovy alfy 0,82 pro TRIG I a 0,90 pro TRIG II. Tyto hodnoty byly v naší studii potvrzeny, přičemž lze uvést, že dvoufaktorovým modelem bylo vysvětleno 45 % celkového rozptylu. Hodnoty koeficientu Cronbachova alfa 0,84 (TRIG I) a 0,91 (TRIG II) lze chápat jako důkaz dobré vnitřní konzistence obou částí nástroje. Pro zjištění souběžné kriteriální validity byla provedena korelace hrubých skóre ICG a TRIG, přičemž hodnota Pearsonova korelačního koeficientu 0,87 ($p < 0,001$) značí těsný vztah mezi naměřenými skóry a prokazuje dobrou validitu metody. Zaměříme-li se na jednotlivé položky tohoto inventáře, poměrně diskutabilní hodnoty bylo možné sledovat u tvrzení týkajících se hněvu na zemřelého, a to jak v rámci

TRIG I, tak v kontextu TRIG II. Tato skutečnost může být důsledkem několika činitelů. Zaprvé lze připomenout tvrzení Špatenkové (2013), že pozůstalé osoby zpravidla nevztahují svůj hněv na zesnulé, byť bývají jeho příčinou, ale raději volí náhradní objekty, jako jsou zaměstnanci nemocnic nebo lidé v blízkém okolí. Druhým činitelem může být skutečnost, že většina pozůstalých měla se svými blízkými dobrý vztah. Za třetí faktor pak lze považovat složení souboru, ten se skládal z pozůstalých s dostatečným odstupem od ztráty blízkého (M = 45,89 měsíců; Med = 25 měsíců), což mohlo způsobit vyhasnutí hněvu, případně zapomenutí na prožívání této negativní emoce v minulosti.

Poslední metodu, nad níž bychom se chtěli v rámci diskuze pozastavit, představuje test kritérií MKN-11. Ten vykazoval dobrou vnitřní konzistenci ($KR-20 = 0,82$) a provedením faktorové analýzy tetrachorických korelací položek byl vyextrahován jeden dominantní faktor vysvětlující 30 % celkového rozptylu. Souběžná validita byla rovněž velmi dobrá, což dokládá vysoká korelace ($r_{sp} = 0,83$; $p < 0,001$) hrubých skóre tohoto nástroje a ICG. Kdybychom se zaměřili na jednotlivé položky našeho dotazníku, otázka související s anhedonií vykazovala poměrně nízké faktorové skóre. Hlavním důvodem přitom mohla být skutečnost, že tento symptom souvisí spíše s klinickou depresí, která sice sdílí některé příznaky s protrahovaným truchlením, ovšem představuje samostatnou entitu (Prigerson et al., 1995a). Lze si v tomto kontextu položit otázku, co přesně vedlo tvůrce dané nosologické jednotky k zařazení bezradostnosti jako jednoho ze symptomů. Podíváme-li se totiž na všechny předchozí diagnostické jednotky, ani do jedné tento příznak nebyl zařazen. Co se týká prahového skóre testu kritérií MKN-11, nejvyšší hodnota senzitivity (77 %) a specificity (85 %) byla získána při stanovení osmibodové hranice. V porovnání s informacemi předloženými Comtessovou et al. (2020) byla námi stanovená prahová hodnota o dva body vyšší. Nutno však připomenout, že narušení některé oblasti fungování bylo ve výše uvedené studii sjednoceno pouze do jedné otázky, zatímco v našem případě byla každá oblast mapována zvlášť, což se na prahovém skóre nepochybně mohlo odrazit. Lze rovněž doplnit, že jak test kritérií MKN-11, tak ICG prokázaly dobrou diskriminační schopnost ($AUC = 0,92$; $AUC = 0,86$) ve vztahu k diagnostickému algoritmu, jenž byl předložen předsedou pracovní skupiny MKN-11 pro okruh poruch spojených se stresem (Killikelly & Maercker, 2018). Výše uvedené hodnoty AUC navíc značí, že námi sestrojený

dotazník má o něco lepší diskriminační schopnost, a lze jej proto považovat za vhodnější nástroj ke screeningu této nosologické jednotky.

Prevalence jednotlivých diagnostických jednotek a jejich odlišnosti

Lze připomenout, že v rámci této studie byla mimo jiné zjišťována hodnota prevalence pro každou diagnostickou jednotku zvlášť. Kritérii PKPT (DSM-5) bylo identifikováno 12 % jedinců, přibližně dvakrát více (23 %) osob zařadila kritéria PPT, poté následovala kritéria KT se 32 % identifikovaných a nejvíce osob (45 %) bylo zařazeno testem PPT (MKN-11). Stanovení hranice osmi bodů přitom vedlo u poslední zmíněné diagnózy k poklesu prevalence na 42 %.

Výše uvedené hodnoty se co do posloupnosti nejvíce podobaly prevalenci, o níž informovali Cozza et al. (2020). V jejich studii byla zjištěna 10% prevalence PKPT (DSM-5), 12% prevalence PPT, 21% prevalence KT a 23% prevalence PPT (MKN-11). I zde tedy byla patrná vyšší míra restrikce ze strany PKPT (DSM-5) a poměrně široký okruh jedinců zařazených pomocí kritérií PPT (MKN-11). Je také zjevné, že hodnoty daného ukazatele byly v naší studii podstatně vyšší, což bylo zřejmě důsledkem skutečnosti, že se náš výzkumný soubor skládal z pozůstalých osob, které se stále považovaly za truchlící. Vzpomeňme přitom, že Newson et al. (2011) v souvislosti s touto skupinou jedinců uvedli hodnotu prevalence abnormálního truchlení (měřeného ICG) 25 %. Tomu by přitom v rámci naší studie odpovídala hodnota KT měřeného také pomocí ICG, jež byla rovna 32 %. Je tedy patrné, že náš výzkumný soubor vykazoval přibližně o 7 % vyšší míru patologie, než tomu bylo v předložené nizozemské populační studii. Tyto hodnoty však nebyly vysoké natolik, aby odpovídaly prevalenci, jíž ve své studii zaměřené na truchlící, kteří se rozhodli vyhledat odbornou pomoc, zmiňovali Comtesseová et al. (2020), tedy 69 % pro kritéria PPT (MKN-11) a 48 % pro kritéria PKPT (DSM-5). Lze navíc připomenout, že při stanovení šestibodového prahového skóru v dané studii klesla prevalence PPT (MKN-11) přibližně o 20 %. Porovnáme-li uvedené hodnoty s těmi, které byly získány v naší studii, rozdíl v prevalenci mezi PKPT (DSM-5) a PPT (MKN-11) byl téměř totožný (přibližně 30 %) a při osmibodovém prahu PPT (MKN-11) došlo také u nás k poklesu prevalence této poruchy, ovšem nikoliv k tak markantnímu (3 %).

Setrváme-li u rozdílů mezi jednotlivými diagnostickými jednotkami, lze zmínit, že byl zjištěn statisticky vysoce významný ($p < 0,01$) rozdíl mezi všemi dvojicemi kritérií. Toto

zjištění potvrdilo, že je zapotřebí sjednotit kritéria všech diagnóz, a to především u těch, které jsou vymezeny v rámci MKN-11 a DSM-5. Připomeňme, že ačkoliv celková míra shody (Fleissova kappa = 0,39 (95% CI 0,33–0,44)) hraničila s průměrem, hodnota Cohenovy kappy byla pro sady kritérií uvedených klasifikačních systémů rovna 0,18 (95% CI 0,05–0,28), což značí podprůměrnou shodu a poukazuje na velké rozdíly v počtech zařazených jedinců. Tato zjištění tedy nepotvrzují výraznější odlišnost diagnózy KT, jak zmiňovali Maciejewski et al. (2016), nýbrž PKPT, jak uvádí například Comtessová et al. (2020).

Intenzita zármutku

Ačkoliv byla ve výzkumném souboru prevalence abnormálního zármutku o něco vyšší, v souvislosti s intenzitou reakcí, měřenu pomocí TRIG II (současné pocity), bylo možné sledovat klesající tendenci. Pozůstalí s odstupem od ztráty do 1 roku vykazovali o 2 body nižší průměrný skóre než pozůstalí, kteří nad ztrátou blízkého truchlili déle než 3 roky. Přestože by bylo možné usuzovat, že čas dokázal u pozůstalých mírnit některé těžkosti, nejednalo se o tak zásadní rozdíl, aby se potvrdila hypotéza o existenci statisticky významné negativní souvislosti mezi časovým odstupem od ztráty a skórem TRIG II (současné pocity) ($r_{sp} = -0,07$; $p > 0,05$). Špatenková (2013) v této souvislosti uvádí, že se vytvořil mýtus související s dobou, která od ztráty uplynula. Samotný čas podle této autorky neléčí, pokud je pozůstalá osoba během procesu truchlení nečinná. Tato tvrzení dokládá také duální model procesu truchlení (Stroebe & Schut, 1999), o němž jsme pojednávali v podkapitole 1.5. Pokud bychom vzali v úvahu fakt, že náš výzkumný soubor tvořily truchlící osoby – které se považovaly za truchlící i po několika uplynulých letech od ztráty – je zjevné, že navzdory klesající intenzitě projevů čas nedokázal mírnit jejich těžkosti natolik, aby bylo možné hovořit o vymizení projevů truchlení. Přestože by tento jev částečně vysvětlovala vyšší prevalence abnormálního zármutku ve výzkumném souboru, stále existovala větší část pozůstalých, kteří diagnostickými kritérii zařazeni nebyli. Čas tedy skutečně některé těžkosti nedokázal mírnit, a to i v případě, že pozůstalá osoba nevykazovala známky patologie. Toto tvrzení dokládá také skutečnost, že minimálního skóre TRIG II (současné pocity) dosáhly z celého souboru pouze tři pozůstalé osoby.

Co se týká rozdílné intenzity truchlení mezi muži a ženami, potvrdila se statistická hypotéza týkající se vyššího celkového skóre TRIG u žen ($M_{ženy} = 62,73$; $M_{muži} = 55,60$; $p < 0,01$), přičemž hodnota Cohenova d (0,40) značila méně až středně těsný vztah mezi

těmito proměnnými. Dané zjištění je v souladu s informacemi předloženými Rodgersovou a DuBoisem (2018), tedy že se ženy od mužů odlišují expresivitou svých reakcí. Jak jsme ovšem záhy zjistili (vizte rizikovost dle pohlaví), vyšší intenzitu zármutku nelze srovnávat s častějším výskytem abnormalit.

V kontextu úrovně vzdělání je možné zmínit, že se nepotvrdila statistická hypotéza stavící do souvislosti dosažené vzdělání a intenzitu zármutku měřenou TRIG (celkový), a to navzdory lišícím se průměrným hodnotám ($M_{\text{bez maturity}} = 65,49$; $M_{\text{s maturitou}} = 59,85$; $M_{\text{vysoká škola}} = 59,55$) mezi skupinami. Přestože lze z uvedených průměrů vyčíst rozdílné hrubé skóry, a to především jedná-li se o jedince bez maturity, výsledek Welchovy analýzy rozptylu nedosahoval kritické hodnoty, a proto nebylo možné hovořit o statisticky významném rozdílu. Tvzení Burkeové a Neimeyera (2013), že reakce jedinců s nižší úrovní vzdělání bývají intenzivnější, se v naší studii tedy nepotvrdilo. Zřejmě by v této souvislosti stálo za zvážení stanovit maximální časový odstup od ztráty (např. půl roku a méně), který by zjišťovanou intenzitu zármutku lépe ohraničil.

Rizikovost dle pohlaví

Přestože ženy v naší studii vykazovaly statisticky významně vyšší intenzitu zármutku, zaměříme-li se na abnormální projevy, nebyla nalezena statisticky významná souvislost mezi pohlavím a přítomností některé z diagnóz. Po zhodnocení tabulek četností navíc bylo patrné, že muži splňovali kritéria jednotlivých poruch, snad vyjma KT, o něco častěji. Tyto výsledky přitom byly v rozporu s informacemi, které lze nalézt v DSM-5 nebo jež byly předloženy některými studii (např. Kersting et al., 2011; Newson et al., 2011). Jedním z možných vysvětlení tohoto stavu by mohl být fakt, že soubor mužů byl v naší studii přibližně ze 30 % složen z vdovců, zatímco ve skupině žen reprezentovaly vdovy necelých 20 %. V této souvislosti lze podotknout, že ztráta partnera představuje jeden z rizikových faktorů (Burke & Neimeyer, 2013), jehož působení se v souvislosti s jednotlivými diagnózami posléze projevilo také v naší studii (vizte dále). O něco častější naplnění kritérií u mužů by proto mohlo být vysvětleno právě touto skutečností. Lze doplnit, že tento potenciálně rizikový faktor navíc nebyl potvrzen ani některými novějšími studii (např. Heeke et al., 2019). Bylo by tudíž možné vyvozovat, že ačkoliv ženy vykazují intenzivnější reakce na ztrátu než muži, naplnění některé z nosologických jednotek na pohlaví pozůstalých osob tolik nezávisí.

Rizikovost dle dosaženého věku

Zaměříme-li se na asociaci mezi dosažením 50. roku věku a naplněním kritérií jednotlivých diagnostických jednotek, lze uvést, že byla nalezena statisticky významná souvislost pouze v případě perzistentní komplexní poruchy truchlení (DSM-5), přičemž vyšší procento zařazených bylo patrné mezi jedinci staršími 50 let (22 % oproti 7 %). Jelikož však hodnota koeficientu φ odpovídala 0,22 ($p < 0,01$), nejednalo se o příliš těsný vztah mezi těmito proměnnými. V dané souvislosti je zapotřebí upozornit, že tento výsledek jednak dokazuje opodstatněnost stanovení sady hypotéz pro každou nosologickou jednotku zvlášť a jednak potvrzuje důvody, kvůli nimž byl Burkeovou a Neimeyerem (2013) věk zařazen mezi potenciálně rizikové (nikoliv rizikové) faktory. Vzpomeňme, že tito autoři uváděli několik studií, v nichž tento faktor vykazoval statisticky významnou rizikovost, ovšem také řadu dalších výzkumů, kterými potvrzena nebyla. Naše zjištění je rovněž v souladu s tvrzením Robbinse-Weltyho et al. (2018), kteří považují za ohroženou skupinu spíše starší osoby a hovoří v tomto kontextu o ageismu, tedy o určité formě diskriminace stojící na předpokladu, že si starší a zkušenější jedinci si se ztrátou blízkého dokáží lépe poradit, a nepotřebují tudíž takovou sociální oporu jako osoby mladší. Mohli bychom si však položit i v této souvislosti otázku, zdali byl v našem případě nedostatek sociální opory důsledkem zvýšeného množství případů u starších 50 let, nebo zda se projevil jiný faktor. Oblast sociální opory bezpochyby představuje zajímavé téma k dalšímu bádání.

Rizikovost dle vztahu k zemřelému

Z validizační studie Škály životních událostí, o níž referovali Sali et al. (2013), bylo patrné, že úmrtí rodiče a manželky/manžela představovalo nejvýznamnější stresor, s nímž se účastníci výzkumu mohli setkat. V souvislosti s partnerským vztahem Kubíčková (2001) zmiňovala, že se jedná o jednu z nejvýznamnějších ztrát, s níž se pojí také ztráta výhod, které ze společného soužití pramení. V naší studii byl skutečně potvrzen předpoklad, a to v rámci všech nosologických jednotek, že existuje statisticky významná souvislost mezi ztrátou partnera/ky a naplněním jednotlivých kritérií. V případě kritérií KT byla p-hodnota menší než 0,05 ($\varphi = 0,14$), v ostatních případech pak klesla pod 0,001 ($\varphi = 0,26-0,40$). Pokud se však jednalo o hypotézy zaměřené na asociaci mezi ztrátou rodiče a splněním konkrétní diagnózy, nebylo možné hovořit o statisticky významných výsledcích ($p > 0,05$). Je tedy zjevné, že ztráta rodiče, byť představuje bolestivou zkušenost, nesouvisí s rozvojem

některé z forem abnormálního zármutku tak, jako ztráta partnera/ky. Důvodem tohoto rozdílu by mohla být existence obecného předpokladu, že děti své rodiče přežijí, o čemž se v souvislosti s partnerským vztahem nedá hovořit. Jak jsme uváděli v teoretické části této práce, právě neočekávané úmrtí, byť je v tomto kontextu pojímáno z dlouhodobějšího hlediska, souvisí s rozvojem komplikovaného truchlení (Dudová, 2013). Tento faktor se tudíž mohl projevit právě u ovdovělých jedinců, u nichž navíc ztráta partnera/ky nepochybně způsobila narušení různých oblastí běžného fungování.

Rizikovost dle úrovně vzdělání

Jak jsme již nastínili v části zaměřené na intenzitu zármutku, ačkoliv Lobbová et al. (2010), ale také Heekeová et al. (2019) zjistili, že vyšší úroveň vzdělání představuje protektivní faktor co do vzniku abnormálního zármutku, v naší studii nebyla nalezena statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním pozůstalých a splněním konkrétní diagnózy. Navzdory tomu lze uvést, že v případě KT bylo možné sledovat znatelnější rozdíly v pozorovaných četnostech mezi těmito skupinami pozůstalých, a to předpokládaným směrem (tzn. jedinci bez maturity vykazovali nejvíce patologie, zatímco vysokoškolsky vzdělané osoby nejméně). Připomeňme také, že v případě intenzity zármutku se nejvíce odlišovaly pozůstalé osoby bez maturity, přičemž středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaní dosahovali podobných průměrných skóre. Přestože jsme nezjistili statisticky významné hodnoty, zasloužila by si tato oblast další přezkoumání, především jedná-li se o pozůstalé s nižší úrovní vzdělání, kteří by mohli být rizikovou skupinou.

Rizikovost dle náboženského vyznání

Na základě metaanalýzy rizikových faktorů bylo Burkeovou a Neimeyerem (2013) zjištěno, že absence náboženského vyznání u pozůstalých osob představuje potenciální riziko, pokud se jedná o rozvoj komplikovaného truchlení. Hawthorneová et al. (2016) rovněž doložili, že praktikování náboženství souvisí s menším výskytem abnormálních projevů zármutku u pozůstalých rodičů. V naší studii se však statisticky významný vztah mezi praktikováním náboženství (především křesťanství) a naplněním diagnostických kritérií nepodařilo prokázat, přičemž tabulky četností ve většině případů, snad kromě KT, nenaznačovaly mezi oběma skupinami pozůstalých výraznější rozdíly. V této souvislosti připadalo v úvahu prozkoumat, z jakých zemí pocházely výzkumné závěry analyzované

Burkeovou a Neimeyerem (2013). Z citovaných zdrojů bylo patrné, že se jednalo převážně o studie prováděné ve Spojených státech amerických – odtud přitom pocházel také výzkum Hawthorneové et al. (2016). Bylo by tudíž možné uvažovat na tím, zda nemůže být důsledkem našich zjištění skutečnost, že je česká společnost od americké, která byla v minulém století silně ovlivněna protestantským konzervatismem, v daném kontextu odlišná. V rámci sekularizovaných společností – mezi něž ta česká bezesporu patří – nemusí být role náboženského vyznání tak významná. Absence víry navíc může být kompenzována jinými strategiemi nebo rituály, jež si společnost vytvořila nebo přejala po vzoru církve. Tyto předpoklady by navíc potvrzovaly výsledky české studie Machů et al. (2019), z nichž není patrná souvislost mezi spiritualitou a rozvojem komplikovaného truchlení.

Limity studie

Pokud bychom se zaměřili na rozložení výzkumného souboru – které bylo ovlivněno obtížným získáváním respondentů a nepříliš vysokou návratností – lze za jedno z úskalí této studie považovat nerovnoměrné zastoupení mužů (29 %) a žen (71 %). Je možné navíc předpokládat, že se častěji zapojovali jedinci, pro které nebyly vzpomínky na ztrátu blízkého příliš zraňující, což mohlo do jisté míry ovlivnit výsledky této práce. Stejně tak by se dalo v dané souvislosti zmínit, že metody výběru našeho souboru nebyly pravděpodobností, což představuje určitou limitaci při snaze zobecňovat předložená zjištění.

Pokud bychom se zaměřili na konstrukci dotazníků, bylo by jistě možné detailněji zmapovat pozadí ztráty (např. okolnosti smrti blízkého), případně zařadit další otázky, které by dokázaly pojmut více reakcí truchlících osob (např. otázky týkající se suicidálních tendencí). Je však nezbytné upozornit, že bylo poměrně obtížné najít takové množství položek (respektive metod), aby bylo možné dostatečně zmapovat abnormální projevy zármutku a zároveň neodradit potenciální respondenty od vyplnění baterie testů.

Jsme si také vědomi skutečnosti, že ačkoliv představovala zvolená distribuce dotazníků snadnější cestu k většímu množství respondentů, ochudili jsme se o pozorovatelné reakce, které by bylo možné zaznamenávat při administraci dotazníků tváří v tvář. Na druhou stranu je možné předpokládat, že zvolená testová situace (vyplnění papírových nebo elektronických dotazníků v domácím prostředí) respondentům nabízela více soukromí, což mohlo vést k upřímnějším odpovědím.

V neposlední řadě je nezbytné uvést, že respondenti nebyli vyšetřeni psychiatrem ani klinickým psychologem, a proto je zapotřebí k výsledkům přistupovat s určitým odstupem. Vzhledem k povaze naší studie a přetížení těchto profesí by bylo poměrně obtížné zajistit (nejlépe) tři odborníky, kteří by měli prostor k diagnostice takového množství pozůstalých. Zajisté by se však jednalo o velice relevantní výsledky s větším přesahem do klinické praxe.

Doporučení pro praxi

Z našich výsledků je možné vyvodit několik doporučení do praxe, která by mohla najít uplatnění zejména v poradenství pro pozůstalé:

- doporučujeme v praxi používat Inventář komplikovaného truchlení (ICG), jelikož opakovaně prokázal dobré psychometrické vlastnosti také v našich podmínkách;
- doporučujeme klinickým pracovníkům administrovat screeningový test kritérií PPT (MKN-11) při posuzování výskytu poruchy protrahovaného truchlení (MKN-11) u konkrétního jedince a ověřit, zda dosahuje osmibodové hranice;
- přestože se ženy a muži odlišují způsobem, jakým reagují na ztrátu blízkého, nemusí se jednat o lepší nebo horší strategie, na což by měly myslet zejména poradkyně pracující s pozůstalými muži a poradci pracující s pozůstalými ženami;
- doporučujeme mít na mysli, že vdovy a vdovci představují ohroženou skupinu pozůstalých také v našich podmínkách, zejména pokud jsou starší 50 let.

Doporučení pro další výzkumy

Závěrem této kapitoly bychom rádi uvedli několik oblastí, které by bylo užitečné v budoucnu prozkoumat:

- prevalenci jednotlivých nosologických jednotek v české populaci pozůstalých osob nepovažujících se za truchlící;
- co je v české populaci považováno za normální truchlení (např. z hlediska času);
- nejčastější zdroje sociální opory v české populaci pozůstalých osob (tj. zaměřit se na roli rodiny, přátel, církve);
- copingové strategie v české populaci pozůstalých osob (s ohledem na nejvyšší dosažené vzdělání nebo náboženské vyznání);
- diferenciálně diagnostické odlišnosti komplikovaného truchlení, úzkostných poruch (např. GAD, PTSD) a klinické deprese.

9 Závěry

Na základě výzkumných zjištění, o nichž jsme čtenáře informovali v předchozích kapitolách, předkládáme v následujících bodech závěry, ke kterým jsme dospěli:

- Inventář komplikovaného truchlení (ICG) představuje spolehlivý nástroj poskytující validní výsledky v rámci české populace, přičemž kromě příznaků KT dokáže dobře diskriminovat jedince diagnostikované dle algoritmu PPT (MKN-11).
- Texaský revidovaný inventář truchlení (TRIG) prokázal dobrou reliabilitu a validitu, a lze jej tedy oprávněně užívat k měření intenzity zármutku v rámci české populace.
- Test kritérií PPT (MKN-11) lze na základě dobrých psychometrických vlastností doporučit ke screeningu příznaků poruchy protrahovaného truchlení (MKN-11). Tento nástroj dokonce prokázal o něco lepší diskriminační schopnost než ICG.
- Prevalence abnormálního zármutku se liší dle zvolené nosologické jednotky, a proto apelujeme na odbornou veřejnost, aby byla diagnostická kritéria sjednocena.
- Přestože truchlící ženy vykazují vyšší míru expresivity reakcí, není adekvátní tyto projevy zaměňovat za vyšší míru patologie. V praxi by totiž mohlo docházet ke zbytečné stigmatizaci této skupiny pozůstalých osob.
- Pozůstalí starší 50 let představují ohroženější skupinu, pokud se jedná o rozvoj perzistentní komplexní poruchy truchlení vymezené v DSM-5. Ačkoliv se v rámci ostatních nosologických jednotek tato skutečnost nepotvrdila, doporučujeme ji ověřit dalšími studii.
- Pokud pozůstalá osoba truchlí nad ztrátou partnera/ky (nikoliv pouze manžela/ky), je poměrně vysoké riziko, že se u ní rozvine některá z forem abnormálního zármutku. Doporučujeme brát na tuto skutečnost při práci s pozůstalými ohledy.
- Pozůstalí bez maturitního vzdělání se nápadněji odlišují od pozůstalých s vyšším vzděláním, a to jak v případě intenzity zármutku, tak v souvislosti s jednotlivými diagnostickými jednotkami. Bylo by proto vhodné zaměřit se na danou skupinu nejen v rámci dalšího bádání, ale také v souvislosti poradenskou praxí.
- To, zda pozůstalá osoba praktikuje nebo neprotikuje náboženství, se neukázalo být závislé na rozvoji některé z forem patologického truchlení. Je tedy možné domnívat se, že v sobě česká společnost má zakořeněné určité strategie, jež absenci vyznání v daném kontextu kompenzují. Bylo by tedy užitečné toto subtéma více probádat.

Souhrn

Tato magisterská diplomová práce byla rozdělena do dvou na sebe navazujících částí. V rámci teoretické části bylo naším cílem vymezit problematiku truchlení tak, aby souvisela s výzkumnou částí této práce, respektive s naším výzkumným záměrem.

Pokud bychom se zaměřili na teoretickou část, její obsah byl koncipován tak, aby byl čtenář v logickém sledu seznámen s podstatnými tématy. V první kapitole byl vymezen nekomplikovaný průběh truchlení. V rámci tohoto tématu bylo nezbytné zmínit teorii citové vazby, emoční, kognitivní, behaviorální či somatické reakce na ztrátu a v neposlední řadě také vybrané modely truchlení, s nimiž se v soudobé literatuře zpravidla pracuje (např. Kübler-Ross & Kessler, 2014). Uvedená témata přitom byla dáována do souvislostí s možným rozvojem patologického truchlení. Teprve poté bylo možné navázat další kapitolou, v níž jsme se zabírali rizikovými (tj. potvrzenými) a potenciálně rizikovými (tj. stále diskutovanými) faktory. Při vymezení těchto činitelů jsme se opírali o empirické poznatky převážně ze zahraničních zdrojů (např. Hawthorne et al., 2016; Heeke et al., 2019; Lobb et al., 2010), přičemž lze uvést, že primární zdroj představovala metaanalýza více než 40 zahraničních studií pojednávajících o této problematice (Burke & Neimeyer, 2013). Po uvedení hlavních rizikových faktorů bylo možné přistoupit k poslední kapitole, v jejímž rámci jsme se soustředili na patologický průběh truchlení. Čtenáře jsme seznámili s terminologií a nosologickými jednotkami, na které se současné studie zaměřují (Prigerson et al., 2009; Raboch et al., 2015; Shear et al., 2011; WHO, 2018). Největší prostor byl přitom věnován perzistentní komplexní poruše truchlení vymezené v DSM-5 a poruše protrahovaného truchlení popsané v MKN-11. V rámci dané kapitoly jsme se také zmiňovali o rozdílech mezi jednotlivými diagnostickými jednotkami (např. Lenferink et al., 2019; Comtesse et al., 2020; Cozza et al., 2020), a to jak z kvalitativního, tak z kvantitativního hlediska. Tato kapitola byla uzavřena stručným shrnutím diferenciativně diagnostických odlišností ve vztahu k dalším duševním onemocněním – tj. úzkostným anebo afektivním poruchám (např. Látalová et al., 2015).

Výzkumná část byla na základě výzkumných cílů rozvětvena do výzkumných otázek a statistických hypotéz. Výzkumný soubor, na němž byla platnost našich předpokladů ověřována, čítal 209 respondentů, z čehož představovaly dvě třetiny ženy. Jednalo se přitom o pozůstalé osoby, které musely splnit tři podmínky. Jednak bylo požadováno,

aby tito jedinci procházeli obdobím truchlení, jednak museli splňovat aspoň půlroční odstup od úmrtí blízkého (a vyhovovat zároveň předpokladu, že pro ně vzpomínky na ztrátu již nejsou příliš zraňující) a v neposlední řadě bylo vyžadováno dosažení plnoletosti. Lze doplnit, že byl výzkumný soubor získán pomocí nepravděpodobnostních metod, což zahrnovalo jednak oslovení více než 25 institucí, které na svých webových stránkách nabízely pomoc pozůstalým osobám a jednak on-line inzerci na sociálních sítích reflektující rozložení české populace (dle pohlaví) k roku 2017. Zvolené metody přitom představovaly jistou limitaci při snaze zobecnit získané výsledky.

Jelikož v našich podmínkách nebyly v době příprav projektu přeloženy ani zkonstruovány metody, kterými by bylo možné měřit intenzitu nebo abnormalitu truchlení, bylo nutné provést překlad nejpoužívanějších zahraničních inventářů do češtiny. Jednalo se jednak o Inventář komplikovaného truchlení (ICG) a jednak o Texaský revidovaný inventář truchlení (TRIG). Jelikož tyto dva nástroje nedokázaly dostatečně pokrýt kritéria všech diagnostických jednotek, vytvořili jsme test kritérií poruchy protrahovaného truchlení odrážející symptomy z MKN-11 (vizte seznam příloh) a další dva testy, jimiž byly pokryty příznaky perzistentní komplexní poruchy truchlení popsané v DSM-5 a symptomy poruchy protrahovaného truchlení navržené Prigersonovou et al. (2011). V naší studii přitom byly pro tyto metody zjištěny hodnoty Cronbachovy alfy (či koeficientu KR-20), ukazatele faktorové a souběžné validity a indexy diskriminačních schopností. Tímto způsobem bylo možné ověřit (a doložit) dobré psychometrické vlastnosti všech metod, zejména pak ICG a TRIG, čímž se potvrdily údaje předložené v zahraničních psychometrických studiích (např. Montana et al. 2016; Newson et al., 2011). Na základě provedené ROC analýzy navíc ICG prokázal, v souvislosti s diagnostickým algoritmem protrahovaného truchlení (MKN-11), dobré diskriminační schopnosti (Killikelly & Maercker, 2018). O něco lepší diskriminační schopnost však projevil námi vytvořený test kritérií PPT (MKN-11), který tak bylo možné doporučit ke screeningu uvedené nosologické jednotky.

Touto studií byla také zjištěna prevalence jednotlivých diagnostických jednotek v rámci české populace truchlících osob. Získané hodnoty byly v případě komplikovaného truchlení měřeného ICG o 7 % vyšší než v případě nizozemské populační studie Newsonové et al. (2011) zaměřené na stejnou skupinu pozůstalých. Prevalence protrahovaného truchlení vymezeného Prigersonovou et al. (2009) odpovídala 23 %, pro perzistentní

komplexní poruchu truchlení (DSM-5) byla zjištěna hodnota 12 % a pro poruchu protrahovaného truchlení (MKN-11) 45 %. Na základě výsledků Cochranova Q testu a díky výpočtům Cohenových kappa koeficientů bylo možné vyvodit závěry, že se od sebe dané diagnostické jednotky liší statisticky významně, přičemž míra shody je spíše podprůměrná. Na základě těchto zjištění bylo dokázáno, že je zapotřebí sjednotit diagnostická kritéria abnormálního zármutku, zejména pak v klasifikačních systémech (tj. MKN a DSM), s nimiž se můžeme setkat v rámci České republiky.

Naším cílem bylo rovněž zjistit intenzitu zármutku v rámci zkoumané populace. Na základě hodnot naměřených pomocí TRIG byla výpočtem dvouvýběrového t-testu dokázána vyšší intenzita truchlení u žen. Vyšší intenzita však nesouvisela s častějším výskytem abnormálních projevů. Přestože jedinci bez maturitního vzdělání vykazovali o něco intenzivnější reakce oproti ostatním, Welchovou analýzou rozptylu nebyly potvrzeny výsledky Burkeové a Neimeyera (2013), že jedinci s nižším vzděláním truchlí intenzivněji.

Z rizikových a potenciálně rizikových faktorů, o nichž pojednávaly různé studie (např. Burke & Neimeyer, 2013; Heeke et al., 2019; Lobb et al., 2010; Milic et al., 2017) byly potvrzeny statistické hypotézy předpokládající souvislost mezi smrtí partnera a naplněním kritérií některé z diagnóz abnormálního zármutku. V závislosti na dosaženém věku (50 let a více) se potvrdila rizikovost pouze v případě perzistentní komplexní poruchy truchlení vymezené v DSM-5. V souvislosti s dalšími proměnnými, jako bylo pohlaví pozůstalých, dosažené vzdělání nebo náboženské vyznání, nebyla nalezena žádná asociace s naplněním některé z diagnostických jednotek. Lze doplnit, že platnost všech hypotéz souvisejících s rizikovostí skupin byla ověřena pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát a doplněna o ukazatele míry účinku – koeficient ϕ .

Přestože jsme se předloženými výsledky pokusili zacetit některá prázdná místa související s abnormálním truchlením v našem prostředí, stále existuje řada přidružených témat, která by bylo zapotřebí více prozkoumat. Tento text by proto mohl poskytnout inspiraci badatelům, kteří se rozhodnou problematice truchlení v budoucnu věnovat.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937. doi:10.1037/0003-066X.34.10.932
- Alves, D., Neimeyer, R. A., Batista J., & Gonçalves, M. M. (2018) Finding Meaning in Loss: A Narrative Constructivist Contribution. In Bui, E. (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction*, Current Clinical Psychiatry [E-kniha] (161–187). doi:10.1007/978-3-319-65241-2
- Alves, T. M., Oliveira, M. C., & Lofuto-Neto, F. (2016). Diagnosis of Complicated Grief Using the Texas Revised Inventory of Grief, Brazilian Portuguese Version. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 6(1), 00316. doi:10.15406/jpcpy.2016.06.00316.
- American Psychiatric Association. (2013). Conditions for Further Study. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vyd.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Baethge, C. (2002). Grief Hallucinations: True or Pseudo? Serious or Not? *Psychopathology*, 35(5), 296–302. doi:10.1159/000067067
- Bandini, J. (2015). The Medicalization of Bereavement: (Ab)normal Grief in the DSM-5. *Death Studies*, 39(6), 347–352. doi:10.1080/07481187.2014.951498
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Black, J., Belicki, K., & Emberley-Ralph, J. (2019). Who dreams of the deceased? The roles of dream recall, grief intensity, attachment, and openness to experience. *Dreaming*, 29(1), 57–78. doi:10.1037/drm0000100
- Boelen, P. A. (2013). Symptoms of prolonged grief, depression, and adult separation anxiety: Distinctiveness and correlates. *Psychiatry Research*, 207(1–2), 68–72. doi:10.1016/j.psychres.2012.09.021
- Boelen, P. A. (2016). Improving the understanding and treatment of complex grief: an important issue for psychotraumatology. *European journal of psychotraumatology*, 7, 32609. doi:10.3402/ejpt.v7.32609

- Boelen, P. A., & Lancee, J. (2013). Sleep Difficulties Are Correlated with Emotional Problems following Loss and Residual Symptoms of Effective Prolonged Grief Disorder Treatment. *Depression research and treatment*, 2013, 739804. doi:10.1155/2013/739804
- Boelen, P. A., Lenferink, L. I., & Smid, G. E. (2019). Further evaluation of the factor structure, prevalence, and concurrent validity of DSM-5 criteria for Persistent Complex Bereavement Disorder and ICD-11 criteria for Prolonged Grief Disorder. *Psychiatry Research*, 273, 206–210. doi:10.1016/j.psychres.2019.01.006
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2005). Complicated Grief, Depression, and Anxiety as Distinct Postloss Syndromes: A Confirmatory Factor Analysis Study. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2175–2177. doi:10.1176/appi.ajp.162.11.2175
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2010). Anxious and Depressive Avoidance and Symptoms of Prolonged Grief, Depression, and Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychologica Belgica*, 50(1–2), 49–67. doi:10.5334/pb-50-1-2-49
- Boerner, K., Mancini, A. D., & Bonanno, G. (2013). On the nature and prevalence of uncomplicated and complicated patterns of grief. In Stroebe, M., Schut, H. & van den Bout, J. (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for healthcare professionals* [E-kniha] (55–67). doi:10.4324/9780203105115
- Bok, T. (2018). *Dostupnost a kvalita psychologické péče o pozůstalé v nemocnicích České republiky* (Bakalářská diplomová práce). Dostupné z https://theses.cz/id/vpv43p/Bakalarska_diplomova_prace_Bok.pdf/
- Bok, T., & Dolejš, M. (2019). *Škála protrahovaného truchlení (SPT)*. Nепublikováno.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., ... Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150–1164. doi:10.1037/0022-3514.83.5.1150
- Bowlby, J. (2013). *Ztráta: smutek a deprese*. Praha: Portál.
- Boyle, P. J., Feng, Z., & Raab, G. M. (2011). Does Widowhood Increase Mortality Risk? *Epidemiology*, 22(1), 1–5. doi:10.1097/ede.0b013e3181fdcc0b

- Brisch, K. H. (2011). *Poruchy vztahové vazby: od teorie k terapii*. Praha: Portál.
- Bui, E. (2018). Grief: From Normal to Pathological Reactions. In Bui, E. (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction*, Current Clinical Psychiatry [E-kniha] (85–101). doi:10.1007/978-3-319-65241-2
- Bui, E., Mauro, C., Robinaugh, D. J., Skritskaya, N. A., Wang, Y., Gribbin, C., ... Shear, M. K. (2015). The Structured Clinical Interview For Complicated Grief: Reliability, Validity, And Exploratory Factor Analysis. *Depression and Anxiety*, 32(7), 485–492.
doi:10.1002/da.22385
- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. In Stroebe, M., Schut, H., & van den Bout, J. (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* [E-kniha] (145–161). doi:10.4324/9780203105115
- Burke, L. A., Crunk, A. E., Neimeyer, R. A., & Bai, H. (2019). Inventory of Complicated Spiritual Grief 2.0 (ICSG 2.0): Validation of a revised measure of spiritual distress in bereavement. *Death Studies*. doi:10.1080/07481187.2019.1627031
- Bužgová, R., & Sikorová, L. (2019). *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada.
- Carmassi, C., Bertelloni, C. A., & Dell’Osso, L. (2018). Grief Reactions in Diagnostic Classifications of Mental Disorders. In Bui, E. (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction*, Current Clinical Psychiatry [E-kniha] (301–332). doi:10.1007/978-3-319-65241-2
- Comtesse, H., Vogel, A., Kersting, A., Rief, W., Steil, R., & Rosner, R. (2020). When does grief become pathological? Evaluation of the ICD-11 diagnostic proposal for prolonged grief in a treatment-seeking sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). doi:10.1080/20008198.2019.1694348
- Corr, C. A. (2018). The ‘five stages’ in coping with dying and bereavement: strengths, weaknesses and some alternatives. *Mortality*, 24(4), 405–417.
doi:10.1080/13576275.2018.1527826

- Cozza, S. J., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Fisher, J. E., Zhou, J., Maercker, A., ... Ursano, R. J. (2020). Optimizing the clinical utility of four proposed criteria for a persistent and impairing grief disorder by emphasizing core, rather than associated symptoms. *Psychological Medicine*, 50(3), 438–445. doi:10.1017/s0033291719000254
- Crunk, A. E., Robinson, E. H. M., & Burke, L. A. (2017). Complicated Grief: An Evolving Theoretical Landscape. *Journal Of Counseling And Development*, 95(2), 226–233. doi:10.1002/jcad.12134
- Český statistický úřad. (2018). *Počet obyvatel v obcích k 1. 1. 2018*. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/pocet-obyvatel-v-obcich-see2a5tx8j/>
- Dudová, I. (2013). Smutek a truchlení dítěte. *Pediatric pro praxi*, 14(4), 248–251. Dostupné z <https://www.pediatricpropraxi.cz/>
- Dušek, L., Pavlík, T., & Koptíková, J. (2007). Analýza dat v neurologii VI. Přesnost, spolehlivost a reprodukovatelnost měření u diskrétních dat. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 70/103(6), 719–721. Dostupné z <https://www.csnn.eu/107asopisy/ceska-slovenska-neurologie/archiv-cisel/2007-6-1/>
- Dušek, L., Pavlík, T., Jarkovský, J., & Koptíková, J. (2011). Analýza dat v neurologii XXVIII. Hodnocení diagnostických testů – křivky ROC. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 74/107(4), 493–499. Dostupné z <https://www.csnn.eu/107asopisy/ceska-slovenska-neurologie/archiv-cisel/2011-4/>
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2013). Complicated grief in children. In Stroebe, M. Schut, H., & van den Bout, J. (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* [E-kniha] (68–81). doi:10.4324/9780203105115
- Eisma, M. C., & Lenferink, L. I. M. (2018). Response to: Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1512249. doi:10.1080/20008198.2018.1512249
- Faschingbauer, T. R., Zisook, S., & DeVaul, R. (1987). The Texas Revised Inventory of Grief. In Zisook, S. (Ed.), *Biopsychosocial aspects of bereavement* (127–138). Washington DC: American Psychiatric Press.

- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Firthová, P., Luffová, G., & Oliviere, D. (Eds.). (2007). *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 14, 237-258. Dostupné z <http://www.arch.mcgill.ca/>
- Futterman, A., Holland, J. M., Brown, P. J., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2010). Factorial validity of the Texas Revised Inventory of Grief—Present scale among bereaved older adults. *Psychological Assessment*, 22(3), 675–687. doi:10.1037/a0019914
- Goetter, E., Bui, E., Horenstein, A., Baker, A. W., Hoepfner, S., Charney, M., & Simon, N. M. (2018). Five-factor model in bereaved adults with and without complicated grief. *Death Studies*, 43(3), 204–209. doi:10.1080/07481187.2018.1446059
- Harris, D. L., & Winokuer, H. R. (2016). *Principles and practice of grief counseling* (2. vyd.). Springer Publishing Company.
- Hawthorne, D. M., Youngblut, J. M., & Brooten, D. (2016). Parent Spirituality, Grief, and Mental Health at 1 and 3 Months After Their Infant's/Child's Death in an Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(1), 73–80. doi:10.1016/j.pedn.2015.07.008
- Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2019). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1583524. doi:10.1080/20008198.2019.1583524
- Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat* (4. vyd.). Praha: Portál.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.

- Indriana, Y. (2013). Remarriage in elderly: a qualitative research. *Journal of Modern Education Review*, 3(11), 870–880. Dostupné z <http://www.academicstar.us/>
- Jacobs, S. C. (2016). *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention* [E-kniha]. doi:10.4324/9781315784496
- Jones, M. P., Bartrop, R. W., Forcier, L., & Penny, R. (2010). The long-term impact of bereavement upon spouse health: a 10-year follow-up. *Acta Neuropsychiatrica*, 22(5), 212–217. doi:10.1111/j.1601-5215.2010.00482.x
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Robles, R., Matsumoto, C., ... Maercker, A. (2016). Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 109–127. doi:10.1016/j.ijchp.2015.09.002
- Keesee, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of ones child: the contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1145–1163. doi:10.1002/jclp.20502
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339–343. doi:10.1016/j.jad.2010.11.032
- Killikelly, C., & Maercker, A. (2018). Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *European journal of psychotraumatology*, 8(6), 1476441. doi:10.1080/20008198.2018.1476441
- Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2013). *Lekce života: O tajemstvích lidského bytí*. Brno: Jota.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). *On grief & grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. London: Simon & Schuster.
- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.

- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology, 4*, 863. doi:10.3389/fpsyg.2013.00863
- Látalová, K., Kamarádová, D., & Praško, J. (2013). Komplikované truchlení a jeho léčba. *Psychiatrie, 17*(4), 181–188. Dostupné z <http://www.tigis.cz/>
- Látalová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Ocisková, M., & Pavlov Praško, J. (2015). Poruchy přizpůsobení. *Med. praxi, 12*(4), 184–188. Dostupné z <https://www.medicinapropraxi.cz/>
- Lenferink, L. I. M., Boelen, P. A., Smid, G. E., & Paap, M. C. S. (2019). The importance of harmonising diagnostic criteria sets for pathological grief. *The British Journal of Psychiatry, 1–4*. doi:10.1192/bjp.2019.240
- Lindsay, G., Koene, C., Øvreeide, H., & Lang, F. (2010). *Etika pro evropské psychology*. Praha: Triton.
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. B., & Davies, A. (2010). Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Studies, 34*(8), 673–698. doi:10.1080/07481187.2010.496686
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 212*, 138–149. doi:10.1016/j.jad.2017.01.030
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry, 15*(3), 266–275. doi:10.1002/wps.20348
- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *Jama, 297*(7), 716–723. doi:10.1001/jama.297.7.716

- Machů, K., Wihodová, K., Brylová, K., Turek, J., Kundrát, J., & Dostál, D. (2019). Faktory ovlivňující proces truchlení u pozůstalých osob. In Maierová, E., Viktorová, L., Dolejš, M., & Dominik, T. (Eds.), *PhD existence 9 Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech: Sborník odborných příspěvků* (50–60). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Martinčeková, L. (2015). Zármutoč u matiek po strate dieťaťa v súvislosti s časom od straty, typom straty a ďalším rodičovstvom. *E-psychologie*, 9(2), 1-13. Dostupné z <http://e-psycholog.eu/pdf/martincekova.pdf/>
- Mash, H. B. H., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (2013). Complicated Grief And Bereavement In Young Adults Following Close Friend And Sibling Loss. *Depression and Anxiety*, 30(12), 1202–1210. doi:10.1002/da.22068
- Matsunaga, M. (2010). How to factor-analyze your data right: do's, don'ts, and how-to's. *International Journal of Psychological Research*, 3(1), 97–110. doi:10.21500/20112084.854
- Mauro, C., Reynolds, C. F., Maercker, A., Skritskaya, N., Simon, N., Zisook, S., ... Shear, M. K. (2018). Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines. *Psychological Medicine*, 49(5), 861–867. doi:10.1017/s0033291718001563
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2013). Attachment insecurities and disordered patterns of grief. In Stroebe, M., Schut, H., & van den Bout, J. (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* [E-kniha] (190–203). doi:10.4324/9780203105115
- Milic, J., Muka, T., Ikram, M. A., Franco, O. H., & Tiemeier, H. (2017). Determinants and Predictors of Grief Severity and Persistence: The Rotterdam Study. *Journal of aging and health*, 29(8), 1288–1307. doi:10.1177/0898264317720715
- Montano, S. A., Lewey, J. H., O'Toole, S. K., & Graves, D. (2015). Reliability generalization of the Texas Revised Inventory of Grief (TRIG). *Death Studies*, 40(4), 256–262. doi:10.1080/07481187.2015.1129370

- Moody, R. A., & Arcangel, D. (2011). *Život po ztrátě* (2. vyd.). Praha: Knižní klub.
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, *180*(5), 461–464. doi:10.1192/bjp.180.5.461
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, *132*(1-2), 231–238. doi:10.1016/j.jad.2011.02.021
- Nielsen, M. K., Carlsen, A. H., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M.-B. (2019). Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine*, *232*, 460–469. doi:10.1016/j.socscimed.2018.10.007
- O'Connor, M., Lasgaard, M., Larsen, L., Johannsen, M., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & Boelen, P. A. (2019). Comparison of proposed diagnostic criteria for pathological grief using a sample of elderly bereaved spouses in Denmark: Perspectives on future bereavement research. *Journal of Affective Disorders*, *251*, 52–59. doi:10.1016/j.jad.2019.01.056
- O'Day, E. B., & Goetter, E. M. (2018). Two Psychosocial Interventions for Complicated Grief: Review of Principles and Evidence Base. In Bui, E. (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction*, Current Clinical Psychiatry [E-kniha] (259–277). doi:10.1007/978-3-319-65241-2
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2013). The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults. *Developmental Psychology*, *49*(11), 2191–2200. doi:10.1037/a0031985
- Omerov, P., Steineck, G., Nyberg, T., Runeson, B., & Nyberg, U. (2014). Viewing the Body after Bereavement Due to Suicide: A Population-Based Survey in Sweden. *PLoS ONE*, *9*(7). doi:10.1371/journal.pone.0101799
- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J., & Volková Palátová, L. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2. vyd.). Praha: Grada.
- Pauknerová, L., & Čermák, I. (2013). Prožitek vdovství u starších lidí. *Československá psychologie*, *57*(2), 122–133.

- Pies, R. W. (2014). The Bereavement Exclusion and DSM-5: An Update and Commentary. *Innovations in clinical neuroscience*, *11*(7-8), 19–22. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, *87*, 22–29. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.05.009
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Newsom, J. T., & Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *The American Journal of Psychiatry*, *153*(11), 1484–1486. doi:10.1176/ajp.153.11.1484
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., ... Kupfer, D. J. (1995a). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *The American Journal of Psychiatry*, *152*(1), 22–30. doi:10.1176/ajp.152.1.22
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, *6*(8). doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* [E-kniha] (613–645). doi:10.1037/10436-026
- Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2019). *How the DSM can improve upon the ICD in Defining Prolonged Grief Disorder (PGD)* [Powerpointová prezentace]. Dostupné z <https://endoflife.weill.cornell.edu/>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... Miller, M. (1995b). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, *59*(1–2), 65–79. doi:10.1016/0165-1781(95)02757-2

- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., & Stroebe, W. (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* [E-kniha] (165–186). doi:10.1037/14498-008
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Revet, A., Laifer L., & Raynaud, J. P. (2018). Grief Reactions in Children and Adolescents. In Bui, E. (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction*, Current Clinical Psychiatry [E-kniha] (63–83). doi:10.1007/978-3-319-65241-2
- Robbins-Welty, G. A., Stahl, S. T., & Reynolds, C. F. (2018). Grief Reactions in the Elderly. In Bui, E. (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction*, Current Clinical Psychiatry [E-kniha] (103–137). doi:10.1007/978-3-319-65241-2
- Rodgers, R. F., & DuBois, R. H. (2018). Grief Reactions: A Sociocultural Approach. In Bui, E. (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction*, Current Clinical Psychiatry [E-kniha] (1–18). doi:10.1007/978-3-319-65241-2
- Sali, R., Roohafza, H., Sadeghi, M., Andalib, E., Shavandi, H., & Sarrafzadegan, N. (2013). Validation of the Revised Stressful Life Event Questionnaire Using a Hybrid Model of Genetic Algorithm and Artificial Neural Networks. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2013, 1–7. doi:10.1155/2013/601640
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117. doi:10.1002/da.20780
- Steil, R., Gutermann, J., Harrison, O., Starck, A., Schwartzkopff, L., Schouler-Ocak, M., & Stangier, U. (2019). Prevalence of prolonged grief disorder in a sample of female refugees. *BMC Psychiatry*, 19(1), 148. doi:10.1186/s12888-019-2136-1
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model Of Coping With Bereavement: Rationale And Description. *Death Studies*, 23(3), 197–224. doi:10.1080/074811899201046

- Stroebe, M. S. (1993). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega: Journal of Death and Dying, 26*(1), 1942. doi:10.2190/TB6U-4QQC-HR3M-V9FT
- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Sullivan, A. R., & Fenelon, A. (2013). Patterns of Widowhood Mortality. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69B*(1), 53–62. doi:10.1093/geronb/gbt079
- Svoboda, M. (Ed.). (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Ševčíková, M., Bartošková, M., Paštrnák, M., Věchetová, G., & Preiss, M. (2019). Truchlení: depresivní porucha, či evoluční výhoda? *Psychiatrie, 23*(2), 83–87.
- Špatenková, N. (2013). *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody* (2. vyd.). Praha: Grada.
- Špatenková, N. (Ed.). (2014). *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén.
- Špatenková, N., Dohnal, D., Dohnalová, S., Ivanová, K., Klen, Š., Možíšová, A., ... Veselý, P. (2017). *Krise a krizová intervence*. Praha: Grada.
- Štefan, J., & Hladík, J. (2012). *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada.
- Taber, K. S. (2017). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education, 48*(6), 1273–1296. doi:10.1007/s11165-016-9602-2
- Ústav zdravotnictví a statistiky ČR. (2019). *Zemřelí 2018*. Dostupné z <https://www.uzis.cz/res/f/008309/demozem2018.pdf>
- van der Zwaard, R., & Polak, M. A. (2001). Pseudohallucinations: A pseudoconcept? A review of the validity of the concept, related to associate symptomatology. *Comprehensive Psychiatry, 42*(1), 42–50. doi:10.1053/comp.2001.19752
- Vance, M. C., & Bui, E. (2018). Pharmacotherapy of Pathological Grief Responses. In Bui, E. (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction*, Current Clinical Psychiatry [E-kniha] (279–299). doi:10.1007/978-3-319-65241-2

- Wakefield, J. C. (2013). Is complicated/prolonged grief a disorder? Why the proposal to add a category of complicated grief disorder to the DSM-5 is conceptually and empirically unsound. In *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals* [E-kniha] (99–114). doi:10.4324/9780203105115
- Ward, L., Mathias, J. L., & Hitchings, S. E. (2007). Relationships between bereavement and cognitive functioning in older adults. *Gerontology, 53*(6), 362–372.
doi:10.1159/000104787
- Wearne, D., & Genetti, A. (2015). Pseudohallucinations versus hallucinations: wherein lies the difference? *Australasian Psychiatry, 23*(3), 254–257.
doi:10.1177/1039856215586150
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P. G. M., & Dijkstra, I. (2007). Patterns of Attachment and Parents' Adjustment to the Death of Their Child. *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*(4), 537–548.
doi:10.1016/j.socscimed.2010.06.047
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5. vyd.) [E-kniha]. doi:10.1891/9780826134752
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11. revize). Dostupné z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/>
- Wright, S. T., Kerr, C. W., Doroszczuk, N. M., Kuszczak, S. M., Hang, P. C., & Luczkiewicz, D. L. (2013). The Impact of Dreams of the Deceased on Bereavement. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 31*(2), 132–138. doi:10.1177/1049909113479201
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 8*(2), 67–74. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulka 1: Vybrané potenciálně rizikové faktory

Tabulka 2: Současná pojetí patologického průběhu procesu truchlení

Tabulka 3: Diagnostická senzitivita a specifická v závislosti na kritériích (N = 268)

Tabulka 4: Porovnání studií zaměřených na abnormální zármutek

Tabulka 5: Rozložení věku výzkumného souboru ve vztahu k české populaci

Tabulka 6: Podrobná charakteristika výzkumného souboru (N = 209)

Tabulka 7: Vybrané zkratky ukazatelů diskriminační schopnosti testu a jejich význam

Tabulka 8: Charakteristika vybraných ukazatelů kvality testu

Tabulka 9: Faktorové zátěže, komunalita a ukazatele vnitřní konzistence ICG (N = 209)

Tabulka 10: Faktorové zátěže, komunalita a ukazatele vnitřní konzistence TRIG (N = 209)

Tabulka 11: Diagnostická kritéria PPT a odpovídající položky v testu

Tabulka 12: Diagnostická kritéria PKPT (DSM-5) a odpovídající položky v testu

Tabulka 13: Diagnostická kritéria PPT (MKN-11) a odpovídající položky v testu

Tabulka 14: Senzitivita a specifická testu kritérií MKN-11

Tabulka 15: Fáze výzkumného projektu

Tabulka 16: Vybraní ukazatelé velikosti efektu a úrovně statistické významnosti

Tabulka 17: Výsledky Cochranova Q testu (N = 209) doplněné o kappa koeficienty

Tabulka 18: Doplnující údaje k přijaté hypotéze H2 (N = 209)

Tabulka 19: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H4 (KT)

Tabulka 20: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H5 (PPT)

Tabulka 21: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H6 (PKPT [DSM-5])

Tabulka 22: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H7 (PPT [MKN-11])

Tabulka 23: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H8 (KT)

Tabulka 24: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H9 (PPT)

Tabulka 25: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H10 (PKPT [DSM-5])

Tabulka 26: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H11 (PPT [MKN-11])

Tabulka 27: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H12 (KT)

Tabulka 28: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H13 (PPT)

Tabulka 29: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H14 (PKPT [DSM-5])

Tabulka 30: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H15 (PPT [MKN-11])

Tabulka 31: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H16 (KT)

Tabulka 32: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H17 (PPT)

Tabulka 33: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H18 (PKPT [DSM-5])

Tabulka 34: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H19 (PPT [MKN-11])

Tabulka 35: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H20 (KT)

Tabulka 36: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H21 (PPT)

Tabulka 37: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H22 (PKPT [DSM-5])

Tabulka 38: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H23 (PPT [MKN-11])

Tabulka 39: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H24 (KT)

Tabulka 40: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H25 (PPT)

Tabulka 41: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H26 (PKPT [DSM-5])

Tabulka 42: Pozorované a očekávané četnosti u testované hypotézy H27 (PPT [MKN-11])

Tabulka 43: Přijaté a nepřijaté hypotézy

Graf 1: Sutinový graf vlastních čísel jednotlivých faktorů inventáře ICG

Graf 2: Sutinový graf vlastních čísel jednotlivých faktorů inventáře TRIG

Graf 3: ROC křivky porovnávající diskriminační schopnosti testu kritérií MKN-11 a ICG

Graf 4: Prevalence diagnostických jednotek ve výzkumném souboru (N = 209)

Graf 5: Průměrný skór TRIG (současné pocity) ve vztahu k odstupu od ztráty

Obrázek 1: Model pěti stadií zármutku

Obrázek 2: Duální model procesu truchlení

Obrázek 3: Model čtyř úkolů

Obrázek 4: Diagnostická kritéria navrhovaná pro DSM-5

Obrázek 5: Diagnostická kritéria navrhovaná pro MKN-11 a DSM-5

Obrázek 6: Diagnostická kritéria uvedená v DSM-5

Obrázek 7: Diagnostická kritéria uvedená v MKN-11

Obrázek 8: Porovnání diagnostických kritérií

Obrázek 9: Vennův diagram a správně zařazené případy (N = 1699)

Obrázek 10: Výňatek z průvodního dopisu

Seznam častých zkratek

KT – komplikované truchlení

PPT – porucha protrahovaného truchlení

PKPT (DSM-5) – perzistentní komplexní porucha truchlení vymezená v DSM-5

PPT (MKN-11) – porucha protrahovaného truchlení vymezená v MKN-11

MKN-11 – Mezinárodní klasifikace nemocí (11. revize)

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (5. revize)

ICG – Inventář komplikovaného truchlení

TRIG – Texaský revidovaný inventář truchlení

Přílohy magisterské diplomové práce

Příloha č. 1: Abstrakt magisterské diplomové práce (ČJ a AJ)

Příloha č. 2: Test kritérií PPT MKN-11

Příloha č. 1: Abstrakt magisterské diplomové práce (ČJ a AJ)

Abstrakt magisterské diplomové práce

Název práce: Výskyt komplikovaného a protrahovaného truchlení a s ním související rizikové skupiny pozůstalých v české populaci

Autor práce: Bc. Tomáš Bok

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Počet stran a znaků: 119; 191 114

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 127

Abstrakt:

Hlavním cílem předložené magisterské diplomové práce je zhodnocení výskytu a rizik spojených s některou formou abnormálního truchlení. Teoretická část je složena ze tří kapitol, v nichž je nastíněno nekomplikované truchlení, dosavadní výzkumná zjištění v kontextu rizikových faktorů a abnormální zármutek z pohledu některých autorů či klasifikačních systémů (DSM-5, MKN-11). Ve výzkumné části, která má kvantitativní charakter, jsou přiblíženy psychometrické vlastnosti zahraničních metod (ICG, TRIG) a nástrojů vlastní konstrukce, které se týkají různých pojetí nevyřešeného zármutku. Čtenář se v této části práce může zároveň dozvědět hodnoty prevalence každé nosologické jednotky pro českou populaci truchlících osob, faktory související s intenzitou zármutku a v neposlední řadě také rizikové činitele vztahující se k naplnění některé z diagnóz. Ze získaných výsledků vyplývají tyto hlavní závěry: je zapotřebí sjednotit diagnostická kritéria, zejména pro DSM-5 a MKN-11; ženy dosahují vyšší intenzity zármutku než muži, avšak abnormální projevy se u nich vyskytují v podobné míře; nejvýznamnější rizikový faktor související s rozvojem abnormálního zármutku představuje ztráta partnera.

Klíčová slova:

prevalence, rizikové faktory, komplikované truchlení, protrahované truchlení, DSM-5, MKN-11

Abstract of master thesis

Title: The Occurrence of Complicated and Prolonged Grief and Related Risk Groups of Bereaved Survivors within the Czech Population

Author: Bc. Tomáš Bok

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Number of pages and characters: 119; 191 114

Number of appendices: 2

Number of references: 127

Abstract:

The main objective of the submitted master thesis is an evaluation of occurrence and risks related to any form of abnormal grief. The theoretical part of this work consists of three chapters, where are outlined topics of uncomplicated grief, research findings in risk factors context, and abnormal grief from the perspective of some authors or classification systems (DSM-5, ICD-11). The research part, which has a quantitative character, is focused on psychometric properties of foreign methods (ICG, TRIG) and our methods. Those properties are focused on different conceptions of unsolved grief. The reader can also find prevalence value of each of nosological units for the Czech population of bereaved people, factors related to the intensity of grief and also risk factors associated with fulfilling some of the diagnosis. The main conclusions based on the obtained results are: it is necessary to unify the diagnostic criteria, especially for DSM-5 and ICD-11; women reach a higher intensity of grief than men, however, an appearance of abnormal grief symptoms is of the similar degree; the most significant risk factor related to abnormal grief is a loss of the partner.

Key words:

prevalence, risk factors, complicated grief, prolonged grief, DSM-5, ICD-11

Příloha č. 2: Test kritérií PPT MKN-11

Test kritérií PPT MKN-11

Instrukce:

Tento dotazník obsahuje 20 položek zaměřených na Vaše pocity, myšlenky a projevy chování související s úmrtím blízké osoby. Během vyplňování dotazníku si pozorně přečtete každou z položek a upřímně odpovězte, zda se daná otázka shoduje s Vaší zkušeností (**ANO**), či nikoliv (**NE**). Pokud možno žádnou z otázek nevynechávejte. V případě, že se nedokážete pro jednu z nabízených odpovědí rozhodnout, pokuste se přiklonit k té odpovědi, která Vaši situaci více vystihuje. Všechny Vámi uvedené informace jsou důvěrné.

Značení odpovědí v dotazníku:

Zvolenou odpověď označte následovně:

Pokud označíte obě pole, to správné zakroužkujte:

Základní údaje:

| | | |
|---|---|--|
| Datum: | _____ | |
| Věk: | _____ | |
| Pohlaví: | <input type="checkbox"/> Muž | <input type="checkbox"/> Žena |
| Nejvyšší dosažené vzdělání: | <input type="checkbox"/> ZŠ | <input type="checkbox"/> SŠ s maturitou |
| | <input type="checkbox"/> SŠ bez maturity | <input type="checkbox"/> VŠ |
| Náboženské vyznání: | <input type="checkbox"/> Ano, jsem praktikující (<i>např. křesťan</i>): _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Ne, nepraktikuji žádné náboženství | |
| Od úmrtí blízké osoby uplynulo (<i>počet měsíců</i>): | _____ | |
| Vztah k zemřelé osobě (<i>např. moje matka</i>): | _____ | |
| Kvalita tohoto vztahu: | <input type="checkbox"/> Velmi špatný | <input type="checkbox"/> Dobrý |
| | <input type="checkbox"/> Špatný | <input type="checkbox"/> Velmi dobrý |
| | <input type="checkbox"/> Neutrální | <input type="checkbox"/> Ambivalentní (<i>protichůdný</i>) |

Vyhodnocení dotazníku:

| | |
|--------------------------|-------|
| Hrubý skór: | _____ |
| Poznámky administrátora: | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte, dle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, se zpracováním osobních údajů. Zpracování osobních údajů se řídí principem anonymity, tzn. po vyplnění dotazníku nebude možné účastníka výzkumu identifikovat. Všechny uvedené údaje jsou poskytovány dobrovolně. Účastník výzkumu má plné právo vyjádřit svůj nesouhlas s účastí ve výzkumu tím, že dotazník nevyplní.

Označte odpověď ano, pokud se u vás obvykle vyskytují pocity, myšlenky nebo projevy chování popsané v níže uvedených otázkách.

| | Ano | Ne |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 Přetrvává u vás touha po zemřelé osobě? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Zabýváte se ve svých myšlenkách neustále zemřelou osobou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Objevuje se u vás intenzivně některý z níže uvedených pocitů?

| | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 Smutek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Provinilost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Hněv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Obviňování | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5 Bolest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.6 Zoufalství | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4 Jsou pro vás myšlenky na to, že jste navždy ztratil/a zemřelou osobu, nepřijatelné? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Je pro vás obtížné přijmout ztrátu zemřelé osoby? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Máte pocit, že jste se ztrátou zemřelé osoby ztratil/a i část sebe sama? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Dokážete mít od ztráty zemřelé osoby dobrou náladu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Vnímáte se od ztráty zemřelé osoby citově otupělý/á? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Zapojujete se od ztráty zemřelé osoby obtížně do společenských nebo volnočasových aktivit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Narušuje u vás truchlení některou z následujících oblastí života?

| | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.1 Osobní | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.2 Rodinná | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.3 Přátelství | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.4 Péče o domácnost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.5 Zaměstnání nebo škola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.6 Zájmy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |