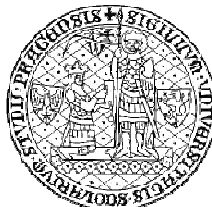


Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Katedra psychologie



RIGORÓZNÍ PRÁCE

Mgr. Zora Světlíková

Prožívání ztráty dítěte

Experiencing loss of child

Praha 2013

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, PhD.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem ženám, které se mnou sdílely svůj příběh. Paní Martině Hráské děkuji za to, že mi s nimi zprostředkovala kontakt. Za vstřícné a trpělivé vedení této práce děkuji paní doktorce Kataríně Lonekové. Za podporu a pomoc děkuji především Pavlovi, mamince, Katce, Milošovi a Maruše.

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně, že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30. 8. 2013

.....
Mgr. Zora Světlíková

Abstrakt

Rigorózní práce „Prožívání ztráty dítěte“ se zabývá psychologickými aspekty adaptace na ztrátu dítěte. Jejím hlavním cílem je zmapovat podpůrné aspekty, které této adaptaci napomáhají, a aspekty, které jí naopak komplikují. Dalším cílem je zjistit, jak tato ztráta ovlivňuje jedince i jeho další život a popsat samotný proces ztráty dítěte.

Teoretická část rigorózní práce se zaměřuje na téma ztráty blízké osoby a blíže popisuje specifika ztráty dítěte. Autorka pomocí dostupné literatury mapuje proces truchlení a jeho projevy. Vymezuje proměnné, které adaptaci na ztrátu dítěte ovlivňují, a zaměřuje se na souvislosti ztráty dítěte s komplikovaným truchlením. Zabývá se také dopady ztráty dítěte na jedince a případnými možnostmi intervence.

Empirická část zjišťuje podpůrné aspekty, které přispívají ke zvládnutí této ztráty, a aspekty, které jí naopak znesnadňují. Zároveň mapuje samotný proces ztráty dítěte a její dopady na další život jedince. Zaměřuje se také na potřeby pozůstalých rodičů.

Výzkumné šetření sestává z deseti individuálních hloubkových rozhovorů se ženami, které ztrátu dítěte prožily. Tyto rozhovory jsou podrobeny kvalitativní analýze metodou Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Výzkumnou sondu doplňuje Škála přístupu k zármutku (AAG), jež znázorňuje míru vyrovnanosti se ztrátou.

Na základě výsledků kvalitativního šetření jsme identifikovali čtyři hlavní podpůrné aspekty v adaptaci na ztrátu dítěte – sociální oporu, vlastní aktivitu, odbornou pomoc a víru. Hlavními znesnadňujícími aspekty se jevila být zejména absence sociální opory a přidružené sekundární krize. Dále jsme zjistili, že ztráta dítěte přinesla do života jedinců i některé pozitivní dopady, jako například obrat k pomoci druhým a změnu hodnotové orientace.

Klíčová slova:

ztráta dítěte, zármutek, trauma, vyrovnání se se ztrátou, komplikované truchlení

Abstract

The rigorous thesis „Experiencing loss of child“ deals with the psychological aspects of adaptation to the loss of a child. Its main objective is to analyse the supporting factors that help the adaptation and factors that make the process of adaptation more difficult. Furthermore, we intended to find out how such loss influences individuals and their subsequent life and to describe the process of the loss of a child as such.

The theoretical part of the thesis focuses on the issue of the loss of a close person and details the specifics of the loss of a child. Based on available literature the author explores the process of grieving and its manifestations and determines the variables that influence the adaptation to a child loss with a focus on the connection between the loss of a child and complicated grieving. She also evaluates the impact of the child loss on the individual and the potential for intervention in the process.

The empirical part determines both the factors that help to cope with such loss and factors that make the adaptation more complicated. It also describes how the loss influences the life of the individual and focuses on the needs of the bereaved parents.

The data gathering consisted of ten individual in–depth interviews with women which experienced the loss of a child. These interviews were then qualitatively analysed using the IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) method. The research probe is complemented by Adult Attitude to Grief Scale (AAG) which shows the degree of how well the loss was coped with.

Based on the results of the qualitative analysis we identified four main support aspects of adaptation to child loss – social support, individual activity, professional help and faith. The main factors complicating the adaptation are predominantly the absence of social support and associated secondary crises. Furthermore we found that the loss of a child brought some positive effects into the lives of the individuals as well, such as concentration on helping others and a change of values.

Keywords:

loss of a child, grief, trauma, coping with loss, complicated grief

OBSAH

I. ÚVOD	9
II. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Smrt	12
1.1 Pojetí smrti	12
1.2 Rituály	12
2. Ztráta	15
2.1 Definice ztráty	15
2.1.1 Ztráta jako krize	15
2.1.2 Trauma	18
2.1.3 Typy ztrát	20
2.2 Ztráta blízké osoby	21
2.2.1 Ztráta dítěte	24
2.2.1.1 Statistiky ČR	25
2.2.1.2 Povaha ztráty	27
2.2.1.2.1 Náhlá ztráta	28
2.2.1.2.1.1 Násilná smrt	29
2.2.1.2.1.2 Nezvěstné děti	30
2.2.1.2.1.3 Sebevražda	30
2.2.1.2.1.4 Sporná příčina smrti	32
2.2.1.2.2 Anticipovaná ztráta	32
2.3 Zármutek a truchlení	34
2.3.1 Teoretická východiska zármutku	35
2.3.2 Proces truchlení	37
2.3.3 Projevy zármutku	41
2.3.4 Normální a komplikované truchlení	42
2.3.5 Determinanty zármutku	45
2.3.5.1 Podpůrné faktory	50
2.3.5.2 Rizikové faktory	50
2.3.6 Specifika zármutku po ztrátě dítěte	52
2.3.7 Genderové rozdíly	55
2.3.8 Mýty o truchlení	56

2.3.9 Přístupy.....	57
2.4 Vyrovňávání se se ztrátou dítěte	61
2.4.1 Copingové strategie.....	61
2.4.2 Obranné mechanismy.....	64
2.5 Důsledky ztráty dítěte	65
3. Možnosti intervence	69
3.1 Druhy pomoci.....	69
3.1.1 Poradenství pro pozůstalé.....	69
3.1.2 Krizová intervence.....	71
3.1.3 Psychoterapie	72
3.1.4 Svépomocné skupiny.....	74
3.1.5 Medikace.....	75
3.2 Organizace v ČR.....	75
III. EMPIRICKÁ ČÁST	78
1. Cíle empirického šetření.....	79
2. Výzkumné otázky.....	80
3. Použité výzkumné metody.....	81
3.1 Individuální hloubkový rozhovor	81
3.2 Škála AAG.....	83
4. Postup a organizace sběru dat.....	84
5. Zpracování dat.....	86
5.1 Individuální hloubkový rozhovor	86
5.1.1 IPA analýza	86
5.2 Škála AAG.....	87
6. Výzkumný soubor	88
7. Kvalitativní analýza	93
7.1 Rozhovory	93
7.1.1 Výzkumná otázka č. 1	93
7.1.2 Výzkumná otázka č. 2	110
7.1.3 Výzkumná otázka č. 3	122
7.1.4 Výzkumná otázka č. 4	127
7.1.5 Shrnutí analýzy rozhovorů.....	131
7.2 Škála přístupu k zármutku AAG	137

8. Diskuse	145
8.1 Výzkumný soubor	145
8.2 Použité metody	146
8.3 Výsledky výzkumného šetření	147
8.4 Návrhy na další výzkumy	150
IV. ZÁVĚR	151
Seznam použité literatury	152
Přílohy	159
Seznam příloh	160

I. ÚVOD

Ztráta blízké osoby je považována za zátěžovou životní situaci, se kterou není snadné se vyrovnat. Ještě obtížnější však bývá adaptace na ztrátu dítěte, která v dnešní vyspělé společnosti nebývá očekávána – rodiče zdravých dětí předpokládají, že je jejich děti přežijí.

Dopady ztráty dítěte na jedince jsou významné. Pozůstalí rodiče běžně zakoušejí pocity ztráty smyslu života a často se u nich objevují myšlenky na sebevraždu. Zároveň můžeme u jedinců, kteří ztrátu dítěte prožili, pozorovat i dopady na interpersonální rovině. Úmrtí dítěte obvykle postihuje celý rodinný systém a dává vzniknout dalším, zejména partnerským, krizím.

Smrt obecně je v dnešní době tabuizovaným tématem. Okolí pozůstalého zpravidla neví, jak má reagovat, a tak raději nereaguje vůbec anebo reaguje nevhodným způsobem. Pozůstalý je tak pouze znovu zraňován a nucen brát na druhé ohledy, ačkoli by tomu mělo být naopak.

Cílem této práce je poskytnout základní přehled o tom, co pozůstalý rodič prožívá, a přispět k tomu, aby okolí jedinců vystavených jedné této ztrátě citlivěji vnímalo jejich potřeby.

Tato rigorózní práce je rozšířením autorčiny diplomové práce *Prožívání ztráty dítěte* (Světlíková, 2013), která byla na katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy úspěšně obhájena dne 21. května 2013.

Diplomová práce byla vytvořena pod laskavým vedením PhDr. Kataríny Lonekové, PhD. Rozšíření diplomové práce na práci rigorózní již nebylo s vedoucí práce konzultováno.

Pro rozšíření práce byla využita data, která v rámci diplomové práce zůstala nevyužita. Konkrétně je rigorózní práce doplněna o výzkumné otázky č. 2 a 4. K individuálním hloubkovým rozhovorům je jakožto doplňující metoda rovněž přiřazena Škála přístupu k zármutku AAG.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části pomocí dostupné literatury popisujeme problematiku ztráty blízké osoby, specifika ztráty dítěte a její dopady. Zabýváme se také tématem zármutku a adaptací na ztrátu dítěte. V závěru teoretické části se zaměřujeme na možnosti intervence u pozůstalých rodičů.

V empirické části se pomocí individuálních hloubkových rozhovorů snažíme zodpovědět otázku, jak mohou rodiče po ztrátě dítěte znovu žít normálním a šťastným životem. Naším cílem je zjistit, co jedinci po této ztrátě potřebují, co jim v procesu adaptace na ztrátu napomáhá a co jej naopak znesnadňuje. Dalším cílem je pak zmapovat samotný proces truchlení a dopady ztráty dítěte na další život jedince.

Tato práce může sloužit odborníkům, kteří se pozůstalým rodičům věnují. Je však určena i pro laickou veřejnost, která má pozůstalé rodiče ve svém okolí, či pro přímo těmto zarmouceným rodičům.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Smrt

1.1 Pojetí smrti

Z historického i kulturního hlediska byla smrt vždy něčím děsivým, nepochopitelným a zúzkostňujícím. Kübler-Rossová to vysvětluje tím, že „*pro naše podvědomí je nepochopitelná představa konce našeho pozemského života.*“ (Kübler-Rossová 1992, s. 2) Smrt druhých nám naši vlastní smrtelnost připomíná, a proto o ní raději nechceme slyšet.

Obecně se v současné době smrt stala pro společnost tabuizovaným tématem. Přispívá k tomu i fakt, že většina terminálně nemocných lidí je dnes v péči nemocnic, domovů důchodců nebo jiných institucí a zdraví lidé tak se smrtí téměř nepřicházejí do styku. Jak uvádí Haškovcová (2000), medicína dnes usiluje o záchranu každého života a ke smrti přistupuje jako k „prohře“. Samo umírání má dnes v mnoha směrech děsivější podobu než dříve. Je mnohem osamělejší, mechanické a odlidštěné (Kübler-Rossová, 1992). Zdá se zkrátka, že k čím větším pokrokům ve vědě dochází, tím více nás smrt děsí a o to více ji máme sklony popírat. Moderní člověk žije v přesvědčení, že se ho poslední věci života netýkají nebo že je na ně ještě dost času a automaticky předpokládá, že bude žít dlouho (Haškovcová, 2000).

Tato situace se však postupně mění. „*Za posledních patnáct let výrazně vzrostl zájem o témata umírání a smrti a vznikla thanatologie jako interdisciplinární vědní obor o smrti a souvisejících fenoménech.*“ (Kubíčková 2001, s. 11) Postupně je v České republice také vytvářena síť specializovaných zařízení – zejména hospiců, které výrazně přispívají k humanizaci smrti a k návratu umírajících zpět do rodinného prostředí.

1.2 Rituály

Prakticky ve všech kulturách byly vždy dodržovány specifické pohřební rituály a rituály truchlení, které přiznávaly truchlení charakter specifického období a dávaly průběhu zármutku jistý řád – stanovovaly relativně jasná pravidla kdy, kde a jak truchlit (Kubíčková, 2001). V dnešní post-křesťanské době tyto rituály procházejí značnou krizí a postupně se vytrácejí – ať už z důvodu pokroku doby, sekularizace či vývoje medicíny.

V kontextu péče o pozůstalé je dnes jedním z nejdůležitějších rituálů pohřeb (Špatenková, 2008), i ten však v moderní společnosti doznává krize. Mezi pozůstalými mnohdy panuje mýtus, že pohřeb jen znovu připomíná a oživuje tragédii (Špatenková, 2006) a tak raději volí možnost se jej neúčastnit.

Odborníci se však shodují na tom, že pohřeb má pro pozůstalé velký význam. Už pouhá příprava pohřbu pozůstalým zabraňuje ztrátě blízké osoby podlehnout. Samotný pohřeb je pak formálním rozloučením se zesnulým, které pozůstalým dává možnost setkat se a znovu se sjednotit se všemi příbuznými a přáteli, pro které byl zesnulý důležitý, a dát veřejně najevo, co pro ně znamenal (Kübler-Rossová, 2003).

Kubíčková (2001) definuje pohřeb jako přechodový rituál, při kterém truchlíci přecházejí z jedné fáze truchlení do druhé (z tzv. stadia konfuze do stadia exprese) a zároveň jsou jím veřejně uváděni do svého nového stavu. Zemřelý pak přechází z tělesného stavu „mrtvolý“ do duchovního stavu uctívaného předka (Baštecká, 2003).

Skrze veřejné sdílení žalu dochází při pohřbu také k přesunu systému sociální opory směrem k pozůstalým (Kubíčková, 2001) – ti nejenže při pohřbu silně zakoušejí, že nejsou ve svém zármutku sami, ale většinou je jim zde ze strany okolí nabídnuta i praktická pomoc.

Neúčast na pohřbu výrazně znesnadňuje přijetí reality smrti zesnulého i celý proces vyrovnávání se s touto ztrátou. S tím souvisí i možnost spatřit mrtvé tělo, která sice není pravidlem každého pohřbu, ale zejména u pozůstalých, jejichž blízký zemřel náhle, je považována za velice podstatnou prevenci výskytu patologických forem truchlení. U osob, které mrtvé tělo blízké osoby neviděli, konkrétně častěji dochází k popření ztráty.

Jak uvádí Baštecká (2003), další obřady související s úmrtím dnes zachovává především katolická církev. Jedná se zejména o zádušní mše a přímluvné modlitby za zemřelé.

Chození na hrob při svátku Památky zesnulých (Dušičkách) dodnes přetrvává i mezi nevěřícími lidmi.

Mezi další dnes téměř vymizelé rituály, které bychom zde rádi zmínili, patří bdění u mrtvého a nošení smutku.

Bdění u mrtvého dnes pro většinu pozůstalých není realizovatelné – tělo zesnulého již zkrátka nelze přechovávat doma až do pohřbu. Tento rituál však byl významný pro přijetí smrti jako běžné součásti života a umožňoval pozůstalým lépe se s úmrtím blízké osoby vyrovnat.

I od nošení smutku je dnes stále více upouštěno, ačkoliv jeho realizaci žádné praktické důvody nebrání. Tento rituál spočíval v odívání pozůstalých do černých, případně tmavě šedých barev a v neúčasti na některých aktivitách (např. oslavách), čímž pozůstalí neverbálně upozorňovali své okolí na nedávné úmrtí v rodině. Odpadl jim tak stres související s tím, zda a jak mají své okolí o úmrtí informovat. Také pracovní kolektiv mohl bez jakékoli informace pochopit a omluvit případnou nedostatečnou výkonnost jedince, která je pro pozůstalé (zejména v období krátce po pohřbu) charakteristická.

Jak uvádí Kubíčková (2001, s. 110): *„Obecně uznávané rituály truchlení scházejí a tak zůstává na individuálním posouzení a rozhodnutí jedince, zda a jakým způsobem bude truchlit.“*

2. Ztráta

2.1 Definice ztráty

Člověk se v životě setkává s řadou ztrát a téměř každá ztráta v něm vzbuzuje negativní pocity. Intenzita těchto pocitů se však může u jednotlivých osob a druhů ztráty výrazně lišit. Rozhodující význam pro prožívání události jako životní ztráty má emocionální vazba jedince ke ztracenému objektu (Taročková, 1992). Čím pevnější tato vazba je (tj. čím je ztracený objekt pro člověka významnější), tím je jeho reakce na ztrátu intenzivnější.

Ztrátu tedy lze definovat jako „náročnou životní situaci, která je charakterizována dlouhodobým, ale především ireverzibilním odloučením od významného objektu.“ (Špatenková 2011, s. 56)

Typickou reakcí na ztrátu je pak smutek (zármutek, truchlení). Jeho konkrétními projevy, stádii i determinujícími faktory se budeme podrobně zabývat v kapitole 2.3.

2.1.1 Ztráta jako krize

V psychosociální oblasti je krize nejčastěji definována jako důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami a v přijatelném čase zvládnout (Vymětal, 1995).

Mezi další definice krize můžeme zařadit následující:

- „Stav nebo situace (s jasným časovým omezením), kdy naše prostředky a možnosti nedostačují nastoleným požadavkům, věci se obrací nepředpokládaným směrem a náš plánovaný postup se dostává do závažného ohrožení.“ (Honzák a Novotná 1994, s. 12)
- „Hraniční situace (...), kdy není jasné, je-li vůbec v možnostech člověka danou situaci zvládnout.“ (Křivohlavý 1995, s. 98)
- „Subjektivně ohrožující situace s velkým dynamickým nábojem a potenciálem změny.“ (Vodáčková 2007, s. 28)
- „Emoční rozrušení, které je často doprovázeno pocity zmatku, úzkosti, deprese, hněvu a dezorganizace ve vztazích a v sociálním fungování.“ (Navrátil 2001, s. 114)

Ve většině případů bývá krize vyvolána stresovou či zátěžovou událostí, která může mít i podobu ztráty. Ztráta je pak (spolu se změnou a volbou) označována za jeden z vnějších precipitorů krize.

Ne každá ztráta však nutně krizi vyvolává. Reakce každého člověka na ztrátu je zcela individuální a vedle pevnosti vazby ke ztracenému objektu ji ovlivňuje celá řada faktorů, kterými se budeme zabývat později, v kapitole 2.3.5.

Gerald Caplan, jenž pojem krize zavedl, také jako první shrnul její průběh. Špatenková (2004) shrnuje jeho model krize následovně:

- 1. fáze** trvá krátce a je typická napětím a neklidem, které jsou způsobeny nedostačivostí obvyklých copingových (zvládacích) mechanismů jedince.
- 2. fáze** trvá hodiny až dny a je doprovázena již plně uvědomovaným napětím. Jedinec se domnívá, že není schopen situaci zvládnout (čímž dochází k dalšímu vzrůstu napětí) a snaží se stav řešit metodou náhodných pokusů.
- 3. fáze** trvá opět hodiny až dny. Dochází v ní ke zvýšení napětí, které má podobu úzkosti a nepohody. Jedinec již plně vnímá svou neschopnost řešení situace a pokouší se o hledání nových řešení – v této fázi je i nejlépe přípustný pomoci zvnějšku.
- 4. fáze** může trvat až týdny. Po dalším zvýšení napětí, které je již jedincem vnímáno jako nesnesitelné, dochází k vnitřnímu chaosu a dezorganizaci. V této fázi si už jedinec není schopen pomoci sám, ale je nutná intervence zvenčí.

Tento model znázorňuje fáze prohlubování krize. Pokud jedinec nedojde v dané fázi k řešení, vstupuje do fáze další. Lehká krize tedy může mít podobu jen pouhé první fáze.

Navzdory tomu, že krize vyvolává strach a úzkost, může se stát i katalyzátorem osobního rozvoje. Je-li životní krize adekvátně zpracována, může vést k růstu a expanzi ve vývoji osobnosti (Špatenková 2011).

Zdaleka ne vždy se tak však děje. Zejména při absenci potřebné pomoci v kritickém úseku krize si jedinec může osvojit neadekvátní a maladaptivní vzorce, které se později projeví omezenou schopností přiměřeně fungovat (Špatenková 2004).

Z hlediska závažnosti krize vytvořil zajímavý klasifikační systém Baldwin. Jednotlivé typy krize jsou v něm odstupňovány dle závažnosti i míry psychopatologie a zdroj stresu přechází od vnějšího k vnitřnímu. Jedná se o následující typy krizí:

1. **situační krize** jsou vyvolány především vnějšími spouštěči (tj. ztrátou, změnou, volbou);
2. **tranzitorní krize** vyplývají z očekávaných životních změn (např. sňatek, odchod do důchodu, narození dítěte);
3. **traumatické krize** bývají způsobeny silnými a neočekávanými vnějšími stresory (např. náhlá smrt blízké osoby, přírodní katastrofa);
4. **vývojové krize** vyplývají z psychodynamiky jedince a spočívají v nevyřešení základních vývojových úkolů (např. opakované vztahy s „nevhodnými“ partnery);
5. **psychopatologické krize** jsou spouštěny či zhoršovány psychopatologií (např. deprese);
6. **neodkladné psychické stavy** jsou akutní stavy, ve kterých klienti přestávají zodpovídat za své činy (např. akutní psychózy, intoxikace) (Špatenková 2004, s. 28-31).

Holmes a Rahe se pokusili sestavit inventář spouštěčů krize (viz tab. č. 1), dnes známý pod názvem Škála sociální readaptace. Právě z důvodu subjektivní povahy krize jej nelze brát doslovně, může nám však sloužit jako orientační norma míry rizikovitosti zátěžových situací.

Tato škála sestává z výčtu 43 různých náročných životních událostí. Každé z nich je zde přiřazen počet bodů – tzv. kvantifikovatelná váha (Lovasová, 2005). Cílem této škály je stanovení rizika vzniku psychosomatického onemocnění v důsledku stresu. Klient označuje ty události, se kterými se v určitém období (nejčastěji během posledního roku) setkal a podle výsledného skóre se pak na míru rizika onemocnění usuzuje.

Zatímco skóre do 150 bodů je považováno za relativně bezrizikové, při skóre nad 300 bodů může dojít k psychosomatickému onemocnění až u 80 % osob (Stibalová, 2011). Za hraniční hodnotu považují autoři skóre 250 bodů – to odpovídá míře zátěže, při níž se organismus člověka ocitá na pomezí vlastních rezerv (Vodáčková, 2007). Tuto souvislost mezi dosažením vysokého skóre a následným psychickým či fyzickým onemocněním již mnoho studií prokázalo (Stibalová, 2011).

Tabulka náročných životních situací			
Událost	Počet bodů		
1. Smrt životního partnera	100	23. Odchod syna/dcery z domova	29
2. Rozvod	73	24. Potíže se tchánem/tchýní	29
3. Rozchod s partnerem	65	25. Mimořádný osobní úspěch	28
4. Nucený pobyt (ve vězení, psychiatrické léčebně atd.)	63	26. Nástup/odchod manželského partnera do/z práce	26
5. Úmrtí člena rodiny	63	27. Vstup do školy nebo její ukončení	26
6. Vážný úraz nebo onemocnění	53	28. Zásadní změny v životních podmínkách	25
7. Svatba	50	29. Změna v osobních zvyklostech	24
8. Propuštění ze zaměstnání	47	30. Neshody s vedoucím	23
9. Usmíření s manželským partnerem	45	31. Zásadní změny pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
10. Odchod do důchodu	45	32. Změna bydliště	20
11. Závažná změna v rodině (chování v rodině, zdravotní stav atd.)	44	33. Přejít na jinou školu	20
12. Těhotenství	40	34. Zásadní změny způsobu, místa či délky rekreace	19
13. Sexuální problémy	39	35. Zásadní změny v církevních aktivitách	19
14. Příchod nového člena rodiny	39	36. Zásadní změny ve společenských aktivitách	18
15. Závažné změny v zaměstnání	39	37. Půjčka/hypotéka na menší investice	17
16. Závažné změny ve finanční situaci	38	38. Zásadní změna spánkových návyků	16
17. Smrt blízkého přítele	37	39. Zásadní změna v počtu rodinných setkání	15
18. Přejít na jiný druh práce	36	40. Zásadní změna ve stravovacích návycích	15
19. Změna počtu hádek s manželským partnerem	35	41. Dovolená	13
20. Větší zadlužení	31	42. Vánoce	12
21. Vypovězení půjčky nebo zabavení hypotéky	30	43. Menší přestupky zákona	11
22. Zásadní změny odpovědnosti v práci	29		

Tab. č. 1 (Zdroj: Stibalová 2011, s. 18)

Jak můžeme pozorovat, nejvíce bodovanými událostmi jsou zde právě ty, které mají charakter ztráty (ztráta blízké osoby, ztráta partnera způsobená rozchodem, ztráta svobody, zdraví, práce, atd.). Je tedy patrné, že ztráta v mnohých případech vyvolává vysokou úroveň stresu (Moody a Arcangel, 2011).

2.1.2 Trauma

Za podstatné považujeme také vymezení pojmu **trauma**, jenž s krizí i ztrátou úzce souvisí. Baštecká a Goldmann (2001, s. 275) trauma definují jako „reakci na situaci vzniklou v důsledku události, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost, má v sobě prvky nepředvídatelnosti i neovladatelnosti a vyvolala by pronikavý pocit tísně téměř v každém.“ Oproti Baldwinovi, který trauma řadí mezi krize, se Baštecká s Goldmannem (2001)

domnívají, že je trauma mnohdy chybně za krizi zaměňováno – zatímco krize je dle ní dána jedincem, trauma je určováno samotnou situací. Tento názor můžeme doplnit pohledem Špatenkové (2004), podle níž potenciální zdroj krize nespočívá v události samotné, ale v subjektivním hodnocení dané životní události a vlastních možností – laicky řečeno, krizí je dle ní taková situace, jakou jedinec za krizi považuje.

Jak uvádí Porterfieldová (1998), trauma může být způsobeno přítomností na místě tragédie, ale zrovna tak se může rozvinout i u osob, které u tragédie přítomny nebyly. Mezi **faktory**, jež mají na **vznik traumatu** vliv patří:

- závažnost traumatické události
- náhlost jejího vzniku
- její bezprostřední blízkost
- kontakt se smrtí (zvláště se zmrzačenými těly)
- samota
- délka trvání události
- významnost ztráty a míra smutku, který zanechala
- stupeň aktivity či pasivity postiženého během události

(Porterfieldová 1998, s. 52).

Z toho je patrné, že ztráta dítěte je sama o sobě událostí plně traumatickou. „*Nejsilnějším prediktorem závažnosti dopadu traumatu je jeho krutost – čím horší jsou podmínky, s nimiž se postižená osoba setká, tím horší jsou i následky.*“ (Kohoutek, 2009, s. 42) Jedná-li se o násilné úmrtí, je trauma o to silnější. Porterfieldová (1998) uvádí, že u pozůstalých po zavražděném se ve 25 až 71 procentech vyskytuje tzv. posttraumatická stresová porucha. V případech, kdy bylo zavražděno dítě nebo více osob, je její výskyt ještě vyšší.

Oblasti, jež trauma postihuje a jejich konkrétní projevy popisuje Porterfieldová (1998, s. 32) následovně:

- **biologické** (poruchy spánku, vysoká únavnost)
- **emoční** (emoční otupělost, potlačení emocí, pocity strachu, úzkosti, zlosti, hanby či smutku a viny, regrese, snížená frustrační tolerance)
- **psychické** (dezorientace, zmatenost, ztráta smyslu, neschopnost myslet na něco jiného než na trauma samotné, zhoršení krátkodobé paměti, vtíravé příznaky, noční můry)

- **behaviorální** (sebedestruktivita, závislosti, poruchy příjmu potravy)
- **sociální** (pasivita, izolace, nedůvěřivost, znovu–prožívání role oběti).

Jak Porterfieldová (1998, s. 31) píše: „*Trauma útočí na naše základní jistoty – kdo jsme, kdo jsou ostatní a jak funguje svět*“ – ten pro člověka v danou chvíli přestává být bezpečným místem.

Pokud je s traumatem správně pracováno, většinou časem samo odezní. U disponovaných osob však může do půl roku od stresové události vzniknout tzv. **posttraumatická stresová porucha** (Raboch, 2001) – dále jen PTSP. Porterfieldová (1998) uvádí, že nejnáchylnější k rozvoji PTSP jsou zejména jedinci, kteří při traumatu působili nezvykle klidným a vyrovnaným dojmem a krize je zdánlivě nezasáhla. Ti dle ní nadále své pocity potlačují, a proto nabývají rovnováhy jen velmi obtížně.

Posttraumatickou stresovou poruchu je možné – ba dokonce přímo nutné léčit. Nejefektivnější léčbou se ukázala být kombinace psychofarmak a psychoterapie.

2.1.3 Typy ztrát

Jak jsme již výše zmínili, jednotlivé ztráty se od sebe mohou podstatně lišit, a to nejen v síle emocionální vazby ke ztracenému objektu, ale i typem.

Z různých typologií ztrát jsme se rozhodli uvést následující:

Taročková (1992, s. 235) dělí ztráty na:

- **aktuální** (náhlé) a **anticipované** (očekávané)
- **vnější** (např. vyhoření domu) a **vnitřní** (např. ztráta důvěry)
- **uvědomované** a **neuvědomované** (nezpracované)
- **časově přiměřené** (např. ztráta rodiče) a **časově nepřiměřené** (např. ztráta dítěte).

Mitchell a Anderson (1983) rozlišují následující aspekty ztráty:

- **materiální** (ztráta materiálního objektu nebo prostředí)
- **vztahové** – ty lze dále dělit na ztráty
 - **částečné** (např. omezení intenzity vztahu po přestěhování) nebo **úplné** (např. ovdovění)
 - **dočasné** (např. hospitalizace blízké osoby) nebo **trvalé** (např. úmrtí blízké osoby)
- **intrapsychické** (např. ztráta naděje, svobody, ideálů)

- **funkcionální** (např. ztráta pohyblivosti, soběstačnosti)
- **rolové** (např. ztráta zaměstnání, odchod do důchodu, sňatek, rozvod)
- **systemové** (např. odchod dospělých dětí z rodiny, ztráta některého člena rodiny, úmrtí ředitele firmy, apod.).

Dále je možné dělit ztráty na **fyzické** (hmatatelné) a **psychosociální** (symbolické – např. ztráta vztahu). Oba tyto typy se vyskytují velmi často současně – pokud byl ztracený objekt fyzické povahy a jedinec k němu měl vytvořený emocionální vztah.

Posledním dělením, které zmíníme, je dělení na ztráty **primární** a **sekundární**. Ztrátami primárními jsou míněny ztráty objektů samotných, zatímco sekundární ztráty vznikají důsledkem primárních ztrát – například při rozchodu s partnerem může být sekundární ztrátou ztráta společných přátel.

2.2 Ztráta blízké osoby

Smrt blízké osoby je obecně považována za nejtěžší ztrátu, se kterou se člověk může v životě setkat. Jak píše Říčan (2006, s. 263): *„Čím více máme někoho rádi, tím více se také bojíme, že ho ztratíme; a tím větší je naše ztráta, jestliže dotyčný skutečně zemře.“* Dodává k tomu, že smrt blízké osoby může být pro člověka větším trápením než smrt vlastní. Tomu nasvědčuje i tabulka náročných životních událostí Holmesa a Raheho (viz tab. č. 1), podle níž smrt milovaného člověka vyvolává nejvyšší možnou úroveň stresu. Vlastní závažné onemocnění nebo úraz je zde až na šestém místě s téměř polovičním počtem bodů.

Pokusíme-li se vymezit ztrátu blízké osoby podle typologie ztrát z předchozí kapitoly, dle Mitchella a Andersona (1983) ji lze definovat jako:

- **úplnou a trvalou vztahovou** ztrátu
- **ztrátu materiální (fyzickou)** – pozůstalý již nemůže dotyčného například obejmout
- **ztrátu psychosociální** – ztrátu vztahu
- **ztrátu rolovou** – pozůstalý ztrácí svou roli vůči zesnulému (např. roli partnera)
- **ztrátu systemovou** – ztráta se projeví i v celém systému, zejména v rodině.

Dále s sebou ztráta blízké osoby nese:

- **ztráty sekundární** – např. ztrátu opory, kterou pozůstalý v zesnulém měl
- **ztráty intrapsychické** – např. ztrátu naděje.

Podle Baldwinovy typologie krizí (viz s. 16) je možné ztrátu blízké osoby označit za traumatickou i za situační krizi. Zdá se, že traumatické ztrátě v jeho pojetí odpovídá spíše náhlá ztráta blízké osoby.

I přes toto dělení je však třeba mít stále na paměti, že reakce na ztrátu je záležitostí individuální, stejně jako reakce na zátěžovou situaci obecně. Pro někoho tedy může být anticipovaná ztráta blízké osoby větším traumatem, než pro jiného ztráta náhlá.

Obecně je u většiny lidí intenzita reakce na ztrátu blízké osoby velmi vysoká. Jak uvádí Bowlby (1998, s. 7–8): „*Pro truchlící neexistuje nic jiného, co by jim přineslo skutečnou útěchu, než je navrácení ztracené osoby.*“

Dle Špatenkové (2008; 2011) představuje ztráta blízké osoby výrazný zásah do sebepojetí pozůstalých, jejich identity i pocitu vlastní integrity. Narušuje také jejich vztahy s okolím a přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa – pozůstalí mají mnohdy pocit, že se jejich svět zhroutil a jejich život ztratil smysl.

Pozůstalí zakoušejí silné emoce. Špatenková mezi ně řadí hluboký zármutek, pocity opuštění, zoufalství a bezmoc.

Podrobnější přehled emocí vyskytujících se u jedinců po ztrátě blízké osoby se pokusili shrnout Moody a Arcangelová (2011, s. 56–77) následovně:

- **smutek (až deprese)**

Smutek (žal, zármutek) je snad nejvíce typickou reakcí na ztrátu. Jeho základem je hluboká touha mít milovaného člověka zase zpátky. Pocity deprese jsou při truchlení také běžné – dochází k nim zejména při oživení vzpomínek na zesnulého. Deprese po ztrátě se však liší od deprese klinické – při truchlení je deprese méně intenzivní, postupně slábne a trvá kratší dobu.

- **hněv**

Hněv bývá zpravidla vyvolán nezvratností ztráty blízké osoby, jež pozůstalí zakoušejí jako nespravedlivou. Může být ale nasměrován i na zesnulého (za to, že je opustil), na sebe sama (kvůli tomu, že neudělali pro zesnulého více, apod.) nebo například na lékaře

(za to, že blízkého nezachránili). Není-li cíl hněvu pro pozůstalé přijatelný, může dojít k přenesení hněvu na okolí. Bez ohledu na příčinu je vždy zapotřebí hněv ventilovat.

- **úzkost** (až stavy **paniky**)

Úzkost může být doprovázena záchvaty paniky. K těm může dojít zejména tehdy, je-li žal potlačován. Nejsou-li léčeny, mohou vyústit až v panickou poruchu. Mezi hlavní symptomy záchvatů paniky řadí Americká psychiatrická asociace tlak na prsou, pocity dušení, slabost, strach (ze smrti, šílenství), pocity derealizace, palpitaci, návaly horka (případně zimy), nauzeu, závrať, pocení, chvění a třes.

- **opuštěnost**

Pozůstalí často zakoušejí ztrátu blízké osoby jako opuštění. Zároveň se u nich mohou objevovat tendence vyhýbat se kontaktu s okolím, které mohou vést až k izolaci pozůstalého – v takovém případě dosahují pocity osamění ještě větší intenzity.

- **strach**

Pozůstalí mají obvykle po ztrátě strach, který může mít nejrůznější důvody – např. strach ze zapomnění tváře či hlasu zesnulého, společných vzpomínek, apod.

- **pocity viny**

Pozůstalí mohou ve smrti blízké osoby spatřovat vlastní selhání – řada z nich pociťuje vinu jen za to, že oni sami nadále žijí. Často také hledají, co mohli udělat jinak. S těmito pocity se pojí i výčitky svědomí a hněv na sebe sama. Mohou mít i pocity viny za to, že se po smrti baví a netruchlí. Pokud pozůstalý prožívá vinu vůči zesnulému ještě z období před jeho ztrátou, jsou tyto pocity o to intenzivnější.

- **závist**

Závist pozůstalí prožívají zejména vůči takovým jedincům, kteří nadále zakoušejí vztah podobný tomu, který měli oni k zesnulému.

- **frustrace**

Mikšík (2007) definuje frustraci jako zmaření možnosti realizovat aktualizovanou tendenci v daném směru totálním blokováním cesty. Mezi čtyři základní druhy reakcí na frustraci řadí **agresi** (vedle hněvu se může jednat i o projekci), **únik** (k němu řadí i racionalizaci, popření a snění), **regresi** (případně transgresi či sublimaci) a **depresi**.

Mezi dalšími pocity uvádějí Moody s Arcangelovou (2011) **zklamání, hanbu, lítost**, ale i **lásku, úlevu a rezignaci** (pojící se s **beznadějí a bezmocností**) či **smíření**. Kubíčková (2001) zmiňuje také **touhu** nalézt zesnulou osobu, **radost a smích** jakožto paradoxní reakci na ztrátu, za kterou se pozůstali obvykle stydí, nebo i **vysvobození** (např. pokud zesnulý blízké psychicky nebo fyzicky týral).

DiGiulio a Kranzová (1997) navíc uvádějí pocit **studu** (nejčastěji za to, že jsou kvůli ztrátě blízké osoby jiní než ostatní). Upozorňují ale i na to, že všechny z těchto pocitů jsou normální a většinu z nich zakouší každý, kdo smrti blízké osoby čelí.

2.2.1 Ztráta dítěte

Součástí oné výzvy, jakou pro nás život představuje, bude vždy i to, čemu říkám větrné bouře – větší i menší. Ze zkušenosti víme, že všechny vichřice se nakonec přeženou, že po každém dešti znovu zazáří slunce a že po každé zimě – i po té nejstudenější – vždycky nadejde jaro. Po ztrátě dítěte je neskonale těžké takovýmto myšlenkám uvěřit.
(Kübler–Rossová 2003, s. 35)

Bezesporu každá smrt, i očekávaná smrt starého člověka, vzbuzuje v okolí zesnulého úzkost. Zatímco však smrt starého člověka je svým způsobem přirozená a nevyhnutelná, smrt dítěte je událostí zcela nepřirozenou a tragickou.

V dobách minulých byla ztráta dítěte o mnoho častější a v jistém smyslu i přirozenější. Jak uvádí Říčan (2006), ještě před sto lety pohřbila většina žen alespoň jedno ze svých dětí – z toho důvodu byly tehdy děti raného věku zřejmě méně milovány, neboť se jevíly jako málo spolehlivá investice.

Oproti tomu v dnešní době je dětská úmrtnost výrazně nižší; většina narozených dětí se dožívá vysokého věku a rodiče si tak možnost jejich smrti téměř nepřipouštějí.

Tento posun můžeme pozorovat na grafu č. 1 v následující kapitole.

Ze všech typů ztráty blízké osoby je ztráta dítěte považována za tu nejnáročnější – tedy za tu, se kterou je nejtěžší se vypořádat.

Elliot Luby pronesl dnes již známý citát: *Když umírají rodiče, ztrácíme svou minulost; když umírá dítě, ztrácíme svou budoucnost.* Špatenková (2006) jej doplňuje tím, že pro zarmoucené rodiče je typický pocit náhlé ztráty „všeho“ – své minulosti,

současnosti i budoucnosti. Kübler–Rossová (2003, s. 157) v jedné ze svých knih píše: *„Po smrti dítěte se rodičům zdá, jako by svět zůstal stát, a pokud se okolo nich něco děje, jich se to netýká.“*

Ztráta dítěte však není bolestná jen sama o sobě, jakožto ztráta primární, ale nese s sebou také těžce prožívané sekundární ztráty, jako je například ztráta role rodiče, kterou plně pociťují rodiče, kteří přišli o jediného potomka.

Všechny charakteristiky, které jsme uvedli u ztráty blízké osoby, platí i u ztráty dítěte. Přesto se však tato ztráta od obvyklých reakcí na ztrátu blízké osoby v mnoha ohledech liší (Špatenková 2006). Na rozdíl od ztráty blízké osoby je ztráta dítěte vždy ztrátou časově nepřiměřenou – téměř u všech rodičů panuje předpoklad, že je jejich děti přežijí. Také intenzita emocí je při ztrátě dítěte zpravidla vyšší, stejně jako jsou výraznější i ostatní reakce. Pozůstalí rodiče mají většinou po ztrátě strach z dezintegrace vlastní osobnosti (mají pocit, že se snad „zblázní“). Zároveň se u nich častěji vyskytuje pocit závidi vůči „šťastným“ rodičům – jak uvádí Moody a Arcangelová (2011), někteří rodiče se od objektu závidi odvrací, aby unikli bolesti, zatímco jiní se místům, kde se rodiče s dětmi shromažďují, rovnou vyhýbají. Po určitém čase se závidi obvykle vytrácí.

Z těchto důvodů se můžeme – byť jen na hypotetické rovině – domnívat, že pokud by Holmes a Rahe do svého seznamu náročných životních událostí zařadili také ztrátu dítěte, byla by ještě na vyšší příčce, než je ztráta partnera, s hodnocením vyšším než 100 bodů. Domníváme se tedy, že jde o nejhorší možnou ztrátu, která obecně vyvolává nejvyšší možnou úroveň stresu.

2.2.1.1 Statistiky ČR

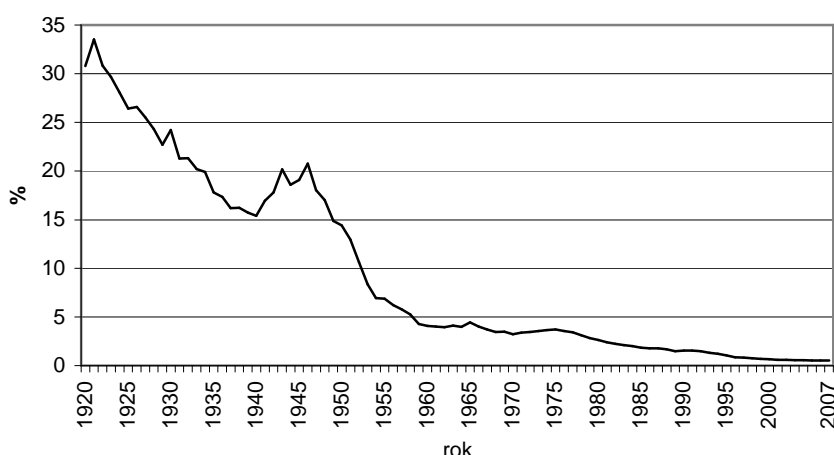
V České republice v dnešní době ročně umírá kolem 800 dětí a mladistvých ve věku do 24 let (ČSÚ, 2012). V tabulce č. 2 uvádíme přesné počty úmrtí u jednotlivých věkových skupin za posledních pět let. Záměrně uvádíme pouze ty věkové skupiny, se kterými pracujeme v empirické části (tj. 1–24 let).

Tabulka počtu úmrtí podle věkových skupin za posledních 5 let						
rok	věk					celkem
	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	
2007	83	45	73	252	423	876
2008	71	41	71	255	385	823
2009	76	50	72	210	389	797
2010	88	47	60	209	382	786
2011	77	41	54	210	381	763
průměr 2007-2011	79	45	66	227	392	809

Tab. č. 2 (zdroj: ČSÚ, 2012)

Úmrtnost je vyšší u dětí do 1 roku, v následujících letech pak klesá – její nejnižší hodnoty se objevují u věkové kategorie 5–9 let (viz tab. č. 2). Poté následuje další vzrůst úmrtnosti, který se zastavuje mezi 20. a 35. rokem života.

Na grafu č. 1 můžeme sledovat celkový pokles úmrtnosti od r. 1920 do r. 2007.



Graf č. 1 Podíl zemřelých ve věku 0-14 roků na zemřelých celkem (zdroj: ČSÚ, 2008a)

Z dat publikovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR je patrné, že ve věkové skupině do 1 roku převažují úmrtí zapříčiněná vrozenými vadami nebo nemocemi vzniklými v perinatálním období. S přibývajícím věkem pak roste i procento vnějších příčin smrti. Ve věkové skupině 15–24 let tvoří vnější příčiny smrti 72 % všech úmrtí mužů a polovinu všech úmrtí žen; ve věku 20–29 let počet úmrtí mužů více než trojnásobně převyšuje počet zemřelých žen, a to zejména z toho důvodu, že muži v tomto věkovém rozmezí častěji umírají na vnější příčiny, jako jsou dopravní nehody, sebevraždy, apod. (ÚZIS ČR, 2012). Počty zemřelých ve věku 0–14 let v souvislosti s příčinami úmrtí v letech 1994–2007 můžeme sledovat v tabulkách č. 3, 4 a 5 (tabulky pro vyšší věk nejsou dostupné).

	podíl v %														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Vnitřní	94,2	73,2	69,1	59,4	56,4	61,6	55,7	54,8	59,1	53,9	58,2	57,4	57,0	56,1	48,2
Vnější	5,8	26,8	30,9	40,6	43,6	38,4	44,3	45,2	40,9	46,1	41,8	42,6	43,0	43,9	51,8

Tab. č. 3 Zemřelí podle vnitřních a vnějších příčin a věku - úhrn za roky 1994-2007 (zdroj: ČSÚ, 2008b)

Věk	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	771	705	523	504	444	389	356	344	368	346	339	324	333	339
1 - 4	146	118	107	98	76	64	56	70	70	62	59	49	52	54
5 - 9	78	80	79	77	64	66	55	40	45	42	39	33	43	31
10 - 14	84	95	68	63	71	64	66	58	50	56	54	68	37	36

Tab. č. 4 Zemřelí z vnitřní příčiny úmrtí podle věku (zdroj: ČSÚ, 2008b)

Věk	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	76	35	24	27	28	24	17	16	17	19	27	23	19	21
1 - 4	90	58	56	61	32	33	43	21	30	27	17	20	24	29
5 - 9	80	81	55	46	44	51	46	36	37	25	23	24	21	14
10 - 14	89	56	54	67	59	57	62	47	41	46	34	39	30	37

Tab. č. 5 Zemřelí na vnější příčiny úmrtí podle věku (zdroj: ČSÚ, 2008b)

Dle McLarenové (2007) umírá v každé věkové kategorii relativně více chlapců než dívek a většina úmrtí, ke kterým během prvního roku života dítěte dochází, má příčinu v prenatálním nebo perinatálním období. K úmrtí dle autorky dochází u jedinců ve věku do 24 let většinou náhle – mezi tři **nejčastější příčiny úmrtí** v tomto věkovém období řadí McLarenová (2007):

1. úrazy způsobené **vnějšími faktory** (zejména dopravní nehody) – 44 %
2. veškeré formy **malignit** (zhoubných nádorů) – 13 %
3. **onemocnění nervové soustavy** – 9 %.

2.2.1.2 Povaha ztráty

Reakci na ztrátu dítěte ovlivňuje zejména fakt, zda se jedná o ztrátu náhlou či anticipovanou. V této kapitole se podrobně zaměříme na oba tyto druhy ztrát.

Přestože do této kategorie spadají také potraty a úmrtí dospělých dětí, vzhledem k možnostem této práce se jimi zabývat nebudeme. Zaměříme se zejména na ztrátu dětí ve věkovém rozmezí 1–24 let, které odpovídá kritériím stanoveným pro empirickou část.

2.2.1.2.1 Náhlá ztráta

Náhlá je ta ztráta, kterou pozůstalí neočekávají a tudíž ani nemají možnost se na ni připravit. Zpravidla se jedná o tragickou smrt, která může mít podobu **nehody, náhlého kolapsu, vraždy** nebo **sebevraždy**. Špaňhelová (2009) do této kategorie řadí také úmrtí po krátké nemoci, zatímco Kübler-Rossová (2003) zmiňuje i náhlé úmrtí dlouhodobě nemocného pacienta. Hranice mezi náhlou a anticipovanou ztrátou není v literatuře přímo definována.

Reakce na náhlou ztrátu jsou podobné jako u anticipované ztráty, truchlení však v těchto případech nabývá vyšší intenzity a často je i delšího trvání – rodiče po takové ztrátě někdy potřebují celá dlouhá léta na to, aby se se svým zármutkem vyrovnali (Kübler-Rossová, 1994). Dle Handsleyho (2001) může náhlá ztráta výrazně narušit rodinnou rovnováhu.

Jedním z důvodů je také absence podpůrného systému, který u rodičů terminálně nemocných dětí vzniká v průběhu léčby a tvoří jej například lékařský tým, přátelé, sousedi, a podobně (Kübler-Rossová, 2003). V momentě úmrtí pak rodiče dlouhodobě nemocných dětí (na rozdíl od těch, jejichž dítě zemřelo náhle) vědí, na koho se mohou obrátit.

Mezi prvotní reakce na náhlou ztrátu patří **šok, zoufalství, beznaděj, neschopnost uvěřit skutečnosti** a **hněv** (Špaňhelová, 2009). Často se objevují také **pocity viny** a **výčitky** – zejména u úmrtí vzniklých nehodou, kde si rodiče vyčítají například to, že svému dítěti dovolili jít s kamarády jezdit na kole, atd. Později vedle **smutku** a **žalu** zakoušejí také pocity **prázdnoty** a **ztráty smyslu života**. Stejně tak ale velmi těžce prožívají, že neměli možnost se s dítětem rozloučit a sdělit mu, jak moc ho mají rádi, nebo se mu i případně za něco omluvit. Jak uvádí Kübler-Rossová (2003, s. 58): *„Nebyla jim dopřána výsada času, který působí jako lék a připravuje na blížící se ztrátu.“* Nezbyvá jim tedy nic jiného, než truchlit až po úmrtí dítěte.

Pomoci jim může ventilace zármutku a bolesti. Kübler-Rossová (2003) se domnívá, že pro ně může být velmi očistné se ze své bolesti vykřičet, a to nejlépe v nějakém bezpečném prostředí.

Náhlá ztráta bývá často příčinou komplikovaných forem truchlení. Především se v těchto případech objevuje obranný mechanismus popření. Všemi formami komplikovaného truchlení se budeme podrobně zabývat v kapitole 2.3.4.

Vedle tragického rozměru s sebou ale náhlá ztráta nese i určitá „požehnání“ – „nejsou s ní spojeny úzkosti a utrpení dlouhé a bolestivé léčby, ani obavy o to, jak čas nemoci prožívají zdraví sourozenci“ (Kübler-Rossová 2003, s. 59).

Mezi dopady na pozůstalé můžeme u jednotlivých typů náhlého úmrtí spatřovat významné rozdíly. Proto se v rámci této kapitoly podrobněji zaměříme na násilnou smrt, sebevraždu a spornou příčinu smrti, jež mají zcela specifický charakter. V závěru kapitoly pak stručně popíšeme téma traumatu, které s náhlou ztrátou velice často souvisí.

2.2.1.2.1.1 Násilná smrt

Násilná smrt se okolnostmi výrazně liší od všech ostatních typů náhlé ztráty (Moody a Arcangelová, 2011). Rodiče zavražděných dětí se s úmrtím dítěte vyrovnávají ještě obtížněji než ti, jejichž dítě náhle zemřelo například na následky nehody.

Kübler-Rossová (2003) uvádí, že většina z těchto rodičů nejprve (tedy ještě před tím, než jsou seznámeni s realitou ztráty) pociťuje vůči dítěti **hněv** za to, že nepřišlo domů včas a že se neozývá. Tento hněv postupně přechází v **nejistotu** a **úzkost**, je-li dítě v pořádku. Zároveň zažívají i **pocity viny** a **výčitky** za to, že se na dítě ještě před chvílí zlobili. Poté začínají po dítěti pátrat a kontaktují policii. V tuto chvíli pro ně mohou být velkou pomocí kamarádi dítěte, kteří ví mnohdy nejlépe, kde dítě trávil volný čas. Velkou přítěží bývají naopak policejní výslechy, jež pro pozůstalé mohou představovat až sekundární traumatizaci. Během čekání na výsledky policejního pátrání zakoušejí rodiče **zoufalství**, **bezmoc**, **netrpělivost** i **naději**. Po nalezení mrtvého těla pak prožívají naprosté **zoufalství** a zborcení všech nadějí. Vedle toho ale mohou pociťovat také mírnou **úlevu** z ukončení sžírající nejistoty – a to zejména v těch případech, kdy pátrání trvalo dlouho. Zejména matky pak určitou dobu nedokážou vstupovat do venkovního světa, kterému najednou nerozumí – připadá jim krutý a chladný. Vůči okolí pociťují **vztek** za to, že řeší nepodstatné věci (těmi se po takto významné ztrátě jeví být téměř cokoliv), a tak zůstávají v určité **izolaci**. U pozůstalých rodičů je také silnou emocí **touha pomstít se** zločinci, který smrt dítěte způsobil.

Schiffová (1978) se domnívá, že většina z těchto rodičů tráví celé roky hledáním odpovědi na otázku *proč?* (Proč muselo zemřít právě jejich dítě? A proč zrovna takovýmto způsobem?) Někteří z nich mohou najít částečnou útěchu ve víře v posmrtný život, opětovné shledání se zesnulým dítětem i potrestání pachatele.

Prokazatelně častěji se po násilné smrti dítěte u rodičů objevuje obranný mechanismus *popření*. Právě v těchto případech je velmi důležité, aby rodičům byla poskytnuta možnost spatřit mrtvé tělo, což k přijetí reality významně přispívá. Pokud rodiče tuto možnost nemají nebo ji odmítnou, mohou v částečném popření zůstat až desítky let – například u nich může přetrvávat víra, že vrah ve své choré mysli něco spletl a jejich dítě stále někde žije – a to i v případech, kdy vrah dítě přesně popíše (Kübler-Rossová, 2003).

2.2.1.2.1.2 Nezvěstné děti

„Pro rodiče je nepředstavitelná tragédie zjistit, že jejich dítě zmizelo a oni nevědí nic o tom, kde právě je, a jen trnou hrůzou.“ (Kübler-Rossová 2003, s. 108) V České republice se takových dětí ročně pohřešují tisíce a desítky z nich zůstávají nezvěstné i nadále.

Případy, kdy se rodiče nikdy nedozví, co se s jejich dítětem vlastně stalo, jsou pro rodiče snad ještě horší, než ty, kdy je jim oznámeno, že jejich dítě bylo zavražděno. Mohou sice stále doufat, že dítě pořád žije, ale stejně tak je nadále šírají i hrůzostrašné myšlenky na to, co vše se mu mohlo stát – anebo může dít doteď. Jsou tedy odsouzeni k tomu žít po zbytek života v čekání, strachu a mučivé nejistotě.

I tyto případy většinou vedou k patologickým formám truchlení. Stejně jako u násilné smrti dochází velice často k popření (zejména proto, že neměli možnost spatřit mrtvé tělo) – a to i v těch případech, kdy se nenajde tělo dítěte, ale najdou se jiné důkazy o tom, že dítě bylo zavražděno.

2.2.1.2.1.3 Sebevražda

Sebevražda je velkým společenským problémem dnešní doby, ke kterému dochází stále častěji – podle statistik za posledních pětadvaceti let stoupl počet sebevražd na celém světě o 60 procent (Kübler-Rossová, 2003; Moody a Arcangelová, 2011). Jak uvádí Drtílková (2001), v České republice v současné době umírá na následky sebevraždy asi 60–70 dětí a adolescentů ročně, z toho asi 5 do věku 14 let, a počet nedokonaných sebevražedných pokusů je ještě mnohonásobně vyšší. Rizikovým obdobím je převážně věk 15–19 let (Študent a Žukov, 2001).

U starších dětí a adolescentů je dokonané suicidium druhou nejčastější příčinou smrti (hned po dopravních úrazech) a sebevražednost se v tomto věku, na rozdíl

od dospělých, v průběhu posledních let stále zvyšuje (Drtílková, 2001). Jako nejčastější způsob provedení suicidia bývá u chlapců udávána strangulace¹ a skok z výšky, zatímco u dívek je nejběžnější požití medikamentů (Drtílková, 2001).

Jak píše Špatenková (2011, s. 142): „*Důvodů, proč děti a dospívající představují z hlediska suicidální profylaxe rizikovou skupinu, je hned několik. Dospívající jsou velmi zranitelní, zvýšeně senzitivní, citově labilní, mají sníženou odolnost vůči zátěži a nedisponují dostatečným repertoárem strategií řešení náročných životních situací. Přitom je strach ze smrti na prahu dospělosti ze všech životních období nejmenší, dospívající jsou jakýmsi zvláštním způsobem otázkami kolem umírání a smrti fascinováni.*“

Frankel a Kranzová (1998) považují za prvotní **příčiny** sebevraždy u dětí z nefunkčních rodin fyzické i psychické **týrání** a pohlavní **zneužívání**, zatímco u dětí z funkčních rodin jsou dle nich motivy sebevraždy velmi často záhadou. Koutek a Kocourková (2007) uvádějí, že nejčastěji zjištěným motivem sebevraždy je **duševní onemocnění** – především **deprese**. Často se však dozvíme pouze jednu příčinu z kombinace více faktorů, která mohla být pro zesnulého pouhou „poslední kapkou“. Frankel a Kranzová (1998) se domnívají, že nejčastějším spouštěčem sebevraždy u adolescentů bývá nějaký typ **ztráty** nebo **neúspěchu** (např. rozvod rodičů, rozchod, přestěhování, neúspěch ve sportu, zklamání v oblasti, kde jedinec pociťoval vysoké naděje, atp.).

Varovným signálem suicidálního jednání může být pro okolí jedince také tzv. **sebevražedná triáda adolescenta**, která zahrnuje:

- negativní pohled na sebe sama
- negativní pohled na události kolem
- negativní výhled do budoucna

(Špatenková, 2011).

Právě rodiče dobrovolně zesnulých dětí zřejmě nejvíce trpí **pocitů viny**. Je pro ně téměř nemožné nemyslet na to, co mohli udělat jinak, jak mohli neštěstí předejít. V nešťastném činu svého potomka často vnímají naznačené nepřátelství a lhostejnost (Culley a Bond, 2008), a tak cítí vedle **hanby** a **žalu** někdy i **vztek** za to, že jejich dítě zvolilo takto nespravedlivý způsob odchodu.

¹ *Strangulace* je smrt v důsledku uzavření dýchacích cest působením vnějšího násilí na oblast krku. V případě sebevraždy se jedná převážně o smrt oběšením.

Jak jsme zmínili v první kapitole, již samotné téma smrti (a zejména smrti dítěte) je ve dnešní společnosti velkým tabu. Sebevražda dítěte je pak ještě tabuizovanějším tématem než ztráta dítěte obecně. Druzí často nevědí, co rodičům říci, a tak raději neříkají nic. To vede pozůstalé rodiče k úvahám, zda jim okolí nepřisuzuje za smrt potomka vinu (Schiffová, 1978). K tomu přispívá i dodnes panující mýtus, že děti, jež páchají sebevraždu, nutně musí pocházet z nefunkčních rodin. Přestože dysfunkčnost rodiny skutečně jistým rizikovým faktorem výskytu sebevraždy je, dnes již víme, že zdaleka ne vždy se v těchto případech o děti z nefunkčních rodin skutečně jedná. Podlehne-li okolí tomuto mýtu, zakoušejí rodiče vedle pocitů viny a **samoty** také **ostrakismus**² (Schiffová, 1978).

Výsledkem pak mnohdy je, že se okolí těmto rodičům vyhýbá – ať už proto, že neví, co by jim mělo říci, nebo proto, že rodiče ze smrti jejich dítěte viní. To může u těchto rodičů vést až k **absenci sociální opory, izolaci** a pocitům **stigmatizace**. Tím u nich dochází i k posílení pochybností ohledně toho, zda byli opravdu dostatečně dobrými rodiči.

2.2.1.2.1.4 Sporná příčina smrti

Jak uvádí Kübler-Rossová (2003), za mnoha „nehodami“ se ve skutečnosti skrývají sebevraždy nebo vraždy. Rodiče takto zesnulých dětí však velmi často cítí, že vše pravděpodobně bylo úplně jinak. Otázky typu, zda si jejich dítě vzalo život úmyslně nebo šlo o nešťastnou náhodu, je tak mohou trápit do konce života.

Mohou ale také tušit věci, které nikdo slyšet nechce – například mohou mít podezření, že došlo k pochybení lékařů, kteří pak záměrně uvedli jinou příčinu smrti – v takových případech je velice obtížné domoci se práva a dozvědět se o smrti svého dítěte pravdu (Kübler-Rossová, 2003).

2.2.1.2.2 Anticipovaná ztráta

Ačkoliv jsou pocity rodičů po očekávané ztrátě dítěte velmi podobné pocitům, jež zakoušejí rodiče, kteří přišli o potomka náhle, má tento typ ztráty jistá specifika.

Na jedné straně mají tito rodiče více času se na nadcházející ztrátu psychicky připravit. Po vyřčení diagnózy obvykle truchlí nejprve nad ztrátou zdraví svého dítěte

² *Ostrakismem* rozumíme postoj vyjadřující lhostejnost, přehlížení jiné osoby či skupiny osob.

(McLarenová, 2007) a po tomto prvotním šoku pak postupně oplakávají nadcházející ztrátu potomka i všechny sekundární ztráty, které s ní souvisejí – tedy i vše, co již nikdy nenastane (Kübler-Rossová, 2003). Mohou se hněvat a smlouvat s Bohem, zkoušet další možnosti léčby a podobně. Především ale mají možnost věnovat umírajícímu potomkovi maximum svého času.

Díky vysoké péči, kterou dítěti v průběhu nemoci poskytují, zakoušejí tito rodiče po smrti svého dítěte menší pocity viny než rodiče po náhlé ztrátě dítěte – dalším důvodem tohoto jevu je také fakt, že rodiče nemocných dětí nad postupující nemocí jasněji spatřují neschopnost vlastní kontroly (Schiffová, 1978), a tak si realitu tolik nevyčítají. Rodiče po náhlé ztrátě mají větší sklony se ze smrti potomka vinit – velmi časté jsou u nich například myšlenky na to, co mohli udělat jinak, aby dítě nezemřelo.

Dalším významným rozdílem je, že tito rodiče mají prostor se se svým dítětem rozloučit a říci mu vše, co potřebují a co cítí, že by před svým odchodem mělo vědět. Někteří z nich pak ještě před jeho úmrtím docházejí k jakémusi vnitřnímu klidu a smíření.

Poté, co dlouhou dobu přihlíželi obrovskému utrpení svého dítěte, mohou v momentě úmrtí paradoxně prožívat i určitou úlevu (Schiffová, 1978) – ta však bývá zpravidla doprovázena pocity viny (McLarenová, 2007).

Zdaleka ne vždy však k tomuto smíření dochází. Řada rodičů očekávanou ztrátu dítěte vůbec není schopna akceptovat.

Pokud rodiče ještě před smrtí dítěte otevřeně prožijí tento přípravný zármutek, pociťují žal po smrti dítěte obvykle s menší intenzitou a bývá pro ně snadnější jej překonat. Proto je v těchto případech průběh truchlení většinou mírnější, stejně jako je nižší výskyt komplikovaných forem truchlení.

Na druhou stranu je pro tyto rodiče velice náročné sledovat, jak jejich dítě během léčby trpí. Protože mu od bolesti nemohou nijak pomoci, pociťují často obrovskou bezmoc. Ptají se po smyslu utrpení svého dítěte, který mnohdy hledají i v různých náboženských naukách. *„Neustálá nejistota ,kdy a jak to trápení skončí‘, po níž následuje vina, že si takové otázky vůbec připouštějí, (...) – i kvůli tomu může být anticipovaný zármutek velmi tíživý a bolestný.“* (Kubíčková 2001, s. 31)

Dalším významným zdrojem úzkosti je pro ně učinění rozhodnutí, kdy už je zapotřebí ukončit všechny zákroky, jež uměle prodlužují život dítěte, a nechat jej dožít.

Smrtelná nemoc dále obvykle zcela narušuje běžný chod rodiny – a to i tehdy, je-li její průběh krátký. Aby se rodiče mohli péči o nemocné dítě plně věnovat, musí většinou alespoň jeden z nich zanechat své práce. A vzhledem k tomu, že ani u krátké nemoci nelze dobu úmrtí nijak předvídat, žijí tito rodiče často v další nejistotě ohledně finanční situace. Péče o dítě je pro ně místy natolik náročná, že se po jeho úmrtí cítí být na pokraji fyzických sil (Moody a Arcangelová, 2011). Řada z nich zůstává po smrti dítěte nadále bez práce a prázdnota, která po odchodu dítěte vznikla, na ně tím pádem doléhá o to více (McLarenová, 2007).

Jak jsme již uvedli výše, na rozdíl od rodičů, jejichž dítě zemřelo náhle, mají rodiče terminálně nemocných dětí tu výhodu, že kolem sebe mají z období léčby vybudovaný podpůrný systém v podobě lékařů, rodičů jiných umírajících dětí z nemocnice a podobně. Po úmrtí dítěte pak ale o pravidelný kontakt s těmito lidmi přicházejí, což je pro ně další významnou ztrátou.

Doprovázení umírajícího dítěte je také velkou zkouškou manželského vztahu. Zpravidla dochází buď k významnému posílení manželství anebo k jeho rozpadu, který bohužel vůbec není výjimkou.

2.3 Zármutek a truchlení

Pod pojmem *zármutek* rozumíme žal, smutek nebo hoře. Často je zármutek také zaměňován za pojem *truchlení*. Podle Baštecké (2005) je zármutek přirozený prožitek vyrovnávání se se ztrátou. Jedná se o instinktivní reakci, jejíž trvání je dlouhodobé a doprovází ji řada pocitů (Moody a Arcangelová, 2011). Truchlení je spíše osvojeným společenským chováním, kterým jedinec navenek vyjadřuje zármutek nad ztrátou blízkého člověka nebo jinou důležitou ztrátou. (Baštecká, 2005; Moody a Arcangelová, 2011). Přesto se s pojmem truchlení v literatuře často setkáváme ve významu zármutku. V této práci zachováme tyto pojmy tak, jak byly uvedeny v původním zdroji – pojem truchlení tedy budeme používat i ve smyslu zármutku.

Jak píše Steinová (1983, cit. podle DiGiulio a Kranzová, 1997, s. 77-78): „*Truchlit neznamena jen cítit smutek. Je to specifický psychologický proces, během něhož lidské bytosti nabývají schopnosti oprostít se od některých pocitů, které vložili do člověka, jenž už neexistuje, a přenést svou lásku na živé lidi. Truchlení je náročná citová práce. Znamená to, že se soustředíme na své vzpomínky a necháme se dojímat pocity, které s sebou přinášejí.*“

Přestože se s úmrtím blízké osoby vyrovnává každý jinak, byly vyzvedávány určité charakteristiky zármutku, které jsou u většiny jedinců shodné. V této kapitole se jimi budeme zabývat podrobněji – popíšeme hlavní psychologicky orientované teorie truchlení i jednotlivá stádia zármutku a jeho determinanty. Zaměříme se na rozdíly mezi normálním a komplikovaným truchlením i na rozdíly mezi truchlením mužů a žen. Uvedeme také specifika zármutku po ztrátě dítěte i jednotlivé přístupy v práci se zármutkem.

2.3.1 Teoretická východiska zármutku

Jak uvádí Silvermanová (2007), během dvacátého století vznikla řada psychologických teorií truchlení. Cílem jejich autorů bylo vymezit hranice mezi truchlením a duševní nemocí a vytvořit účinné strategie pomoci truchlícím (Kubíčková, 2001).

Z historického hlediska bylo truchlení považováno za nemoc. Obecně se předpokládalo, že pokud by truchlení probíhalo správným způsobem, žádné symptomy by se nevyskytovaly (Silvermanová, 2007). Až **Sigmund Freud** ve své eseji *Truchlení a melancholie* z roku 1917 popsal rozdíl mezi „normálním“ truchlením a depresí (v jeho podání tzv. melancholií). Přestože se truchlení depresi podobá (u obou z nich je přítomen pláč, poruchy spánku, nezájem o okolí, stažení se ze sociálních kontaktů, apod.), Freud mezi nimi spatřoval zásadní rozdíl – a to konkrétně v tom, že při truchlení, na rozdíl od deprese, pozůstalý nemá pocit ztráty sebedůvěry a sebeúcty (Špatenková, 2006). *„Melancholik nám ukazuje ještě jednu věc, která při truchlení odpadá – mimořádné snížení svého jáského citu, ohromné ochuzení Já. Při truchlení se svět stal chudý a prázdný, při melancholii se takovým stalo Já samo.“* (Freud, 1971, s. 282) Freud argumentoval také tím, že okolí ani odborníci se nesnaží klienta truchlení zbavit, jako je tomu u nemoci. *„Spoléháme, že po určité době bude [truchlení] překonáno, a nějaké jeho rušení pokládáme za neúčelné, ba dokonce za škodlivé.“* (Freud, 1971, s. 280)

„Práce truchlení“ je podle Freuda založena na tzv. vyzvedávání vzpomínek. *„Při každé jednotlivé vzpomínce a při každé situaci budící očekávání, v nichž se libido ukazuje vázáno na ztracený objekt, vynáší realita svůj verdikt, že objekt už neexistuje, a Já, postavené jakoby před otázkou, zda chce tento osud sdílet, se nechává úhrnem narcistických ukojení čerpaných z toho, že je naživu, přimět, aby svou vazbu*

na zničený objekt uvolnilo.“ (Freud, 1971, s. 290) Proběhla-li práce smutku a libidozní energie investovaná do vztahu k blízké, nyní zesnulé osobě, byla stažena a zaměřena jinam, je dle Freuda truchlení u konce (Kubíčková, 2001).

Většina psychologických teorií truchlení právě z této Freudovy práce vychází.

Další průlomovou prací byla *Symptomatologie a zvládání akutního zármutku*³ **Erika Lindemanna** z roku 1944, v níž autor provedl analýzu chování pozůstalých osob a definoval tzv. **syndrom ztráty**. Ten se rozvíjí bezprostředně po ztrátě blízké osoby a jsou pro něj typické následující příznaky:

- **tělesné napětí** – pocit staženého hrdla, dušnost, dechová nedostatečnost, vzdychání, nedostatek svalové síly, duševní bolest
 - **pocity viny** ve vztahu k zemřelému nebo k příčinám jeho smrti
 - **nepřátelské reakce** – sklon reagovat podrážděně a zlostně
 - **pocity neskutečnosti** – pocity, že se ztráta ve skutečnosti nestala
 - **ztráta modelů chování** – pocity bezúčelnosti spolu s neschopností fungovat tak jako před ztrátou
 - **zabývání se představami o zemřelém**
 - **v chování pozůstalého se nově objevují rysy zesnulého**
- (Lindemann, 1944).

Tato Lindemannova práce byla převratná také tím, že v ní poukázal na stav somatického diskomfortu u truchlících (Kubíčková, 2001).

Geoffrey Gorer ve své práci *Smrt, zármutek a truchlení v současné Británii*⁴ roku 1965 upozornil na to, že rituály, jež se s truchlením donedávna pojily a jež usnadňovaly lidem po ztrátě milované osoby zármutek vyjádřit, postupně (spolu s náboženskou vírou) vymizely (Silvermanová, 2007).

Dle Bradburyové (1999) ztrácí jedinec smrtí blízké osoby především část sebe, své staré „self“, a proto se cítí sám, i když se o svou bolest má s kým podělit.

Současný pohled na truchlení zdůrazňuje dle Quinnové (2007) různorodost individuálních reakcí. Mnozí odborníci kritizují klasifikace truchlení, protože pozůstalí mohou koncept fází vnímat jako něco, čím zákonitě musí projít a fakt, že by v danou chvíli měli být v určité fázi, kterou ale ve skutečnosti neprožívají, je pro ně zpravidla pouze dalším stresujícím prvkem (Špatenková, 2011). Tito kritici se domnívají,

³ Z angl. *Symptomatology and Management of Acute Grief*.

⁴ Z angl. *Death, Grief, and Mourning in Contemporary Britain*.

že zármutek je u každého člověka zcela jedinečný a podle toho by k němu mělo být přistupováno – měl by být navrácen do běžného života.

2.3.2 Proces truchlení

Zármutek může být spojen s celou řadou různých reakcí, které se individuálně liší, a to jak svojí povahou, tak délkou trvání (Lovasová, 2005). Přesto byly identifikovány určité typy reakcí na ztrátu, které jsou společné většině truchlících. Cílem jejich tvorby bylo identifikovat, co může jedinec po ztrátě prožívat (Kübler-Rossová, 2007).

Mezi typické zármutkové reakce, které se objevují hned po ztrátě, patří **šok**. Ten je zpravidla spojován s **odmítáním uvěřit realitě**. Pozůstalí mohou mít pocit, že je vše jen zlým snem, ze kterého se brzy probudí. Zároveň jsou obvykle sklíčení, otupělí a neschopní truchlit. Stejně tak se u nich často vyskytuje i pocit jisté oddělenosti od reálného života – nejsou schopni se na nic soustředit a jediné na co myslí, je to, že jejich blízký zemřel.

Poté si začínají postupně **uvědomovat význam ztráty**. Proto je další reakce zpravidla spjata se **silnými emocemi**. Pozůstalí plně pociťují hloubku a dosah své ztráty a prožívají intenzivní truchlení (Kubíčková, 2001). V této fázi zažívají zejména zoufalství, smutek, pocity ztráty smyslu a pocity viny.

Schiffová (1978) uvádí, že až s prožitím této bolesti nastupuje samotné **uzdravování**. Většina autorů se shoduje na tom, že je velmi důležité dát prostor svým emocím a žal skutečně „odtruchlit“. Potlačování emocí podle nich vede k patologickým formám truchlení – těmi se budeme podrobně zabývat v kapitole 2.3.4.

Významným mezníkem v celém procesu truchlení je **pohřeb**. Jak jsme již zmínili v kapitole 1.2, pohřeb představuje přechod z fáze konfuze do fáze exprese a právě během něj začíná intenzivní truchlení. To je dáno také tím, že dny mezi úmrtím a pohřbem bývají poměrně rušné. Teprve poté, co skončí stres ze zařizování pohřbu, zpravidla padá na pozůstalé samota a opravdový žal (Kübler-Rossová, 2003). Účast na pohřbu zároveň významně napomáhá k přijetí reality. Dle Kubíčkové (2001) by se pohřeb neměl konat dříve než tři dny po úmrtí, protože v té době jsou pozůstalí ještě ve fázi šoku, zároveň by však neměl být odkládán déle než osm dní od úmrtí.

Obzvláště náročné bývají pro pozůstalé zvláštní příležitosti, jako je například první výročí úmrtí nebo narozeniny zesnulého, Vánoce, a další události, které pro ně byly ve vztahu k zesnulému významné. V prvních letech po ztrátě je pozůstalí zažívají

velice intenzivně a i po několika letech, kdy už se cítí být se ztrátou vyrovnáni, mnohdy pociťují v tyto dny silný stesk a návrat zármutku.

Také délka truchlení je individuální. Většina autorů se shoduje na tom, že pro to, aby se pozůstalí dokázali se smrtí blízkého člověka vyrovnat, musí prožít celý proces truchlení (Špatenková, 2011). Vymětal (1994) se navíc domnívá, že je potřeba, aby pozůstalí ztrátu přijali, smířili se s ní a s ohledem na ni dále žili a plánovali svůj život. „*Jistou známkou, že je pozůstalý, na dobré cestě je to, že vzpomínky na zemřelého mu už nepůsobí takovou bolest.*“ (Špatenková, 2008, s. 56). Moody a Arcangelová (2011) nazývají konec truchlení „uzavřením“ – přirovnávají jej k uzavření rány v lékařství. Mají za to, že pozůstalí zažívají nesčetná uzavření s každou sekundární ztrátou zvláště. Ale jak uvádí Špatenková, můžeme se setkat i s názorem, že truchlení nemusí skončit vůbec – zvláště jednalo-li se o mimořádně blízkého člověka, nemusí k akceptaci ztráty dojít nikdy. Jak píše Kubíčková (2001, s. 250): „*Někteří pozůstalí nechtějí a nemohou svůj zármutek ukončit a rozvíjejí se u nich fenomény komplikovaného truchlení.*“

Ohledně členění procesu truchlení na jednotlivé fáze panuje v odborné literatuře nejednotnost. Různí autoři mluví o různém počtu fází i různých známkách ukončení truchlení. Obecně ale můžeme v dělení truchlení na jednotlivá stádia pozorovat rozšířenou představu, že normální truchlení má svůj začátek i konec (Špatenková, 2011).

Snad nejznámější periodizací reakcí na ztrátu jsou stadia smutku (umírání) **Kübler-Rossové**, která je roku 1969 předložila ve své knize *O smrti a umírání*⁵. Později se tato její teorie stala mezinárodně uznávaným modelem reakcí na ztrátu. Kübler-Rossová byla přesvědčena, že těmito pěti stádii prochází člověk v případě diagnózy smrtelného onemocnění či v případě ztráty blízké osoby. Popsala tato stadia:

1. **popírání/šok** – jedinci v prvním stadiu zakoušejí zborcení všech životních nadějí, které je doprovázeno obranným mechanismem popření
2. **hněv/agrese** – v druhé fázi pociťují pozůstalí zároveň vztek a depresi, místy i závist (v takových případech se ptají „*Proč zrovna já a ne on?*“)
3. **smlouvání** – v tomto stadiu jedinci (potenciální pozůstalí i samotní umírající) často smlouvají s Bohem o prodloužení života výměnou za změnu životního stylu nebo hledají alternativní možnosti léčby
4. **deprese** – v tomto stadiu jedinec rezignovaně přijímá skutečnost; u umírajících osob nebo jejich příbuzných nastupuje truchlení

⁵ Z angl. *On Death and Dying*.

5. **akceptace** – jedinec se začíná s realitou vyrovnávat a nově pociťuje psychickou úlevu.

Ne každý jedinec prochází všemi těmito stádii, ani jimi nemusí procházet v předepsaném pořadí (Kübler-Rossová, 2007). Zároveň to, že projde jedním stadiem, neznamená, že už se do něj nemůže vrátit.

Lindemann identifikoval tyto tři hlavní úkoly „práce se zármutkem“:

1. **emancipaci od vazeb na zemřelého**
2. **přizpůsobení se prostředí**, ve kterém zesnulý schází
3. **vytváření nových vztahů**
(Lindemann, 1944).

Konec zármutku Lindemann považoval za ukončení vztahu k zemřelému (Silvermanová, 2007).

John Bowlby zkoumal proces truchlení u rodičů smrtelně nemocných dětí a definoval následujících **pět fází**, které zažívá člověk **při anticipované ztrátě** blízké osoby:

1. **fáze ochromení** je mnohdy přerušovaná výbuchy hněvu
2. **fáze nedůvěry (neochoty uvěřit)** – je opět fází popření, kdy pozůstalí nevěří správnosti diagnózy či prognóze
3. **fáze pokusů zvrátit konečnost ztráty** – pozůstalí v této fázi například dokazují lékařům, že se mýlí
4. **fáze dezorganizace** – v ní dochází k uvědomění reality – jedinec propadá zoufalství a začíná truchlit
5. **fáze reorganizace** je fází následného přebudování a smířením se s realitou (Bowlby 1998, s. 115).

Špatenková (2008; Kubíčková, 2001) definuje tato tři stádia reakce na ztrátu, kterými dle jejího názoru procházejí téměř všichni pozůstalí:

1. **stadium konfuze**

První stadium je krátkým obdobím otřesu, šoku a popírání reality. Truchlící nejsou schopni přijmout projevy soustrasti, chovají se neobvykle klidně a neadekvátně dané situaci a zpravidla mají tendence vyhýbat se pojmenování reality.

2. **stadium exprese**

V okamžiku, kdy jsou schopni realitu nazvat pravým jménem, přecházejí do druhého stadia. To může nastat během pohřbu nebo

těsně po něm, ale také později. Zejména po náhlé ztrátě trvá přechod do druhé fáze delší dobu.

V tomto stadiu pociťují pozůstalí intenzivní zármutek a snaží se najít odpověď na otázku „Proč?“ Velmi důležitá je pro ně v tomto období kondolence. Většinou rádi mluví o zesnulém, ale při necitlivém jednání okolí se mohou stáhnout a truchlit sami v izolaci. Stejně tak přehodnocují svůj vztah k zesnulému a perou se s pocity viny, lítosti i hněvem. Někdy pociťují i rozčarování, že „život plyne dál, jako by se nic nestalo“. Tato fáze trvá většinou rok nebo více. Někdy se do tohoto stadia po čase vrací – zejména při zvláštních událostech, jakou je například výročí smrti, jak jsme již zmiňovali.

3. **stadium akceptace**

V poslední fázi dochází k uzdravování a k pomalému návratu do „normálního“ fungování. Pozůstalí se smiřují s realitou ztráty a učí se ji přijímat. Postupně si budují novou identitu, která není na zemřelém závislá. Zároveň jsou nově schopni citové investice do nových vztahů, aniž by pociťovali výčitky vůči zesnulému. O něm si vytvářejí reálný obraz a jsou schopni na něj vzpomínat bez výrazných emočních projevů. Celá fáze může trvat měsíce i roky. Vstup do ní si pozůstalí musí sami vědomě zvolit. Pokud do této fáze nedospějí, dochází u nich k rozvoji patologických reakcí na ztrátu.

Důvodem kritiky těchto teorií bylo to, že nepředpokládají aktivitu jedince – ten je v jejich pojetí pasivní a není s to zármutek ovlivnit (s výjimkou těch teorií, kde se jedinec musí pro přechod do posledního stádia vědomě rozhodnout); a právě v tom se odlišuje **Wordenův úkolový model**, jenž aktivitu pozůstalých naopak zdůrazňuje a dává truchlícím naději, že zármutek je možné ovlivnit – dává jim důvod být aktivní (Špatenková, 2011). Jak uvádějí Moody a Arcangelová (2011), zatímco teorie Kübler-Rossové je založena na emocích, Wordenův přístup je kognitivní. Vyžaduje splnění následujících čtyř úkolů:

1. **přijmout realitu ztráty** a pochopit, že smrt je trvalá a nezvratná
2. **prožít zármutek** a zvládnout citovou bolest, kterou s sebou přináší
3. **přizpůsobit se světu, ve kterém zemřelý schází**, což často vyžaduje přeskupení sociální sítě a zájmů
4. **citově se od zemřelého odpoutat** a investovat city do jiného vztahu (Worden, 2009).

Wordenova formulace čtvrtého úkolu se poměrně rychle stala terčem kritiky. Bylo mu vytýkáno, že jeho model platí spíše pro ovdovělé jedince než pro rodiče po ztrátě dítěte, kteří často zkrátka nejsou schopni své zesnulé dítě citově „nahradit někým jiným“ a zapomenout na něj. Proto Worden tento úkol přeformuloval do podoby „emocionálně se od zemřelého odpoutat a naučit se bez něho žít“ (Kubíčková, 2001). Gilbert (1996) hovoří v této souvislosti o reinvestici citů v rámci rodiny.

2.3.3 Projevy zármutku

Rozsah reakcí na úmrtí blízké osoby je značně široký. Dle Špatenkové (2006) je zármutek komplexní psychologickou, sociální a somatickou reakcí na ztrátu a mohou se u něj objevit zejména tyto projevy:

- **záplava** různorodých **emocí** – nejčastěji se jedná o smutek, obavy, hněv a pocity viny i opuštěnosti (podrobnější výčet viz kapitola č. 2.2)
- **somatické potíže** (například třes, pocit sevřeného hrdla, dechová nedostatečnost, svalová ochablost, únava, svírání u srdce, senzorická přecitlivělost, nespavost, nechutenství, pocity sucha v ústech, gastrointestinální potíže, apod.)
- na **kognitivní úrovni** se objevují:
 - depresivní myšlenky
 - odmítání skutečnosti
 - poruchy paměti a pozornosti
 - zmatenost
 - dezorientace (časová i prostorová)
 - zahlcení představami o zemřelém
 - identifikace se zemřelým
 - pocit přítomnosti zesnulého
 - sny o zemřelém (převážně příjemné povahy)
- na **behaviorální úrovni** lze pozorovat:
 - impulzivní, chaotické jednání
 - vyhýbání se sociálním kontaktům nebo podrážděnost v přítomnosti jiných lidí
 - změny v sexuálním životě (hlavně ztrátu sex. apetence)
 - vyhýbání se vzpomínkám na zesnulého nebo naopak vyhledávání míst či předmětů, které zesnulého připomínají
 - vzdychání

- hledání a volání zesnulého (nahlas či pouze v duchu)
- únikové reakce (od denního snění a hyperaktivity až po úniku k drogám, do nemoci či k sebevraždě)
- dezorganizací běžného fungování

(Kubíčková, 2001; Špatenková, 2011).

2.3.4 Normální a komplikované truchlení

Dosud jsme hovořili o normálním, tedy nekomplikovaném zármutku. Někteří jedinci však mohou na ztrátu milované osoby reagovat naopak komplikovanými formami truchlení.

Jak píše Quiniová (2007): *„V tradičním pojetí zármutku se pozůstalí propracovávají fází vysoké zátěže k postupnému zpracování svého zármutku. Jiné reakce, at' již bez projevů zvýšeného stresu, nebo takové, které spočívají v přetrvání vztahu k zesnulému, jsou považovány za abnormální a patrně i patologické.“*

Protože má normální zármutek svou funkci, bývá komplikované truchlení nazýváno také jako *dysfunkční, nezdravé, patologické* nebo *chronické* (Moody a Arcangelová, 2011; Kubíčková, 2001).

Zatímco v průběhu normálního truchlení pozůstalí *„nabývají schopnosti oprostít se od některých pocitů, které vložili do člověka, jenž už neexistuje, a přenést svou lásku na žijící lidi,“* (Steinová 1983, cit. podle DiGiulio a Kranzová, 1997, s. 77-78) patologický zármutek toto psychické odpoutání od zesnulého a adaptaci na ztrátu znemožňuje, čímž prodlužuje bolest pozůstalých a brání jim pokračovat v plnohodnotném životě.

Jak uvádí Špatenková (2008, s. 14): *„Patologické truchlení se od normálních reakcí na ztrátu neliší ve své podstatě, ale rozdílnou intenzitou a délkou trvání.“*

Jedním z možných příznaků patologického zármutku je tzv. **prolongované** (nebo také inhibované či chronické) **truchlení**, při němž si pozůstalí uvědomují, že se jejich zármutek zkomplikoval a trvá již příliš dlouho, aniž by se někam posunuli (Moody a Arcangelová, 2011; Špatenková, 2006). Přetrvávající intenzivní zármutek je pro jedince ohrožující a znemožňuje mu začít normálně fungovat. Není-li s ním adekvátně pracováno, může vést až ke vzniku závažných duševních poruch (Prigerson et al., 2009). Podle Špatenkové (2011) může prolongovaný zármutek nabývat také latentní podoby, z níž může kdykoli znovu plně propuknout či zintenzivnit průběh jiných krizí.

Další formou komplikovaného zármutku je **absence truchlení**, která bývá způsobena převážně potlačením emocí. Takoví „*truchlíci jsou natolik zasaženi ztrátou blízkého člověka, že nejsou schopni truchlit, necítí bolest a připadají si často jako bezcitní, ochromení a neživotní.*“ (Kubíčková 2001, s. 151) Kubíčková (2001) se domnívá, že pokud byl zesnulý pro pozůstalé důležitý, a oni přesto netruchlí, jedná se o obranný mechanismus, který pozůstalým pomáhá přežít a nezhroutit se. Skrytý zármutek však často nese následky v podobě různých poruch tělesného zdraví nebo chování (Baštecká, 2003).

„**Odložené reakce**“ (zvané také opožděné, potlačované, zbrzděné či odsunuté) také spadají do komplikovaného truchlení. Začínají až po určité době absence truchlení, která může trvat týdny, měsíce i roky. Jejich spouštěčem může být nová krize nebo ztráta – ať už vlastní či v okolí pozůstalého (Worden, 2009). Grün (1997) píše, že v těchto případech trvá celý proces zármutku často i celé roky.

Moody a Arcangelová (2011) uvádějí, že nevyjádřené emoce mohou vést k záchvatům **paniky** spjatých se žalem a následně až ke vzniku panické poruchy.

Další patologickou formou truchlení, která se v reakci na ztrátu blízké osoby může u pozůstalých rozvinout, je tzv. **reaktivní deprese**. Ta dle Lovasové (2005) začíná hned po ztrátě (nejpozději do jednoho měsíce) a postupně ubývá na intenzitě – průměrně trvá kolem třinácti měsíců. Pozůstalí s reaktivní depresí mívají obavy, že tento stav již nikdy neskončí a nebývale těžce prožívají výročí smrti a další události, které jim ztracenou osobu připomínají. Je důležité, aby o ztrátě s někým mluvili, a v případě, že se jejich stav nelepší, vyhledali odbornou pomoc (Lovasová, 2005). V případě, že deprese neustupuje, jedná se o tzv. **prolongovanou depresi** – ta může být obranou proti aktivnímu truchlení, které vyžaduje bolestné uvědomění ztráty (Špatenková, 2011).

Pokud pozůstalý prožíval ztrátu jako trauma, může se u něj kromě deprese rozvinout také **posttraumatická stresová porucha**, kterou jsme již blíže popsali výše (viz kapitola č. 2.1.2).

Worden popisuje tzv. **larvované (skryté) reakce** na ztrátu, mezi které řadí depresi, abúzus alkoholu a léků, hypochondrické symptomy, fobie, záchvaty paniky, intenzivní pocity viny, suicidální pokusy a různé formy duševních poruch – jedná se tedy zejména o psychosomatické a psychiatrické symptomy či poruchy chování (Worden 1997, cit. podle Kubíčková, 2001, s. 156). Zdá se, že Wordenovu larvovanému

zármutku odpovídají Lindemannovy **zkreslené reakce**, které zahrnují hyperaktivitu bez prožití zármutku, získání symptomů poslední nemoci zemřelého, změny ve vztahu k přátelům a příbuzným, zaryté nepřátelství vůči některým osobám (např. lékařům), dlouhodobou ztrátu modelů sociální interakce nebo činnosti mající negativní vliv na sociální a ekonomický status (např. rozdávání majetku) a depresi (Lindemann, 1944).

Jisté je, že vedle psychických příznaků komplikovaného truchlení se objevují také **příznaky psychosomatické**, které mají někdy podobu právě toho onemocnění, na které zesnulý zemřel.

Gorer (1987, cit. podle Kubíčková, 2001, s. 155) dále rozlišuje **mumifikaci**, při níž pozůstalí udržují po zesnulém vše přesně tak, jak to zanechal, a **zoufalství**, jež trvá déle než 12 měsíců, pozůstalý při něm má bezbarvý hlas, povolené obličejové svaly a mluví trhaně v krátkých větách.

Popírání je v raném stadiu považováno za zdravou reakci, ale prodlužuje-li se délka jeho trvání i po odeznění prvotního šoku, stává se dysfunkčním a je řazeno mezi patologické reakce, které brání přijetí ztráty i průběhu zármutku.

Worden (2009) v souvislosti s komplikovaným truchlením hovoří o tzv. **excesivních reakcích**, tedy přehnaných reakcích na zármutek. Mezi ně spadají také **extrémní pocity hněvu** či **viny**.

Jak správně podotýká Kubíčková (2001, s. 161): „*Žádné symptomy však nejsou specifické pouze pro patologický zármutek.*“ Každý z výše uvedených příznaků patologického truchlení tedy může, ale i nemusí být zapříčiněn samotnou ztrátou.

Většina autorů se kloní k názoru, že zármutek musí být vyjádřen. Mezi intenzitou a délkou truchlení spatřují závislost – čím více pozůstalí vyjadřují svoje emoce, tím rychleji se podle nich vracejí k normálu (Moody a Arcangelová, 2011).

Nověji se ale objevují i hlasy, že chybějící zármutek nemusí být nutně problematický (Špatenková, 2008).

Obecně je poslední dobou koncept normálního a komplikovaného zármutku pomalu opouštěn a nahrazován úvahami o faktorech, které mohou truchlení usnadňovat či naopak ztěžovat (Špatenková, 2008).

Těmito faktory se budeme zabývat v následující kapitole.

2.3.5 Determinanty zármutku

Průběh truchlení je determinován mnoha faktory. „Ani dva pozůstalí se nevyrovňávají se ztrátou stejným způsobem. A nejenže každý pozůstalý truchlí různě, ale i stejná osoba truchlí nad každou ztrátou jinak. To proto, že okolnosti jsou vždy jedinečné. A navíc se i pozůstalý stále mění.“ (Moody a Arcangelová 2011, s. 79)

Jak shrnuje Baštecká (2003, s. 160): „Proces truchlení směřuje obvykle k vyrovnání, šlo-li o ‚dobrou smrt‘, vztah mezi zesnulým a pozůstalým byl vyrovnaný, pozůstalý žije v přiměřených podmínkách a zajímá se o svůj další život. Když jsou věci jinak, mohou při truchlení nastat obtíže.“ Jednotlivé determinanty zármutku můžeme zobecnit na osobnost truchlícího, zesnulého a povahu jejich vztahu, okolnosti úmrtí a další vnější okolnosti. Na každý z těchto faktorů se nyní zaměříme podrobněji.

Osobnost truchlícího

Zvládání stresu spjatého se ztrátou blízké osoby závisí ve velké míře na osobnosti pozůstalého, zejména na jeho **temperamentu, charakteru, sociální zralosti, adaptabilitě a frustrační toleranci** – tj. odolnosti vůči zátěži (Kubíčková, 2001). Jak Kubíčková (2001) dále uvádí, adaptace na ztrátu blízké osoby je obtížnější pro emočně labilní osoby, ale i pro introverty, kteří obvykle mívají větší sklon uzavírat se před okolím a příliš se mu se svým žalem nesvěřovat, což může truchlení do jisté míry komplikovat. Bartůňková (2010) uvádí také **pozitivní motivaci a pozitivní myšlení**.

Z naučených faktorů sehrává roli **hodnotový systém, životní styl**, ale i **stereotypní způsoby reagování** na určité situace a **předsudky** (Lovasová, 2005). Důležitá je také fáze dětství, ve které se jedinec učí napodobováním chování svých rodičů – za další faktor tedy můžeme považovat i to, **jak stres zvládají rodiče pozůstalého** (Lovasová, 2005).

Neméně významnou determinantou truchlení je **věk pozůstalého**. V různém věku je ztráta blízké osoby prožívána jinak, stejně jako je odlišná i exprese zármutku (Kubíčková, 2001). Mladí lidé bývají v reakcích na ztrátu zpravidla adaptabilnější (je-li u nich truchlení podpořeno) a s přibývajícím věkem se pak tato přízřusivost vytrácí (Moody a Arcangelová, 2011). Dospělí, ačkoliv jsou zralí, obvykle více lpí na svém životě, na svých blízkých i na svém majetku, a proto raději na smrt nemyslí a nevědomě ji vytěsňují, což přijetí ztráty výrazně znesnadňuje (Kubíčková, 2001).

Také **pohlaví** pozůstalého má na zpracování ztráty vliv – výsledky výzkumů dokazují, že muži a ženy reagují na ztrátu blízké osoby velmi odlišně. Touto problematikou se budeme podrobněji zabývat v kapitole 2.3.7.

Moody a Arcangelová (2011, s. 34) jsou přesvědčeni, že „**první seznámení s pojmem smrti trvale ovlivňuje náš postoj ke smrti, ztrátě a zármutku.**“ Například děti, které se směly podílet na dění kolem smrti prarodiče, jsou v pozdějším věku na smrt lépe připraveny.

Předcházející zkušenost se smrtí a truchlením může při další ztrátě sehrát pozitivní i negativní roli – jak píše Kubíčková (2001), nebyl-li zármutek z předchozí ztráty adekvátně zpracován, je riziko rozvoje patologických reakcí na ztrátu vyšší. Obvykle totiž při ztrátě dochází k oživení pocitů zakoušených při předchozí ztrátě – zejména byly-li tyto pocity potlačeny. Minulá zkušenost zármutku však může být i přínosem – díky ní totiž pozůstalý přibližně ví, co může v období po ztrátě očekávat nebo jaké strategie zvládnání se mu dříve osvědčily (Kubíčková, 2001).

Také **způsob truchlení** výrazně ovlivňuje dopad ztráty na jedince. Gorer (1987, cit. podle Kubíčková 2001, s. 112) dělí truchlící na tři typy: „*pozůstalé, kteří svůj zármutek skrývají a popírají, protože jejich sociální okolí jim ventilaci zármutku nedovoluje. Druhý typ představují pozůstalí, kteří považují truchlení za soukromou záležitost, a proto truchlí pouze v soukromí. Tento způsob je podle Gorera sociálně nejpříjemnější. Třetí typ je charakteristický pro pozůstalé, kteří dávají svému zármutku volný průběh kdekoliv a kdykoliv.*“ Mezi odborníky (viz např. Kübler-Rossová, 2003; Kubíčková, 2001; Moody a Arcangelová, 2011) převládá názor, že pro truchlící je nejzdravější dát svým emocím volný průchod.

Důležitým podpůrným faktorem při truchlení je psychické i tělesné **zdraví** jedince (Moody a Arcangelová, 2011). Zvláště psychiatrická diagnóza v anamnéze může vést k patologickým reakcím na ztrátu, ale i u pouhé predispozice k psychiatrickému onemocnění může po ztrátě dojít k propuknutí nemoci (Kubíčková, 2001).

Průběh zármutku se odvíjí i od **kulturních faktorů** – tedy od toho, jaké místo má smrt v kultuře daného sociálního systému i od toho, jak jsou truchlící naučeni a vychovávaní smrt vnímat (Kubíčková, 2001).

Také **sociální opora**, ať už ze strany **rodiny** či **okolí**, hraje významnou roli – zahrnuje možnost sdílení zármutku a prostor „vymluvit se a vyplakat“ či praktickou pomoc s povinnostmi, na které pozůstalí sami v žalu nemají sílu. Velká důležitost je

přikládána také **dynamice** a **integritě rodiny** – jak uvádí Kubíčková (2001), dobře integrovaná rodina může nahradit absenci podpory zvenčí.

Kubíčková (2001) zdůrazňuje přínos možnosti ventilovat emoce související se ztrátou v rodinném prostředí. Ale vzhledem k tomu, že se úmrtí většinou dotýká celé rodiny, je pro její členy mnohdy náročné zvládat vlastní zármutek a zároveň být oporou dalším členům rodiny. Z toho důvodu může být velkou pomocí podpora zvenčí a fungující vztahy s přáteli – a to především právě tehdy, nemá-li jedinec možnost truchlit se svou rodinou.

Také **nalezení smyslu ve ztrátě**, tedy nalezení odpovědi na otázku „proč?“, je významnou determinantou procesu truchlení – pokud pozůstalí naleznou ve ztrátě smysl, adaptují se na ni zpravidla výrazně snadněji a intenzita jejich truchlení se snižuje (Keese et al., 2008). Currier, Holland a Neimeyer (2006) spatřují mezi absencí smyslu ztráty a komplikovaným truchlením souvislost.

Moody a Arcangelová zmiňují význam **náboženství** a **spirituality**. Obecně lidem po ztrátě napomáhá především víra v to, že jejich zesnulý blízký neodešel z tohoto světa navždy, ale jeho duše dál žije, a že se možná jednou znovu shledají. *„Věřící pozůstalí mohou nacházet oporu a pomoc nejen ve společenství obdobně smýšlejících lidí, ale především ve společenství se svým Pánem.“* (Kubíčková 2001, s. 99) Jak Kubíčková dále poznamenává, zdrojem síly a útěchy jim může být i četba Bible nebo církevní pohřební rituály, jež práci truchlení usnadňují a jsou prevencí rozvoje patologických reakcí. Moody a Arcangelová (2011, s. 96-97) uvádějí, že *„lidé, kteří navštěvují bohoslužby a jsou pevní ve víře, mívají se zármutkem méně problémů.“* U někoho však může být víra v Boha smrtí blízkého silně otřesena či zcela zničena (Kubíčková, 2001).

Naopak přílišné lpění na materiálních věcech jde ruku v ruce s nezdravým strachem ze smrti (Moody a Arcangelová, 2011) a neschopností se s ní vyrovnat.

Osobnost zesnulého

Dalším podstatným faktorem je „**kdo** zemřel“ (Lovasová, 2005) a případně v jakém byli s pozůstalým příbuzenském poměru či jiném vztahu. Jak píše Kubíčková (2001), ztráta jakékoliv blízké osoby je vždy bolestná. DiGiulio a Kranzová (1997, s. 109) doplňují, že *„k různým typům lidských vztahů se váže jiný druh lásky a proto v případech úmrtí vznikají i rozdílné problémy.“*

Věk zesnulého také hraje v adaptaci na ztrátu významnou roli. *„Mezi tiše se vytrácejícím starým člověkem a tragicky utnutým mladým životem v nejlepším věku*

je významný rozdíl.“ (Parkes, 1996, cit. podle Kubíčková 2001, s. 86) S dítětem umírají sny, plány i naděje do budoucna (Moody a Arcangelová, 2011).

Dále záleží na **roli**, kterou zesnulý v rodině zastával i nakolik tato role po jeho smrti v rodinném kruhu chybí.

Vztah k zesnulému

Smutek je zpravidla silně ovlivněn také vztahem mezi zesnulým a pozůstalým (Moody a Arcangelová, 2011). Kubíčková (2001) mluví o tzv. **charakteru vazby** (tj. nakolik byl zemřelý pozůstalému blízký), **míře závislosti a jistotě vazby**. Nejsilnější a nejjistější vazbu a zároveň vysokou míru závislosti vykazují vůči svým rodičům právě děti – proto je ztráta dítěte tak traumatická a často vede ke komplikovanému truchlení.

Dalším faktorem týkajícím se vztahu mezi pozůstalým a zesnulým je ale také to, zda neměl pozůstalý ve vztahu k zesnulému **něco nedořešeného** (Lovasová, 2005).

Okolnosti úmrtí

Na truchlení má velký vliv **způsob smrti**, jakým zesnulý zemřel. Velmi komplikované se ukazuje být truchlení v případě, má-li pozůstalý pocit, že v souvislosti se smrtí blízkého **něco zanedbal** či se za ni dokonce cítí být zodpovědný (Lovasová, 2005).

Také fakt, zda byla **smrt očekávaná, náhlá** nebo **násilná** proces truchlení silně ovlivňuje (Moody a Arcangelová, 2011). U **náhlého** či **předčasného** úmrtí, jakým je například smrt mladého člověka, jsou patologické reakce na ztrátu častější – v těchto případech dochází k intenzivnějším emocionálním reakcím, které mají delší průběh a častěji u nich dochází k popírání ztráty (Kubíčková, 2001). Zejména u tohoto typu ztráty je podstatné, aby pozůstalí měli možnost **spatřit mrtvé tělo**. Špatenková (2008) v této souvislosti hovoří o tzv. nedostatku reality – chybí-li jakýkoli hmatatelný důkaz smrti (včetně těla zesnulého) či její příčiny, dochází k výraznému znesnadnění přijetí reality ztráty. V těchto případech navíc většinou schází i rituál pohřbu, což je dalším důvodem patologických forem truchlení (Schiffová, 1978).

Nejistota, zda truchlení ztěžuje či usnadňuje, panuje kolem **anticipačního zármutku** (tj. zármutku před očekávanou ztrátou). Obecně o něm platí, že připravuje jedince na ztrátu a poté, co úmrtí nastane, průběh zármutku usnadňuje – trvá-li však anticipační zármutek déle než šest měsíců, dochází naopak ke komplikaci procesu truchlení (Baštecká, 2003). Kubíčková (2001) dále poukazuje na to, že péče o umírajícího může být pro pečující osoby natolik náročná, že u nich může vést ke zvýšené emoční labilitě a psychickému diskomfortu, což může být příčinou

problematické komunikace s umírajícím, častějších konfliktů i vzájemné distance až izolace. Podaří-li se příbuzným překlenout obtíže, které doprovázení umírajícího přináší, probíhá truchlení zpravidla bez komplikací a práce zármutku je vykonána relativně rychle – pečující v takových případech hovoří i o pocitech osobního a duchovního růstu (Kubíčková 2001).

Pokud zemřela blízká osoba **násilnou smrtí**, „*komplikuje truchlení silný pocit viny a hněvu, velká touha po pomstě a také deziluze ve vztahu k autoritám, které mají zajišťovat bezpečí občanů – především k policii a soudům. Tato deziluze může vyústit v tendenci pozůstalých ‚vzít spravedlnost do svých rukou‘ a snahu potrestat viníka.*“ (Kubíčková 2001, s. 48)

Snad nejobtížněji zvládnutelným typem ztráty je **sebevražda**, která může u pozůstalých vést až k tendenci zesnulého následovat (Kubíčková, 2001).

Podstatným faktorem je i pocit pozůstalého, že **mohl smrti zabránit** (DiGiulio a Kranzová, 1997) spjatý se sebeobviňováním, které je další překážkou na cestě k přijetí ztráty.

Pokud jedinec ztratil v jeden moment více osob (např. při nehodě), je dopad ztráty o to silnější (Mercer a Evans, 2006).

Vnější okolnosti

Velmi záleží také na tom, zda pozůstalý po ztrátě zažívá i **sekundární stresy** či **krize**. Jak píše Kubíčková (2001, s. 112) „*Dodatečné krize, které přicházejí v období truchlení, mohou projevy zármutku prohlubovat, prodlužovat nebo komplikovat.*“

Zároveň je pozůstalým na cestě za zvládnutím ztráty většinou velice přínosná **profesionální podpora**. Může se jednat o odbornou pomoc nebo o účast na svépomocných setkáních, kde mají pozůstalí možnost vidět druhé po stejné ztrátě znovu fungovat a sdílet s nimi svůj žal i zkušenosti.

Kübler-Rossová (2003, s. 211) se domnívá, že adaptaci na ztrátu může komplikovat také užívání **sedativ**, která „*jenom překrývají bolest a způsobují, že se pozůstalý člověk musí se svým zármutkem střetnout, vyjádřit jej a zpracovat až mnohem později a za daleko vyšší cenu.*“

Nyní se pokusíme stručně shrnout faktory, které truchlení usnadňují i ty, které jej naopak komplikují.

2.3.5.1 Podpůrné faktory

Mezi faktory, které přispívají ke zvládnutí adaptace na ztrátu blízké osoby, můžeme zařadit následující:

- anticipovaná ztráta
 - intenzivní péče o umírajícího
 - možnost být s umírajícím
 - „dobrá věta“ o okolnostech smrti
 - možnost rozloučit se s umírajícím
 - prostor říci nevyřčené – ať už jde o slova lásky, odpuštění či vyznání
 - možnost spatřit mrtvé tělo, zejména pokud jde o náhlé úmrtí
 - rituály
 - umývání a oblékání zesnulého
 - možnost rozloučit se s mrtvým bez dalších lidí
 - sestavování parte
 - účast na pohřbu
 - „nošení smutku“ po pohřbu
 - vzpomínkové rituály (např. při významných výročích)
 - předchozí zkušenost se smrtí
 - náboženské přesvědčení a s ním související naděje, že se člověk neztrácí do nicoty
 - sociální opora – ať už ze strany rodiny či širšího okolí
 - sdílení zármutku (vyjádření emocí)
 - dobrovolná činnost (péče o jiné umírající nebo pozůstalé) má zvláštní význam zvláště pro ty, kdo si myslí, že svoji první signifikantní ztrátu nezvládli tak, jak měli
 - účast na svépomocných setkáních
 - hledání smyslu
- (Baštecká, 2003; Kubíčková, 2001; Kübler-Rossová, 2003).

2.3.5.2 Rizikové faktory

Naopak faktory, které adaptaci na ztrátu výrazně znesnadňují, jsou:

- náhlost a neočekávanost ztráty (pokud ke smrti došlo nečekaně, bez předchozího varování)
- přítomnost pozůstalého u náhlé smrti
- trauma (traumatizující prožitek spojený s úmrtím)
- ztráta více osob (ať už současně či v rychlém sledu)

- předchozí nevyřešené ztráty
 - významné sekundární stresy, souběžné krize
 - příliš prolongovaný konec u anticipované ztráty
 - vnímaná možnost prevence úmrtí
 - ústřednost vztahu mezi zesnulým a pozůstalým
 - rizikové charakteristiky vztahu – např. vztah symbiotický, závislý či ambivalentní
 - k zármutku náchylná osobnost
 - nadměrné pocity hněvu, sebeobviňování a výčitek
 - pocity bezmoci, zoufalství či touha najít viníka
 - duševní onemocnění v anamnéze či predispozice k němu
 - emoční labilita
 - introverze
 - potlačování emocí či neschopnost je vyjádřit
 - přesvědčení, že dát průchod zármutku je „morbidní“ a „nezdravé“ a že psychickou rovnováhu, jež byla ztrátou narušena, je možné obnovit jen odvrácením pozornosti od tragické události a snahou být co nejvíce aktivní
 - potlačení zármutku únikem z reality do hyperaktivity
 - nevhodný způsob truchlení a absence vhodných sociálních rituálů, které by jej usnadňovaly
 - tabuizace – o úmrtí se nemluví (časté zejména u sebevraždy)
 - nestabilní rodinný systém nebo nedostatek sociální opory obecně
 - nedostatek/redukce sociálních rolí (zejména pečující osoby)
 - odmítání či znemožnění spatření mrtvého těla
 - užívání sedativ
 - absence víry
 - samota pozůstalého
 - smrt dítěte
 - nezaměstnanost
 - přítomnost dětí v rodině a přání chránit je před bolestí a žalem
 - sociální negování ztráty – pozůstalí i jejich okolí se chovají, jako by k žádné ztrátě nedošlo (typické hlavně po potratu)
- (Baštecká, 2003; Kubíčková, 2001; Kübler-Rossová, 2003; Moody a Arcangelová, 2011; Schiffová, 1978; Špatenková, 2008).

Přítomnost několika „rizikových faktorů“ současně může poukazovat na to, že klient bude potřebovat maximální možnou míru pomoci a opory, aby adaptaci na ztrátu blízké osoby zvládnul a našel nový smysl života (Špatenková, 2008).

2.3.6 Specifika zármutku po ztrátě dítěte

Truchlení po ztrátě dítěte je v mnoha ohledech specifické, protože ztráta dítěte je intenzivní a komplikovaná sama o sobě (Špatenková, 2006). Zármutek rodičů je oproti zármutku po jiné ztrátě traumatictější, delší a komplexnější (McLarenová, 2007). *„Většina rodičů tvrdí, že bolest ze ztráty nikdy zcela nevymizí: vrací se s neměnnou vážností, ale méně často, a slábne rychleji než v prvních letech po osudové ztrátě.“* (McLarenová 2007, s. 111). Špatenková (2006; 2008) označuje reakce truchlících rodičů jako nepřiměřené, přehnané a nekončící. To však nemusí nutně znamenat, že jsou patologické. *„Za určitých okolností totiž může být ‚normální‘ i to, co obvykle ‚normální‘ není.“* (Špatenková 2008, s. 14) Právě truchlení rodičů nad smrtí dítěte je podle Špatenkové normální reakcí na nenormální situaci, protože úmrtnost dětí je v dnešní době statisticky nízká a rodiče jsou na ni velmi špatně připraveni. Z toho důvodu sehrávají v zármutku významnou roli také **okolnosti úmrtí** i fakt, zda se jednalo o ztrátu náhlou či anticipovanou (Kubíčková, 2001). Pravděpodobně nejtěžší je pro rodiče vyrovnat se s neočekávanou ztrátou zdravého dítěte. Jak píše Kübler-Rossová (1994, s. 52) *„Pokud jde o náhlou ztrátu, na níž se rodina nemohla nijak připravit, potřebují někdy pozůstalí celá dlouhá léta na to, aby se vyrovnali se svým zármutkem.“*

Dalším podstatným faktorem je **věk dítěte**. Někteří autoři se domnívají, že čím starší dítě v době úmrtí bylo a čím více společných zážitků s ním rodiče pojilo, tím je pro ně ztráta náročnější. Dle Kubíčková (2001, s. 81) je smrt dospělého dítěte *„pravděpodobně nejbolestnější ztrátou a podle Gorera je truchlení v tomto případě nejdelší“*. Dále uvádí, že reakce na ztrátu dospělého dítěte velmi často přechází do patologických forem truchlení.

Také celkový **počet dětí** v rodině má na průběh truchlení velký vliv. Pro rodiče, kteří přišli o své jediné dítě, je adaptace na ztrátu v jistém smyslu náročnější, neboť ztrátou jediného dítěte přicházejí i o svou roli, identitu a sociální status rodiče (Talbot, 1996). Dle McLarenové (2007) ale na počtu dětí tolik nezáleží – domnívá se, že každá ztráta se týká jedinečného vztahu, který rodiče k zesnulému dítěti měli. Schiffová (1978,

s. 83) navíc doplňuje, že „jednou z nejobtížnějších rolí rodičů po ztrátě dítěte je být nadále rodiči svým přeživším potomkům.“

Další významnou roli ve vyrovnávání se se ztrátou dítěte hraje **víra** v posmrtný život. Výzkumy ukazují, že u nevěřících osob se po ztrátě dítěte častěji objevují patologické formy truchlení (Kubíčková, 2001). Nevěřící rodiče vede často úmrtí dítěte k hledání odpovědí na otázky, zda a proč jejich dítě trpělo, co se stalo s jeho duší nebo zda existuje nějaký nadpozemský život. Jejich nalezení k přijetí ztráty výrazně napomáhá – může se jednat například o jev, který si rodič vysvětlí jako „znamení od zesnulého dítěte“ (Kübler-Rossová, 2003).

Ztráta dítěte s sebou však nese také významné **sekundární ztráty**. Špatenková (2011) uvádí ztrátu příslušnosti ke skupinám, do kterých rodiče dříve patřili, jako jsou rodičovské skupiny ve škole nebo neformální skupiny rodičů, kteří se setkávají při vyzvedávání dětí ze školy či jiných volnočasových aktivitách. Schiffová (1978, s. 23) při popisu ztráty svého syna zmiňuje také těžce prožívanou sekundární ztrátu části vlastního „já“: *„Pochovávat vlastní dítě znamená vidět nás samé, naši barvu očí, naše d'olíčky ve tvářích, náš smysl pro humor, jak jsou umístovány pod zem. (...) Když zemře dítě, nermoutíme se ve skutečnosti jen pro ně, ale truchlíme také pro ten kousek nesmrtelnosti nás samotných, který neslo.“*

Významně intenzivněji než ostatní pozůstalí zakoušejí truchlící rodiče **pocity viny** a **výčitky svědomí** – často přemýšlejí nad tím, co mohli udělat jinak nebo jak mohli ztrátě předejít (Kübler-Rossová, 2003). Přesvědčení, že měli být schopni úmrtí předejít a své dítě ochránit u nich obvykle vede ke **ztrátě sebedůvěry** (McLarenová, 2007). Ve vyšší míře zažívají také **pocity bezmoci, marnosti** a **ztráty smyslu** (Schiffová, 1978).

Mnoho rodičů znovu smysl nachází v **pomoci lidem, kteří utrpěli stejnou ztrátu**. Stejně tak i pouhá **účast ve svépomocných organizacích**, kam chodí rodiče po smrti dítěte ventilovat svůj smutek a poslouchat, jak ztrátu potomka zvládají druzí, pro ně může mít nesmírnou hodnotu. Po ztrátě dítěte může mít na člověka velký dopad, když vidí druhé po stejné ztrátě „fungovat“ (Schiffová, 1978), a to tím spíše, byl-li do té doby přesvědčen, že tuto situaci zvládnout nelze.

Tradice, výročí a jiné **významné události** je pro rodiče po ztrátě dítěte zpravidla velmi obtížné slavit. Často si představují, kolik by jejich dítěti právě bylo let (McLarenová, 2007) a potýkají se s myšlenkami typu „co by bylo, kdyby mé dítě nadále

žilo“. Z toho důvodu je pro ně obvykle těžké vidět kamarády zesnulého dítěte při významných životních událostech, kterých se jejich dítě již nedožilo.

U rodičů po ztrátě dítěte nejsou výjimkou ani **sebevražedné úvahy**. U mnohých z nich se zvyšuje strach o své nejbližší, zatímco strach z vlastní smrti se snižuje. To proto, že ve vlastní smrti spatřují možnost znovu se s dítětem setkat.

Dále mohou být u pozůstalých rodičů častěji pozorovány **reakce značící neukončenost citové vazby** k dítěti – patří mezi ně například imaginární rozhovory, které rodiče se zesnulým dítětem vedou, uchovávání jeho pokoje, jak byl před úmrtím (tzv. mumifikace), ale i další, zdánlivě méně patologické, jako je například podpora výzkumu nemoci, na kterou dítě zesnulo, vybudování památníku pro dítě nebo pomoc jiným umírajícím dětem (McLarenová, 2007).

Jednou z hlavních překážek v návratu do normálního života je **neschopnost radovat se** – pro pozůstalé rodiče je typický pocit, že se nemohou smát, když jim zemřelo dítě. Jak píše Schiffová (1978), je důležité, aby si tito rodiče uvědomili, že smíchem své dítě neopouštějí, stejně jako to neznamena, že by na něj zapomněli. Odborníci tvrdí, že učit se znovu si po smrti dítěte užívat život, je pro zahájení uzdravujícího procesu nezbytné (Schiffová, 1978).

Dle Špatenkové (2006) je zármutek po ztrátě dítěte celoživotním procesem přizpůsobování se nové realitě, v rámci něhož procházejí rodiče vnitřními a vnějšími fázemi – zatímco vnitřní fáze směřují k hledání sebe sama nebo nových rolí, vnější fáze se projevují v opětovném zaměření na okolní svět. Najdou-li pozůstalí rodiče nový smysl života, nastává dle Špatenkové v procesu truchlení bod obratu.

K akceptaci ztráty dítěte však pozůstalí rodiče nemusejí dospět nikdy. Mohou se na ztrátu do jisté míry adaptovat, ale nemusejí (a někdy ani nechtějí) se s ní smířit (Špatenková, 2011). Gorer neschopnost akceptace této ztráty vysvětluje následovně: *„Alespoň v době míru je proti přírodě, aby dítě zemřelo dříve než rodiče; a také jako by si tito rodiče z nepochopitelných důvodů vysvětlovali smrt dítěte jako trest za své prohřešky, určitý druh božího trestu, ať jsou věřící nebo ne. A za druhé, i když se jejich sociální pozice nijak nemění, jejich ‚self-image‘ – představa o sobě může být zničena.“* (Gorer 1965, cit. podle Kubíčková 2001, s. 82)

Frankl (2006, s. 109) píše, že *„předmět naší lásky, popřípadě našeho zármutku, který byl objektivně ztracen, zůstává subjektivně zachován: zármutek jej zpřítomňuje.“*

Právě takto pozůstalí rodiče zármutek mnohdy vnímají: *překonat ztrátu* pro ně znamená *zapomenout*. Jak ale píše Špatenková (2006; 2011), mezi uzdravením se ze ztráty a uchováním vzpomínek je rozdíl – truchlící rodič nemusí svému zesnulému dítěti nutně dávat „sbohem“, chce-li se s jeho ztrátou vyrovnat.

Špaňhelová (2009) uvádí, že v lepším případě (tedy nenastane-li komplikované truchlení), trvá přijetí ztráty zpravidla 1-2 roky – pak většinou dochází k přijetí skutečnosti, kdy jsou pozůstalí schopni vzpomínat na zesulé dítě bez negativních emocí, a zároveň si uvědomit, o co je obohatilo.

2.3.7 Genderové rozdíly

Mezi způsobem truchlení mužů a žen spatřují odborníci výrazné rozdíly. Kubíčková (2001) uvádí, že ženy obvykle navenek působí ztrátou více raněny než muži – jejich truchlení je otevřenější a excesivnější, zatímco u mužů je truchlení často latentní nebo larvované (například do somatických symptomů či projevů agrese).

Jak Kubíčková dále píše, ženy mají výrazně vyšší potřebu o svém zármutku mluvit – muži mají naopak sklony k tomu své emoce spíše potlačovat. To je dáno také tím, že truchlení u mužů stále není příliš sociálně akceptováno – například plačící muži dodnes vzbuzují ve svém okolí rozpaky. Namísto truchlení se od nich většinou očekává, že se postarají o zbytek rodiny. Při ztrátě dítěte není výjimkou ani to, že se okolí otce dotazuje, jak „vše zvládá manželka“, ale na jeho vlastní prožitky se nikdo nezeptá (Kubíčková, 2001). Další možný důvod zmiňují Moody a Arcangelová (2011, s. 87): *„Mnoho mužů vypovídá, že jejich zármutek byl stejně intenzivní jako žal žen, ale že se rozhodli nedávat jej najevo, zčásti i proto, že nechtěli zatěžovat manželku dalším, už tak těžkým břemenem.“*

McLarenová (2007) označuje tyto předpokládané genderové rozdíly v truchlení (tj. emoční inhibici u mužů a otevřené projevování zármutku u žen) za stereotypní – dle jejího názoru rozdíly v truchlení překračují genderové hranice.

Podle Kubíčkové (2001) užívají ženy po ztrátě dítěte k utlumení žalu častěji utišující prostředky, stejně jako častěji vyhledávají také odbornou pomoc. Té se muži naopak většinou vyhýbají. Jedním z důvodů může být i fakt, že u žen se v reakci na ztrátu dítěte ve vyšší míře objevují komplikované formy truchlení – konkrétně u nich celý proces zármutku trvá déle než u mužů a častěji se u nich vyskytují psychické problémy.

Moody a Arcangelová (2011) se domnívají, že zármutek u mužů může být opožděný, a to zpravidla více než o rok. Během prvního roku po ztrátě podle nich muži často unikají ke své práci, koníčkům či k jiným rozptýlením – Kubíčková (2001) zmiňuje například alkohol a sexualitu. Poukazuje také na to, že v porovnání se ženami muži ve vyšší míře vyhledávají útěchu v sociálních kontaktech mimo rodinu (Kubíčková, 2001).

Dle Schiffové (1978) zažívají muži po ztrátě dítěte intenzivněji pocity bezmoci, a to zejména proto, že se dosud častěji starají o finanční zabezpečení rodiny. Vědomí, že nebyli schopni zajistit události okolo úmrtí svého dítěte tak pro ně může být velmi obtížné přijmout.

U matek se pocity viny objevují spíše tehdy, pokud dítě zemřelo v důsledku nemoci – v takových případech si matky vyčítají, že nebyly schopny lépe kontrolovat zdravotní stav svého dítěte a tím úmrtí předejít (Schiffová, 1978).

2.3.8 Mýty o truchlení

O truchlení ve společnosti dodnes přetrvává řada mýtů. Někteří pozůstalí se kvůli nim cítí nejistí a zmatení v projevech svého zármutku, následkem čehož se raději snaží svůj zármutek potlačit, skrývat nebo zcela ignorovat (Kubíčková, 2001).

Kollar (2011, s. 200) zmiňuje tyto tři mýty:

- ***Truchlit by měl člověk o samotě.***

Mnoho lidí dodnes věří, že zármutek je třeba snášet v izolaci (Moody a Arcangel, 2011). Ačkoliv pozůstalí někdy skutečně potřebují truchlit sami, potřebují také podporu od okolí a možnost sdílet svůj žal.

- ***Po ztrátě blízké osoby by měl člověk žít jen v lítosti.***

Častá je také představa, že by pozůstalí měli být po ztrátě zarmoucení. Pokud se u nich objeví také projevy radosti, považují to mnozí za signál, že dotyční neměli zesnulého dostatečně rádi. Ti se pak v této těžké životní situaci navíc starají, aby se druhých nijak nedotkli.

- ***Truchlení trvá krátce.***

Ve skutečnosti neexistuje žádný časový limit, do kdy by měl být proces truchlení ukončen – jeho délka je zcela individuální. Přesto ostatní lidé obvykle očekávají, že by měl truchlící např. do šesti týdnů začít normálně fungovat a nedlouho poté truchlení zcela ukončit. Jak ale píše Špatenková (2006, s. 132) „Většina pozůstalých potřebuje

na zvládnutí toho nejtěžšího období několik měsíců a zpravidla jim trvá nejméně rok, než proces truchlení zvládnou.“

Špatenková (2006, s. 144) považuje za nejrozšířenější následující mýty:

- ***Pohřeb jen znovu připomíná a oživuje tragédii.***

Účast na pohřbu se naopak jeví jako velmi důležitá pro uzavření zármutku i pro prevenci patologických forem truchlení.

- ***Kondolence je zbytečná, truchlíci ji nevnímají.***

Projevení soustrasti je pro pozůstalé vyjádřením opory, kterou po významné ztrátě velmi potřebují. Jak uvádí Špatenková (2006), nejlépe kondolenci přijímají v období krátce kolem pohřbu.

- ***O zesnulém s pozůstalými není vhodné mluvit.***

Většina pozůstalých je za možnost mluvit s druhými o zemřelém vděčná. Neplatí to však vždy, proto je vhodnější jim tuto možnost nabídnout, než se na zesnulého rovnou dotazovat.

- ***Truchlení je nemoc, na kterou je zapotřebí užívat léky.***

Ve skutečnosti pozůstalí zažívají krizi, nikoliv onemocnění, ačkoliv jej truchlení v mnoha ohledech připomíná; truchlení je ale přirozeným způsobem zpracování ztráty (Špatenková, 2011) a není-li to opravdu nutné, nemělo by být léky uměle zastavováno.

2.3.9 Přístupy

Přístupy k truchlení lze rozdělit na postupy určené odborníkům, kteří s pozůstalými pracují, a na doporučení pro samotné pozůstalé.

Odborná pomoc truchlícím donedávna spočívala zejména na zmírňování bolesti ze žalu – až poslední dobou se odborníci kloní spíše k postupům založeným na prožití této bolesti a učení se novým způsobům, jak ji zvládat (Silvermanová, 2007). Tyto „aktivní přístupy“ k zármutku mají pozůstalým pomoci přebudovat svůj život po významné ztrátě (Moody a Arcangelová, 2011). Mezi hlavní z nich patří tzv. **úkolové modely**. Za hlavní z nich můžeme považovat modely Wordena i Lindemanna, které jsme zmínili v kapitole č. 2.3.2. Mezi další z nich patří model Furmannové (Silvermannová, 2007), Parkese (Kubíčková, 2001) nebo Bakera (Špatenková, 2011). Jednotlivé úkoly, jež tyto modely obsahují, si dovolíme shrnout následovně:

1. **pochopení a přijetí reality ztráty**
2. **prožití zármutku**

3. **reintegrace identity pozůstalého** založená na emancipaci od vazeb k zemřelému
4. **přizpůsobení se světu, ve kterém zemřelý schází**
5. **pokračování v životě a v navazování nových vztahů.**

Moody a Arcangelová (2011) hovoří o tzv. **záměrně orientovaném procesu**. Domnívají se, že pro to, aby se pozůstalí se ztrátou blízké osoby vyrovnali, musejí nejprve konstatovat svůj záměr a následně usilovat o jeho dosažení. Tímto záměrem může být překonání ztráty – v případě ztráty dítěte je však cílem zdravého přizpůsobení se ztrátě především udržení života v rovnováze.

Toto pojetí Moodyho a Arcangelové odpovídá všem klasifikacím truchlení, u nichž je vstup do posledního stadia podmíněn vědomým rozhodnutím jedince.

Doporučení samotným truchlícím existuje celá řada. My se nyní pokusíme shrnout ty nejdůležitější, tak jak je popisují DiGiulio a Kranzová (1997), Kübler-Rossová (2003), Moody a Arcangelová (2011), Schiffová (1978), Špaňhelová (2009) a Špatenková (2006; 2008):

- **Zapojit se do příprav pohřbu.**

Zaměstnat se v prvním týdnu po ztrátě, kdy je šok ze ztráty nejsilnější, zařizováním pohřbu je pro pozůstalé zpravidla „zdravým únikem“ od bolesti.

- **Dbát na své zdraví.**

Zejména v prvních dnech po ztrátě fungují pozůstalí v jakémsi automatickém režimu a leckdy si až zpětně uvědomí, že třeba dva dny nejedli. Proto je dobré dbát na to, aby pozůstalí pravidelně jedli, pili i spali.

- **Zachovávat normální režim.**

Jakmile jsou toho pozůstalí schopni, může jim v návratu do normálního života pomoci plnění běžných povinností (zaměstnat se domácími pracemi, pečovat o svůj zevnějšek, atd.). Pokud má jedinec pocit, že na to zatím nemá sílu, doporučují odborníci si vše rozdělit na malé části, které lze zvládnout.

- **Vyvarovat se riskantního chování.**

Pozůstalí po ztrátě milované osoby často prokazují snížený pud sebezáchovy a snadněji podléhají návykovým látkám – a to i lékům. Ty jim sice mohou pomoci překlenout prvních pár dnů, ale pokud jsou

užívány delší dobu, spíše zabraňují přirozenému průběhu truchlení. Překryjí totiž pocity a tím období smutku jen prodlužují. Proto je lepší se jejich dlouhodobého užívání raději vyvarovat.

- **Dovolit si truchlit.**

Odborníci doporučují vymezit si každý den na truchlení zhruba 10 minut a ty strávit „organizovaným truchlením“. Pozůstalí tak mohou na chvíli zůstat sami se svými pocity a vzpomínkami na zesnulého. Jakmile tento čas uplyne, doporučuje se přejít k nějaké aktivní činnosti, při které už pozůstalí nebudou mít čas se ztrátou příliš zaobírat.

- **Dát otevřený průchod svým emocím.**

Pozůstalí by se neměli ohlížet, jak na ně bude reagovat okolí, pokud své emoce projeví. Dovolit si plakat nebo se hněvat, když člověk potřebuje, je pro přijetí ztráty velmi důležité – stejně jako uvědomění, že tyto emoce jsou po ztrátě blízké osoby normální a přirozené.

- **Hovořit o zemřelém.**

Sdílet vzpomínky na zesnulého se svými blízkými a případně je vyzvat, aby o něm také hovořili, má zpravidla velmi ozdravný účinek.

- **Mluvit o svých potížích.**

- **Nechat si od druhých pomoci a umět si o potřebnou pomoc říci.**

- **Dovolit si i pozitivní pocity.**

Pozůstalí často pociťují vinu, když na svůj zármutek zapomenou a něčemu se například zasmějí. Psychologové je naopak povzbuzují, aby se učili znovu se radovat z maličkostí.

- **V případě potřeby se nebát vyhledat odbornou pomoc.**

Po ztrátě dítěte se doporučuje podstoupit psychoterapii.

- **Najít si vlastní způsob vyjádření zármutku.**

Osvědčeným způsobem ventilace zármutku je pro řadu truchlících psaní (např. deníku, dopisů zesnulému či básní). Někdo dává přednost psaní tužkou, zatímco jiní preferují psaní na počítači – zjišťují, že rytmus, zvuk a dotek kláves jim přináší větší úlevu než psaní rukou. Také četba literatury na dané téma je pozůstalým zpravidla přínosem.

- **Neschovávat se před okolím.**

Izolace zpracování ztráty příliš nepřispívá. Proto se doporučuje vrátit se co nejdříve do zaměstnání i ke svým zájmům.

- **Odpočívat.**

Velmi podstatné je dopřát si odpočinek a postupně si začít užívat radostí života – pečovat o sebe, dojít si ke kadeřníkovi, na masáž, apod. Odborníci radí také dále dbát na svůj sexuální život.

- **Sportovat.**

Někteří autoři se domnívají, že nejvhodnějšími sporty jsou ty, které obsahují míček – pokud s ním truchlící ztotožní zdroj svého stresu, může jim to od žalu výrazně ulevit. Využít při sportu forem zvuku uvolňujícího emoce bývá také přínosnou ventilací.

- **Nemyslet si, že nejhorší žal potrvá věčně, ale zároveň nečekat, že za nějakou přesně danou dobu pomine.**

Pozůstalí (a to zejména rodiče, kteří přišli o dítě) by si měli uvědomit, že žal ze ztráty nelze nikdy úplně vyřešit. Postupem času je zdravé začít smířovat se skutečností, že život plyne dál. Zatímco jejich blízký odešel, oni jsou stále tady.

- **Odhodlat se ke vstupu do posledního stadia truchlení.**

Důležité je odhodlání a nalezení nového důvodu, proč dál žít.

- **Uchovávat vzpomínky na zesnulého.**

Díky svým vzpomínkám mohou zůstat pozůstalí zesnulému nablízku po celý život. Proto se doporučuje si nadále zesnulého připomínat.

- **Pokusit se v průběhu truchlení vztah k zesnulému změnit.**

Pozůstalí by si časem měli uvědomit, v čem pro ně byl jejich blízký důležitý, rozloučit se s tím, co skutečně ztratili a přijít na to, co si naopak navždy uchovají. Těžké, ale přesto velmi důležité, je dovolit si truchlení ukončit.

- **Vytvoření vlastních rituálů.**

Pro věřící osoby je ozdravným procesem modlitba. Nevěřící ji mohou nahradit meditací nebo vytvořením vlastních rituálů.

- **Postupem času se přestat vyhýbat zvláštním příležitostem.**

Výročí úmrtí je pro pozůstalé často nejtěžším obdobím. Proto odborníci doporučují vytvořit si pro tyto dny nějaké vzpomínkové rituály, kterými by si zesnulého připomněli (např. zajít si na procházku do míst, kam spolu chodívali, napsat zesnulému dopis, navštívit jeho hrob, povídat si s ním nebo na něj společně vzpomínat se svými blízkými). Pozůstalým rodičům může pomoci uskutečnění

nějaké akce k uctění památky dítěte. Odborníci ale pozůstalým doporučují dělat vše tak, jak potřebují a do ničeho se nenutit.

- **Udělat něco dobrého pro někoho jiného.**

I pomoc druhým může být pro pozůstalé přínosem, a to tím spíše, jedná-li se o pozůstalé, jež postihl podobný osud. Mohou si tak uvědomit, že nejsou ve svém neštěstí sami. Starost o druhého je navíc může ze zármutku „mobilizovat“.

2.4 Vyrovňování se se ztrátou dítěte

Způsobů, jež člověku napomáhají zvládnout zátěžové životní situace, je celá řada. Mezi hlavní z nich patří tzv. copingové (nebo také zvládací, vyrovnávací) strategie a obranné mechanismy ega. My se nyní zaměříme na oba druhy.

2.4.1 Copingové strategie

Pod pojmem způsoby zpracování stresu rozumíme „*takové psychické pochody, které nastupují plánovitě a/nebo neplánovitě, vědomě a/nebo nevědomě při vzniku stresu, tak aby se dosáhlo jeho zmírnění nebo ukončení.*“ (Janke a Erdmannová, 2003, s. 7)

Tyto způsoby zahrnují jak fyziologické adaptační mechanismy, tak psychické procesy, které označujeme jako copingové strategie nebo strategie zvládnání stresu (Janke a Erdmannová, 2003).

Fyziologickými adaptačními mechanismy máme na mysli základní reakce na zátěž ve smyslu **útoky, útěku a ochromení** (Baštecká a Goldmann, 2001). Jedná se o vývojově staré mechanismy, které jsou dány lidem i zvířatům (proto se někdy nazývají také „animální“), fungují na bázi instinktů a nastupují okamžitě, aby zajistily přežití (Vodáčková, 2007).

Copingové strategie jsou rovněž vzorce chování, které jedinec užívá ve snaze adaptovat se na zátěžové situace (Janke a Erdmannová, 2003) – na rozdíl od fyziologických adaptačních mechanismů jsou však složitější, vlastní pouze lidem, a mohou nastupovat i později.

Dle Baštecké a Goldmanna (2001, s. 168) se copingové mechanismy od fyziologických adaptačních mechanismů odvozují. Uvádějí také, že si je „*více či méně uvědomujeme a více či méně je můžeme změnit.*“

Janke a Erdmannová (2003) předpokládají, že copingové strategie jsou chápány jako habituální rysy osobnosti, které jsou relativně stabilní v čase – opakují se v delším časovém horizontu a zároveň jako nezávislé na druhu zátěžové situace: každý jedinec má tedy osvědčené určité způsoby, jak na stres reaguje. Domnívají se, že lze rozlišit více na sobě relativně nezávislých způsobů zpracování stresu a že tyto strategie nejsou určovány jinými osobnostními charakteristikami. Robinson a Marwit (2006) jsou naopak toho názoru, že na copingové strategie mohou mít vliv osobnostní charakteristiky (např. neurotismus je může „přehlušit“) i okolnosti stresové situace (ztráty).

Klasifikací copingových strategií existuje celá řada. My nyní zmíníme ty z nich, které mohou být prospěšné jedincům, kteří ztratili dítě.

Lazarus a Folkmanová (2006) rozlišili dva základní typy copingu podle cílenosti jednání na **strategie zaměřené na řešení problému** a **strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance**. Lazarus se domníval, že strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance nastupují tehdy, usoudí-li jedinec, že ve stresové situaci nemůže jednat jinak (Paulík, 2010). Můžeme tedy říci, že při ztrátě dítěte se jedná zejména o strategie tohoto typu, neboť jedinec již nemá možnost situaci zvrátit.

Vodáčková (2007) rozlišuje copingové strategie podle zdroje pomoci na **pomoc druhých** a **svépomoc**. Jak uvádí Vodáčková (2007), podle Caplana je v první a druhé fázi krize svépomoc jednou ze stěžejních strategií, jak zátěžovou situaci zvládnout. Vzhledem k závažnosti krize při ztrátě dítěte však svépomoc často není pro rodiče dostačující a proto hned v první chvíli vyhledávají pomoc okolí.

Janke a Erdmannová (2003) dělí copingové strategie podle druhu na **akční** (směřující k akci, například vyhledání odborné pomoci) a **intrapsychické** (kognitivní procesy) a podle účinnosti na způsoby **stres zvyšující** a způsoby **stres snižující**. Ačkoliv určité copingové strategie stres obvykle buď zvyšují, nebo snižují, je třeba brát v potaz, že směr a intenzita jejich působení jsou zpravidla časově omezené – některé strategie tak mohou stres krátkodobě snižovat, ale dlouhodobě zvyšovat (Janke a Erdmannová, 2003) – jako příklad takové strategie můžeme uvést užívání návykových látek.

Dle Vodáčkové (2007) mohou být copingové strategie ve svém výsledku **adaptivní** nebo **maladaptivní** odpovědí na vzniklou situaci, ačkoliv jedinec v danou

chvíli dělá zpravidla to, co je v jeho silách. Proto je také těžké určit, co je zdravou a co nezdravou reakcí na ztrátu dítěte.

Jak uvádí Mrkvička (1984, s. 46-47): „*O to běží: zůstat naživu uprostřed trosek, které za sebou neštěstí zanechalo. (...) A zůstat naživu, to je víc než zachovat si život.*“ V kontextu tohoto tvrzení můžeme říci, že jakákoliv strategie, která pomůže člověku „zůstat na živu“, je zdravá. Dle Křivohlavého (2001) je úspěšným vyrovnáním se se zátěžovou životní situací snížení psychické tenze a navrácení se k běžným aktivitám.

Vodáčková (2007) uvádí **inventář adaptivních strategií**, kterých může jedinec při zátěži vědomě využít. Mezi strategie, které se mohou objevit v reakci na ztrátu dítěte, můžeme zařadit následující:

- **kontakt s vlastními pocity a schopnost je vyjádřit**
- **schopnost sdílet prožitky s druhými**
- **orientace v situaci s využitím dostupných prostředků i informací**
- **schopnost využít předchozí zkušenosti**
- **schopnost využít pomoci druhých osob i jejich zkušeností**
- **víra a naděje**
- **nalezení smyslu v utrpení.**

Ze strategií definovaných Jankem a Erdmannovou mohou být po ztrátě dítěte využity tyto:

1. **odmítání viny** (odmítání vlastní odpovědnosti za zátěžovou situaci)
2. **náhradní uspokojení** (jednání zaměřené na kladné city, které nejsou kompatibilní se stresem a vztahují se k sebezpečením vnějšími odměnami)
3. **pozitivní sebeinstrukce** (kladné postoje a myšlenky zvyšující sebedůvěru a apely v dané situaci vydržet).
4. **potřebu sociální opory** (tendence navázat v průběhu stresové situace kontakt s druhými a získat od nich podporu)
5. **únikové tendence** (rezignační tendence vyvážnout ze zátěžové situace doprovázená sníženou schopností čelit situaci) – při ztrátě blízké osoby může mít únik například podobu změny bydliště či závislostního chování
6. **perseveraci** (prodloužené přemítání, neschopnost myšlenkově se odpoutat od prožívané zátěže)

7. **rezignaci** (subjektivní pocit nedostatku možností zvládnout zátěžovou situaci doprovázený pocity bezmocnosti a beznaděje, na jejichž základě se jedinec vzdává dalšího snažení o zdoání situace)
8. **sebeobviňování** (sklon ke sklíčenosti a přisuzování chyb vlastnímu jednání).

Wijngaards-de Meij (2008) dělí copingové strategie u ztráty na **strategie zaměřené na ztrátu** a **strategie zaměřené na obnovu** a na výsledcích svého výzkumu demonstruje, že strategie zaměřené na obnovu vedou k lepšímu přizpůsobení na ztrátu než strategie orientované na ztrátu.

DeYoung a Buzziová (2003) zkoumali copingové strategie u rodičů, kteří prožili náhlou ztrátu dítěte, a došli k závěru, že se u nich vyskytují následující copingové strategie:

- zaměřit se na to pozitivní, co zbylo (např. na rodinu, manželství)
- normalizace vlastních emocí
- kontakt s lidmi, kteří prošli stejnou ztrátou
- nalezení smyslu/poselství v neštěstí
- vyhnutí se užívání alkoholu a prostředků tišících bolest
- účast na svépomocných setkáních
- pochopit, že truchlení je individuální záležitost
- zaměstnat se.

Bennett, Hughes a Smith (2005) jako adaptivní strategii při ztrátě blízké osoby uvádějí **mluvení o zesnulém**.

Briggs a Pehrssonová (2008) v souvislosti s terapií zármutku vyzdvihují také přínos **biblioterapie** ⁶.

2.4.2 Obranné mechanismy

Pojem obranné mechanismy zavedl Freud pro označení neuvědomovaných obran ega. Sám se však zabýval převážně vytěsněním – zbylé obranné mechanismy popsala až jeho dcera Anna Freudová roku 1936 v knize *Ego a obranné mechanismy* (Baštecká a Goldmann, 2001). Freudová se domnívala, že obranné mechanismy chrání celistvost ega v situacích, kdy je ohroženo sebepojetí jedince, a předcházejí pocitům zahanbení, viny nebo úzkosti (Baštecká a Goldmann, 2001).

⁶ Biblioterapie je terapeutická metoda, která využívá podpůrné účinky četby.

Všechny tyto mechanismy probíhají na nevědomé úrovni – k jejich zvědomění může dojít až zpětně. Řada autorů se domnívá, že obranné mechanismy obsahují prvky sebeklamu – tj. že za účelem ochrany ega dochází ke zkreslení dané situace.

Mezi odborníky dodnes panují spory o tom, zda jsou obranné mechanismy zdravé nebo škodlivé. U ztráty dítěte jsou zpravidla zdravé krátce po ztrátě, kdy pozůstalému umožňují adaptovat se na ztrátu a zmírnit tak prvotní šok. Pokud do jisté doby nevymizí, stávají se spíše škodlivými, neboť zabraňují procesu truchlení.

Nelze jednoduše určit, které obranné mechanismy konkrétně uplatňují rodiče po ztrátě dítěte, neboť na to má vliv řada faktorů. Přesto si však dovolíme uvést ty z nich, které bychom v reakci na ztrátu potomka očekávali:

- **popření** – odmítnutí či překroucení zjevné skutečnosti (např. přesvědčení, že se lékaři museli s diagnózou mýlit; u ztráty se objevuje nejčastěji v momentě, kdy se o ní jedinec dozví)
- **intelektualizace** – nepříjemné téma je učiněno předmětem úvahy, čímž je od něj získán emoční odstup (např. zaměření na detaily plánování pohřbu namísto smutku)
- **přemístění** (dislokace, přesunutí) – přesunutí nepříjemných emocí na náhradní (méně ohrožující) objekt, který nemá k vlastní příčině vztah (např. vztek na autoritu jedinec namíří doma na děti)
- **regrese** – návrat k projevům dřívějšího vývojového stadia, které bylo méně stresové (např. starší děti začnou v náročné situaci šišlat)
- **konverze** – přeměna potlačených afektů v tělesné příznaky

2.5 Důsledky ztráty dítěte

Smrt blízké osoby je vnímána jako nejvýraznější narušení života (Lalivé d'Epinaý et al., 2003). Jak uvádí Špatenková (2011), životní ztráta může z dlouhodobého hlediska vést k růstu a expanzi ve vývoji osobnosti, ale také k deterioraci a vývojovému regresu.

Důsledky ztráty dítěte jsou ještě závažnější a náročnější na zvládnutí. V porovnání s ostatními ztrátami častěji vede k rozvoji komplikovaných forem truchlení, ale může způsobit také rozvoj jiných patologických fenoménů, jako je například posttraumatická stresová porucha nebo deprese. Dle Cohen-Mansfieldové et al. (2012) truchlení po ztrátě dítěte zvyšuje riziko předčasné mortality rodičů.

Existují rodiče, kteří po ztrátě potomka zůstávají v hlubokém zármutku a se ztrátou svou ztrátou se nevyrovnejí nikdy. Ti se často zcela stahují ze společnosti, čímž od sebe odstraňují i zdroj zmírnění bolesti, kterým je společnost jejich blízkých (Schiffová, 1978). Někteří jedinci po ztrátě dítěte zcela mění model života, uchylují se k mladšímu vzezření a mění práci i přátele, zatímco jiní rodiče naopak dříve zavedené modely posilují (Schiffová, 1978).

Ztráta dítěte však nemá dopad pouze na samotného jedince, ale do značné míry ovlivňuje stabilitu celého rodinného systému včetně partnerského vztahu rodičů (Kubíčková, 2001). Obecně lze říci, že *„smrt dítěte může rychle vyústit do existenciální krize, která intenzivně zpochybní základní jistoty, smysl života a mezilidské vztahy.“* (Oliver 1999, cit. dle Firthová 2007, s. 105)

Dopady ztráty dítěte na partnerský vztah mohou být jak negativní, tak pozitivní. Zda dojde následkem ztráty mezi partnery k odcizení nebo naopak k většímu sblížení, velmi záleží na kvalitě jejich vztahu před smrtí dítěte (McLarenová, 2007). Obecně platí, že blízkost manželů výrazně zmírňuje dopady zármutku (Song et al., 2010).

Podle Špaňhelové (2009) a Schiffové (1978) má po ztrátě dítěte vážné problémy 75–90 % párů, a to zejména během prvních měsíců po úmrtí. Moody a Arcangelová (2011) naopak uvádějí, že podle nových výzkumů je výskyt rozvodů u párů postižených ztrátou dítěte nižší, než je celostátní průměr. Také *„Schwabová v přehledu pramenů o rozvodovosti u rodičů po smrti dítěte dochází k závěru, že jen malá část pozůstalých rodičů se rozvádí v důsledku smrti dítěte.“* (McLarenová 2007, s. 112-113)

McLarenová (2007) dále uvádí, že bezprostředně po ztrátě vnímá většina párů svůj vztah jako těsnější a navzájem si poskytují oporu, ale během týdnů se stávají pro druhého méně přístupnými. Opět se sblíží až poté, co začnou respektovat jedinečnost partnerova prožívání. Dle McLarenové (2007) to však může trvat i celé roky.

Schiffová (1978) se domnívá, že většina rodičů není schopna být partnerovi v období zármutku oporou, protože stěží zvládají nést svůj vlastní žal. Namísto truchlícího páru jsou tak spíše dvěma truchlícími osobami. Jejich truchlení je jen málokdy synchronizované, a proto se se svými potřebami ohledně zármutku často míjejí.

Jiní autoři (viz např. Kubíčková, 2001; Moody a Arcangelová, 2011; Schiffová, 1978) uvádějí jako hlavní příčinu partnerských problémů v době truchlení genderové rozdíly – tedy emoční inhibici u mužů a potřebu sdílení u žen (viz kapitola č. 2.3.7).

Jak píše Schiffová (1978), v mnohých rodinách panuje nesoulad ohledně toho, zda o smrti dítěte mluvit nebo ne - často jsou to spíše otcové, kdo se těmto rozhovorům vyhýbá. Podle Schiffové se pro otce domov mnohdy stává symbolem ztráty, a proto využívají každou možnost, jak zůstat do pozdních hodin v práci nebo s přáteli v hospodě. Není výjimkou, že se u nich postupem času rozvíjí závislost na práci nebo na alkoholu. To jen zvyšuje odpor ze strany žen, které se zároveň domnívají, že muži dítě zřejmě nemilovali, když netruchlí. Výsledkem může být až odloučení partnerů nebo rozvod (Schiffová, 1978).

Dle Shanfielda (1984, cit. podle Kubíčková, 2001, s. 47) dopady ztráty souvisí spíše s okolnostmi úmrtí. Uvádí, že pozitivní dopady ztráty, jako je duchovní růst a uvědomění si sounáležitosti se zbytkem rodiny, jsou častější u rodičů, kteří prožili anticipovanou ztrátu dítěte (konkrétně v důsledku onkologického onemocnění). Naopak při náhlé ztrátě dítěte způsobené autonehodou se podle něj častěji vyskytuje intenzivnější zármutek, deprese a pocity viny.

Výjimkou není ani vzájemné obviňování partnerů ze smrti dítěte či chorobný strach o své zbylé blízké. Dle Cameronové (2008) má ztráta dítěte dopad i na pozdější rodičovství. U pozůstalých rodičů se totiž velmi často objevuje až nezdravá míra protektivity pozůstalých blízkých či nově narozených dětí.

Další oblastí, ve které pozůstalí rodiče často pociťují problémy, je sexuální soužití. Důvodem může být, že se jedinec (častěji ženy) v zármutku není schopen zaměřit na potěšení jakéhokoliv druhu nebo si to vyčítá. Další příčinou ale může být také strach z dalšího otěhotnění a další potenciální ztráty (Kubíčková, 2001).

Na druhou stranu je ale truchlení považováno také za nejvyšší katalyzátor růstu (Moody a Arcangelová, 2011). Jak píše Smékal (2005, s. 195): *„Pokud jde o minulost, ta je uzavřená. Co se stalo, nelze vzít zpátky. Avšak pro náš úděl je daleko závažnější vědět, že budoucnost je otevřená a že v naší moci je volba náhledu na minulé a volba postoje k budoucnosti i svoboda volby mezi alternativami jednání, co se budoucnosti týče.“*

Moody a Arcangelová v tomto směru hovoří o tzv. přerodu, který je podle nich nejen přebudováním a obnovením života, ale dokonce jakýmsi „duchovním znovuzrozením“. Domnívají se, že lidé, kteří k němu dospějí, přesáhnou to, čím byli v době úmrtí. *„Jsou silnější, laskavější k sobě i k druhým a víc si cení života. Nabyli moudrosti, soucitu, porozumění a nepodmíněné lásky. Cítí se povzneseni nad svým dřívějším já.“* (Moody a Arcangelová 2011, s. 165)

Obecně se odborníci shodují na tom, že se lidé po ztrátě dítěte často stávají altruističtějšími a citlivějšími vůči potřebám druhých. Někteří z nich také nově nacházejí náplň v pomoci druhým.

Jak praví Rosay ve svém citátu (cit. podle Křivohlavý 1989, s. 23): „*Člověk málokdy cítí, co je štěstí, ale obyčejně ví, co štěstí bylo.*“ Po úmrtí dítěte si rodiče zpravidla silně uvědomují kvality, které mělo. Kromě toho ale také více oceňují své žijící blízké. U těchto rodičů (právě proto, že si jsou vědomi hloubky své ztráty) dochází často ke změně hodnotové orientace. Stávají se také citlivějšími vůči tomu, za co mohou být nadále vděční.

Moody a Arcangelová dále uvádějí, že ztráta blízké osoby učí pozůstalé pokoře a umožňuje jim více si uvědomit vlastní smrtelnost a pomíjivost času. Ten se pro ně stává vzácným a tak mnohdy nově více usilují o to, aby ho nepromarnili. Většina pozůstalých si buduje nové priority, mezi které patří touha věnovat více času svým blízkým.

Také se u nich někdy snižuje samotný strach ze smrti. Pokud již dříve věřili v posmrtný život, stává se pro ně smrt možností znovushledání se svým potomkem. Ti z nich, kteří v době ztráty věřící nebyli, se často nově zabírají hledáním odpovědí na otázky ohledně transcendentna i víry obecně.

3. Možnosti intervence

3.1 Druhy pomoci

Péče o pozůstalé může mít mnoho podob – od laické pomoci k pomoci odborné. Bezprostředně po úmrtí blízké osoby je pro truchlící důležitá zejména podpora nejbližších, mezi které patří širší rodina, přátelé, sousedi či kolegové v práci. Během prvního týdne po ztrátě od nich pozůstalí potřebují hlavně praktickou pomoc, která je nezbytná k udržení chodu rodiny (McLarenová, 2007).

Samotný rituál pohřbu, účast na něm a jeho přípravě, je také významnou formou pomoci (viz kapitola č. 1.2). Oporu svých blízkých ale pozůstalí potřebují i po pohřbu, kdy na ně zpravidla intenzivně doléhá samota ze ztráty. Obvykle jim stačí pouhá přítomnost blízkých. Ti ani nemusejí nic říkat – stačí, když tam jsou, připraveni naslouchat (Schiffová, 1978).

Není však pravidlem, že jedinec vyhledává pomoc až po ztrátě. Zejména u anticipovaného úmrtí může být přínosem podstoupit odbornou péči již před ztrátou.

Neformální pomoc není vždy dostačující. Zvláště pokud jedinec ztratil dítě, potřebuje často hovořit o bolesti ze ztráty s odborníkem – ať už proto, že ostatní zdroje, jako jsou copingové strategie či pomoc blízkých, selhávají, nebo nejsou dostatečně účinné (Špatenková, 2008). V takovém případě má pozůstalý možnost využít formální pomoci, která sestává z poradenství pro pozůstalé, krizové intervence, psychoterapie (či tzv. terapie pozůstalých), svépomocných setkání nebo medikace. Nyní se na každou z nich zaměříme podrobněji.

3.1.1 Poradenství pro pozůstalé

Poradenství pro pozůstalé je u nás poměrně novým druhem pomoci truchlícím. Je určeno zejména těm, kteří v nedávné době prožili ztrátu blízké osoby a potřebují pomoci se na ni adaptovat (Špatenková, 2008). Jak píše Kubíčková (2001), spíše než samostatnou profesí je poradenství pro pozůstalé specializovaným rozšířením kompetencí u jednotlivých druhů psychosociálního poradenství – poskytují jej psycho-terapeuti, zdravotníci, sociální pracovníci, lékaři, duchovní i zaměstnanci pohřebních služeb. Patří sem ale také laická pomoc poskytovaná dobrovolníky (např. v hospicích), v rámci svépomocných sdružení nebo tzv. laickými poradci – tedy pozůstalými, kteří již vlastní ztrátu zpracovali a rozhodli se pomáhat druhým ve stejné situaci.

Hlavní principy poradenství pro pozůstalé zformuloval Worden (2009) následovně:

1. Pomoci pozůstalým v akceptaci ztráty.

K přijetí reality ztráty může poradce přispět zejména povzbuzováním pozůstalých k vyprávění o úmrtí.

2. Pomoci pozůstalým identifikovat jejich pocity a vyjádřit je.

Podstatné je doptávat se také na negativní pocity.

3. Pomoci pozůstalým žít dál bez zemřelého.

Pozůstalým se doporučuje také vyvarovat se jakéhokoliv radikálního a unáhleného rozhodnutí, jako je např. změna bydliště, zaměstnání nebo adopce dětí.

4. Pomoci pozůstalým v emocionálním odpoutávání od zesnulého.

Poradce se snaží povzbuzovat je v navazování nových či prohlubování již existujících vztahů. Zároveň je ale odrazuje od rychlé náhrady pozůstalého – v případě ztráty dítěte se nedoporučuje okamžité nahrazení zesnulého dítěte početím nového potomka či adoptí. Odborníci radí počkat s takovým rozhodnutím až po odeznění akutního zármutku.

5. Poskytnout pozůstalým prostor a čas pro truchlení.

6. Interpretovat „normální“ reakce na ztrátu.

7. Respektovat individuální rozdíly v truchlení

8. Poskytovat pozůstalým kontinuální podporu.

Zvláštní význam má poradenství pro pozůstalé zejména v období, kdy podpora sociálního okolí slábne anebo zcela schází.

9. Prozkoumat obranné mechanismy a copingové strategie pozůstalých.

Poradce by měl odhalit způsoby zvládnutí ztráty u pozůstalých a podpořit adaptivní strategie zvládnutí krize.

10. Identifikovat potíže a doporučit adekvátní pomoc.

Pokud poradce objeví komplikované formy truchlení, doporučuje podstoupit tzv. terapii pozůstalých nebo jinou formu psychoterapie. Na komplikované truchlení usuzuje z přítomnosti rizikových faktorů (viz kap. č. 2.3.5.2) a tzv. záchytných bodů (viz kap. č. 3.1.3).

Z prvních čtyř principů je patrná návaznost na Wordenovy úlohy truchlení.

Jak uvádí Špatenková (2008), klientem poradenství pro pozůstalé může být jedinec, pár i celá rodina nebo skupina (například při skupinovém poradenství).

Poradci pro pozůstalé by měli být „především zkušení zralí lidé, kteří zpracovali svůj strach ze smrti a vybudovali si přiměřené postoje nejen k umírání, smrti a truchlení, ale především k životu vůbec.“ (Kubíčková, 2001, s. 254-255)

Může se jednat o jednorázový kontakt nebo o pravidelné setkávání.

Mezi hlavní formy poradenství pro pozůstalé patří:

- **doprovázení** – pomoc klientovi s problémem, který nemá řešení
- **edukaci** – předání potřebných informací (o procesu truchlení, možnostech intervence, atd.)
- **poradenství** – pomoc založená na hledání řešení (Kubíčková, 2001; Špatenková, 2008).

Metod, které poradci využívají, je více. Jak píše Kubíčková (2001, s. 224), je vhodné „využívat např. identifikačních předmětů, fotografií, videonahrávek z pohřbu nebo jiných významných událostí, speciální hudby (hudba z pohřbu, „jeho/její písnička“) nebo analýzy snů pozůstalých.“ Mezi další metody patří psaní (deníku, básní, apod.), kresba, vytváření rituálů, sestavení alba vzpomínek, řízená imaginace, změna struktury hodnot, apod. (Špatenková, 2008).

Mezi hlavní cíle poradenství pro pozůstalé patří:

- pomoci pozůstalým vrátit se na určitou úroveň fungování
- pomoci pozůstalým porozumět tomu, co se s nimi děje
- pomoci pozůstalým naučit se „žít se smrtí“
- ventilace prožitků
- uvědomění si ztráty i jejích dopadů
- umožnění katarze⁷ (Špatenková 2008).

3.1.2 Krizová intervence

Nejvhodnější formou pomoci pozůstalým v akutní fázi zármutku (v případě pozůstalých zpravidla krátce poté, co se o úmrtí blízké osoby dozví) je psychologická první pomoc a krátkodobá krizová intervence – tj. specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi (Kubíčková, 2001; Špatenková, 2011).

⁷ Katarze je ozdravný účinek, zbavení se pocitů viny a výčitek svědomí.

Cílem krizové intervence je podpora vlastní schopnosti postiženého si za určité účasti okolí pomoci sám (Bouček, 2001). Pozůstalému je při ní poskytnut prostor pro ventilaci emocí a ze strany interventa se mu dostává podpory, empatie a povzbuzení.

Kromě lékařských služeb první pomoci, psychiatrů a psychologů poskytují krizovou intervenci také telefonické linky důvěry a krizová centra (Bouček, 2001).

V České republice funguje asi 30 linek důvěry, z toho některé jsou v nonstop provozu. Výhodou telefonické krizové intervence je zachování anonymity klienta a okamžitá dostupnost služby.

Do krizového centra mohou klienti v akutní krizi přijít bez předchozího objednání či doporučení. Mohou využít ambulantní formu pomoci nebo krátkodobou hospitalizaci.

3.1.3 Psychoterapie

Psychoterapii lze definovat jako „léčebné působení psychologickými prostředky“ (Beran, 2001), které mohou být verbální i neverbální. Vedle individuální psychoterapie existuje také psychoterapie skupinová, na které je přítomno více klientů – přibližně deset.

Narozdíl od krizové intervence nebo poradenství je psychoterapeutický proces dlouhodobý – někdy trvá i déle než rok. Klient dochází na sezení pravidelně, většinou jednou za 14 dní.

Cílem psychoterapie je odstranit či zmírnit psychické obtíže a je-li to možné, tak i ovlivnit jejich příčiny (Beran, 2001).

V současné době existuje celá řada psychoterapeutických směrů – není však cílem této práce je všechny zmapovat. Pro pozůstalé může být vhodná například logoterapie, jejímž cílem je pomoci klientovi nalézt smysl života. Zejména u rodičů po ztráty dítěte je absence smyslu častá. Mezi další psychoterapeutické přístupy, které lze u terapie pozůstalých uplatnit, řadí Kubíčková (2001) terapii zaměřenou na klienta (například Rogersovskou psychoterapii), gestaltterapii, kognitivně-behaviorální terapii, hypnózu, arteterapii či muzikoterapii.

Psychoterapeut může využít i metody, které jsme uvedli v kapitole č. 3.1.1.

Psychoterapií, která je určena zejména pozůstalým, je tzv. **terapie pozůstalých**. Jedná se o formu psychoterapie, jejímž cílem je povzbudit pozůstalé k ventilaci zármutku a k překonání fixací a bariér bránícím otevřené exploraci pocitů (Parkes a Prigerson, 2010).

Terapie pozůstalých je doporučována především těm truchlícím, kterým nepomohlo samotné poradenství nebo u kterých jsou přítomny komplikované formy truchlení (Kubíčková, 2001).

Z toho důvodu by měl být poradce schopen zmapovat rizikové faktory truchlení (viz kap. 2.3.5.2). Protože samotná ztráta dítěte je rizikovým faktorem, můžeme předpokládat, že u ní bude psychoterapie (terapie pro pozůstalé) v porovnání s jinými ztrátami zapotřebí častěji.

Vedle rizikových faktorů také poradce určuje, zda se nejedná o komplikované truchlení. K tomu mu mohou pomoci tzv. **záchytné body**, které definoval Worden (1987, cit. podle Kubíčková 2001, s. 163–165) takto:

- neschopnost pozůstalého hovořit o zemřelém, aniž by opět akutně a intenzivně prožíval smutek
- jakákoliv bezvýznamná událost vyvolává silnou emoční odezvu
- v rozhovoru se objevují témata, která souvisejí se ztrátou
- pozůstalý zachovává věci tak, jak je zesnulý zanechal (mumifikace)
- pozůstalý vykazuje stejné symptomy, které se u zemřelého vyskytovaly před smrtí
- pozůstalý radikálně mění životní styl, odvrací se od příbuzných nebo rezignuje na aktivity, které mají vztah k zemřelé osobě
- přetrvávající sklíčenost a silné pocity viny
- falešná euforie
- neuvědomovaná imitace zemřelé osoby
- sebedestruktivní jednání
- fobie ze smrti (tzv. thanatofobie) nebo z nemoci, na kterou blízká osoba zemřela (tzv. nosofobie)
- okolnosti úmrtí nasvědčující komplikovanému truchlení
- vyhýbání se návštěvě hrobu nebo účasti na rituálech a aktivitách, které mají souvislost se smrtí (např. pohřby, zádušní mše)
- nedostatek přiměřené sociální opory ze strany rodiny v období akutního zármutku.

Žádný z těchto záchytných bodů však sám pro diagnostický závěr nestačí – jedná se spíše o varovný signál.

Jelikož terapie pozůstalých vychází z Wordenova úkolového modelu, zjišťuje terapeut, která z úloh truchlení nebyla splněna. Na základě práce s emocemi se poté snaží pomoci truchlícímu projít scházejícími úkoly a uznat konečnost ztráty.

Mezi techniky používané v rámci terapie pozůstalých řadí Kubíčková (2001) například psychodrama nebo tzv. techniku prázdné židle. V psychodramatu pozůstalí přehrávají svůj problém. Mohou hrát sami sebe nebo fiktivní rozhovor se zesnulým či dalšími členy rodiny. Prázdná židle slouží k představě zesnulého, ke kterému pozůstalý v přítomném čase mluví o svých pocitech a myšlenkách.

V rámci terapie v ideálním případě dochází ke změnám v chování pozůstalých, jejich subjektivních prožitků i ke zmírnění symptomů (Kubíčková, 2001)

Psychoterapie slouží také jako prevence patologických jevů. Proto ji může podstoupit kdokoliv – nejen ti, u kterých se vyskytuje komplikované truchlení.

3.1.4 Svépomocné skupiny

Další druh pomoci pozůstalým představují tzv. svépomocné skupiny, které jsou tvořeny klienty se stejnými potížemi. Ti si jsou často schopni až překvapivě dobře pomoci navzájem.

Na setkání je přítomen i odborník, který (na rozdíl od skupinové psychoterapie) do dění ve skupině příliš nezasahuje – spíše ji nepřímo řídí.

U pozůstalých (a obzvláště u těch, kteří ztratili dítě) se tato forma pomoci velice osvědčila. Obvykle totiž zažívají pocity, že jim druzí nemohou plně porozumět, pokud nezažili to samé.

Schiffová (1978, s. xii-xiv) popisuje vlastní zkušenost ztráty syna následovně: *„My jsme tehdy potřebovali slyšet od někoho ‚Zažil jsem stejné utrpení, jaké teď snášíte. Zvládnete to. Mám nějaká doporučení, která by vám mohla pomoci.‘ (...) Rodiče, kteří přišli o dítě potřebují vědět, že jiní rodiče zakoušejí stejné emoce, které oni nyní pociťují a že efektivně zvládají spojit truchlení i život dohromady.“*

Jak píše Špatenková (2008), zjištění, že někdo jiný také prožil stejnou ztrátu a dokázal ji zvládnout, dává pozůstalým naději, že i oni toto těžké období překonají. Podpora od těch, kteří „přesně vědí, co právě prožívají“, je pro pozůstalé velmi cenná. Vzájemná pomoc i podpora od skupiny zároveň pomáhá pozůstalým překonat pocity osamělosti a zoufalství.

Dalším přínosem svépomocných setkání pro pozůstalé je, že se nemusejí obávat, jak na jejich jednání budou druzí reagovat. *„Při takovýchto setkáních se kritizování*

a potřeba všechno posuzovat a hodnotit přetavují v porozumění, pochopení a soucit.“
(Küber-Rossová 2003, s. 47)

Odborníci však doporučují po ztrátě nejprve vyhledat individuální odbornou péči, protože v akutní krizi jsou pozůstalí zahlceni svými vlastními emocemi a nejsou příliš schopni naslouchat jiným lidem v krizi (Špatenková, 2008).

Při ztrátě dítěte se nemusí zapojovat jen rodiče, ale mohou se zúčastnit i pozůstalé děti – pokud jsou dost velké.

3.1.5 Medikace

Další možnou pomocí je užití psychofarmak – nejčastěji se jedná o hypnotika, anxiolytika nebo antidepresiva.

Dříve bylo jejich předepisování zvykem, postupně se však situace mění. Odborníci varují, že psychofarmaka znemožňují proces truchlení, a tak pozůstalý prožití zármutku užíváním léků pouze odsouvá do budoucna.

Jak píše Špatenková (2008), ačkoliv může zármutek v mnohém depresi či jinou nemoc připomínat, je normální a přirozenou reakcí na ztrátu a její dopady – proto je medikace při nekomplikovaném truchlení neadekvátní.

Otázka podávání léků je dodnes sporná, ačkoliv se stále více odborníků kloní k názoru, že pokud se nejedná o komplikovanou formu truchlení, je lépe medikaci nepodávat. Kübler-Rossová (2003) píše, že sedativa je potřeba nahradit účastným nasloucháním.

V případě deprese jsou antidepresiva bezesporu namístě. Je však třeba důkladně prověřit, zda se spíše než o depresi nejedná o komplikovanou formu truchlení.

3.2 Organizace v ČR

V České republice existuje řada organizací, které se zabývají poradenstvím pro pozůstalé. Nyní uvedeme alespoň ty hlavní.

Občanské sdružení Dlouhá cesta – www.dlouhacesta.cz

Občanské sdružení Dlouhá cesta je organizací, která se u nás zabývá pomocí pozůstalým rodičům, kteří ztratili dítě (nebo dalším členům rodiny).

Toto občanské sdružení pravidelně pořádá pro pozůstalé svépomocná setkání, rekondiční víkendy a vzpomínkové akce. Zároveň ale zaštiťuje i odborné poradenství,

poradenství pro pozůstalé a laické poradenství. Dnes má již několik poboček po celé republice.

Hlavním typem organizací, které poskytují pomoc umírajícím i jejich rodinám, jsou **hospice**. Ty vznikly za cílem umožnit terminálně nemocným pacientům prožít důstojný zbytek života. Vedle toho, že poskytují paliativní péči terminálně nemocným, se také zaměřují na praktickou pomoc rodinám pacientů a jejich podporu. Rozdělit je můžeme podle typu na:

- **domácí péči** – ta předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí; rodině v péči o terminálně nemocného pomáhají kvalifikovaní odborníci, kteří docházejí do domu umírajícího
- **stacionáře** – jsou součástí hospice; pacienti do nich denně docházejí
- **lůžkovou péči** – ta je určena terminálně nemocným, o které se nemůže starat rodina.

Hospicové občanské sdružení Cesta domů – www.cestadomu.cz

Cesta domů je jedním z nejznámějších českých sdružení působících v oblasti paliativní péče. Cesta domů provozuje v Praze hospic domácího typu (pomáhá tedy rodinám, které doma pečují o své umírající blízké) – poskytuje jim tzv. odlehčovací služby (pomoc s péčí o umírajícího), zapůjčení pomůcek i odborné poradenství.

Další hospice lze vyhledat přes portál **www.hospice.cz**, který sdružuje veškeré informace o aktuálním dění v oblasti hospicové péče.

Mezi další organizace, které mohou být pozůstalým rodičům přínosem, patří například tyto⁸:

- **Bílý kruh bezpečí – www.bkb.cz**
Pokud pozůstalí prožili násilnou ztrátu, mohou se obrátit na Bílý kruh bezpečí, který nabízí pomoc obětem i svědkům trestných činů, včetně doprovodu k soudu.

⁸ Tyto informace byly zpracovány pomocí informací z internetových portálů a propagačních materiálů jednotlivých organizací.

- **Nadační fond Klíček a Sdružení Klíček** – www.klicek.org
 Nadační fond a sdružení Klíček se snaží zlepšovat životní podmínky vážně nemocných dětí i jejich rodin a poskytovat jim podporu. Jejich cílem je vybudovat první dětský hospic v ČR.
- **České sdružení obětí dopravních nehod** – www.csodn.cz
 Toto sdružení sestává převážně z pozůstalých, kteří přišli o své blízké při dopravní nehodě. Pozůstalým poskytují psychickou podporu, pomoc při dalším jednání (např. s policií, soudy či pojišťovnami), odborné poradenství i svépomocná setkání.
- **Sdružení rodičů onkologicky léčených dětí ONKA**
www.onka-sdruzeni.cz
 ONKA pomáhá zejména rodičům a rodinným příslušníkům onkologicky nemocných dětí. Zaměřuje se také na pomoc těm z nich, kteří své dítě v důsledku onemocnění již ztratili.
- **Občanské sdružení HAIMA CZ** – www.haima.cz
 HAIMA pomáhá onkologicky nemocným dětem i jejich rodinám.
- **Psychosociální intervenční tým ČR** – www.pit-cr.info
 Jedná se o mezioborové sdružení lidí, kteří pomáhají skupinám při neštěstí.
- **Pohřeb** – www.pohreb.cz
 Na této webové stránce lze najít informace týkající se úmrtí, pohřbu i praktické rady pro pozůstalé.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Cíle empirického šetření

V teoretické části jsme se pokusili zmapovat problematiku ztráty dítěte a adaptaci na ni.

Cílem empirické části je na základě kvalitativního výzkumného šetření zmapovat podpůrné psychologické aspekty, které napomáhají rodičům v adaptaci na ztrátu dítěte. Zároveň se zaměříme na aspekty, které adaptaci na ztrátu dítěte naopak znesnadňují. Pokusíme se popsat potřeby pozůstalých rodičů během procesu truchlení a zjistit, jakým způsobem ztráta dítěte jedince a jeho další život ovlivňuje. Zmapujeme také jednotlivá stadia, kterými respondentky po ztrátě dítěte procházely.

Jednotlivé kazuistiky byly získávány pomocí individuálních hloubkových rozhovorů, které byly následně analyzovány pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Jako doplňující metoda byla zahrnuta Škála přístupu k zármutku AAG (Adult Attitude to Grief Scale).

Pro kvalitativní výzkumný design jsme se rozhodli zejména proto, že se jedná o citlivé a osobní téma. Jelikož tato problematika zatím nebyla zkoumána, jeví se nám kvalitativní přístup jako vhodnější také proto, že narozdíl od přístupu kvantitativního spíše mapuje širší souvislosti.

Výsledky této práce by měly vycházet z poznatků zahrnutých v teoretické části. Měly by poskytovat přehled možných podpůrných faktorů a osvědčených strategií, který může být pomocí jak pozůstalým po ztrátě dítěte, tak jejich okolí.

V minulosti byla zkoumána převážně problematika ztráty blízké osoby, zejména ztráty životního partnera. Dnes je již mapována i problematika ztráty dítěte, a to zejména v zahraničí. Není nám však znám žádný český výzkum, který by mapoval podpůrné aspekty napomáhající adaptaci na ztrátu dítěte starší jednoho roku. Proto se domníváme, že by výsledky této práce mohly přispět také odborníkům, kteří s pozůstalými pracují.

2. Výzkumné otázky

Na základě poznatků, které jsme uvedli v teoretické části a cílů tohoto výzkumného šetření definujeme následující výzkumné otázky:

1. Jaké psychologické aspekty napomáhají v adaptaci na ztrátu dítěte?

a) Zda a jak napomáhají pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte podpůrné faktory?

- **sociální opora**
 - rodina
 - partner
 - přátelé
 - svépomocné skupiny
- **vlastní aktivita** (aktivní coping)
- **odborná pomoc**
 - psychosociální intervence
 - medikace
- **informace** – četba odborné literatury
- **náboženské přesvědčení**
- Jaké konkrétní věci jim pomáhají?

b) Co jiného pozůstalí v období po ztrátě dítěte potřebují?

2. Co jim naopak adaptaci na ztrátu dítěte znesnadňuje?

3. Jaký dopad má ztráta dítěte na život jedince?

- a) Jak se změnila životní situace jedinců po smrti dítěte?
- b) Jak se změnil jejich postoj k životu?
- c) Jak s odstupem času vnímají samotnou ztrátu?

4. Jakými stadii jedinci po ztrátě dítěte procházejí?

3. Použité výzkumné metody

Pomocí fenomenologického přístupu jsme zkoumali subjektivní zkušenost žen po ztrátě dítěte. Jelikož se jedná o citlivé a osobní téma, zvolili jsme pro tuto kvalitativní mapující studii metodu individuálního hloubkového rozhovoru. Ten jsme následně analyzovali pomocí tzv. interpretativní fenomenologické analýzy (Interpretative Phenomenological Analysis – dále jen IPA). V rámci zvýšení triangulace jsme výzkumnou metodu hloubkového rozhovoru doplnili o Škálu přístupu k zármutku AAG (Adult Attitude to Grief Scale).

3.1 Individuální hloubkový rozhovor

Individuální hloubkový rozhovor obsahuje řadu pečlivě formulovaných otázek, na něž respondent odpovídá. Vyznačuje se definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací (Hendl, 2005). Další výhodou individuálního hloubkového rozhovoru je, že umožňuje dotazovanému, aby přinášel jemu vlastní témata (Kocvrlichová, 2006), neboť mu nejsou nabízeny možnosti odpovědí.

Pro účely našeho výzkumu, v němž chceme zachytit subjektivní pohled respondentek na jejich potřeby, podpůrné aspekty v průběhu truchlení, považujeme tuto metodu za nejvhodnější.

S jednotlivými respondentkami jsme byli v e-mailovém či telefonickém kontaktu již před samotným setkáním. Domníváme se, že se nám tak podařilo již předem navodit přátelskou atmosféru.

Během samotného setkání byly respondentkám nejprve poskytnuty informace týkající se průběhu rozhovoru a jeho účelu. Respondentky byly dále seznámeny s tím, jak bude naloženo se sdělenými údaji. Kladli jsme důraz na naprostou anonymitu, stejně jako na dobrovolnost jejich odpovědí a možnost od výzkumného šetření kdykoliv odstoupit. Následně byly respondentky požádány o poskytnutí informovaného souhlasu s účastí na výzkumu (viz příloha č. 2) a s pořízením audio-nahrávky.

Na začátek rozhovoru pak byly zařazeny demografické otázky a otázky vztahující se k úmrtí dítěte. Domnívali jsme se, že lépe porozumíme celému vyprávění, dozvíme-li se potřebné informace ještě před zahájením rozhovoru. Po realizaci prvních třech

rozhovorů jsme se však rozhodli umístit tyto otázky až nakonec, neboť se nám to jevílo jako citlivější (jednalo se o otázky na způsob smrti, počet pozůstalých dětí, atp.). Základní informace potřebné pro orientaci v příběhu byly respondentkami zpravidla uváděny hned v odpovědi na první otázku.

Samotný rozhovor se skládal z úvodní narativní otázky, na kterou navazovaly otázky polostrukturované. Úvodní narativní otázku jsme do rozhovoru zařadili s předpokladem, že nám umožní lépe porozumět tomu, co respondentky považují v příběhu za podstatné, aniž by přitom byly ovlivněny konkrétními otázkami. Již během tohoto vyprávění jsme sledovali zmíněné podpůrné faktory, potřeby respondentek i důsledky ztráty.

Dalšími otevřenými otázkami jsme mapovali, jak respondentky prožívaly celé období po ztrátě dítěte. Požádali jsme je, aby se pokusily celé období po úmrtí dítěte rozdělit na jednotlivé fáze, a následně jsme se doptávali na podpůrné aspekty a potřeby v jednotlivých fázích. Vedle podpůrných aspektů jsme se dotazovali také na to, jak respondentky prožívají ztrátu dítěte nyní, a zda je podle nich možné se se ztrátou dítěte vyrovnat. V závěru rozhovoru jsme se ptali na doporučení, která by respondentky daly jiným pozůstalým rodičům. Tím jsme se pokusili zmapovat i takové strategie, které respondentky samy nevyužily, ačkoliv se zpětně domnívají, že by jim mohly pomoci.

Po poslední otázce byla respondentkám poskytnuta možnost doplnit, co nebylo zmíněno, přestože to považují za podstatné.

Kompletní struktura rozhovoru je uvedena v příloze č. 1.

Pro upřesnění a vysvětlení odpovědí jsme často používali následné inquiry⁹ (Miovský, 2006) – ověřovali jsme si, zda jsme odpovědím dobře porozuměli a zda respondentky správně rozumí našim otázkám.

Respondentky často otázku zodpověděly ještě předtím, než jsme se na ni stačili zeptat – zejména během odpovědi na první (narativní) otázku. V takových případech jsme otázku přesto uvedli a stručně jsme shrnuli, jak jsme jejich předchozí odpovědi porozuměli. Respondentce jsme pak dali možnost odpověď doplnit.

Netrvali jsme na striktním zachování pořadí otázek. Pokud se respondentky začaly k některé otázce vyjadřovat předtím, než byla uvedena, pro usnadnění jsme související otázku položili rovnou.

Během rozhovoru jsme sledovali také emoční a citové projevy respondentek.

⁹ Pod pojmem *inquiry* rozumíme dotazování.

3.2 Škála AAG

Pro zmapování míry adaptace na ztrátu jsme do výzkumného šetření zahrnuli Škálu přístupu k zármutku (Adult Attitude to Grief Scale – dále jen Škála AAG). Autorkou této škály je Linda Machinová, která na základě zkušeností z vlastní praxe identifikovala u truchlících osob tyto tři hlavní typy reakcí:

- **zahlcení** – hluboká bolest a zármutek,
- **vyrovnání** – schopnost čelit emočním i praktickým dopadům ztráty a zachovat si přitom rovnováhu,
- **kontrola** – potřeba zvládat své emoce a nadále věnovat pozornost především nárokům života, který jde dál (Machinová, 2007).

Škála AAG slouží ke zmapování hlavních i vedlejších typů reakce (z daných tří) na ztrátu blízké osoby (Machinová a Spall, 2004). Sestává z devíti tvrzení, z nichž vždy 3 mapují shodný typ reakce – vyrovnanost je sycena tvrzeními č. 1, 3, 9, kontrola tvrzeními č. 4, 6, 8 a zahlcení tvrzeními č. 2, 5 a 7. Respondenti svou odpověď vyznačují na pětibodové numerické škále, kde hodnota 1 vyjadřuje nejvyšší míru souhlasu a hodnota 5 naopak nejnižší (1 – výrazně souhlasím; 5 – výrazně nesouhlasím). Respondenti tedy mohou skórovat ve všech třech typech reakce shodně – vždy minimálně 3 body (maximální přítomnost daného typu reakce na ztrátu) a nejvýše 15 body (absence daného typu reakce). V kompletní podobě je Škála AAG uvedena v příloze č. 2.

Pro tuto práci jsme využili překlad Škály AAG, který je uveden ve článku *Výzkum v praxi* (viz Machinová, 2007).

K zařazení Škály AAG do výzkumných metod jsme přistoupili zejména proto, že nám umožňuje alespoň orientačně zmapovat míru vyrovnání (či jiných typů reakcí na ztrátu) daných respondentek, a graficky znázornit rozdíly ve výsledných skórech v závislosti na některých demografických charakteristikách (např. v závislosti na době, která od úmrtí uplynula, na počtu pozůstalých dětí, atp.).

4. Postup a organizace sběru dat

Empirická část této práce vznikala od října 2012, kdy byl vytvořen scénář rozhovoru a dopis oslovující potenciální respondenty.

Pro zprostředkování kontaktu s respondenty jsme využili organizaci Dlouhá cesta, jejíž zakladatelka na naši žádost e-mailem rozeslala všem členům Dlouhé cesty náš oslovující dopis (viz příloha č. 3). Ten obsahoval informace o zaměření naší diplomové práce i o plánovaném průběhu rozhovoru.

Na tento dopis nám odpovědělo 19 žen, z nichž 13 odpovídalo námi stanoveným kritériím (tj. jednalo se o ženy, které přišly o dítě starší 1 roku a mladší 25 let, a doba, která od úmrtí dítěte uplynula, byla delší než jeden rok). Do oslovujícího dopisu jsme tato kritéria záměrně neuváděli pro případ, že bychom nezískali dostatečný počet respondentů. V takovém případě jsme byli připraveni zvolená kritéria rozšířit. Vzhledem k tomu, že bylo možné poslat oslovující dopis pouze všem členům Dlouhé cesty (nikoliv jen těm, kteří by našim kritériím odpovídali), nechtěli jsme celý proces oslovování respondentů komplikovat tím, že bychom jim v případě nízkého počtu získaných respondentů zasílali druhý dopis se změněnými kritérii.

Tři z těchto 19 žen se nám po úvodní nabídce již neozvaly. Deset respondentek jsme však považovali za dostatečný počet, a proto jsme se zbylým šesti ženám omluvili a vysvětlili jsme jim, proč jsme při jejich oslovování postupovali tímto způsobem.

Realizace sběru dat pro výzkumné šetření probíhala od 13. 11. 2012 do 21. 12. 2012. Všechny rozhovory se odehrávaly v místě bydliště jednotlivých respondentek, která se nacházela v nejrůznějších částech České republiky. Volba místa schůzky byla ponechána na respondentkách. Povzbudili jsme je však k volbě takového místa, kde se budou cítit příjemně a bezpečně. Čtyři rozhovory proběhly v kavárně, další čtyři na pracovišti respondentek a dva v domácím prostředí.

Po vzájemném představení byly respondentky seznámeny s průběhem rozhovoru. Požádali jsme je o možnost rozhovor nahrávat na diktafon a o podpis informovaného souhlasu.

Před samotným rozhovorem jsme je požádali o vyplnění Škály AAG, jež trvalo asi 3 minuty. Poté jsme přistoupili k individuálnímu hloubkovému rozhovoru, jehož délka

se pohybovala od 1 hodiny a 6 minut až po 2 hodiny a 13 minut. Střední hodnotu délky rozhovoru jsme určili na 1 hodinu a 40 minut (\bar{x} = 1 hod. 41 minut; μ = 1 hod. 40 min.).

O souhlas s rozšířením diplomové práce na práci rigorózní byly respondentky požádány prostřednictvím e-mailu. Jelikož součástí rigorózní práce byla pouze data, která měla být dle našeho původního plánu zahrnuta již do práce diplomové, považovali jsme tento postup za dostačující (informovaný souhlas pro zpracování těchto dat jsme získali již pro práci diplomovou). Žádná z respondentek neměla proti tomuto rozšíření práce na práci rigorózní námitky.

5. Zpracování dat

Vzhledem k nízkému počtu respondentek jsme ustoupili od původního plánu realizovat orientační předvýzkumné šetření.

5.1 Individuální hloubkový rozhovor

Výpovědi respondentek byly zaznamenávány na digitální diktafon a následně doslovně převáděny do písemné podoby.

Kompletní přepisy rozhovorů jsou k rigorózní práci přiloženy na CD.

Pro citace výpovědí respondentek v empirické části jsme využili redukce prvního řádu (tj. vynechali jsme některá vycpávková slova). Dbali jsme přitom však na to, aby nedošlo ke změně obsahu sdělení. Při transkripci jsme zaznamenávali také emoční projevy respondentek, zejména pláč a smích.

Dále jsme kladli důraz na zachování anonymity respondentek. Z toho důvodu jsme v textu rigorózní práce i v samotném přepisu rozhovorů změnili jména respondentek, jejich dětí i dalších osob, které respondentky v rozhovoru uvedly. Výjimku tvořila respondentka, která si přála, aby její jméno zůstalo beze změny, v čemž jsme jí vyhověli. Uvedené zeměpisné názvy byly zkráceny na počáteční písmeno názvu, aby ani touto cestou nemohly být respondentky identifikovány.

5.1.1 IPA analýza

Vzhledem k tomu, že cílem této práce je zmapovat a porozumět subjektivním prožitkům a zkušenostem specifické skupiny lidí, rozhodli jsme se pro analýzu získaných dat využít metodu interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Jedná se o kvalitativní přístup, který zjišťuje, jaký význam jedinec přikládá specifické životní zkušenosti, události či stavu (Smith, Flowers a Larkin, 2009; Smith, 2008). Jelikož IPA vychází z fenomenologického přístupu, umožňuje nám porozumět zkoumané problematice nejen na kognitivní, ale i na emocionální úrovni (Harper a Thompson, 2012).

Abychom mohli správně interpretovat získaná data, byly přepisy rozhovorů nejprve pečlivě přečteny a následně kódovány – tj. byla identifikována témata daných sdělení. Tyto kódy byly dále pomocí metody vytváření trsů seskupovány

do jednotlivých témat (Miovský, 2006). Tam, kde jsme to považovali za podstatné, byla pomocí metody prostého výčtu uvedena četnost výskytu daného jevu (Miovský, 2006).

5.2 Škála AAG

Jak jsme již uvedli výše, respondentky označovaly své odpovědi na škále od 1 do 5 (1 – výrazně souhlasím; 5 – výrazně nesouhlasím).

U každé respondentky jsme vypočetli výsledný skór pro jednotlivé typy reakcí na ztrátu (tj. vyrovnání, kontrolu a zahlcení). Tato výsledná hodnota se mohla pohybovat od 3 (nejvyšší možná míra souhlasu s přítomností daného typu reakce) do 15 bodů (nejnižší možná míra souhlasu). Pro větší přehlednost jsme tyto výsledné skóry převedli na desetibodovou škálu, kde hodnota 0 značila nejnižší možnou míru výskytu daného typu reakce a hodnota 10 naopak nejvyšší. Tyto hodnoty byly následně zaznamenávány na desetibodovou škálu, čímž byly graficky znázorněny rozdíly ve výsledných skórech v závislosti na typu ztráty a dalších vybraných demografických charakteristikách (těmi byl např. počet pozůstalých dětí, doba, která od úmrtí dítěte uplynula, atd.). Dle těchto charakteristik byly respondentky rozděleny zpravidla do dvou skupin (pouze v jednom případě se jednalo o tři skupiny).

Vzhledem k celkovému nízkému počtu respondentek (10) v našem výzkumném šetření, i kvůli tomu, že v některých z těchto vzniklých skupin byly pouze 2 respondentky, jsme výsledná data statisticky neporovnávali (tj. nezjišťovali jsme mezi vytvořenými skupinami korelace), ale kvalitativně jsme je popsali pomocí deskriptivní statistiky.

6. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor této mapující studie tvoří deset žen, kterým v minulosti zemřelo dítě.

Sledovat pouze ženy nebylo naším původním záměrem, ale žádný muž na náš oslovující dopis nereagoval. Výsledky výzkumného šetření tak budou mapovat pouze prožívání ztráty dítěte ze strany žen. Pro srovnání s mužským úhlem pohledu by byla zapotřebí realizace nového výzkumného šetření, které by ukázalo, zda se zjištěné kategorie nějakým způsobem liší.

Vzhledem ke specifčnosti zkoumané problematiky byla použita nepravděpodobnostní metoda výběru výzkumného souboru – konkrétně jsme využili metodu záměrného výběru přes instituce (jednalo se o svépomocnou organizaci Dlouhá cesta) a metodu samovýběru (Miovský, 2006). Protože jsme neoslovovali respondenty přímo, ale přes zakladatelku dané organizace, byla iniciativa ve věci účasti na výzkumném šetření ponechána zcela na nich samotných (tj. sami nemuseli odpovídat na žádný e-mail). Jejich rozhodnutí zúčastnit se výzkumu bylo tedy plně dobrovolné.

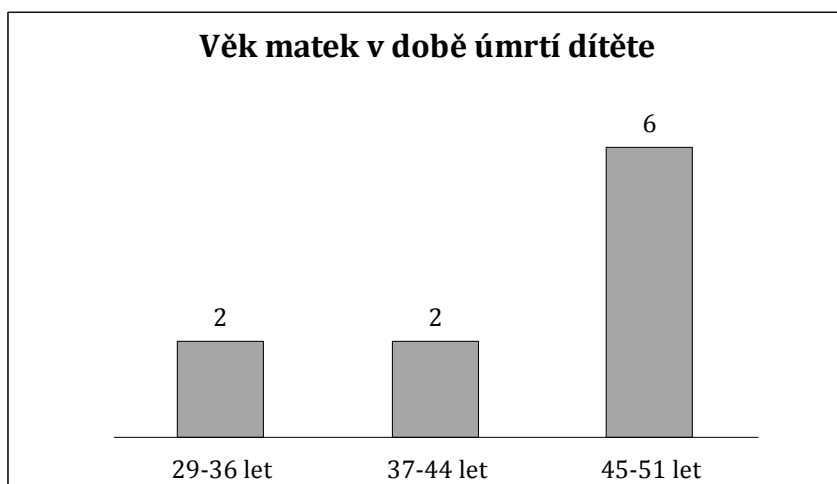
Hlavním kritériem pro výběr respondentů bylo úmrtí dítěte v anamnéze. Zaměřili jsme se pouze na rodiče dětí, kterým byl v době úmrtí alespoň jeden rok a současně ne více než 24 let. Potraty a úmrtí novorozenců jsme do našeho výzkumného šetření nezahrnovali, jelikož se svými dopady od ztráty staršího dítěte liší (McLarenová, 2007). Dále se domníváme, že rodiče mohou jinak (netvrdíme však, že snáze) prožívat i smrt dospělého dítěte, které se již od primární rodiny osamostatnilo a založilo svou vlastní rodinu. Proto jsme se rozhodli stanovit také kritérium horní hranice věku dítěte v době úmrtí, a to na 24 let.

Dalším kritériem byla doba, která od úmrtí dítěte uplynula. Její minimální délku jsme stanovili na jeden rok, neboť první rok po ztrátě dítěte je většinou obdobím akutního zármutku. Chtěli jsme předejít oživení vzpomínek, které by při akutním zármutku mohlo vést až k dekompenzaci stavu respondentek. Protože je ztráta dítěte vnímána jako celoživotní proces (Špatenková, 2006) a zajímal nás celý proces adaptace na ztrátu dítěte (tj. i řadu let po ztrátě), rozhodli jsme se horní hranici této doby nestanovovat.

Dále se zaměříme na vybrané demografické a jiné charakteristiky, které budeme ilustrovat na grafech.

Místa bydliště respondentek se nacházela v nejrůznějších částech České republiky, což přispívá k dobré reprezentativnosti vzorku.

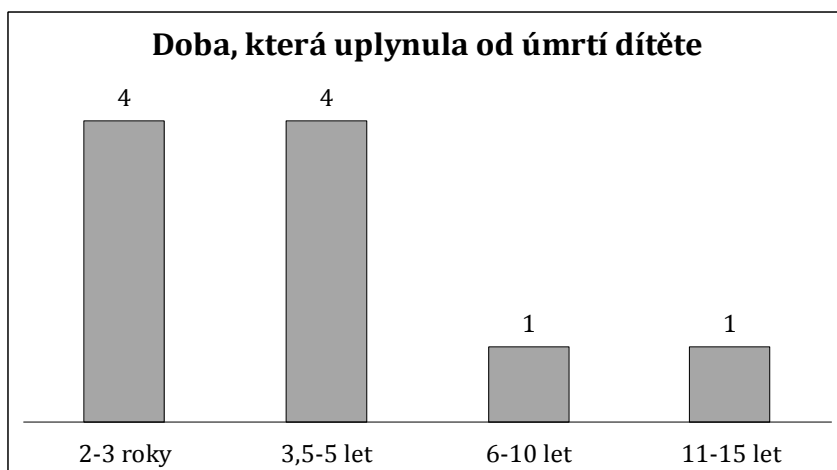
Jejich věk se v době realizace výzkumného šetření pohyboval v rozmezí od 29 do 51 let. Průměrný věk respondentek byl 43 let, medián odpovídal hodnotě 45 let.



Graf č. 2 Věk respondentek v době ztráty dítěte

Osm respondentek se pravidelně účastnilo akcí Dlouhé cesty (zbylé 2 nebyly na žádné akci). Z nich pět bylo současně laickými poradkyněmi a jedna respondentka byla profesí psychoterapeutka.

Doba, která v době rozhovoru od úmrtí dítěte uplynula, se pohybovala mezi 2 a 15 lety. Průměrná doba byla 5 let, medián odpovídal necelým 4 letem. S většinou respondentek (8) jsme hovořili v rozmezí 2 až 5 let od ztráty.



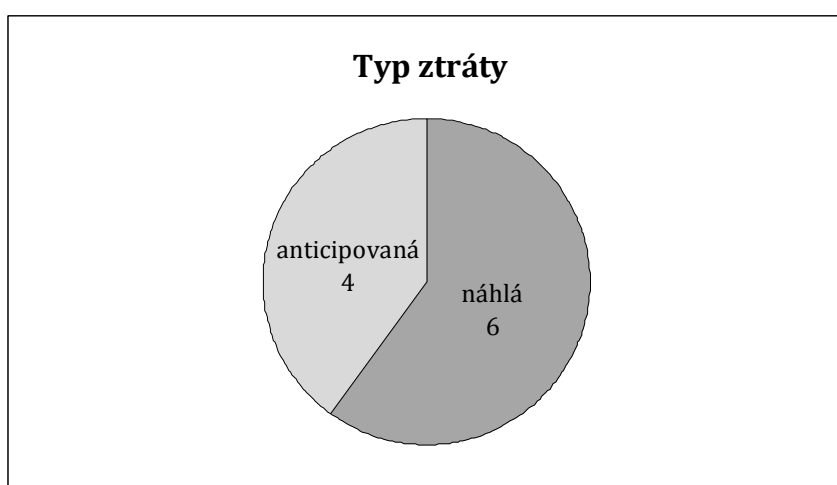
Graf č. 3 Doba, která od úmrtí dítěte uplynula

Sledovali jsme také způsob, jakým k úmrtí dítěte došlo.

Šest respondentek prožilo náhlou ztrátu dítěte. Ve dvou případech se jednalo o náhlý kolaps a v jednom případě šlo o závažné onemocnění, které se projevilo náhle. Dítě jedné z respondentek spáchalo sebevraždu. Další respondentka přišla o dítě v důsledku nehody. Jednu respondentku připravily o dítě přírodní živly.

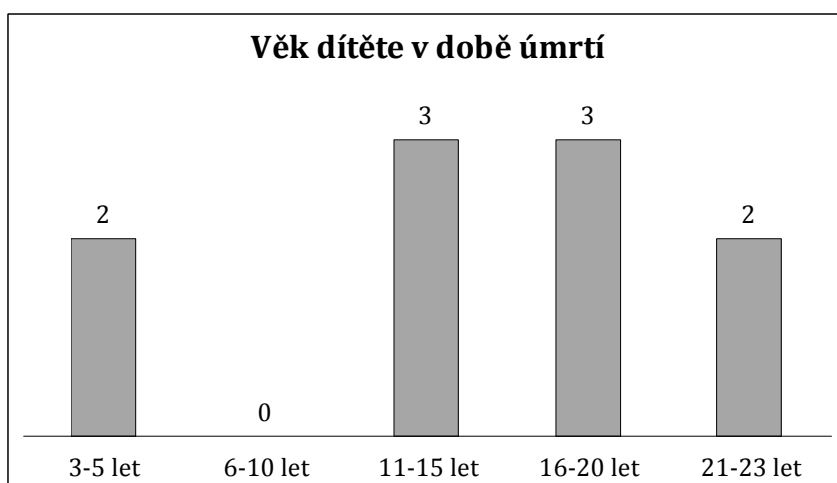
U dalších čtyřech respondentek se jednalo o anticipovanou ztrátu dítěte. Tři respondentky přišly o dítě v důsledku onkologického onemocnění a u jedné respondentky se jednalo o vzácné závažné onemocnění.

Poměr anticipovaných a náhlých (4:6) ztrát tedy tvoří reprezentativní vzorek.



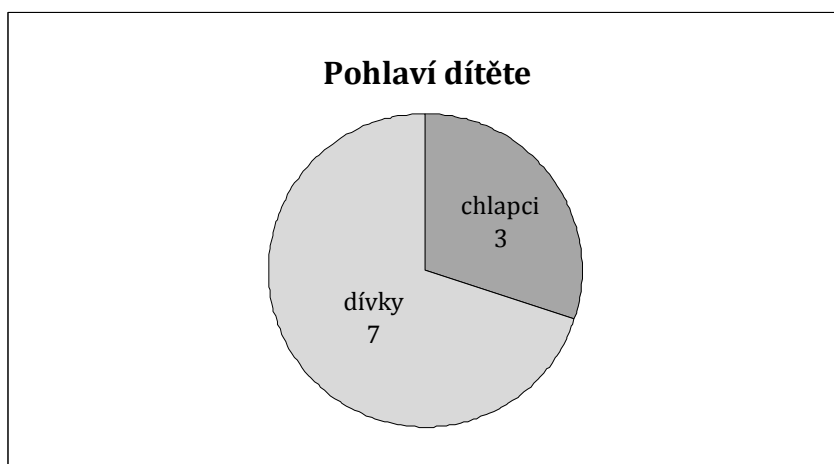
Graf č. 4 Typ ztráty

Věk dítěte v době úmrtí se pohyboval v rozmezí od 3 do 23 let. Šest dětí spadalo do věkového rozmezí od 12 do 18 let. Průměrný věk dětí byl necelých 15 let, medián odpovídal hodnotě 16 let.



Graf č. 5 Věk dítěte v době úmrtí

Sedm respondentek přišlo o dceru a tři respondentky o syna.

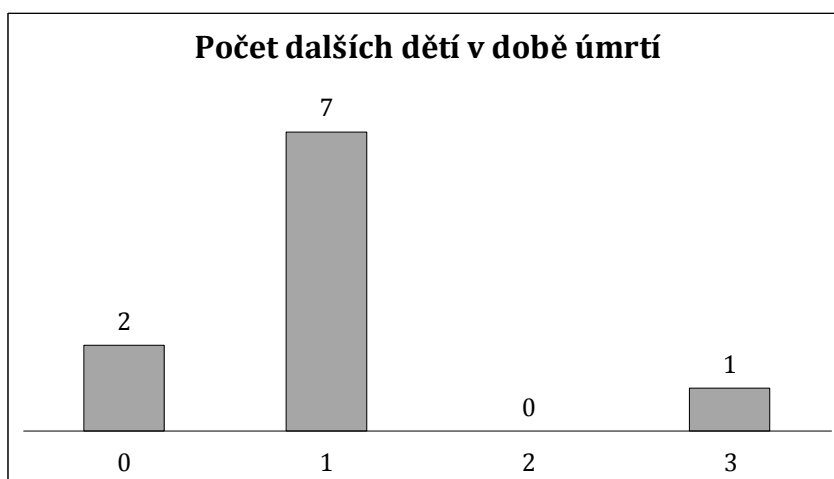


Graf č. 6 Pohlaví dítěte

Všechny respondentky zůstaly s partnerem, se kterým byly již v době úmrtí svého dítěte. U osmi z nich se jedná o biologického otce zesnulého dítěte. Další dvě respondentky byly již v době ztráty s biologickým otcem rozvedeny a měly již delší dobu nového partnera, se kterým žijí dosud.

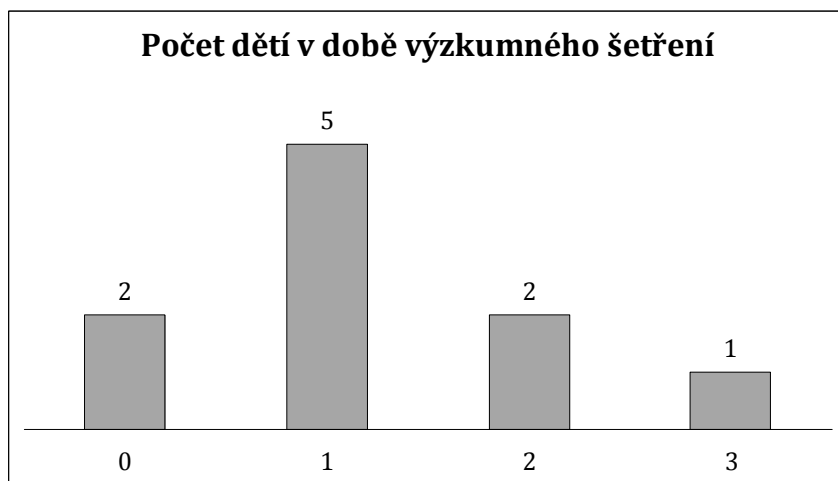
Zjišťovali jsme také počet dalších dětí v rodinách respondentek v době úmrtí. Dvě respondentky přišly o své jediné dítě. Sedm respondentek mělo v době ztráty jedno další dítě a jedna respondentka měla tři další děti.

Sedmi respondentkám zůstalo dítě stejného pohlaví, jako bylo zesnulé dítě.



Graf č. 7 Počet dalších dětí v době úmrtí

Dvěma respondentkám, které měly v době ztráty jedno další dítě, se později narodilo druhé dítě – viz graf č. 8.



Graf č. 8 Počet dětí v době výzkumného šetření

Podrobnou tabulku, která popisuje základní údaje každé respondentky, uvádíme v příloze č. 4.

7. Kvalitativní analýza

7.1 Rozhovory

7.1.1 Výzkumná otázka č. 1

Jaké psychologické aspekty napomáhají v adaptaci na ztrátu dítěte?

V rámci této výzkumné otázky jsme se pokoušeli zjistit, jak napomáhá jedincům po ztrátě dítěte **sociální opora, vlastní aktivita (aktivní coping), odborná pomoc, informace a náboženské přesvědčení**. Doptávali jsme se také na konkrétní **potřeby**, které respondentky v období po ztrátě pociťovaly, i na **aspekty, které jim v adaptaci na ztrátu naopak bránily**.

Přestože se tyto oblasti vzájemně prolínají, uvádíme pro větší přehlednost každou zvlášť.

1. Napomáhá pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte sociální opora?

Sociální oporu můžeme označit za jeden z nejvýznamnějších podpůrných aspektů, které respondentky uváděly. Ačkoliv se jednotlivé podporující osoby u každé z nich lišily, všech deset respondentek nějakou takovou osobu uvedlo.

Mezi **přínosy sociální opory** patřilo především **sdílení** (10). Pro respondentky bylo velmi důležité mluvit s někým o ztrátě, vzpomínat na zesnulé dítě a sdílet konkrétní vzpomínky na svého potomka. Spíše než vést s druhými rozhovor bylo pro řadu z nich (5) důležitější „vypovídat se“, mít „nějaké ucho k naslouchání“.

„Pro mě bylo důležité hlavně to sdílení, že jsem mohla zavzpomínat, že jsem měla to ucho, který mě naslouchalo a člověku se udělalo líp.“ (Katka)

„Mně fakt stačilo, že mi naslouchali. (směje se) Mně to stačilo, protože já jsem se z toho vypovídala, vyplavila jsem ze sebe ten zármutek tu bolest a ten člověk to teda někdy i unes.“ (Alena)

Dále si řada respondentek (7) velmi cenila **praktické pomoci** okolí, a to zejména v období krátce po úmrtí. Konkrétně oceňovaly pomoc s přípravami pohřbu,

v domácnosti nebo v zaměstnání. Jako velkou oporu vnímaly již pouhou **nabídku pomoci**.

„...Šéf teda (...) byl mezi prvníma, který došel, jestli budeme něco potřebovat, tak že prostě můžeme se na něj obrátit.“ (Lenka)

Jako **hlavní představitele sociální opory** respondentek můžeme označit **rodinu, přátele a jedince, kteří ztrátu dítěte rovněž prožili**.

„... Já jsem vlastně nejvíc u toho cítila, jak silný pouto ta rodina je. Když funguje, samozřejmě.“ (Alena)

Z rodinných příslušníků byli respondentkami jako podporující nejčastěji zmiňováni jejich **partneři**, a to hned v sedmi případech. Čtyři respondentky považovaly jako cenné, že s nimi partner o zesnulém dítěti a jeho smrti mluvil. Další respondentka tento aspekt také uvedla jako podpůrný, ale dostalo se jí ho až později, neboť krátce po ztrátě s ní manžel nebyl schopen o zesnulém dítěti hovořit. Další respondentky oceňovaly partnerovu praktickou pomoc (3) a přítomnost, přestože o ztrátě nemluvil (2). Pro některé z nich (2) byla důležitá také partnerova kontrola, „aby si nic neudělaly“. Jedna respondentka dále oceňovala manželovu péči. Jiná respondentka byla vděčná, že jí manžel poskytl prostor dělat, co potřebuje, a toleroval, že jistou dobu v domácnosti „nefungovala“.

„A další den třeba zase přišel manžel: ‚Představ si, co se mi dneska stalo.. Táhle jsem jel okolo a vzpomněl jsem si na tohle...‘ A když jsem měla náladu, tak jsme si prostě jako o tom sedli, popovídali.“ (Eliška)

„Já jsem strašně moc brečela a on mě prostě jenom držel, ani nic neříkal, ale prostě byl tam.(...) a prostě mě jako když hlídal, jo.“ (Dáša)

Všech 7 respondentek, které měly v době úmrtí ještě jiné, ne zcela malé **dítě**, jej rovněž uvádělo jako podpůrný aspekt. Některým z nich (4) bylo dítě oporou aktivně – sdílelo s nimi pocity, vzpomínky nebo jim jinak pomáhalo. Dalším pomohla spíše přítomnost pozůstalého dítěte a samotný fakt, že jej mají – tj. že dítě, o které přišly, nebylo jejich jediným.

Jako podporující byli dále u čtyřech respondentek uváděni **sourozenci**, a to **zejména sestry**. Respondentky u nich opět oceňovaly praktickou pomoc, přítomnost,

ale také „zabavení“ nebo to, že si při výročí smrti nebo narozeninách zesnulého dítěte vzpomněli a zatelefonovali.

„Tak sestra vůbec, ta zafungovala úžasně, aktivizovala co mohla, co se dalo.“ (Bára)

Rodiče respondentek nebo jejich partnerů byli jako opora vnímání pěti respondentkami. Čtyřem z nich se však podpora dostávala pouze od **matky**, u které oceňovaly zejména sdílení (2) a praktickou pomoc v domácnosti nebo s hlídáním dětí.

Tři respondentky zmínily také podporu **švagrové**, která jim poskytovala praktickou pomoc (2). V jednom případě pak byla respondentce pomocí pouhá přítomnost švagrové a jejího muže.

„Švagrová bezprostředně potom došla, donesla mi to cukroví, já nevím, jídlo... – to jsou takové věci, na které člověk vůbec ani nepomyslí.“ (Lenka)

Obecně lze říci, že pomoc rodiny měla podobu sdílení, praktické pomoci (včetně pomoci s přípravou pohřbu) i pouhé přítomnosti.

Dalším významným zdrojem sociální podpory byli respondentkám **přátelé** a **známí** (8). Vedle původních přátel zmiňovaly respondentky také nové přátele, které našly například ve svépomocné skupině nebo díky novým zájmům. Podpora přátel měla stejnou podobu jako ta ze strany rodiny – respondentky u nich oceňovaly možnost sdílení, jejich přítomnost (přijeli je navštívit) i pomoc s praktickými věcmi (přivezli jídlo, koláč, atp.), ale i podporu projevenou tím, že se ozvali nebo poslali kondolenci. Zejména u těch známých, kteří dítě neznali osobně, respondentky (6) spatřovaly výhodu v tom, že nejsou ztrátou tolik zasaženi jako jejich blízké okolí (zejména rodina), a ony tak nemusí brát ohledy na to, aby je svými vzpomínkami na zesulé dítě nezraňovaly.

„Takže kdo mi nejméně pomoh? Já mam pocit, že to byli fakt ti cizí lidé, kteří od toho měli takovej ten zdravěj odstup, (...) protože to nebylo jejich vlastní příbuzenstvo.“ (Alena)

„Vim, že vždycky přijeli nějaký známí a přivezli nám jídlo a my jsme ho uložili do ledničky. My jsme teda nic nejedli, ale druhý den přijeli další známí a my jsme říkali „Hele, my tady máme akorát tohle, nemáte hlad?“ (směje se) (Bára)

Výraznou oporou byli respondentkám rovněž **jiní lidé, kteří ztrátu dítěte prožili**. S nimi se respondentky znaly především ze sdružení Dlouhá cesta (9), ale v případech úmrtí dítěte v důsledku onkologického onemocnění také z období léčby dítěte v nemocnici (2). Jedna respondentka měla takovou osobu ve svém blízkém okolí.

*„Musím říct, že třeba minulý Vánoce jsem musela
M. napsat: ‚Prosím tě, mně je tak strašně blbě o těch
Vánocích. Co mám dělat?‘ A ona mi napsala SMSku
‚Prosím tě, neřeš to, to je normální. Mně je taky blbě,
že ho tady nemam.‘ Jo, a to tak strašně stačí...“ (Dáša)*

Obecně u těchto jedinců respondentky nacházely porozumění, podporu a sounáležitost. Pro většinu respondentek (8) bylo přínosné sdílet s nimi své emoce, vzpomínky i zkušenosti ohledně toho, co jim v době zármutku pomáhalo. Velmi podpůrné pro ně bylo s jinými rodiči plakat. Jedna respondentka zmiňovala jako povzbuzující také zjištění, že existují rodiče, kteří ztrátu dítěte „překonali“. Dále respondentky oceňovaly, že jiným rodičům mohly říci ohledně ztráty dítěte i vlastních prožitků cokoliv, aniž by se obávaly, zda to tito unesou. Třem respondentkám rovněž pomáhalo vyslechnout příběhy druhých. Jedna respondentka, jejíž dítě zemřelo z vlastního rozhodnutí, vnímala jako velmi přínosnou realizaci setkání zaměřeného pouze na ztrátu dítěte v důsledku sebevraždy. Kontakt respondentek s jinými pozůstalými rodiči nemusel mít podobu osobního setkání – některým respondentkám (2) pomáhalo pouhé dopisování si s jinými pozůstalými maminkami. Jedna respondentka uvedla jako podpůrný faktor členství ve sdružení Dlouhá cesta – ačkoliv na žádném setkání pozůstalých rodičů nikdy nebyla, samotné členství jí přinášelo pocit sounáležitosti.

Jako hlavní přínos kontaktů s jinými pozůstalými rodiči můžeme určit **sdílení společné zkušenosti** (8) a z ní vyplývající **vědomí respondentek, že nejsou samy, koho neštěstí ztráty dítěte postihlo** (6).

*„Takže já jsem pak vlastně vlezla na internet a tam
vlastně paní doktorka Š. má takový povídání pro ty
rodiče, a já jsem si to přečetla a pak jsem právě
zavolala i manžela, aby si to šel přečíst a on povídá:
„No to je přesně ono, to je to, co my prožíváme...“ Takže
člověk získal i takovej ten pocit, že to, co prožívá, je
normální.“ (Bára)*

Některým respondentkám (4) byli oporou také **kolegové v práci**. Dvě respondentky oceňovaly nabídku pomoci ze strany kolegů – a to i nabídku zastoupení v práci v momentě, kdy se necítily dobře. Další respondentky zmiňovaly možnost sdílení zármutku s kolegy, podporu, toleranci sníženého výkonu i účast kolegů na pohřbu.

Pro pět respondentek představovali významnou oporu **vrstevníci zesnulého dítěte**. Čtyři z nich popisovaly vděčnost za účast spolužáků dítěte na pohřbu. Jedna respondentka hodnotila pozitivně také návštěvu kamarádů zesnulého dítěte. Další respondentka se s vrstevníky dítěte vídá dodnes a oceňuje u nich otevřenost, spontánnost a podporu.

„Veliké poděkování patří teda těm klukům, těm spolužákům, kdy vlastně i v těch 18ti letech to znamenalo pro mě strašně moc, když došli a vlastně prostě dokázali překonat prostě ten strach, jo – dospělí se nás báli potkat a tady ti osmnáctiletí kluci prostě přišli a snažili se s náma mluvit a byli tam, takže to bylo pro mě strašně důležité.“ (Lenka)

Dvě respondentky dále vnímaly po smrti dítěte jako podpůrný přístup **lékařů**, kteří jim trpělivě poskytovali informace ohledně příčiny smrti. Jedna respondentka oceňovala jednání a snahu policejního **vyšetřovatele**. Další respondentka byla vděčná za laskavý a vstřícný přístup **pohřební služby**.

2. Napomáhá pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte vlastní aktivita (aktivní coping)?

Vlastní aktivita se také ukázala být významným podpůrným aspektem.

Jednotlivé činnosti, které respondentky zmiňovaly jako podpůrné, měly řadu podob. My jsme je rozdělili do následujících **sedmi kategorií**:

1. zaměření se na pomoc druhým
2. účast na posmrtných či jiných rituálech
3. strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance
4. aktivní předcházení nežádoucím reakcím okolí
5. ventilace emocí
6. orientace na činnost
7. intrapsychické strategie.

Vedle účasti na aktivitách Dlouhé cesty vnímala řada respondentek (6) jako velmi přínosné podílení se na **pomoci druhým rodičům**, kteří o dítě přišli. Tato pomoc měla řadu forem. Nejvíce z těchto respondentek (4) uvádělo vyškolení na **laického poradce** a následné působení v této pozici. Tři respondentky se podílely na organizaci svépomocných setkání. Jedna pak organizovala besedy pro odborníky, kteří mohou přijít s rodiči po ztrátě potomka do styku. Dvě respondentky se podílely na zakládání organizací na podporu rodičů s terminálně nemocným dítětem či po ztrátě dítěte. Dalším respondentkám (2) pomáhalo **dopisování s jinými rodiči**, kteří dítě čerstvě ztratili. Respondentky uváděly, že řešení problémů druhých jim pomáhalo zapomenout na ty vlastní. Stejně tak pro ně bylo důležité podílet se na změně toho, co se jim samotným po ztrátě od společnosti nedostávalo.

„...že musím něco udělat, aby v tom ty rodiče nebyli úplně stejně, jak my, kdy jsme nevěděli vůbec na koho se obrátit – prostě byli jsme úplně bezmocní.“ (Lenka)

Jako další oblast aktivit, které respondentkám pomáhaly, můžeme označit **rituály**. Z pěti respondentek, které u dítěte nebyly přítomné v době úmrtí, čtyři vyvinuly snahu **spatřit tělo mrtvého dítěte**. Třem z nich to bylo umožněno a všechny z nich za to byly svým způsobem vděčné, neboť tak získaly příležitost se se zesnulým dítětem ještě naposledy rozloučit. Dále respondentky (3) uváděly jako napomáhající **přípravu pohřbu**, jež je v prvním týdnu největšího šoku „zaměstnala“ a ony tak neměly tolik času na ztrátu myslet. Dvě z nich hodnotily pozitivně také **vytváření parte**.

„Já jsem třeba nesnesla, aby Karolína měla černý parte, to pro mě bylo nepředstavitelný, takže jsem jí parte udělala sama a hrozně mi to pomohlo.“ (Eliška)

Samotného **pohřbu** se účastnily všechny respondentky a osm z nich za to bylo rádo. Jakkoliv pro ně byl pohřeb náročný, vnímaly jej jako důležitý rituál rozloučení. Jedné respondentce pomohlo vložit do hrobu dítěte dopis na rozloučenou a hračky.

Dvě respondentky dále uvedly jako podpůrné „**chození na hrob**“. Jedné z nich pomáhalo udržovat na hřbitově plamínek a denně chodit dolévat do lampy olej, zatímco druhá se svou rodinou vozila na hrob zesnulého dítěte kamínky z míst, které po jeho úmrtí navštívili. Jedna respondentka měla několik let urnu dítěte doma a poté ji s manželem uložili do hrobu, který dítěti vytvořili na oblíbeném místě.

*„No a co mi pomáhalo taky bylo to, že – já jsem v tom okýnku měla plamínek, takovou tu olejovou svíčku, jak se tam dolejí olej. A já jsem tam chodívala každý den dolívat ten plamínek a měla jsem pocit, že nesmí zhasnout. A stála jsem tam a plakala jsem a plakala“
(Alena)*

*„A vždycky, když jsme takhle někde na vejletě, tak Anežka vybere nějaký kamínek a já na to doma napíšu lihovkou, odkud to je – třeba ‚Orlík‘. A vždycky, když jdeme na hrob, tak jí tam ty kamínky přineseme (pláče) a dáme to okolo toho hrobečku – je to strašně hezký.“
(Eliška)*

Mezi rituály uváděné jednotlivými respondentkami můžeme zařadit „**duchovní rituály**“ (rituál vyprovázení duše či rituál propuštění), „odprošování“ zesnulého dítěte, každodenní chvilkový rituál založený na intenzivním vzpomínání na zesnulé dítě nebo pořádání každoročního memoriálu za účelem uctění jeho památky.

*„...udělat si takovou jako minutku večer – probírat se těma fotkama, vzpomínat na ni nebo se i zlobit na některý ty věci. To mi tenkrát hrozně pomohlo.“
(Bára)*

Další skupinu copingových strategií můžeme dle Lazara a Folkmanové (2006) nazvat jako **strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance**. Mezi ně řadíme **změnu prostředí**, která může být trvalého i dočasného rázu. Jedna respondentka se ihned po smrti dítěte odstěhovala ke svému partnerovi, zatímco dalším respondentkám (4) pomohlo opustit domácí prostředí jen na určitou dobu. Ve dvou případech se jednalo o odjezd na dovolenou. Další respondentka pozitivně hodnotila 3 měsíce strávené v odborné péči a s tím spjatou možností nebýt doma, kde to na ni „padalo“. Jedna respondentka odjela s rodinou pryč o Vánocích, které si doma nedokázala představit.

„My jsme vlastně v ten den, kdy zemřela, změnili místo bydlení a já jsem vlastně už tam jenom docházela balit věci a začli jsme bydlet u něho.“(Dáša)

Podstatné pro ně bylo i „**vypořádání se s věcmi zesnulého dítěte**“ – ať už formou úklidu nebo darováním potřebným. Pro jednu respondentku bylo důležité „každou věc zvlášť držet v ruce“, než ji dala pryč. Jedna respondentka rovněž uváděla

jako podpůrnou změnu pokoje zesnulého dítěte. Jiné respondentce pomohlo sundat fotky všech dětí a pověsit si místo nich fotky, které měli doma s manželem ještě předtím, než se jim děti narodily. Pro další z nich bylo naopak důležité nějakým způsobem doma zesulé dítě „zvěčnit“ – ty si naopak jeho fotky na zeď věšely nebo mu doma vytvářely „vzpomínkový koutek“.

*„...takže jsme udělali to, že jsme vzali třeba lyže
s přílbou, s brýlemi, které měl nové a dali do dětského
domova a různé oblečení jsme porozdávali známým“
(Lenka)*

Dvě respondentky našly novou radost v **plánování dalšího miminka**. Jiné dvě respondentky si pořídily nového **psa**.

Jako další strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance můžeme zařadit vykonávání těch činností, které respondentkám pomáhají (2). **Věnovat se sama sobě**, pečovat o sebe a dělat si radost, byť třeba jen maličkostmi. Jedna respondentka uvedla, že se zároveň snažila takové činnosti, které by jí pomáhaly, aktivně vyhledávat. Tři respondentky označily jako podpůrný sex a dvě alkohol.

Dvě respondentky velmi pozitivně hodnotily rozhodnutí **předejít nepříjemným reakcím okolí**, které o úmrtí dítěte nevědělo (u obou z nich se jednalo o náhlý způsob ztráty). Všechny **známé** tedy **o ztrátě hned informovaly**. Jedna z nich dále svému okolí oznámila, jak by potřebovala, aby se k ní chovali.

Významnou aktivní strategií byla pro respondentky (9) rovněž **ventilace emocí**. Většině z nich (6) přinášelo úlevu **vyplakat se**. Jedné respondentce k tomu pomáhala představa „studnice slz, které musí vyplakat“. Dvě respondentky uvedly jako podpůrnou také **ventilaci vzteku**. Další formou ventilace emocí bylo „**vypsání se**“ v dopise jiné mamince, které zemřelo dítě, či samotnému zesulému dítěti. Jedné respondentce pomohlo sepsání celého příběhu své ztráty a jeho následná prezentace na odborné konferenci.

*„Takže mě hodně pomohlo, když to na mě přišlo, tak
se z toho vyplakat a neschovávat to.“(Alena)*

*„...když jsem došla domů, tak jsem sedla k počítači
a vypsala se – prostě napsala jsem mail paní Hráské
a cítila jsem, že se mi strašně ulevilo.“ (Lenka)*

Všem deseti respondentkám pomáhalo nějakým způsobem **se zaměstnat**. Na činnosti obecně oceňovaly zejména to, že jim umožnila nemyslet na ztrátu celý den v kuse. Tři z nich kladně hodnotily možnost **nebýt doma**, kde to „na ně padá“. Pět respondentek vnímalo pozitivně **návrat do práce**. Čtyři se začaly nově věnovat **studiu**. Mezi další aktivity respondentek (5) patřily **vycházky** do přírody a jiné výlety (5). Dvěma respondentkám pomáhalo vypravit se do míst, která mělo zesnulé dítě rádo, či tam, kde spolu v minulosti byly. Jedné respondentce přinesla úlevu také návštěva místa, kde její dítě zemřelo.

*„Takže opravdu jsme poctivě navštívili každý to místo,
každý to místo jsme obřečeli, že jo, ale opravdu to
pomohlo, protože na tom místě jsme měli potom zase
nový zážitky a člověk
to má spojený zase s něčím úplně novým...“ (Eliška)*

*„...takže jsme chodili místy, kde to měl rád, kde prostě
jsme ho cítili nějak blíž.“ (Lenka)*

Pět respondentek vyhledávalo **četbu** poutavých knih, které jim dovolily na chvíli uniknout z reality. Dalším respondentkám (2) pomáhalo vykonávat nějakou **manuální činnost** (např. sekat trávu, vyrábět korálky, atp.).

*„Já tím, jak jsem pracovala opravdu hodně intenzivně,
tak jsem vlastně neměla čas nad tím přemýšlet. Já jsem
třeba pak přijela domu a probřečela jsem celou noc,
ale ta práce mi hodně pomohla. A fakt si myslím,
že manuální práce je skvělá na tyhle traumatické
záležitosti.“ (Alena)*

Respondentky se dále zaměstnávaly svými **předchozími zálibami** nebo hledaly nové. Řada z nich oceňovala **sport** (5), a to konkrétně tanec, jógu a cvičení. Dvěma respondentkám pomáhalo **sledování filmů či seriálů**, dalším dvěma **focení**. Mezi další záliby, z nichž žádná nebyla společná více respondentkám, patřila meditace, výroba šperků, hra na kytaru i myslivectví. Jedné respondentce rovněž pomáhala **relaxace ve vodě** (nechat se vodou nadnášet a „rozpustit v ní tíhu“).

*„Takže my jsme třeba – manžel hrál hry na počítači,
aby se nějakým způsobem zabavil a já jsem si třeba šila
korálky, šila jsem šperky a koukala jsem mezitím*

*na Přátelé – ono je to komedie, že jo, je toho devět sérií
– mně to vydrželo půl roku (smějeme se), ale prostě
člověk nad tím nemusel přemejšlet...“ (Eliška)*

Dvě respondentky oceňovaly pevně daný **program a režim** – jedna z nich jej dodržovala při pobytu v ozdravném zařízení, zatímco druhá si jej tvořila sama (každý den do detailu plánovala průběh dalšího dne).

Některé respondentky (2) si naopak dopřávaly **odpočinek a volno od práce**. Pro respondentku, která o nemocné dítě dlouhodobě pečovala, bylo náhle velkou úlevou „o nikoho se nestarat“.

*„Myslím, že mi pomohlo hlavně to, že jsem tam chodila
na procházky, že jsem měla ten režim, byla jsem pryč
z baráku a že jsem si jakoby odpočala od manžela v tu
chvíli..“ (Petra)*

*„Jenomže já jsem potřebovala fakt si jako fyzicky
odpočinout.“ (Renata)*

Poslední oblast aktivních způsobů zvládnání můžeme označit jako **intrapsychické strategie** (Janke a Erdmannová, 2003), tedy kognitivní procesy. Řadíme je mezi aktivní coping, neboť ze strany respondentek vyžadovaly určité psychické úsilí. Sedm respondentek považovalo za velmi přínosné učinit **rozhodnutí „jít dál“**, pokoušet se ukončit truchlení a zaměřit se na to pozitivní, co mají. Šest z nich si v určitém momentě uvědomilo, že chtějí život po ztrátě dítěte „prožít, ne přežít“. Také ve vztahu k zesnulému dítěti respondentky usilovaly o „**přepřacování zármutku na láskyplné vzpomínky**“. Některé respondentky uváděly jako podpůrný také **smích**, a to i při vzpomínání na zesulé dítě. Jedna respondentka rovněž pozitivně hodnotila moment, kdy si uvědomila, že lítost nad ztrátou dítěte má většinou podobu sebelítosti, kterou si následně zakázala. Jiné respondentce pomáhalo vybavit si slova, která jí kdysi řekla její maminka: „*Některé věci nelze ovlivnit, ale lze ovlivnit to, jak je člověk přijme.*“

*„A myslím si, že to bylo až po tom měsíci, kdy jsem
se rozhodla, že budu dělat všechno pro to, abych ...
abych se s tím naučila žít.“ (Eliška)*

*„...že mám takovou jako už trošičku chuť si ten život
trošičku už jako zase užít, jo – nebo ne užít, ale prožít.*

Prožít a ne přežít. Předtím to bylo přežívání, a teď bych ho chtěla prožít.“ (Petra)

„Ono něco jinýho je jakoby bolest nad ztrátou, když ten člověk chybí, ale ono se to pak strašně lehce jakoby prolíná s tou vlastní lítostí, jo. Takže já jsem si pak v takovejch momentech řekla: „Co tady sedíš a lituješ se?“ (Eliška)

Intrapsychické strategie některých respondentek (4) dále sestávaly ze **snížení nároků na sebe sama** (jako příklad můžeme uvést uvědomění, že to „nemusí zvládnout“, že „nemusí truchlit podle představ druhých“ nebo že „nemusí být statečná“). Respondentce, která měla obavy, že pláčem „zadržuje duši dítěte u sebe“, pomohlo uvědomění, že pláčem naopak vyjadřuje, jak měla dítě ráda. Další respondentka uváděla jako přínosné oprostít se od toho, co si o ní myslí druzí.

Další intrapsychické strategie, jež respondentky vnímaly jako podpůrné, spočívaly naopak v **kladení nároků na sebe sama** („nelitovat se příliš“, „neutápět se v žalu“, „nemyslet na to, co by bylo, kdyby...“, „nevzdávat se“ nebo „truchlit jen na nezbytně nutnou dobu“).

Specifickou oblast intrapsychických podpůrných strategií jsme pozorovali zejména u těch respondentek, jejichž dítě zemřelo po dlouhé nemoci. Tyto respondentky (3) nalézaly útěchu ve **vědomí, že s dítětem strávily maximum svého času**, udělaly pro něj vše, co bylo v jejich silách a v momentě úmrtí byly s ním (2). Také **připomenutí všeho, co dítě během léčby zvládlo** a vytrpělo, bylo jedné respondentce povzbuzením k tomu, aby utrpení zármutku vydržela.

„Takže to byl pro mě i takovej bod, že to, co ona všechno zvládla za ty dva roky (...) a vždycky prostě s úsměvem, vždycky to bylo „Mami... Prosim tě, usměj se na mě! Bud’ veselá...“ Takže to mi pomáhalo, že ona prožila tady to, tak já to taky zvládnou, ten život.“ (Katka)

„A v tý chvíli jako, jak vlastně umřela, tak jsem pocítila takovej hroznej klid. Protože jsem jako když věděla, že jsem udělala všechno, co jsem mohla...“ (Dáša)

U respondentek, které ztrátu dítěte neočekávaly, můžeme do této kategorie zařadit **vědomí, že pokud by dítě přežilo, bylo by do konce života upoutáno**

na lůžko (3). Tyto respondentky také vnímaly **smrt dítěte jako jeho „vysvobození“**. Respondentka, jejíž dítě spáchalo sebevraždu, prožívala jako napomáhající **uvědomění, že nebyla špatnou matkou**.

„...jsem si to strašně moc přála, aby za jakýchkoliv podmínek prostě žila dál. Což bylo hrozně sobecký. Když se to pak stalo, jsem si uvědomila, že ona by vlastně už nikdy nebyla taková, jako dřív, a že by se asi utrápila.“ (Alena)

3. Napomáhá pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte odborná pomoc?

Z různých druhů odborné pomoci respondentky kladně hodnotily zejména vyhledání služeb **psychologa** či **psychoterapeuta** (6). Tři z těchto respondentek oceňovaly především pomoc **psycholožky, která sama dítě ztratila**. Jedné respondentce velmi pomohl **dopis, který jí psycholožka napsala**, protože se k němu mohla kdykoli vracet. Respondentky na pomoci psychologa oceňovaly zejména možnost sdílení svých emocí a vzpomínek, aniž by musely zvažovat, co vše mohou říci. Jedna respondentka pomoc psycholožky vyhledala hlavně kvůli tomu, aby měla odbornou vnější kontrolu, zda situaci zvládá bez léků.

„...takže mi napsala velice krásný dopis, který mám dodneška schovaný, a dá se říct, že z něj čerpám do teďka, když je mi těžko, tak ho vytáhnu.“ (Lenka)

Dalšími zmiňovanými formami pomoci byly: pobyt na psychosomatické klinice, krizová intervence, medikace (antidepresiva) a holotropní dýchání.

4. Napomáhají pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte informace?

Obecně můžeme říci, že informace byly pro respondentky významným přínosem, neboť každá respondentka mezi podpůrnými faktory nějakou informaci uvedla.

Nejvíce zastoupeným zdrojem informací byla **odborná a duchovní literatura** (7). Četba odborné literatury respondentkám umožňovala lépe porozumět tomu, co v danou chvíli zakoušejí. Duchovní literatura jim pomáhala v hledání odpovědí na otázky, proč se to stalo právě jim a co se děje s duší člověka po smrti.

Pro dalších pět respondentek byly výrazně napomáhající **informace, které normalizovaly jejich pocity**. Respondentka, jejíž dítě spáchalo sebevraždu

si velmi cenila ujištění, že ze světa dobrovolně odcházejí i děti dobrých rodičů a neznamena to tedy, že v roli matky selhala.

„Už jenom to utvrzení, že vlastně jsem slyšela, že to, co prožívám, i to, co dělám, je normální, že opravdu neblázním, že je to zcela normální reakce.“ (Lenka)

Dále respondentkám (3) pomáhaly veškeré **rady a doporučení, „co dělat“** (především tzv. desatero pro pozůstalé), které čerpaly zejména z webových stránek Dlouhé cesty. Zde jim byly rovněž dostupné i tzv. **láskyplné vzpomínky** jiných rodičů, díky kterým si mohly uvědomit, **že nejsou ve své ztrátě samy**. Dvě respondentky dále od své psycholožky oceňovaly **upozornění, co může po ztrátě dítěte nastat**, a doporučení, **jak tomu mohou předejít**.

„A i ty internetový stránky byly takový hodně pomocný.“ (Jarka)

„Mně stačí, když se na tu Dlouhou cestu – oni tam mají ty „láskyplné vzpomínky“, mně to v jistém smyslu pomáhalo, že v tom nejsem sama. Vidět to. Ono je to strašný teda, jo. Ale prostě vidět to, že nejsme ani první, bohužel, ani poslední lidi, kterejm umřelo dítě.“ (Eliška)

Jedna respondentka dále zmínila užitečné rady paní z pohřební služby týkající se organizace pohřbu. Respondentka, jejíž dítě zemřelo na genetické onemocnění, oceňovala od lékařů přetrvávající přísun informací ohledně výzkumu onemocnění, na něž její dítě zemřelo.

„A vlastně přes ulici byla jiná pohřební služba a my jsme tam zašli za tou paní, a už nám byla od samého počátku sympatická (...) No a hrozně moc nám pomohla – ohledně toho, co je potřeba zařídit – co, jak, proč, a tak dále. I se nám snažila vyjít vstříc jako finančně, to bylo taky úžasný.“ (Bára)

„Ten pan doktor, tak on vlastně nás informuje o tom, co je ve světě (...) – protože kdyby se ve světě objevil podobnej případ a oni na něm něco zjistěj, tak oni jsou schopný nám otestovat Anežku, že jo.“ (Eliška)

5. Napomáhá pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte náboženské přesvědčení?

Duchovní oblast se ukázala být jedním z nejvýznamnějších podpůrných aspektů, přestože víru v Boha jako podpůrnou uvedla pouze jedna respondentka.

Významným podpůrným faktorem se jevila být **víra nenáboženského charakteru**. Většina respondentek (7) nalézala útěchu ve **víře v posmrtný život** a v naději, **že se se zesnulým dítětem jednou znovu shledají**. Pro řadu z nich (6) byla oporou i víra, **že smrt dítěte byla dílem osudu**, jež nemohly ovlivnit.

„...tahleta jakoby víra mi to všechno asi pomáhala nějak ustát, no.“ (Hana)

„Mně třeba taky hodně pomáhá možná ta víra v to, že je něco mezi nebem a zemí – ať je to cokoliv. Já nevím, jak to je, nicméně ta víra je hrozně důležitá. Třeba jen věřit, že se znovu setkají nebo že tam někde je, nebo – já nevím.“ (Alena)

„...A žít teda v té naději, že se jednou snad spolu zase sejdem.“ (Lenka)

Pět respondentek vnímalo kolem smrti dítěte zvláštní duchovní znamení. Se dvěma z nich se například dítě při posledním setkání neobvyklým způsobem loučilo, což později obě přijaly jako dar rozloučení. Další dvě respondentky zakoušely zvláštní pocity v momentě smrti dítěte (ačkoliv u ní nebyly), zatímco další dvě popisovaly spirituální zážitek po úmrtí dítěte, kdy vnímaly určité **znamení, že jejich dítě stále „někde existuje“ a je „tam“ v pořádku**. Tato znamení byla respondentkám (4) výraznou oporou a napomohla jim k víře v posmrtný život či osud. V jednom případě bylo toto znamení i zlomovým okamžikem v celém procesu truchlení.

„...tak prostě mně byl dán ten dar, že jsem se s ní mohla rozloučit, a jestli ona to cítila, tak že se se mnou loučila – třeba v tom autě, tak že mi to bylo dáno jako dar – a já to tak vnímám.“ (Bára)

„...že nějakou formou je pořád se mnou, že mi dává nějaký znamení – to vnímám čím dál tím víc a to mi hodně pomáhá.“ (Petra)

Za významný podpůrný faktor tedy (spíše než konkrétní náboženská přesvědčení) můžeme označit víru nenáboženského charakteru – zejména víru v posmrtný život a v určité transcendentní jsoucno.

6. Co konkrétně pomáhá jedincům po ztrátě dítěte?

Další podpůrné aspekty, které nelze zařadit do předchozích kategorií (tj. sociální opora, vlastní aktivita, odborná pomoc, informace a náboženské přesvědčení), jsme rozdělili do následujících 4 kategorií:

1. pozitivní události po ztrátě dítěte
2. být se zesnulým dítětem „v kontaktu“
3. kontakt se zvířaty
4. časový odstup a nadhled.

Mezi **pozitivní události po ztrátě dítěte** můžeme zařadit otěhotnění a **narození nového potomka** (2) nebo **zažehnání sekundárních krizí**, které po ztrátě dítěte nastaly (3) – jako příklad můžeme uvést ubezpečení, že druhé dítě závažnou chorobu nemá, oznámení, že respondentka může mít další dítě, nebo uzdravení nemocného dítěte.

*„Ta myšlenka na to miminko, to mi taky pomohlo,
že jsme se s manželem shodli, že bysme ho chtěli...
Takže tahle naděje na další život, to mi taky
pomohlo...“ (Bára)*

U některých respondentek se jeví jako velmi podpůrné **„být se zesnulým dítětem v kontaktu“**. K tomu třem respondentkám napomáhaly **sny o zesnulém dítěti**. Jedna respondentka uvedla jako nápomocnou **představu, že ji její zesnulé dítě odněkud pozoruje**. Ta jí pomáhala žít tak, aby na ni dítě „mohlo být hrdé“. Zařadit sem můžeme také plyšové zvíře, jež měla respondentka dostat od zesnulého dítěte k Vánocům, a s nímž pravidelně usínala. Dále respondentky (3) vnímaly jako podpůrné **nahlas se zesnulým dítětem hovořit**.

*„...my teď máme obrázky tak různě po celým době
s manželem, takže jako musím říct, že si s ní občas
povídám...“ (Bára)*

*„Jako je to ptákovina, ale – na Vánoce mi chtěl dát
takového plyšáka – myšáka, já nevím, půl metru má,*

*a s tím usínám prostě každý den a tisknu ho k sobě,
takže to mi tak nějak dodává, že ho tak nějak držím
a že ho tam mám.“ (Lenka)*

Tři respondentky oceňovaly **kontakt se zvířaty**. Dvěma z nich pomáhali jejich **psi**. Jedna respondentka rovněž uvedla jako podpůrný kontakt s **koňmi**.

*„A co mně hrozně moc pomáhalo – a manželovi teda
nejvíce, byl právě pes, jo, kterého Jakub měl.“ (Lenka)*

Dále respondentky (3) uváděly jako podpůrný **nadhled**. Jedné z nich k němu přispívalo vidět druhé lidi, které postihlo ještě větší neštěstí, zatímco jiná respondentka získávala nadhled vnitřním dialogem s Bohem. Čtyři respondentky dále uváděly jako nápomocný samotný **časový odstup** od ztráty.

*„...musím říct, že dneska to vidím, že ten čas fakt jako
má nějakou hojivou funkci.“ (Hana)*

7. Co jiného pozůstali v období po ztrátě dítěte potřebují?

Hlavní skupinu potřeb, jež respondentky uváděly, byla **potřeba sociální opory**. Nejčastěji zmiňovaly (5) potřebu **přirozených reakcí ze strany okolí** – tj. aby se druzí chovali jako před ztrátou. Respondentky (6) těžce nesly, když se jim druzí vyhýbali nebo když v rozhovoru s nimi od tématu ztráty odbíhali. Namísto hodnocení chování ze strany druhých oceňovaly **empatický přístup** a přijetí. Velmi důležité pro ně bylo také vzájemné **sdílení**. Řadě z nich stačilo, aby jim druzí naslouchali a poskytli jim prostor pro ventilaci emocí. Potřebovaly **nemyslet na to, co druzí unesou**. Dále si přály, aby okolí více tolerovalo jejich způsob truchlení a neradili jim, co mají dělat jinak. Konkrétně od okolí potřebovaly povzbudit a ocenit. Přály si také, aby se druzí ptali, zda o ztrátě chtějí či nechtějí mluvit.

*„A třeba jsem ráda, když se mě na to někdo zeptá. Nebo
mám chuť to někomu sdělit, říct, nebo něco...“ (Katka)*

*„Já bych potřebovala, kdyby se mnou ty lidi mluvili
přímo – kdybych já ze začátku nemusela korigovat, co
jim můžu říct a co ne a myslet ještě na ně.“ (Jarka)*

Respondentka, jejíž dítě spáchalo sebevraždu, vnímala silnou potřebu setkat se s rodiči, kteří přišli o potomka stejným způsobem. Zároveň potřebovala od druhých pochopení, že se to může stát každému – že nebyla špatnou matkou.

Některé respondentky těžce prožívaly nedostatek pomoci od okolí. Oceňovaly by zejména **praktickou pomoc** blízkých v domácnosti a s péčí o malé děti.

Mezi dalšími žádoucími reakcemi okolí respondentky uváděly, aby se lidé kolem nadále smáli a neprojevovali pouze lítost.

Další potřeby se vztahovaly k partnerům (5). **Od partnerů**, kteří (narozdíl od nich) netruchlili, potřebovaly respondentky **větší otevřenost a sdílnost**. Jiné respondentky (2) naopak těžce nesly, když je partner zahlcoval vzpomínkami na dítě ve chvíli, kdy na to samy neměly sílu.

„Protože on vlastně tím, jak se s tím nedokázal vypořádat, tak já jsem vlastně s ním chtěla o tom mluvit a on sice ležel, on naslouchal, ale nic neříkal. Nic. Asi neměl sílu. Já nevim.“ (Alena)

„Takže třeba přišel domů a ukazoval mi zas fotky: „Podívej...“ a zase jako brečel a já jsem to v tu chvíli prostě nechtěla. Jo, že zrovna když já jsem byla trošičku na vrcholu, tak zase přijde on a zase mě stáhne jakoby s tím dolu, jo.“ (Petra)

Pro polovinu respondentek bylo po určitou dobu podpůrné naopak **stažení okolí a poskytnutí prostoru pro truchlení**. Přály si mít klid, být samy, odpočívat a věnovat se pouze samy sobě. Jedna respondentka uvedla také potřebu seberealizace.

„...že bych spíš potřebovala v tu chvíli se nějak ponořit prostě do sebe a být jakoby sama se sebou...“ (Hana)

Respondentky zmiňovaly také **potřebu posunu v procesu truchlení**, jako například „posunout se“, „jít dál“ nebo zesnulé dítě „pustit“.

„...najednou jsem měla takovej silnej pocit, jako že ten syn tady přišel na ten svět přese mě a že přese mě musí taky odejít, že jakoby ho musím nějak pustit.“ (Hana)

Jedna respondentka potřebovala dostat od zesnulého dítě po úmrtí „znamení, že je v pořádku“.

*„A já pak vlastně když se to stalo, tak jsem se dívala,
jestli něco neuvidím. (směje se) No neviděla jsem nic...“
(Alena)*

Další jmenovanou potřebou byla **potřeba aktivity - zaměstnat se** (3).

Sedm respondentek uvádělo **potřebu pomoci od nezávislé osoby**, z čehož šest zmiňovalo zejména **pomoc odborníka**.

*„...to jsem cítila strašnou úlevu, že jsem mohla někomu
konečně říct všechno – druhému nezávislému člověku,
jo.“ (Lenka)*

*„Ono kolikrát i cizímu člověku řeknete mnohem víc
než tomu blízkýmu, kterýho zraňujete v tom okamžiku,
a kdo se s tím taky snaží nějak vyrovnat.“ (Bára)*

Mezi ojedinělé potřeby můžeme zařadit potřebu rozloučit se výrobou parte, navštěvovat hřbitov nebo změnit pokoj dítěte. Dále respondentky jmenovaly potřebu citlivější reakce ze strany policie či potřebu slyšet od lékařů, že druhé dítě je v pořádku.

Lze tedy říci, že potřeby, které respondentky uváděly, se týkaly zejména sociální opory. Většinou souvisely s absencí sociální opory nebo s její nevhodnou formou. Významná byla však také potřeba pomoci od nezávislého člověka, nejčastěji odborníka.

7.1.2 Výzkumná otázka č. 2

Co adaptaci na ztrátu dítěte naopak znesnadňuje?

V rámci této výzkumné otázky jsme definovali následující kategorie znesnadňujících aspektů:

1. absence sociální opory
2. sekundární krize
3. intrapsychické procesy
4. další konkrétní znesnadňující aspekty.

Nyní se zaměříme na každou z těchto kategorií zvlášť.

1. Absence sociální opory

Přestože se sociální opora v analýze první výzkumné otázky ukázala být významným podpůrným faktorem, nedostávalo se jí respondentkám vždy.

Absence sociální opory, kterou respondentky popisovaly, nabývala různých forem a týkala se **rodiny, přátel, vzdálenějších známých, pracovních kolegů, ale i odborníků a institucí.**

Nedostatek sociální opory ze strany **rodiny** či jejích jednotlivých členů zmínilo všech deset respondentek (většina (8) z nich však současně uváděla rodinu i jako podpůrnou – tj. nezakoušely nedostatek sociální opory ze strany rodiny obecně, ale pouze v konkrétních situacích či ze strany konkrétních osob). Dvě respondentky postrádaly absenci opory v rodině obecně – stěžovaly si zejména na to, že neměly v rodině nikoho, s kým by mohly sdílet své emoce. Devět respondentek zmínilo jako zatěžující **chování partnera** (tj. pouze jedné respondentce byl partner pouze oporou a nenacházela v jeho jednání žádné nedostatky). Dvě respondentky uvedly absenci opory ze strany bývalého manžela (tj. biologického otce zesnulého dítěte) a jeho rodiny. Pět respondentek postrádalo podporu svých **rodičů** – z toho tři respondentky u obou svých rodičů, tři respondentky u otce (nebyl s nimi v kontaktu) a jedna respondentka u matky (nemohla s ní sdílet své emoce). Dalších pět respondentek vnímalo absenci opory ze strany **pozůstalého dítěte** (nechtělo o ztrátě mluvit, tvořilo koalici s otcem, atd.). Tři respondentky negativně zakoušely chování své **tchýně** - jedna z nich současně negativně hodnotila i chování tchána (odmítli jí pomoci, nezúčastnili se pohřbu).

*„A třeba ta moje tchýně nebo máma toho máho partnera... oni mi třeba ani nezavolali, když se to stalo, jako že by projevíli nějakou lítost.. Nepřišli na pohřeb, neposlali kondolenci, prostě nereagovali nijak, a když jsem je teda žádala o pomoc, tak mi řekli: ‚No a co si myslíš, my jsme na tom taky blbě...‘ (...)
Ten muj partner (...) měla jsem pocit, že i když se snaží, tak ta jeho kapacita je strašně malá jakoby, jo... A měla jsem pocit, že mě jakoby nedrží, v tu chvíli, a to mělo dost vážnej vliv na náš partnerskej život, i když se to po čase zlepšilo. (...) pro mě to v tu chvíli bylo hrozný zklamání...“ (Hana)*

Dvě respondentky uvedly jako náročné, že je nepodpořili **kolegové** z práce („neozvali se“). Čtyři respondentky v době po ztrátě špatně snášely, že lidé v jejich přítomnosti přestali hovořit o vlastních dětech. Jedna respondentka však naopak uvedla, že jí krátce po ztrátě rozhovory druhých o vlastních dětech vadily. Jiná respondentka těžce prožívala, že náhle nemohla o svém zesnulém dítěti hovořit v práci, protože na to kolegové neuměli reagovat (reagovali mlčením).

*„...když jsem měla nějakou myšlenku a řekla jsem:
Jéé, to Kristýnka taky!‘ ... a bylo ticho. Ted’ okolo
kolegyně se na sebe koukly, a hovor byl prostě ukončen.
Takže pak už jsem si dávala pozor, aby se mi to
nestávalo.“ (Katka)*

Zdrojem frustrace byly pro některé respondentky také **instituce**, které na úmrtí dítěte nijak nereagovaly, přestože to od nich respondentky očekávaly (konkrétně se jednalo o policii, hasiče, školu i bazén, kde k úmrtí dítěte došlo). Dále pak některé respondentky (3) zklamali **odborníci** z řad psychologů či psychoterapeutů, kteří jim pomoc odřekli či jim nepomohly (reagovali frázemi typu „už nic nebude jako dřív“, atp.).

*„Škola se k tomu vůbec nevyjadřovala a bazén –
absolutně se neozval...“ (Lenka)*

Mezi konkrétními příklady absence sociální opory uváděly respondentky (6) jako velmi zraňující **vyhýbavé chování** ze strany okolí, a to především fyzického rázu (přešli na druhý chodník, nepřijeli pozůstalou rodinu navštívit, atd.). Většina respondentek (6) těžce nesla, že se jim neozvali ti přátelé, od kterých to očekávali. Dvě respondentky mezi znesnadňující aspekty zařadily absenci známých pouze krátce po úmrtí dítěte. Jiná respondentka v období po ztrátě těžce prožívala fakt, že její vlastní rodiče, které by si v té době přála mít u sebe, jsou již také po smrti. Jedna respondentka dále uvedla jako ztěžující aspekt absenci opory vně rodiny obecně. Ze strany blízkých osob hodnotilo pět respondentek negativně **vyhýbání se samotnému tématu ztráty dítěte** nebo vzpomínání na něj. Většina respondentek (7) uváděla jako znesnadňující aspekt nemožnost sdílení zármutku v úzké rodině (tj. s partnerem či pozůstalým dítětem), jelikož si vzájemně nedokázali být oporou. Také dvě respondentky, které v době ztráty již nežily s biologickým otcem zesnulého dítěte, zmiňovaly nemožnost sdílet s ním žal či vzpomínky na zesnulé dítě, jelikož ztrátou nebyl tolik zasažen. Některé respondentky (2) těžce nesly skutečnost, že pozůstalé dítě trávilo více času s jejich

partnerem („tvořilo s otcem koalici“), a na ně proto doléhala samota tím více. Jedna respondentka postrádala u rodiny i svépomocné skupiny možnost sdílet duchovní prožitky.

„...kamarádi a rodina – to je asi klasika, že se ty lidi rozdělili na půlku – půlka z nich si s tím naprosto nevěděla rady a tudíž se mi vyhýbali a dodneška trochu vyhýbaj.“ (Jarka)

„... jsem měla tu zkušenost, že lidi (...) se vyhýbaj těmhle tématům – teď nevědi, jak se mnou – jestli můžou, nemůžou...“ (Bára)

Stresující pro respondentky byla také **nutnost brát ohledy na druhé** – především na to, zda jejich vyprávění druzí unesou (6). Tři respondentky zmiňovaly i nutnost jedince ve svém okolí uklidňovat, přestože v té době potřebu opory vnímaly samy.

„...já jsem měla furt pocit, jak kdybych to okolí musela uklidňovat spíš já, přestože to bylo jako paradox, jo, že spíš jsem potřebovala pomoci já a musela jsem dávat najevo těm druhým, že... prostě ať jsou v klidu, jo, že ten život už mu bohužel nijak nevrátí...“ (Lenka)

Vedle vyhýbavých reakcí respondentky negativně prožívaly **hodnocení vlastního chování ze strany druhých** (4), stejně jako **očekávání** a **udělování rad**, co by měly dělat jinak („musíš...“) či jak by měly truchlit (že by měly plakat, nikam nechodit, nesmát se ani nevyprávět veselé věci). Tři respondentky uvedly jako přitěžující očekávání partnera, že budou po ztrátě v domácnosti „fungovat“ jako dříve. Dvě respondentky popisovaly i situaci, kdy je okolí nabádalo, aby žal neprojevovaly – v jednom případě se jednalo o partnera, který špatně nesl, když respondentka plakala (měl strach, že se respondentka při intenzivní ventilaci emocí „zblázní“), zatímco druhou respondentku známá přesvědčovala, že pláčem „znemožňuje duši dítěte opustit tento svět“. Jiná respondentka těžce nesla počínání partnera a tchýně, kteří se ji snažili aktivizovat, ačkoli si sama potřebovala naopak odpočinout.

„...ti lidi (...) ke mně přistupovali tak, že oni by na mém místě brečeli.“ (Renata)

*„Spíš mam zkušenosti (...), že vám (příbuzní)
nepomůžou a spíš vám ublíží, protože očekávaj,
že se budete chovat jinak. Čekaj, že budete chodit
v černym, že budete chodit na hřbitov, a vy zrovna ne...“
(Katka)*

*„Nejdřív jsem si dělala výčitky, že pláču – některý ty
lidi říkali, že tím tu duši tady zdržuju a
zkomplikovávám jí to na druhym břehu.“ (Jarka)*

Respondentka, jejíž dítě zemřelo z vlastního rozhodnutí, vnímala ze strany okolí i jisté **odsuzování**. Překvapivé je, že jako nepodpůrné vnímala tato respondentka z podobného důvodu i prostředí **svépomocné skupiny**, kde nebyly přítomny další matky, kterým by zemřelo dítě v důsledku sebevraždy (měla pocit, že pro ni nemají pochopení). Jiná respondentka těžce snášela domněnky své tchýně, že neměla zesnulé dítě dost ráda, když nechodí na jeho hrob.

*„...ale pořád jsem se cejtila jako že každěj na mě kouká,
že jsem nějakej exot, že prostě tam nepatřim, do toho
světa venku – že prostě jediný, co je bezpečný, to je
doma v tý posteli jako, jo.“ (Petra)*

Dále většina respondentek (6) velmi negativně hodnotila **necitlivé reakce okolí**. Hlavním zdrojem těchto reakcí byly **instituce** – konkrétně se jednalo o policii (2) (o úmrtí dítěte je informovala necitlivým způsobem; krátce po ztrátě se necitlivě a opakovaně vyptávala na to samé; několik dní odmítala poskytnout informace o tom, kde se tělo zesnulého dítěte nachází), nemocnice (kvůli neprofesionálnímu přístupu, arogantnímu jednání i zřeknutí se zodpovědnosti), soud (uvedl, že si dítě smrt zavinilo samo), pohřební ústav (neumožnil rodičům dítěte spatřit mrtvé tělo) i pojišťovnu (nevyplatila pozůstalým rodičům pojistku, protože „nemohla vyloučit, že se nejednalo o sebevraždu“). Dvě respondentky šokovaly neprofesionální reakce **psychologa**, který zlehčoval jejich situaci frázemi (1), reagoval zcela neadekvátně („byl jako zfetovaný“) nebo začal respondentkám vyprávět o svých vlastních ztrátách(2).

*„... oni jí vlastně nechtěli vzít do nemocnice hlavně, jo,
oni nám paradoxně řekli, že se na kožní nemoci
neumírá a že máme přijít až v úterý, protože doktoři
mají dovolenou.“ (Alena)*

*„Třeba ten první psycholog mně absolutně nepomohl,
když řekl: ‚Já vám rozumím, mně taky zemřel pes.
Chápu vás.‘“ (Petra)*

Mezi další necitlivé reakce okolí řadily respondentky také **stigmatizující reakce** druhých, nejčastěji přátel (např. „To musíš být šílená“, „To nemůžeš přežít...“). Dvě respondentky těžce nesly, když jejich rodiče kritizovali parte, které samy vytvořily.

*„...nebo pak řeknou třeba, že to nemůžu přežít, že to
nemůžu zvládnout – to jsem se na dvě maminky docela
rozčílila, jo...“ (Jarka)*

*„...mě strašně naštvál můj tat'ka, (...) on mi říkal:
,Nejsme u komediantů – jak jsi to parte tady udělala.'“
(Dáša)*

Dvě respondentky dále uvedly jako nepříjemné **reakce okolí, které o úmrtí dítěte ještě nevědělo** (např. spontánní dotaz na to, jak se zesnulému dítěti daří, nebo ironickou poznámku ohledně černého oděvu). Další respondentka negativně zakoušela situace, kdy před ní druzí hovořili o zesnulém dítěti až příliš pozitivně („dělali z něj svatouška“), ačkoliv si sama byla vědoma toho, že mělo i určité nedostatky.

*„...jedna holčina, co to asi nevěděla (...) povídá:
,Kde máš ségru?' – no tak to jsem myslela, že to tam
se mnou švihne...“ (Bára)*

*„...asi si to nějak neuvědomila, pravděpodobně to
ze sebe jenom tak vyhrkla: ‚Co se ti stalo? Chodíš
v černém, to ti snad někdo umřel?' To jsem si říkala,
že to snad není možný...“ (Lenka)*

Dvě respondentky hodnotily jako zatěžující, když byly druhými **litovány**. Jako nežádoucí byly hodnoceny rovněž **fráze** typu „čas to spraví“, „to zvládneš“, apod.

*„Od okolí jsem nepotřebovala lítost, to mě jako sráželo,
když mě litovali.“ (Katka)*

*„Je ti už lépe?' nebo ‚Musíš to překonat a musíš...‘ -
vůbec to slovo MUSÍŠ. Anebo když někdo řekne ‚Neboj,
čas to spraví...‘ a takovýhle – to si jako říkám, že ty lidi
vůbec nevěděj, o čem se bavěj.“ (Petra)*

Některé respondentky ze strany příbuzných žen (tchýně, matka, švagrová) negativně hodnotily, když s nimi tyto ženy nekonzultovaly důležitá rozhodnutí (ač ve snaze respondentkám pomoci) –např. se ujímaly organizace pohřbu, aniž by se na tom s respondentkami domluvily. Jiné respondentky mrzelo, že jim jejich blízcí nepomohli s praktickými věcmi – u jedné z nich se jednalo o partnera, u druhé o jeho rodiče.

*„... že si třeba umínila, že až bude po pohřbu a budeme ukládat urnu takzvaně do hrobu, tak že přijede a všichni tam půjdem a společně uložíme tu urnu do hrobu. (...) Prostě pro mě to byla strašně zátěžová situace a představa, že tady ještě budu mít panimámu, o kterou se budu starat, jo, a ještě k tomu ona to bude chtít dělat takhle obřadně, tak to teda bylo hrozný...
(Bára)*

Dalším často zmiňovaným znesnadňujícím faktorem bylo „**vidět druhé truchlit**“ – jedna respondentka uvedla, že ji manžel „stahával truchlením dolů“, zatímco druhá špatně snášela setkání svépomocné skupiny, kde se některé matky „utápěly v žalu“.

„...oni někteří rodiče se vlastně utápí v tom neštěstí, a to pro mě není.“ (Renata)

2. Sekundární krize

Další kategorií faktorů, které adaptaci na ztrátu znesnadňují, jsme pojmenovali jako sekundární krize. Ty se vztahovaly zejména k nejužší rodině. Rozdělili jsme je do následujících skupin: krize partnerského vztahu, zhoršení zdravotního stavu, interpersonální konflikty a sekundární ztráty.

Nejčastěji jmenovanými sekundárními krizemi byly **krize partnerského vztahu**. Na těch se podílely především **rozdíly v potřebách truchlení** obou partnerů (6) – např. respondentka měla potřebu o zesnulém dítěti a jeho ztrátě hovořit, ale partner ne (3) nebo naopak (1). Dále pak partnerský vztah poznamenalo, že spolu partneři náhle nemohli o zesnulém dítěti hovořit, neboť **se vzpomínkami** na něj **vzájemně zraňovali**. Ve dvou případech respondentky velmi těžce nesly, když si jejich partner za úmrtí dítěte přisuzoval vinu a neustále před respondentkou nahlas probíral, co měli udělat pro to, aby dítě nezemřelo – ani jedna z nich však neměla na „uklidňování“ manžela sílu a velmi

je to vyčerpávalo, stejně jako fakt, že v tomto období **u partnera postrádaly oporu**. Ve třech případech se respondentky s partnerem **neshodli, zda chtějí mít další miminko** (ve dvou případech si respondentky další dítě přály (jedna z nich dokonce poté, co otěhotněla kvůli partnerovi zvažovala potrat), ve třetím případě chtěl manžel respondentky nové miminko krátce po ztrátě, na což se respondentka v té době ještě necítila být připravená). Jedna respondentka uváděla jako zdroj partnerské krize i **názorovou odlišnost**, kdy se ona po ztrátě začala nově zajímat o duchovno, zatímco manžel o těchto věcech nechtěl slyšet. Jiná respondentka měla po ztrátě dítěte, o němž před úmrtím dlouhou dobu pečovala, náhle vysokou potřebu seberealizace, čemuž její partner nerozuměl a obával se, že ho žena opustí – o tom ho současně přesvědčovali i jejich společní přátelé.

*„...člověk nemá sílu pomoci ani tomu partnerovi,
protože veškerou tu sílu, kterou máte, tak věnujete
sobě.“ (Eliška)*

*„Kdežto manželovi to najednou všechno došlo a on měl
ty další tři měsíce pocity totálního selhání, kdy
si myslel, že vlastně tu roli toho otce nezvládl, protože
nezabránil tomu, že ona zemřela. Jo, takže ty tři měsíce
on nemohl spávat – lehl si do postele a hleděl do stropu.
Takže vlastně já (...) jsem zachraňovala toho manžela.“
(Renata)*

Další sekundární krizi představovalo **zhoršení zdravotního stavu** respondentek či jejich blízkých. **Zdravotní komplikace** přímo zažívala polovina respondentek. Většina respondentek zmiňovala **potíže s nespavostí** – a to i u partnera. Šest respondentek popisovalo **zhoršení psychického stavu** pozůstalého dítěte a s tím spjatou bezradnost, jak k němu mají přistupovat. Tři respondentky dále popisovaly jiné zdravotní komplikace pozůstalého dítěte a z toho vyplývající hrůzu, že ztratí i druhé dítě. Dvě respondentky, které ztratily dítě v důsledku genetického onemocnění, prožívaly tyto obavy velmi intenzivně kvůli riziku přítomnosti shodného onemocnění u pozůstalého dítěte. Kvůli nutným vyšetřením s ním musely pravidelně docházet do nemocnice, jejíž prostředí jim palčivě připomínalo prožitou ztrátu. Jedna respondentka zažila krátce po úmrtí dítěte další trauma v podobě **vážného úrazu** pozůstalého dítěte. Jiná respondentka měla vážnou obavu o svého muže, který byl kvůli zhoršení zdravotního stavu v důsledku ztráty ohrožen na životě a podstupoval řadu operací. Jedna

respondentka uváděla jako stresor zhoršení zdravotního stavu babiček zesnulého dítěte (své i partnerovy matky) v důsledku ztráty a nutnost brát na jejich stav ohledy (neplakat před nimi, apod.).

„Bohužel (...) se to trošku projevovalo na mladší dceři, protože, jak říkám, ona si ten smutek neodsmutnila. (...) Takže my jsme teď vlastně ještě řešili dceřiny psychické potíže... (...) Takže to nás tak jako ještě potrefilo, abysme toho neměli málo. (Bára)

„Potom ještě (...) když manžel vlastně podstupoval katetrizační ablace, čtyři během půl roku, tak jsem byla už dost jako psychicky vyčerpaná, kdy jsem nespávala, měla jsem šílený strach o něj, že o něj přijdu...“ (Lenka)

Dvě respondentky uvedly jako velmi zraňující **interpersonální konflikty**. Ty se vztahovaly k bývalému partnerovi (spory ohledně financí, pohřbu, apod.) a jeho rodině, která respondentku urážela a jinak psychicky „deптala“. Konflikty se stávajícím partnerem jsme popsali v rámci kategorie „krize partnerského vztahu“.

Několik respondentek popisovalo jako velmi zatěžující i **sekundární ztráty** po úmrtí dítěte. Těmi byly úmrtí tchýně, odchod pozůstalého dítěte na vysokou školu, smrt psa i rozchod syna s jeho partnerkou.

Určitou sekundární krizí se u dvou respondentek jevila být i **finanční tíseň**.

3. Intrapsychické procesy

Intrapsychické procesy, které respondentky hodnotily jako zatěžující, můžeme rozdělit na negativní emoce, myšlenky a vzpomínky.

Mezi **negativní emoce** můžeme uvést **pocity viny** či **selhání** a **výčitky** (5), a to buď ve vztahu k zesnulému dítěti (za to, že se radují; že si na zesnulé dítě za celý den nevzpomněly; že měly „brát předtuchu smrti vážně a úmrtí předejít“; že s ním nebyly schopny zůstat v nemocnici, či za to, že s ním netrávily dost času) nebo k pozůstalým dětem (že jim kvůli vlastnímu žalu nejsou plně k dispozici nebo za to, že je srovnávají se zesnulým dítětem). Dále respondentky jmenovaly **sebelítost** (2) a **bezmoc** (2). U některých respondentek se negativní emoce vztahovaly k duchovním otázkám (strach „zda je „tam“ dítě v pořádku“; představa, že smrtí vše končí, apod.).

„... ale jsou dny, kdy si na to nevzpomenu – potom třeba mám z toho výčitku, jak je možný, že jsem si na ni nevzpomněla, ale to prostě ten život takhle jde.“

(Renata)

Jako **negativní myšlenky** můžeme označit **uvažování nad smyslem ztráty, přemýšlení nad tím, co vše už nenastane** (2) – např. nebudou mít vnoučata, nedočkají se svatby, atp. Respondentky, jejichž dítě zemřelo v důsledku dlouhodobého onemocnění (3), uvedly jako bolestivé **vzpomínky** na to, jak dítě trpělo. Respondentka, která kvůli absenci komunikace ze strany policie téměř týden po úmrtí dítěte stále nevěděla, kde se nachází jeho tělo, označila za šírající myšlenky na to, v jakých prostorách by mohlo být. Respondentky, u jejichž dětí nebyla zcela zřejmá příčina úmrtí, zmiňovaly také pochybnosti o správné diagnóze („zda lékař stanovením neodpovídající diagnózy jen nekryl pochybení druhého lékaře“) a neschopnost přijmout okolnosti úmrtí.

„... že třeba nikdy nevidím jeho manželku, jeho děti, jo... Jak stárne nebo... Že už s nim nezažiju Vánoce... Ze začátku jsem pořád takhle přemejšlela, co všechno nebude.“ (Hana)

„... Jak to dítě trpí. Co všechno musela projít. To bylo pro mě nejhorší – jakou bolestí ona musela projít vše to, co zažila – ty injekce, vpichy a prostě celou tu léčbu...“ (Katka)

4. Další konkrétní znesnadňující aspekty

Skupiny zbylých znesnadňujících aspektů jsme rozdělili na následující kategorie: konkrétní skutečnosti, konkrétní situace, povinnosti, významné dny a cokoliv dalšího, co respondentkám zesnulé dítě či jeho ztrátu připomíná.

Mezi **konkrétní skutečnosti**, se kterými bylo pro respondentky náročné se smířit, patřil **fakt, že neviděly tělo zesnulého dítěte** (2) (v jednom případě navíc proto, že jim to neumožnil pohřební ústav), nemožnost uskutečnit pohřeb dříve než po týdnu, **nemožnost dovolat se spravedlnosti při vyšetřování okolností úmrtí** („očistit zesnulé dítě“) a řada nejasností i **pochybení ze strany institucí** (2). Dvě respondentky těžce prožívaly **neinformovanost**, na koho se mohou obrátit. Dále pak jedna respondentka uvedla jako jisté zklamání **nedoceněnost svépomocné**

organizace, kde působila. Dále respondentky (3) bolestivě prožívaly, že již **nemohou mít další děti**, zatímco jiná respondentka se domnívala, že jí adaptaci na ztrátu dítěte ztěžuje fakt, že v minulosti přišla i o jiné dítě.

„Já jsem chtěla to tělo vidět, protože my jsme tomu pořád nemohli uvěřit a říkali jsme si, že když to uvidíme, tak že vlastně jakoby nezbude, než tomu teda uvěřit...“ (Hana)

„... co mi vadilo – že se tak nějak ztratila ta lidskost, jo, vlastně ten nezáměr ze strany těch, co za to svým způsobem nesli zodpovědnost – to, jak od toho všichni dávali ruce pryč, že za nic nemůžou, oni nepochybili, přestože ta policie tam to pochybení vyloženě našla (...) Takže to mě tak nějak sráželo pořád na kolena.“ (Lenka)

Konkrétní situace, které respondentky uváděly jako náročné, byly spjaty s **informováním okolí o úmrtí dítěte** – jedna respondentka uváděla jako velmi stresující moment, kdy měla oznámit smrt svého dítěte u něj v práci, zatímco pro druhou bylo nepříjemné představovat se v novém kolektivu, kdy se jí lidé spontánně ptali, kolik má dětí. Jedna respondentka uvedla jako náročné i **rozhodování, jak naložit s penězi, které po úmrtí dítěte získali od pojišťovny**. Další respondentky (4) zmínily jako náročný **kontakt s lidmi, kteří řeší malichernosti** nebo s těmi, **kterí si neváží toho, že mají zdravé děti**. Jedna respondentka těžce snášela přítomnost znepřátelené osoby na pohřbu dítěte. Pro další respondentku bylo náročné celé období prázdnin, kdy postrádala pevně daný režim. Další zmiňovanou náročnou situací bylo **vidět, jak svým vrstevníkům dítě chybí**. Pro dvě respondentky bylo krátce po ztrátě náročné **procitnutí ze spánku** („prozření do reality“).

„... jsem se rozplakala, když jsem to vlastně musela oznámit u něj v práci, že nepřijde, zase jim to všechno vysvětlovat...“ (Hana)

„... třeba mě fakt jako nadzvedávalo, když někdo v práci řekl ‚Ten můj hajzlík zase zlobil.‘ – já jsem měla chuť jí říct ‚Ženská, ty si neuvědomuješ, jaký máš štěstí, že ho máš!...‘ (Jarka)

Mezi zatěžující **povinnosti** řadily respondentky **povinnosti spjaté s pohřbem** dítěte – ať už se jednalo o samotnou **účast na pohřbu** či nutnost **rozhodnout, jak má pohřební ústav naložit s mrtvým tělem**. Respondentky však neměly sílu ani na **každodenní povinnosti** – docházet do **práce, nakupovat** nebo **pečovat o pozůstalé děti**.

„No a po roce nebo po dvou letech nám přišly peníze za smrt dítěte. A teď vy nevíte, co s nima, jestli to dát na charitu...“ (Alena)

„... já jsem přestala nakupovat, protože mě to nebavilo a nebylo to pro mě důležité a lidi ve velkých centrech a obchodech... Prostě jsem to nesnášela.“ (Katka)

Těžké na zvládnutí byly pro některé respondentky (6) také **významné dny**. Všechny tyto respondentky uváděly jako velmi náročné **období Vánoc**. Dále pak zmiňovaly **výročí narození zesnulého dítěte** (4) i **výročí jeho úmrtí** (3). Dvě respondentky těžce snášely celý první rok po ztrátě a „všechny významné události, které v něm prožívaly poprvé bez dítěte“. Uváděny byly rovněž významné události, které samy o sobě nesouvisely se zesnulým dítětem, ale jejich významnost respondentkám ztrátu palčivě připomínala – například oslavy v širším rodinném kruhu. Čtyři respondentky zmínily **významné události vrstevníků dítěte** (první školní den, maturity, svatba, atd.).

„A co se týká toho prožívání, tak je pro mě doteďka těžké, když jsou různé oslavy, a tak dál, ustát, jak většinou bývají takové ty poděkování (...) Brácha měl teďka padesát, kdy děkoval rodičům – za výchovu a tak, takže to jsou takové chvíle, kdy vás to úplně dostane a je to těžké bez těch slz ustát...“ (Lenka)

„A dodneška blbě snášim Vánoce, dodneška na mě blbě působí, když jdou děti do první třídy (...) A léto – vždycky, když je začátek léta, když jsou takový ty opravdu vedra, protože jí když se to stalo, tak byly hrozný vedra a tak to mi to hodně připomíná pořád.“ (Alena)

Dále mezi znesnadňující aspekty spadá i **vše, (tj. osoby, věci či místa), co respondentkám zesnulé dítě či jeho ztrátu připomínalo**. Pro pět z nich byl náročný **kontakt s podobně starými dětmi**, jako bylo jejich dítě v době úmrtí, nebo s jejich rodiči. Jedna z nich vnímala bolestivě pouhou představu jiných dětí na pohřbu. Další respondentka těžce snášela přítomnost dětí stejného pohlaví (či pouhých jejich fotek), jako bylo její dítě, nebo představu, že by se jí dítě stejného pohlaví mělo narodit. Zároveň do této kategorie můžeme zařadit **fotografie zesnulého dítěte** (2), objevení **věcí, které zesnulému dítěti patřily**, ale i **procházký do míst, kam spolu s dítětem chodívaly**, nebo návštěvu **onkologického oddělení**, kde se dítě léčilo. Jedné respondentce se od ztráty dělalo zle, když spatřila **nemocniční přístroje** (a to i v televizi) nebo když bylo **podobné počasí, jako v době úmrtí dítěte**.

*„Takže třeba přišel domů a ukazoval mi zas fotky:
„podívej...“ (...) a já jsem to v tu chvíli prostě nechtěla.
(Petra)*

*„... Ale na onkologii nemůžu vůbec (...) – s těma
děčkama se dokážu bavit, ale nemůžu tam jít.“ (Dáša)*

*„... moje dcera, ta kouká na nemocnici. A jak tam pípáj
ty přístroje, který hlídaj to srdce a ten dech, tak to mi
vadí. Já se nemůžu vůbec koukat. Ani dneska ještě. Ten
zvuk tam slyším. To mi vadí.“ (Alena)*

Tři respondentky negativně hodnotily předepsanou **medikaci**, kterou brzy užívat přestaly, neboť vnímaly, že je otupuje a neumožňuje jim zármutek plně prožít.

*„...rozhodla jsem se, že prostě prášky nechci, protože
jsem se cejtila, jak když jsem úplně... jak když
nevnímám tu realitu...“ (Petra)*

7.1.3 Výzkumná otázka č. 3

Jaký dopad má ztráta dítěte na život jedince?

V další výzkumné otázce jsme sledovali, jak ztráta dítěte ovlivňuje jedince a jeho další život. Zaměřili jsme se na jednotlivé změny, které u osob, jež prožily ztrátu dítěte, nastávají. Konkrétně jsme se pak dotazovali, zda se u pozůstalých matek nějakým způsobem změnil postoj k životu a jak s odstupem času vnímají samotnou ztrátu.

Nyní se na každou z těchto otázek zaměříme zvlášť.

1. Jak se změnila životní situace respondentek po smrti dítěte?

Změny, které respondentky po ztrátě zakoušely, můžeme rozdělit na:

1. změny životního stylu
2. změny zdravotního stavu
3. změny v rodinném systému
4. změny vztahů s okolím.

Mezi **změnami životního stylu** respondentky uváděly **zklidnění životního tempa**. Řada z nich (4) se od ztráty méně věnovala domácím pracím a místo toho trávila **více času s rodinou**. Dvěma respondentkám začal s udržováním chodu domácnosti pomáhat i manžel.

„Začali jsme s manželem úplně jinak fungovat, já jsem přestala nakupovat, protože mě to nebavilo a nebylo to pro mě důležitý (...) Prostě jsem to nesnášela. Takže náš styl domácnosti se obrátil, že začal o domácnost pečovat manžel.“ (Katka)

„...prostě se dívám na celé žití úplně jinak – že vím, že spíš dávám přednost tomu, abych byla s tou rodinou jinde, než trávit čas jen uklízením, žehlením a podobně.“ (Lenka)

Většina respondentek (8) se po smrti dítěte začala nově zabývat **pomocí druhým lidem** – z toho sedm pomáhalo dalším rodičům, kteří ztratili potomka či samotným umírajícím dětem. Devátá respondentka těmto rodičům pomáhala již před tím, než dítě ztratila, a po určité pauze se k tomu opět vrátila.

Změny zdravotního stavu, které se u respondentek objevovaly, byly somatického i psychického charakteru. Vedle psychických potíží spjatých se zármutkem popisovaly respondentky (4) problémy s **nespavostí**. Tři respondentky dále zmiňovaly výrazné **somatické potíže**. U jedné respondentky se objevily příznaky podobné těm, na které zemřelo její dítě. Další respondentka dlouhou dobu po úmrtí dítěte pociťovala velmi silnou únavu a dodnes hůře zpracovává stres.

*„Jako ta únava je pořád, zvláště když toho mám víc.
Huř snášim psychickou zátěž a špatně zpracovávám
stres.“ (Renata)*

Změny postihující rodinný systém můžeme označit jako pozitivní i negativní. Mezi ty **pozitivní** můžeme zařadit zejména **upevnění vztahu s manželem** (5). Pět respondentek dále uvádělo **sblížení s pozůstalým dítětem**. Z nich tři vnímaly změnu u samotného dítěte, které se stalo sdílnějším, otevřenějším a více se snažilo rodičům pomoci. Dvě respondentky dále uvedly **zlepšení vztahů v širší rodině**.

*„Dříve se styděl dát mi pusu nebo cokoliv, tak toto bylo
už automatické a kdykoliv šel ven, „Mami, já jdu ven“,
objal mě a dal mi pusu na rozloučení a bylo to prostě
úplně jiné v tu chvíli, kdy se to stalo.“ (Lenka)*

Negativní dopady ztráty pocítovaly čtyři respondentky **v partnerském vztahu**, který se po smrti dítěte ocitl v **krizi**. Všem těmto párům se ji ale podařilo překonat. Tři respondentky zmiňovaly **ztrátu sexuální apetence** v období truchlení, která vztah také do jisté míry ovlivnila. U šesti respondentek ztráta rovněž ovlivňovala jejich přístup k pozůstalým dětem, o které měly náhle velký strach, což vedlo u některých z nich (2) k **hyperprotektivnímu chování**. Jedna respondentka dále zmiňovala **porovnávání pozůstalého dítěte s tím zesnulým**, kterého se s partnerem po ztrátě automaticky dopouštěli. Další respondentka popisovala jako náročné, že se úmrtím dítěte z rodiny vytratila i role, kterou zastávalo, a ona, která s ním v rodině tvořila jistou „koalici“, byla náhle „převálcována“ zbylými členy rodiny.

*„Nechtěli jsme ji nikam pouštět a doktorka vždycky
říkala: „Nemůžete jí držet ve zlatý kleci, vždyť to je
dítě.“ Jo, že jsme měli o ní obrovské strach, jo...“ (Alena)*
*„...musím říct, že jsem se třeba i já zpronevěřila tý
myšlence, že člověk nebude o jednom dítěti říkat, že je
lepší než druhý a já (...) jsem to dvakrát nedodržela
a řekla jsem, že teda Eva by to v životě neudělala,
no a to jsem si pak vyčítala...“ (Bára)*

Respondentka, která měla v době úmrtí dítěte další dvě malé děti, nezvládala provoz domácnosti a péči o děti, což rodinný systém opět narušilo.

Změny vztahů s okolím popisovaly všechny respondentky. Jednalo se zejména o **ztrátu některých přátel**, kteří se jim po ztrátě dítěte již neozvali. Čtyři respondentky uvedly, že již nedokážou probírat s druhými „malichernosti“. Další respondentky vnímaly tento postoj naopak ze strany okolí, které s nimi již nesdílelo vše, jako tomu dříve bylo. Jedna respondentka se tak v pracovním kolektivu náhle dostala mimo centrum dění, ve kterém dosud byla.

„A většinou si rozumím buď s těmi, co jsou pozůstalými anebo s holkama, který maj vážně nemocný děti, jo. Ale jinak v normálním světě nenacházím zatím komunikační vlnu s někým, kdo by tohleto chápal a neprošel si podobnou zkušeností.“ (Dáša)

„Takže on se tím asi člověk tak trochu vyčlení – pak už se to jakoby vrátilo, ale oni už to ty lidi asi vnímali sami – jestli se mnou mají řešit tyhleto věci, když já řeším tohle...“ (Jarka)

Zároveň respondentky uváděly, že se po ztrátě staly **citlivějšími a vnímavějšími vůči druhým lidem**. Ke svému okolí nyní přistupují s větší otevřeností a méně šetrí láskyplnými slovy.

„Prostě když mám ráda některý lidi, tak jim to všechno řeknu – víc otevřeně s nima mluvím, protože tady vidíte: prostě ze dne na den. A nevíte, jestli toho člověka nevidíte naposled. Člověk si tohle začne plně uvědomovat a tak se i stavět k životu.“ (Eliška)

2. Jak se u respondentek po ztrátě dítěte změnil postoj k životu?

Postoj k životu se u většiny respondentek změnil výrazným způsobem.

Osm respondentek po ztrátě dítěte našlo nový **smysl v pomoci druhým rodičům**, kterou vnímaly i jako určité poslání.

U pěti respondentek nově nabyt život **duchovního rozměru**.

Sedm respondentek uvedlo, že jim ztráta dítěte napomohla ke **změně hodnot**.

„...Víte, lidi kupujou auta a šetří peníze a zvelebujou byty a nutí děti, aby si uklízely ponožky a hádaj se kvůli neumytému nádobí, a tak. Člověk strašně přehodnotí tyhleto věci, když se něco takovýho stane.“ (Alena)

Jedna respondentka ztrátu označila přímo jako „osvícení“. U zbylých třech respondentek se jednalo spíše o jisté prohloubení hodnot již dříve nabytých. Konkrétně tyto respondentky získaly určitý životní **nadhled** (5) a více si vážily toho, co mají. Méně lpěly na plánech do budoucna a nově usilovaly o to, aby prožily smysluplný život. Uváděly také potřebu „žít naplno“ nebo „nepromarnit svěřený čas“. Některé z nich se nově více radovaly z maličností a z přítomného okamžiku. Jedna respondentka uváděla svůj postoj „užívat si života, co to jde, když už člověka o tolik obral“. Snažily se také udělat si čas na věci, na které jej nikdy dříve neměly.

„Člověk prostě... Vychutnávám si každou dobrou maličkost, i to blbý kafe si dokážu vychutnat mnohem líp než před tím.. Když je prostě nějaká párty nebo něco, tak se směju dvakrát tolik, protože si to hodlám prostě užít. Když dneska tancuju, tancuju s o hodně větší chutí, než jsem tancovala před tím (...) Člověk se snaží ten život, když už mu tolik vzal, tak se ho snaží obrát o ještě víc, aby prostě..., aby žil. Já bych řekla, že asi tenhle názor sdílí i můj manžel a takhle se teďka stavíme k životu, no. Snažíme se ho co nejvíc vyždímat, dokud to jde.“ (Eliška)

3. Jak respondentky s odstupem času vnímají samotnou ztrátu?

Jakkoliv je pro respondentky ztráta stále těžká, většina z nich v ní našla **duchovní přesah** a svým způsobem i **smysl** v novém obratu k pomoci druhým.

„Já jsem v tom našla smysl. Určitě mi to pomáhá v tom životě, tím, že můžu vlastně pomáhat druhým, tak mě to naplňuje a prostě dostala jsem takový jiný smysl života.“ (Katka)

Osm respondentek zmínilo přesvědčení, že ztráta dítěte byla jejich **osud**. Tři z nich v rozhovoru uvedly, že čas strávený s dítětem vnímají jako dar a zaujmají **postoj vděčnosti** za to, co s ním prožily. Dvě respondentky dokonce hovořily o jisté „vděčnosti“ za zkušenost ztráty dítěte.

„Samotnou ztrátu.... (...) Nevím, prostě jsem si to už postupem času takhle vysvětlila jako že nic není

náhoda, že se to prostě stalo, protože se to mělo stát.“

(Katka)

„No, dneska to prožívám tak, že (...) jsem prostě šťastná, že byl. Jako že už tolik nepřemejšlim nad tím, co už nebude, že třeba nikdy neuvidim jeho manželku, jeho děti, jo... (...) Že jsem jakoby vděčná za každý den, kdy tady byl, no...“ (Hana)

„...Ale chci říct, jako že mě to, i když ty to je taková hrozná zkušenost, tak mě to obohatilo.“ (Alena)

Na otázku, zda se cítí být se ztrátou vyrovnány, odpověděly čtyři respondentky kladně (pozoruhodné je, že tři z nich prožily anticipovanou ztrátu dítěte). Zbýlých šest respondentek uvedlo shodnou odpověď, a to: „se ztrátou dítěte se nelze vyrovnat, ale lze se s ní naučit žít“.

7.1.4 Výzkumná otázka č. 4

Jakými stadii jedinci po ztrátě dítěte procházejí?

Cílem čtvrté výzkumné otázky bylo zmapovat proces truchlení – tedy rozdělit období po ztrátě dítěte na jednotlivá stadia. Kvalitativní analýzou jsme z každého rozhovoru získali konkrétní periodizaci období po ztrátě. Názvy jednotlivých stadií, jejich popis i délka byly u každé respondentky zcela individuální. Přesto se nám mezi nimi podařilo nalézt určité styčné body, které se nyní pokusíme popsat podrobněji.

Jako **prvotní reakci** na ztrátu uvedla většina respondentek (7) **šok** (příp. **trauma**). Délka šoku se pohybovala různě – od jednoho dne do jednoho měsíce. Dvě respondentky, jejichž děti zemřely po dlouhé a náročné léčbě, pocítily v prvním momentě po úmrtí (tj. před samotným šokem) určitou úlevu a klid.

„No, ten první den, to byl 100% šok.“ (Bára)

„Mně se velice ulevilo, když zemřela. Jo, protože já už jsem cítila, že už to nezvládnou – že už to fyzicky a psychicky prostě nevydržím.“ (Renata)

U většiny respondentek (7) byl tento prvotní šok spjatý s **popřením ztráty** – pět respondentek uvedlo, že se popření objevilo hned v momentě šoku, zatímco zbylé dvě respondentky popření zařadily až po jeho odeznění. Částečné popírání ztráty

(tzn. nejednalo se o patologickou formu popření) u některých respondentek (2) trvalo až půl roku. Respondentka, jejíž dítě zemřelo v důsledku sebevraždy, si ztrátu plně uvědomila až po celém jednom roce.

*„... mně se zdálo, že se chovám úplně normálně.
Ani když nám to ta doktorka řekla, že nám dávají tři
dny, tak mě se to vůbec prostě – já jsem si to ani
neuvědomila.“ (Eliška)*

Dalším obdobím, které zmínila polovina respondentek, bylo období před pohřbem (tedy asi 1 týden), kdy se respondentky v jakémsi „**automatickém režimu**“ věnovaly povinnostem souvisejícím s **přípravou pohřbu**, aniž by na ně realita ztráty plně dolehla – tj. stále ztrátu částečně popíraly (připadaly si „jako za nějakou clonou“ či „v bublině“). Jedna respondentka uvedla v souvislosti s tímto obdobím také tzv. mumifikaci – pokoj dítěte ponechávala tak, jak byl před jeho smrtí.

*„...jako byste byla za nějakou clonou, že prostě jak
plyne všechno, tak se vás to jakoby netýká, že žijete
jakoby v nějakém úplně jiném světě. Žijete, chodíte do
práce, jíte, myjete se, ale jsou to takový naučený věci,
ale jako by člověk ani nežil prostě. Takový
automatický, naučený život, bez nějaký chuti do života,
něco dělat.“ (Katka)*

Období, které následovalo po pohřbu, bylo zpravidla nazýváno jako období **krize** (9), kdy si již většina respondentek (8) **ztrátu plně uvědomila** a dolehla na ně její tíživá realita. Jednalo se o období **zoufalství**, žalu, smutku, prázdnoty, apatie, bezmoci a **ztráty smyslu**. Některým respondentkám (7) toto stadium zkomplikovaly i sekundární krize, které vedle ztráty dítěte zakoušely. Zároveň však respondentky toto stadium popisovaly i jako období **hledání smyslu** (5) nebo hledání sebe sama (1). Délka tohoto období byla velmi individuální – pohybovala se kolem jednoho roku (min. 4 měsíce, max. 2 roky).

*„... a potom až bylo po pohřbu, tak mu to teprve začalo
všechno docházet a i si uvědomoval, že ty kroky už
prostě nikdy neuslyší, neuslyším prostě jeho slova,
neuslyším prostě nic, nemůžu ho obejmout.“ (Lenka)*

*„... nejenom že jsem cítila bolest, ale mně to přišlo už
praštěný – já vždycky, když se něco dělo, tak jsem se*

uklidňovala tím, že mam dvě děti – inteligentní, rozumný, srdečný, který zase budou mít děti... – ale takhle jsem měla pocit, že to není fér, že to nemá význam, smysl.“ (Jarka)

U **posledního stadia** můžeme respondentky rozdělit do tří skupin:

První skupinu tvoří respondentky (4), které v důsledku krize učinily **rozhodnutí naučit se se ztrátou žít** („jít dál“). Toto rozhodnutí učinily dvě z nich krátce po úmrtí dítěte (jedna hned první večer a druhá 3 týdny po ztrátě) a další dvě později (půl roku a rok po ztrátě). Dvě z těchto respondentek uvedly, že se cítí být se ztrátou dnes již vyrovnány.

„... myslím si, že to bylo až po tom měsíci, kdy jsem se rozhodla, že budu dělat všechno pro to, abych ... abych se s tím naučila žít. Asi tak. Abych se s tím co nejlíp naučila žít. Takže tím skončilo takový druhý období a pak už jsem začala se snažit opravdu žít.“ (Eliška)

Do druhé skupiny jsme zařadili respondentky (3), které poslední stadium označily jako období určité **adaptace na ztrátu** („navrácení se do původních kolejí“). Jedna z nich jej nazvala přímo jako **přijetí ztráty**. Toto období nastalo nejdříve 7 měsíců a nejdéle 4 roky po úmrtí dítěte.

„A pak to další období – já nevím, no... To už, myslím, že to je to období, co jako běží do teď. Takový jako přijetí nebo návrat do normálního života...“ (Hana)

Respondentky, jež jsme zařadili do třetí skupiny (4), pojmenovaly poslední stadium jako stadium **nalezení smyslu v samotné ztrátě** či **nalezení smyslu v pomoci druhým**. Doba, která do tohoto momentu od ztráty dítěte uplynula, se pohybovala od půl roku do šesti let.

„Já jsem v tom našla smysl. Určitě mi to pomáhá v tom životě, tím, že můžu vlatně pomáhat druhým, tak mě to naplňuje a prostě dostala jsem takový jiný smysl života.“ (Katka)

Můžeme tedy říci, že **periodizace zármutku**, která odpovídá prožívání ztráty dítěte většiny z našich respondentek (6), vypadá přibližně následovně:

1. **šok, trauma**
2. **popření, automatický režim**
3. **plné uvědomění ztráty** a z něho vyplývající **truchlení, ztráta smyslu života**
4. učinění **rozhodnutí „jít dál“** / postupné **adaptování se na ztrátu**
5. návrat do života, **adaptace na ztrátu**, případně **vyrovnání se se ztrátou a nalezení smyslu**.

Zbýlé čtyři respondentky tvořily výjimky, neboť se od tohoto modelu periodizace zármutku se svým procesem truchlení v některých aspektech lišily. Jedna z nich se rozhodla se ztrátou vyrovnat hned v momentě, kdy na ni realita ztráty plně dolehla a ona nebyla schopna pečovat o své další dítě.

Další respondentka neuvedla mezi jednotlivými fázemi stadium popření. Týden před pohřbem, kdy většina respondentek ztrátu popírala a fungovala v „automatickém režimu“, pro ni byl naopak obdobím největší krize, kdy měla chuť „zesnulé dítě následovat“. Po pohřbu (narozdíl od většiny respondentek) pocítila určitou úlevu.

Třetí respondentka o své dítě před úmrtím dlouho pečovala, a proto po úmrtí pocítovala vysokou potřebu seberealizace (vzdělávat se, „najít své nové místo“).

Nejspecifičtější proces zármutku jsme pozorovali u respondentky, která hned v ten samý den, kdy její dítě zemřelo, zažila zvláštní duchovní zážitek, na základě kterého se rozhodla, že se se ztrátou dítěte pokusí naučit žít.

Zatímco některé respondentky se do dalšího stadia posouvaly plynule, jiné respondentky uváděly konkrétní milníky, jež tvořily předěl mezi jednotlivými stadii. Mezi **zlomové okamžiky**, které respondentky posunuly směrem k adaptaci na ztrátu, můžeme zařadit výše zmiňované **rozhodnutí „jít dál“**, **nové radosti** (plánování, očekávání a narození dalšího dítěte) i **strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance** (dovolená), **překonání sekundárních krizí** (překonání partnerské krize, zažehnání zdravotních komplikací či ujištění, že druhé dítě dané onemocnění nemá) a nalezení kvalitní odborné pomoci. Dále sem můžeme zařadit zvláštní **duchovní zážitek** či sen o zesnulém dítěti, který byl pro respondentku jistým **znamením, že její dítě nezemřelo úplně**.

Mezi milníky, které u respondentek vedly naopak k plnému a bolestnému uvědomění ztráty, patřily první **Vánoce** po ztrátě, první **výročí úmrtí** nebo **nalezení předmětu, který pozůstalému dítěti patřil**.

Pozoruhodný se nám jevil být rovněž fakt, že všechny respondentky, které v rámci posledního stadia uvedly nalezení smyslu k tomuto stadiu dospěly postupným procesem, nikoli na základě jednorázového rozhodnutí.

7.1.5 Shrnutí analýzy rozhovorů

Cílem tohoto výzkumného šetření bylo zmapovat psychologické aspekty, které napomáhají jedincům v adaptaci na ztrátu dítěte, a které ji naopak komplikují. Dalším cílem bylo popsat proces truchlení a zjistit, jaký dopad má ztráta dítěte na další život jedince. V této kapitole shrneme výsledky kvalitativní analýzy rozhovorů pro každý z těchto cílů zvlášť.

1. Podpůrné aspekty

Odpovědi respondentek na první výzkumnou otázku, mapující podpůrné aspekty, se místy lišily. Z toho můžeme usuzovat, že mimo podpůrných faktorů mohou sehrávat významnou roli také další faktory, jako jsou osobnostní charakteristiky, životní okolnosti jednotlivých respondentek, typ ztráty a řada dalších.

Přesto však můžeme jako podpůrné faktory označit **sociální oporu, vlastní aktivitu, odbornou pomoc, informace, víru** a další **konkrétní skutečnosti**.

Nyní stručně shrneme výsledky pro každou z těchto skupin podpůrných faktorů.

Sociální opora byla respondentkami označována za významný podpůrný faktor.

Hlavními zmiňovanými přínosy sociální opory bylo **sdílení** emocí a vzpomínek na zesnulé dítě, **praktická pomoc** druhých nebo **jejich pouhá přítomnost**.

Pro respondentky bylo dále důležité, aby okolí reagovalo na jejich potřeby. Protože se ale tyto potřeby u jednotlivých respondentek často lišily (část respondentek oceňovala možnost sdílení, zatímco jiná část preferovala raději klid a samotu), jeví se jako „ideální reakce“ okolí ověření potřeb respondentek a následná reakce na ně.

Hlavními představiteli sociální opory byla **rodina** (včetně **partnerů**), **přátelé** a **jedinci, kteří ztrátu dítěte sami prožili**. V rámci všech těchto skupin respondentky častěji uváděly jako podpůrné **ženy**.

Protože blízké okolí bylo ztrátou zpravidla zasaženo také, byla respondentkami velmi oceňována **pomoc nezávislých osob**. Mezi ně patřili především právě jiní pozůstalí po ztrátě dítěte, ale také přátelé či kolegové v práci.

Vlastní aktivita byla v adaptaci na ztrátu dítěte dalším významným podporujícím aspektem. Nejčastěji užívané strategie jsme rozdělili na pomoc druhým, rituály, strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance, aktivní předcházení nežádoucím reakcím okolí, ventilaci emocí, orientaci na činnost a intrapsychické strategie.

Pomoc druhým byla u respondentek zaměřena zejména na další rodiče, kteří ztratili dítě. V této aktivitě nalézaly respondentky naději, že jejich neštěstí má nějaký smysl. Zároveň jim orientace na pomoc druhým umožňovala na chvíli zapomenout na jejich vlastní ztrátu.

Vedle účasti na pohřbu a jeho přípravě se v adaptaci na ztrátu ukázalo jako významné spatření mrtvého těla. Spíše než jiné posmrtné rituály se však jevily být pro respondentky důležité vlastní, převážně vzpomínkové **rituály**.

Mezi **strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance** patřila péče o sebe samotnou, vypořádání se s věcmi, které po dítěti zbyly, nové radosti (narození nového miminka, pořízení psa) i změna prostředí.

Aktivní předcházení nežádoucím reakcím ze strany okolí bylo častěji využíváno respondentkami po náhlé ztrátě. Tyto respondentky předem okolí o úmrtí potomka informovaly nebo druhým sdělily, jaké zacházení by od nich potřebovaly.

Další významnou aktivní strategií byla **ventilace emocí**. Některé respondentky plakaly nebo se vztekaly, zatímco jiným pomáhalo své pocity „vypsat“ na papír.

Orientací na činnost jsme pojmenovali strategii respondentek založenou na „zaměstnání se“ nějakou aktivitou. Nejčastěji zmiňovanými činnostmi byla práce (zaměstnání), manuální činnost, studium, vycházky, sport, četba, sledování filmů i focení. V akutní fázi zármutku pomáhal respondentkám pravidelný režim nebo vytváření plánů na další den.

Významnými se však jevily být také **intrapsychické strategie**, jako například pozitivní sebeinstrukce, rozhodnutí truchlení ukončit, apod.

V rámci **odborné pomoci** respondentky označovaly za podpůrný zejména kontakt s psychologem či psychoterapeutem. Nemuselo se však jednat o přímý kontakt – významným se ukázal být i dopis od psycholožky. Velmi pozitivně hodnocená byla respondentkami pomoc psycholožky, která sama dítě ztratila.

Podpůrné **informace** čerpaly respondentky z odborné i duchovní literatury nebo z internetových stránek Dlouhé cesty. Pomocí jim byly rady a doporučení, ale i informace demonstrující fakt, že nejsou samy, komu dítě zemřelo. Významnou podporu představovaly také informace, jež prožívání respondentek normalizovaly.

Dalším z významných podpůrných faktorů se ukázala být **víra** v posmrtný život, která měla spíše nenáboženský charakter. Dávala respondentkám naději, že se jednou se zesnulým dítětem znovu shledají. Většina respondentek rovněž věřila, že smrt jejich dítěte byla dílem osudu.

Další podpůrné aspekty, které do předchozích kategorií nespádaly, jsme rozdělili na pozitivní události po ztrátě dítěte, „být se zesnulým dítětem v kontaktu“, časový odstup i nadhled a kontakt se zvířaty.

Mezi **pozitivní události po ztrátě dítěte** jsme zařadili narození nového potomka a zažehnání sekundárních krizí (např. ubezpečení, že další dítě závažnou chorobu nemá).

V rámci kategorie „**kontakt se zesnulým dítětem**“ respondentkám pomáhaly sny o zesnulém dítěti, představa, že je dítě odněkud pozoruje, nebo nahlas se zesnulým dítětem hovořit.

Mezi dalšími jmenovanými podpůrnými aspekty zmiňovaly respondentky také **zvířata** (psi, koně) a **časový odstup i nadhled**.

Mezi nejčastěji uváděné **potřeby** patřila **potřeba sociální opory**. Některé respondentky však naopak oceňovaly stažení okolí a poskytnutí prostoru pro truchlení. Významnou se jevila být také **potřeba pomoci od nezávislé osoby**, a to převážně z řad odborníků.

2. Znesnadňující aspekty

V rámci druhé výzkumné otázky jsme zkoumali, co respondentkám adaptaci na ztrátu dítěte naopak znesnadňovalo. Na základě analýzy rozhovorů jsme definovali čtyři hlavní kategorie znesnadňujících aspektů: absenci sociální opory, sekundární krize, intrapsychické procesy a další konkrétní znesnadňující aspekty. U většiny z těchto znesnadňujících aspektů můžeme pozorovat úzkou souvislost s aspekty podpůrnými (těmi byla např. sociální opora či zažehnání sekundárních krizí).

Nyní popíšeme každou z těchto čtyř kategorií zvlášť.

Absence sociální opory se jevila být nejvýznamnějším znesnadňujících aspektem (zahrnovala nejvyšší počet konkrétních znesnadňujících aspektů), což opět odpovídá závěrům týkajícím se podpůrných aspektů. Respondentky ji uváděly nejčastěji v souvislosti s **rodinnými příslušníky** – jednalo se především o **partnera, rodiče, pozůstalé děti** či **rodiče partnera**. Dále jmenovanými byli v souvislosti s absencí sociální opory **přátelé, známí, kolegové** v práci, ale také **odborníci a instituce**.

Hlavní formou absence sociální opory bylo **vyhýbavé chování ze strany druhých**, a to jak fyzického charakteru („nepřijeli“, „přešli na druhý chodník“), tak vyhýbání se tématu ztráty, jež respondentky bolestivě zakoušely především ze strany svých blízkých, s nimiž tak nemohly svůj zármutek sdílet. Některé respondentky však současně uvedly jako náročné „vidět druhé truchlit“.

Dále respondentky těžce snášely **nutnost brát ohledy na své okolí** (např. na to, zda jejich vyprávění unesou) v období, kdy potřebovaly, aby tomu bylo naopak. Řada z nich si rovněž stěžovala na **hodnocení vlastního chování ze strany druhých** nebo **očekávání a udělování rad**, co mají či nemají dělat, jak mají truchlit, apod. Dalším typem absence sociální opory byly **necitlivé reakce okolí**, které se týkaly převážně **institucí**, ale i **přátel** či **odborníků** z řad psychologů. Velmi nepříjemné byly pro respondentky rovněž **reakce okolí, které o úmrtí dítěte ještě nevědělo**. Dále byla jako nežádoucí uváděna **lítost druhých** anebo **fráze** typu „čas to spraví“.

Významnými znesnadňujícími aspekty byly **sekundární krize**. Jednalo se převážně o **krize partnerského vztahu** a **zhoršení zdravotního stavu** respondentek nebo jejich blízkých (především partnerů a pozůstalých dětí). Dalšími jmenovanými sekundárními krizemi byly **sekundární ztráty** (např. odchod pozůstalého dítěte z domu nebo úmrtí psa), **interpersonální konflikty** (s bývalým partnerem, jeho rodinou či s vlastními rodiči) nebo **finanční potíže**.

Mezi **intrapsychické procesy**, které respondentkám nepomáhaly, spadaly **negativní emoce** (pocity viny, selhání, výčitky, sebelítost či bezmoc) a **negativní myšlenky** (např. přemýšlení nad tím, co vše již nenastane) a **vzpomínky** (např. na to, jak dítě trpělo).

Další **konkrétní znesnadňující aspekty** jsme rozdělili na konkrétní skutečnosti, konkrétní situace, povinnosti, významné dny a na zbylé znesnadňující aspekty, kterými byly konkrétní osoby, věci a místa, jež respondentkám pozůstalé dítě připomínaly.

Mezi **konkrétní ztěžující skutečnosti** patřil například fakt, že neviděly mrtvé tělo, pochybení institucí, ale i neinformovanost, nedocenenost jejich úsilí pomáhat jiným rodičům v podobné situaci, nebo fakt, že nemohou mít další dítě.

Konkrétními situacemi, jež respondentky těžce prožívaly, byly například ty, kdy měly informovat okolí o úmrtí dítěte, nebo když přicházely do kontaktu s lidmi, kteří „řešili banality“ nebo si nevážili toho, že mají zdravé děti. Bolestivé byly pro respondentky i momenty po procitnutí ze spánku, kdy na ně dolehla tíha reality.

Dále se respondentky těžce stavěly k **povinnostem** spjatým s pohřbem dítěte. Náročné pro ně bylo rozhodování, jakým způsobem zesnulé dítě pochovají, nebo jak naloží s penězi, které po úmrtí dítěte získali od pojišťovny. Nesnadnými povinnostmi však byly i ty každodenní – péče o pozůstalé děti, docházení do práce či nakupování.

Všechny respondentky uvedly jako náročné **významné dny**, kterými bylo výročí narození i úmrtí zesnulého dítěte, Vánoce či významné události vrstevníků zesnulého dítěte (např. maturitní ples).

Řadě respondentek palčivě připomínala ztrátu **přítomnost podobně starých dětí**, jako bylo jejich dítě v době úmrtí, či jejich rodičů. Dále mezi znesnadňující aspekty můžeme zařadit konkrétní věci či místa, které respondentkám jejich ztrátu připomínaly.

Některé respondentky mezi znesnadňujícími aspekty uváděly také **medikaci**.

3. Dopady ztráty dítěte na jedince a jeho další život

Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, **jak ztráta dítěte ovlivňuje další život jedince**. Zjištěné změny, které ztráta dítěte přináší, jsme rozdělili na změny životního stylu, změny zdravotního stavu, změny v rodinném systému a změny vztahů s okolím.

Změny životního stylu spočívaly zejména ve zklidnění životního tempa a v orientaci na pomoc jiným rodičům, kterým zemřelo dítě.

Další **změny** se týkaly psychického i somatického **zdravotního stavu**. Nejčastěji se jednalo o poruchy spánku a somatické potíže.

Mezi pozitivní **změny v rodinném systému** můžeme označit upevnění vztahu s partnerem a sblížení s pozůstalým dítětem. Mezi negativní změny patřila u některých respondentek naopak krize v partnerském vztahu, přílišná starost o pozůstalé dítě nebo jeho porovnávání se zesnulým dítětem.

Změny vztahů s okolím spočívaly zejména ve ztrátě některých přátel nebo ve změně vztahů s druhými. Ty byly způsobeny převážně tím, že okolí s respondentkami již tolik nehovořilo o méně podstatných věcech.

Při hledání odpovědi na otázku, zda se u respondentek po ztrátě dítěte nějak **změnil postoj k životu**, jsme došli ke zjištění, že většina z nich našla **nový smysl v pomoci druhým lidem**, kteří rovněž ztratili dítě.

Dále u většiny respondentek došlo ke **změně hodnotové orientace**, která souvisela zejména se získáním životního nadhledu a odhodláním prožít aktivní a hodnotný život.

Vnímání samotné ztráty se u respondentek s průběhem času také měnilo. Většina z nich ve ztrátě našla **smysl** a došla k závěru, že smrt byla dílem **osudu**. Řada z nich se po určitém časovém odstupu na ztrátu dívala s vděčností za čas, který s dítětem mohly strávit.

4. Proces truchlení

V rámci poslední výzkumné otázky jsme zjišťovali, jakými stadii respondentky po ztrátě dítěte procházely. Periodizace zármutku jednotlivých respondentek byly velmi individuální – přesto jsme se je pokusili zobecnit. Výsledný model, odpovídající většině z nich, vypadá následovně:

1. **šok, trauma**
2. **popření, automatický režim**
3. **plné uvědomění ztráty** a z něho vyplývající **truchlení, ztráta smyslu života**
4. učinění **rozhodnutí** „jít dál“ / postupné **adaptování se na ztrátu**
5. návrat do života, **adaptace na ztrátu**, případně **vyrovnání** se se ztrátou a **nalezení smyslu**.

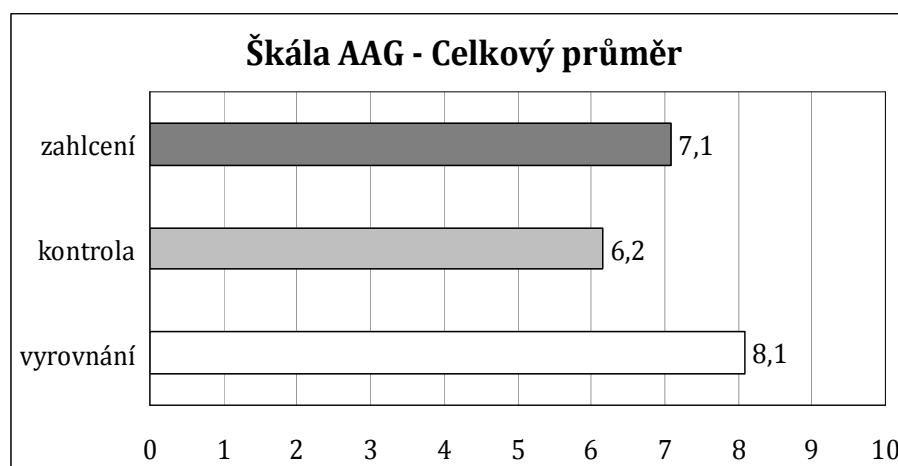
Mezi konkrétní **zlomové okamžiky**, které u některých respondentek představovaly milníky mezi jednotlivými stadii, patřilo rozhodnutí jít dál, překonání sekundárních krizí, nové radosti (narození nového miminka), strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance (dovolená), duchovní zážitek či znamení, že duše dítěte stále existuje. Milníky, které vedly u respondentek, které byly v částečném popření, k plnému uvědomění ztráty, patřily první Vánoce, výročí úmrtí dítěte nebo nalezení předmětu, který dítěti patřil.

7.2 Škála přístupu k zármutku AAG

V této kapitole podrobně popíšeme výsledky Škály přístupu k zármutku AAG.

Jak jsme již uvedli výše (viz kap. č. 3.2), škála AAG mapuje tři typy reakce na ztrátu dítěte: vyrovnání, kontrolu a zahlcení. My nyní na základě přiložených grafů předvedeme rozdíly ve výsledných hodnotách těchto jednotlivých typů reakcí na ztrátu, a to sice v závislosti na typu ztráty (náhlá či anticipovaná ztráta) či na dalších demografických charakteristikách (době, která od úmrtí dítěte uplynula, věku dítěte v době úmrtí či počtu pozůstalých dětí).

Z průměrných hodnot jednotlivých typů reakcí na ztrátu, které jsme od respondentek získali (tj. jimi vnímané míry intenzity daného typu reakce) jsme vypočítali celkový průměrný skóre – viz graf. č. 9. Převažujícím typem reakce na ztrátu bylo *vyrovnání* s průměrnou hodnotou 8,1. Druhé v pořadí bylo *zahlcení* (7,1) a třetí *kontrola* (6,2). Z toho je zřejmé, že většina respondentek se na ztrátu dítěte do jisté míry skutečně adaptovala – tj. dnes se s ní cítí být vyrovnány nebo „se s ní naučily žít“, což potvrzují i výsledky kvalitativní analýzy rozhovorů.

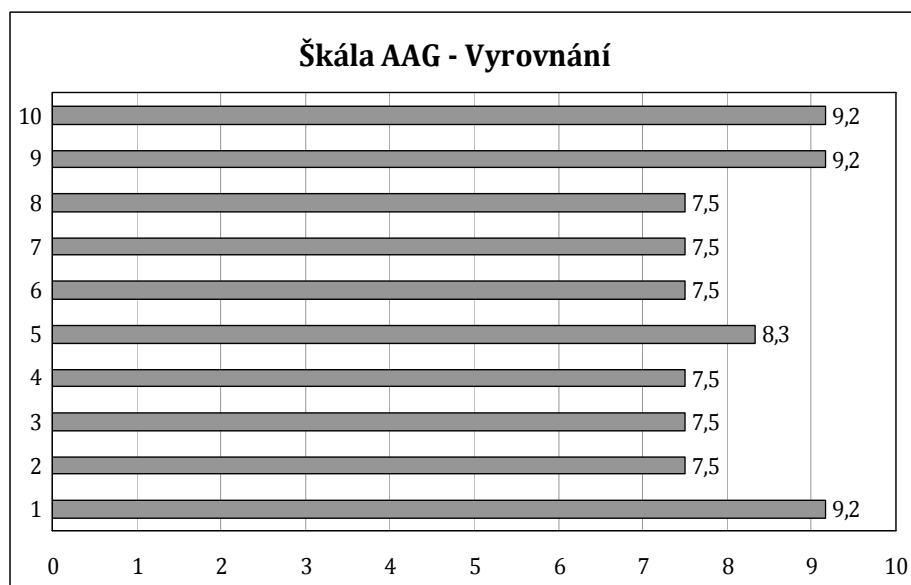


Graf č. 9 Škála AAG – Celkový průměr

Pro větší přehlednost se nyní zaměříme na každý typ reakce na ztrátu zvlášť a uvedeme, jak u něj jednotlivé respondentky skórovaly.

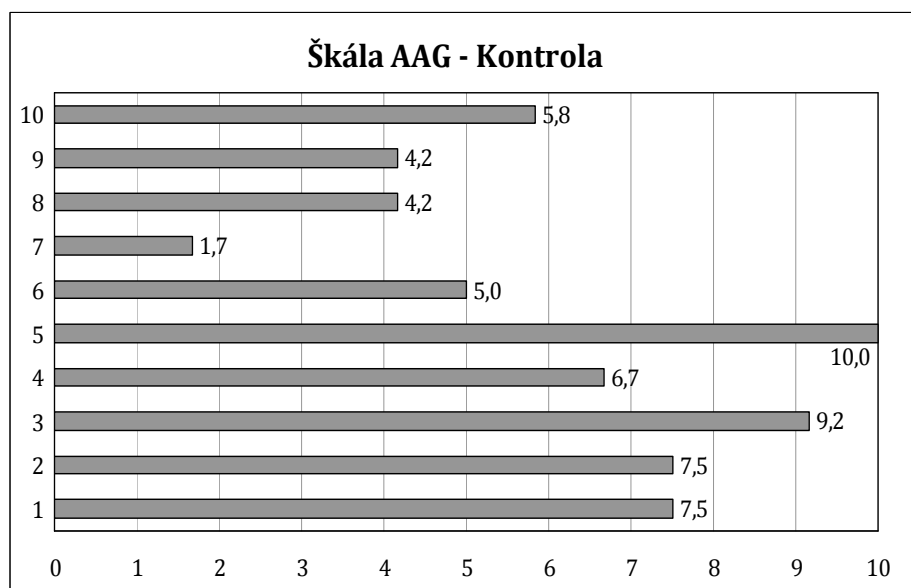
Čísla na ose y v následujících třech grafech znázorňují jednotlivé respondentky, zatímco čísla na ose x jsou orientačními hodnotami výsledných skóreů.

Výsledné skóry **vyrovnání** se u jednotlivých respondentek pohybovaly v intervalu od 7,5 do 9,2 bodů (viz graf č. 10) a rozpětí se rovnalo pouhým 1,7 bodům. Hodnoty středu se od sebe (vzhledem k nízkému rozpětí) poměrně lišily – zatímco hodnota aritmetického průměru byla 8,1, medián odpovídal minimální uváděné hodnotě – tj. 7,5 bodům.



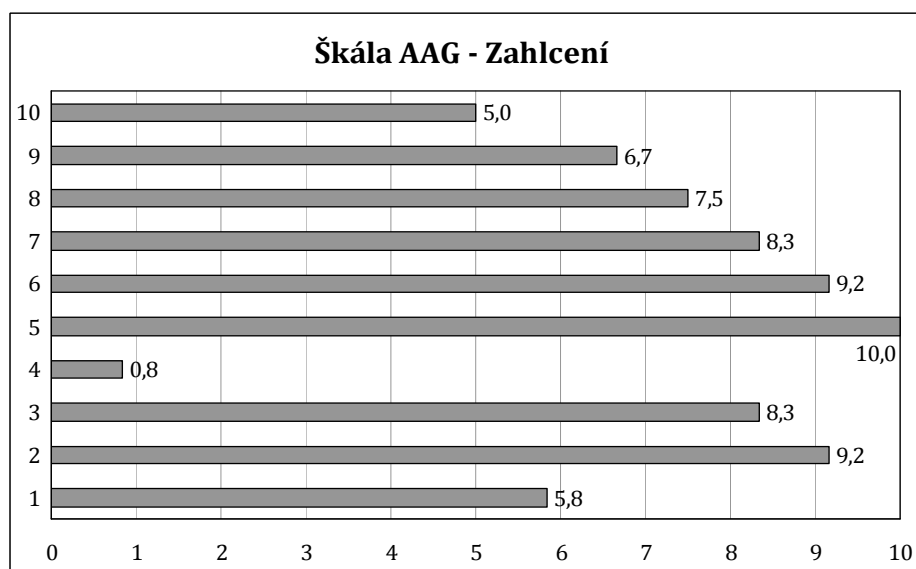
Graf č. 10 Škála AAG – Vyrovnání

U **kontroly** již výsledné hodnoty jednotlivých respondentek kolísaly více (viz graf č. 11). Rozpětí dosahovalo hodnoty 8,3 – minimální hodnota odpovídala 1,7 bodům, zatímco maximální hodnota byla 10. Aritmetický průměr byl roven 6,2 bodům a medián 6,3.



Graf č. 11 Škála AAG – Kontrola

Také u posledního typu reakce – **zahlcení** se výsledné skóry jednotlivých respondentek výrazně lišily. Nejnižší skóre bylo 0,8 a nejvyšší celých 10 bodů (viz graf č. 12). Rozpětí se tedy rovnalo celým 9,2 bodům. Aritmetický průměr byl roven 7,1 a medián 7,9.



Graf č. 12 Škála AAG – Zahlcení

Na základě těchto třech grafů (graf č. 10, 11, 12) je patrné, že zdaleka ne všechny respondentky se (v porovnání s ostatními typy reakcí) cítí být se ztrátou nejvíce vyrovnány, přestože v celkovém průměru jednotlivých typů reakcí na ztrátu (graf č. 9) tomu tak je. Můžeme si všimnout, že některé respondentky se (v porovnání s hodnotami *vyrovnání*) cítí být ztrátou více zahlceny či se svůj zármutek snaží mít více pod kontrolou. U některých respondentek jsou průměrné skóry jednotlivých typů reakce na ztrátu velmi podobné (někdy i totožné) – to považujeme za pozoruhodné zejména tam, kde se výsledné skóry u obou typů reakce blíží k nejvyšším hodnotám.

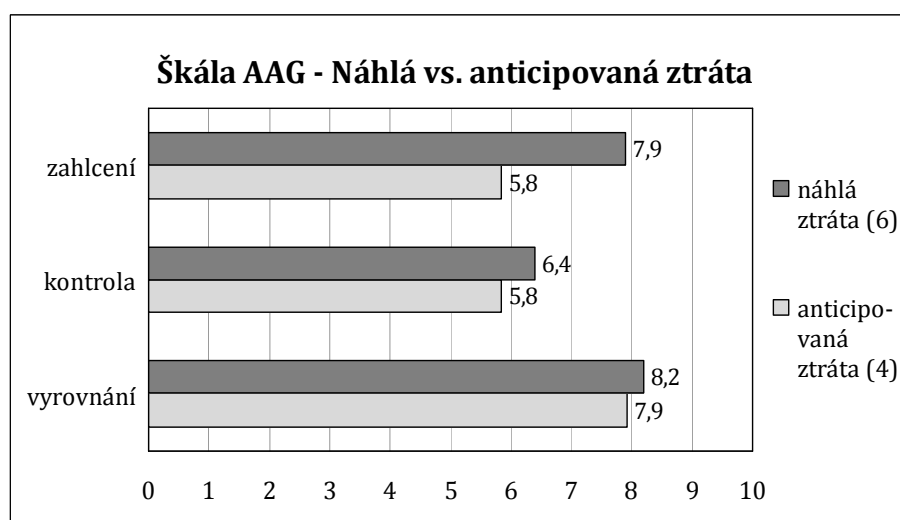
Dále nás v souvislosti se škálou AAG zajímalo, jakým způsobem se budou lišit průměry výsledných skóre jednotlivých respondentek v závislosti na následujících charakteristikách:

- **typ ztráty** (anticipovaná ztráta / náhlá ztráta),
- **počet zbylých dětí** (žádné další dítě / alespoň jedno další dítě).
- **doba, která od úmrtí dítěte uplynula** (2–3,5 roku / 4–15 let),
- **věk dítěte v době úmrtí** (3–4 roky / 12–18 let / 23 let).

Pomocí níže uvedených grafů se na souvislosti výsledných skóre s těmito charakteristikami zaměříme podrobněji.

Na grafu č. 13 můžeme sledovat rozdíly mezi průměrnými skóre respondentek, které prožily náhlou ztrátu dítěte (6), a respondentek, jejichž ztráta byla očekávaná (4).

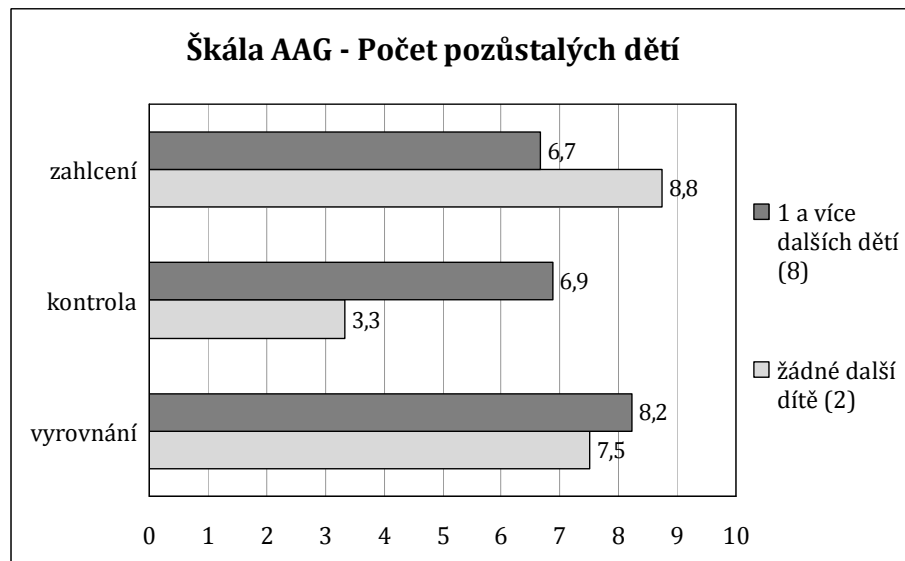
Pozoruhodné je, že respondentky, které prožily náhlou ztrátu dítěte, skórovaly ve všech třech typech reakce na škále výše než respondentky po anticipované ztrátě – tj. na většinu položek ve škále AAG zřejmě odpovídaly blíže k bodu č. 1 („výrazně souhlasím“). V porovnání s druhou skupinou bylo skóre respondentek po náhlé ztrátě výrazně vyšší u *zahlcení*, což (podobně jako u *kontroly*) odpovídalo poznatkům z teoretické části. Co nás však naopak překvapilo, bylo vyšší skóre těchto respondentek u *vyrovnání* (přestože se jednalo o minimální rozdíl).



Graf č. 13 Škála AAG – Náhlá vs. anticipovaná ztráta

Graf č. 14 znázorňuje rozdíly mezi průměrnými skóre respondentek v závislosti na počtu pozůstalých dětí, kdy jednu skupinu tvoří respondentky, které mají alespoň jedno další dítě (8), a druhou skupinu respondentky, které přišly o své jediné dítě (2).

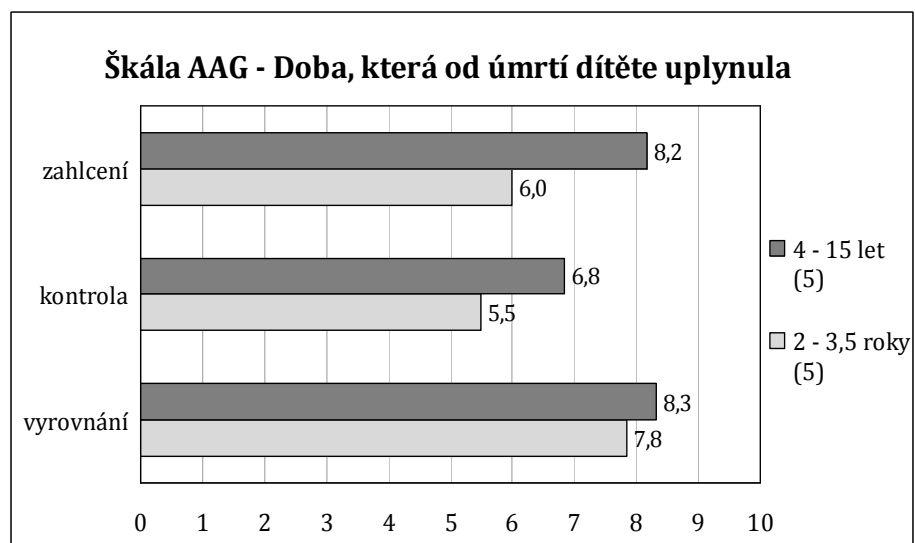
Výsledné hodnoty zachycené v tomto grafu plně odpovídají poznatkům uvedeným v teoretické části této práce. Respondentky, které ztratily své jediné dítě, vykazovaly výrazně vyšší míru *zahlcení* a nižší míru *vyrovnání* než zbylé respondentky. Zároveň respondentky, které měly i jiné dítě, vykazovaly podstatně vyšší míru *kontroly*, což může souviset právě s přítomností dalších dětí v rodině (navzdory ztrátě musely být tyto respondentky nadále k dispozici zbylým dětem a mít tak svůj zármutek „pod kontrolou“).



Graf č. 14 Škála AAG – Počet pozůstalých dětí

U grafu č. 15 jsme rozdělili respondentky na dvě skupiny podle doby, která od ztráty dítěte v momentě výzkumného šetření uplynula. První skupinu tvořily ty respondentky (5), jejichž dítě zemřelo před čtyřmi a více lety. Do druhé skupiny jsme zařadili respondentky, u nichž ke ztrátě dítěte došlo před kratší dobou (5) – konkrétně se jednalo o období 2 – 3,5 roku.

Podobně jako u rozdělení dle typu ztráty (graf č. 13) nás i zde překvapily hodnoty spíše opačné, než bychom na základě poznatků z teoretické části této práce očekávali (výjimku však tvořilo *vyrovnání*). I zde platí, že respondentky z jedné skupiny (ty, jejichž dítě zemřelo před delší dobou) skórovaly u všech třech typů reakce na ztrátu vyššími hodnotami.

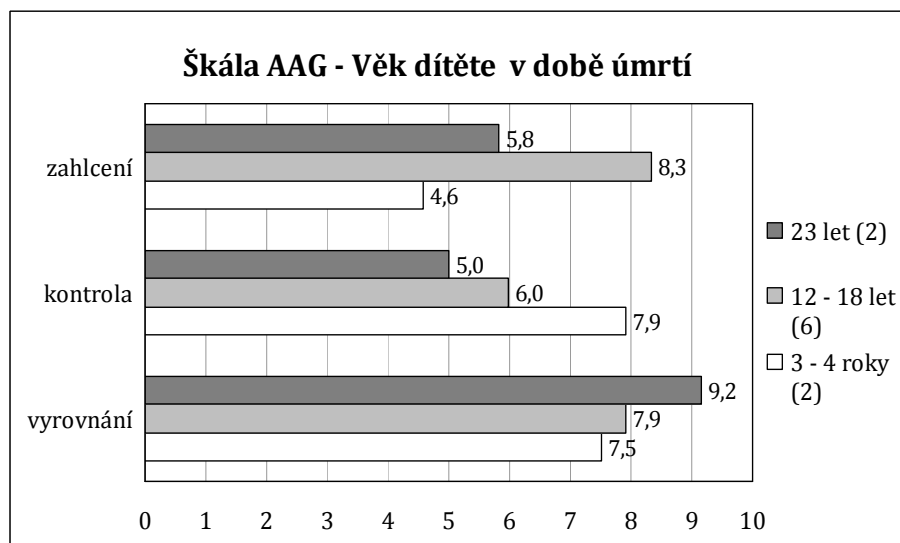


Graf č. 15 Škála AAG – Doba, která od úmrtí dítěte uplynula

Poslední graf (č. 16) znázorňuje výsledné skóry v závislosti na věku, kterého se zesnulé dítě dožilo. V tomto případě byly respondentky rozděleny do tří skupin: první z nich tvořily ty respondentky (2), jejichž děti byly v době úmrtí 3–4 roky, druhou pak respondentky (6), jejichž dítě se dožilo 12–18 let, a poslední skupinu tvořily respondentky (2), jejichž dítě bylo v momentě úmrtí 23 let.

Zajímavé se nám z tohoto hlediska jeví být zejména hodnoty *vyrovnání* a *kontroly*. Respondentky, jejichž děti byly v momentě smrti již dospělé (23 let), skórovaly na škále vyrovnání nejvýše, zatímco na škále kontroly naopak nejniže. Opakem byly respondentky, které spadaly do skupiny s nejmladšími dětmi – ty vykazovaly naopak nejvyšší míru kontroly a nejnižší míru vyrovnání. Na základě těchto výsledků bychom tedy mohli usuzovat na to, že věk dítěte je u adaptace na ztrátu významným faktorem.

Pozoruhodná byla v tomto případě i škála *zahlcení*, na které dosahovaly výrazně nejvyšších skóru respondentky, jejichž děti zemřely v období adolescence (zde ve věku 12–18 let).



Graf č. 16 Škála AAG – Věk dítěte v době úmrtí

Na základě analýzy výsledků škály AAG znázorněných na výše uvedených grafech můžeme vznést hypotézu o tom, že *míra vyrovnání s úmrtím dítěte je významně ovlivňována věkem dítěte v momentě úmrtí a počtem dalších dětí.*

Pro dokreslení výsledků škály AAG jsme se rozhodli uvést pořadí výsledných skóru u každého typu reakce zvlášť, a to podle skupin, do nichž jsme rozdělili respondentky na základě zvolených charakteristik. Výsledkem jsou tedy tři seznamy

(dle jednotlivých typů reakce na ztrátu), v rámci kterých jsou jednotlivé skupiny seřazeny podle hodnoty výsledného skóre (od nejvyšší po nejnižší).

Tato vzniklá pořadí rovněž hovoří ve prospěch námi stanovené hypotézy, neboť se tři skupiny respondentek (souvisejících s počtem pozůstalých dětí nebo s věkem zesnulého dítěte) umístily v rámci všech třech typů reakce na ztrátu na prvním, předposledním a posledním místě – tj. dosahovaly nejvyšších nebo nejnižších hodnot. Jednalo se o následující 3 skupiny:

- respondentky, které neměly žádné další dítě,
- respondentky, jejichž dítě bylo v době úmrtí staré 3–4 roky,
- respondentky, jejichž dítě bylo v době úmrtí staré 23 let.

Výsledky těchto tří skupin jsme v jednotlivých seznamech zvýraznili podtržením. Pro lepší orientaci jsme vedle pořadí dané skupiny uvedli i dosažené průměrné skóre.

Výsledné hodnoty jednotlivých skupin – **vyrovnání**:

1. 9,2 – Respondentky, jejichž dítě bylo v době úmrtí staré 23 let
2. 8,3 – Respondentky, jejichž dítě **zemřelo před 4–15 roky**
3. 8,2 – Respondentky, které prožily **náhlou ztrátu** dítěte
Respondentky, které **měly i další děti**
4. 7,9 – Respondentky, které prožily **anticipovanou ztrátu** dítěte
Respondentky, jejichž dítě bylo v době úmrtí **staré 12–18 let**
5. 7,8 – Respondentky, jejichž dítě zemřelo **před 2–3,5 roky**
6. 7,5 – Respondentky, které neměly žádné další dítě
Respondentky, jejichž dítě bylo v době úmrtí staré 3–4 roky.

Výsledné hodnoty jednotlivých skupin – **kontrola**:

1. 7,9 – Respondentky, jejichž dítě bylo v době úmrtí staré 3–4 roky
2. 6,9 – Respondentky, které **měly i další děti**
3. 6,8 – Respondentky, jejichž dítě **zemřelo před 4–15 roky**
4. 6,4 – Respondentky, které prožily **náhlou ztrátu** dítěte
5. 6,0 – Respondentky, jejichž dítě bylo v době úmrtí **staré 12–18 let**
6. 5,8 – Respondentky, které prožily **anticipovanou ztrátu** dítěte
7. 5,5 – Respondentky, jejichž dítě **zemřelo před 2–3,5 roky**
8. 5,0 – Respondentky, jejichž dítě bylo v době úmrtí staré 23 let
9. 3,3 – Respondentky, které neměly žádné další dítě.

Výsledné hodnoty jednotlivých skupin – **zahlcení**:

1. 8,8 – Respondentky, které neměly žádné další dítě
2. 8,3 – Respondentky, jejichž dítě bylo v době úmrtí **staré 12–18 let**
3. 8,2 – Respondentky, jejichž dítě **zemřelo před 4–15 roky**
4. 7,9 – Respondentky, které prožily **náhlou ztrátu** dítěte
5. 6,7 – Respondentky, které **měly i další děti**
6. 6,0 – Respondentky, jejichž dítě **zemřelo před 2–3,5 roky**
7. 5,8 – Respondentky, jejichž dítě bylo v době úmrtí **staré 23 let**
Respondentky, které prožily **anticipovanou ztrátu** dítěte
8. 4,6 – Respondentky, jejichž dítě bylo v době úmrtí **staré 3–4 roky**.

Skupina respondentek, jejichž dítě zemřelo ve věku 23 let tedy vykazovala v porovnání s ostatními skupinami nejvyšší míru *vyrovnání*, druhou nejnižší míru *kontroly* a druhou nejnižší míru *zahlcení*. Zdá se tedy, že tyto respondentky byly se ztrátou dítěte výjimečným způsobem vyrovnány, neboť se (vedle výrazného vyrovnání) téměř necítily být ztrátou zahlceny.

Naopak skupina respondentek, jejichž děti zemřely ve věku 3–4 roky vykazovala nejnižší míru *vyrovnání* (stejně jako respondentky, které ztratily své jediné dítě) a nejvyšší hodnotu *kontroly*. Pozoruhodné však je, že u *zahlcení* příslušela této skupině nejnižší hodnota.

Třetí skupina respondentek, které přišly o své jediné dítě, vykazovaly (spolu s první skupinou) nejnižší míru *vyrovnání*, nejnižší míru *kontroly* a nejvyšší míru *zahlcení*. Lze se tedy domnívat, že tyto respondentky byly se ztrátou dítěte vyrovnány nejméně. Jednalo se však pouze o dvě respondentky, což mohlo výsledky zkreslit.

8. Diskuse

V empirické části této práce jsme zmapovali psychologické aspekty, které napomáhají jedincům v adaptaci na ztrátu dítěte, i aspekty, které tuto adaptaci naopak komplikují. Sledovali jsme však pouze ty aspekty, které se vztahovaly k období po ztrátě dítěte – nikoli k terminálnímu stadiu života dítěte.

Z výsledků je patrné, že hodnocení jednotlivých faktorů jako podpůrných či znesnadňujících může ovlivňovat celá řada proměnných. Mezi hlavní z nich můžeme zařadit osobnostní charakteristiky respondentek, jejich individuální zkušenosti se členy rodiny či vzdálenějším sociálním okolím, vztah k zesnulému dítěti a další (viz také kapitola č. 2.3.5).

Další postřehy k diskusi uvedeme v rámci jednotlivých podkapitol.

8.1 Výzkumný soubor

Důvodem určitého zkreslení výsledků našeho empirického šetření je velikost výzkumného souboru i fakt, že se nejedná o reprezentativní vzorek. Výzkumný soubor tvoří pouze ženy, které spadají do podobné věkové kategorie.

Osmdesát z našich respondentek se pravidelně účastnilo akcí pořádaných organizací Dlouhá cesta. Z toho pět bylo vyškolené na laické poradkyně a jedna respondentka působila v profesi psychoterapeutky. Můžeme předpokládat, že respondentky, které působí v pozici laického poradce jsou se ztrátou dítěte do značné míry vyrovnány – minimálně natolik, aby mohly být oporou dalším pozůstalým rodičům. Narozdíl od rodičů, kteří po ztrátě dítěte svépomocnou organizaci nenavštěvovali, bylo všem respondentkám z našeho vzorku dostupných (pravděpodobně) více zdrojů pomoci.

Při interpretaci výsledků je tedy nutné vzít v potaz, že výsledky tohoto výzkumného šetření odpovídají pouze ženskému úhlu pohledu a vztahují se pouze na respondentky z našeho vzorku.

Poněvadž jsme zvolili možnost záměrného výběru přes organizaci Dlouhá cesta a náš oslovující dopis rozesílala všem členkám vedoucí této organizace, mohlo rovněž dojít k určitému zkreslení elitou. Toto zkreslení jsme se pokusili eliminovat tím, že respondentky v případě zájmu o účast na výzkumném šetření oslovovaly již samotnou výzkumnici, se kterou se osobně neznaly.

Metoda výběru souboru byla do jisté míry i metodou samovýběru (tj. respondentky měly výzkumnici v případě zájmu samy aktivně odpovědět na e-mail). Účast na výzkumném šetření byla tedy zcela dobrovolná.

Naopak rovnoměrně je výzkumný soubor rozdělen podle typů ztráty (náhlá či anticipovaná), doby, která od úmrtí dítěte uplynula, věku dítěte v době úmrtí, podle počtu zbylých dětí i podle geografické rozptýlenosti respondentek.

Ke zkreslení mohlo dále dojít při hodnocení sdružení Dlouhá cesta. Toto riziko jsme zohlednili při tvorbě otázek, kterými jsme se jej snažili redukovat.

Jak jsme již uvedli v kapitole č. 4, respondentky pocházely z nejrůznějších částí České republiky, a proto čtyři rozhovory nemohly proběhnout ve zcela soukromém prostředí – sešli jsme se s nimi tedy v prostředí kavárny nebo restaurace). Usilovali jsme však o zajištění maximálního soukromí a pocitu psychického bezpečí respondentek.

Z etického hlediska jsme dále dbali na ochranu osobních údajů i na udělení souhlasu s pořízením audio-nahrávky a souhlasu s účastí na výzkumu ze strany respondentek. Ty byly rovněž srozumitelně informovány o tom, kdo bude mít k získaným informacím přístup.

U šesti respondentek nás překvapila shodná odpověď na otázku, zda je podle nich v lidských silách se se ztrátou dítěte vyrovnat. Všechny tyto respondentky uvedly odpověď: „Vyrovnat se s ní nelze, ale lze se s ní naučit žít.“ To nás vedlo k úvahám, do jaké míry může mít na odpovědi respondentek vliv účast ve stejné organizaci a jejich vzájemné kontakty.

8.2 Použité metody

Uvědomujeme si, že použité metody mají vliv na výsledky daného šetření.

U individuálního hloubkového rozhovoru jsou výsledky výzkumného šetření do určité míry ovlivňovány přítomností výzkumnice a vzájemným kontaktem s respondentkou. Výzkumnice se při každém rozhovoru snažila o navození příjemné a bezpečné atmosféry. Zároveň se ale v reakcích na jednotlivé odpovědi pokoušela zachovat neutralitu.

Dále je třeba brát v potaz, že u jednotlivých odpovědí může docházet k subjektivnímu zkreslení, které může výsledky ovlivnit. Pro účely našeho šetření, jehož

cílem je zachytit subjektivní pohled jednotlivých respondentek na ztrátu dítěte však považujeme námi zvolenou metodu za nejvhodnější.

Jsme si vědomi, že odpovědi respondentek mohou být zkresleny také sociální desirabilitou či sebestylizací. I s tím jsme se snažili v průběhu rozhovoru adekvátně pracovat – v podobných případech jsme se snažili výpovědi respondentek nijak nehodnotit a usilovali jsme o zachování neutrality.

Jisté riziko sociální desirability jsme vnímali rovněž u škály AAG, kterou respondentky vyplňovaly samy. Uvědomujeme si rovněž, že u škály AAG s největší pravděpodobností došlo ke zkreslení výsledků v důsledku nízkého počtu respondentek. Dále jsme si vědomi toho, že míru adaptace na ztrátu, kterou jsme pomocí škály AAG zjišťovali, nemusely ovlivnit pouze námi zvolené charakteristiky, ale mohla být ovlivněna i jinými faktory. Z těchto důvodů jsme k výsledkům škály AAG přistupovali s vědomím možného zkreslení a prezentovali jsme je pouze jako hypotézy, které by bylo zajímavé ověřit jiným výzkumem.

8.3 Výsledky výzkumného šetření

Domníváme se, že výsledky empirického šetření zodpověděly námi stanovené výzkumné otázky.

U zjištěných podpůrných či znesnadňujících faktorů jsme se snažili uvádět počet respondentek, které je zmiňovaly. Musíme ale brát v úvahu, že pokud respondentka nějaký z námi definovaných faktorů neuvedla, neznamená to nutně, že u ní nebyl přítomen. Je možné, že si jej během rozhovoru zkrátka nevybavila. Proto je nutné brát tato čísla pouze orientačně. My jsme se tomuto možnému zkreslení pokoušeli předejít vytvářením obecnějších kategorií, do kterých jednotlivé aspekty či potřeby spadaly. Celkově tedy pro naše výsledky platí, že čím byl daný faktor obecnější, tím větší výpovědní hodnotu má u něj uvedený počet respondentek.

Uvědomujeme si, že faktory uváděné jako podpůrné mohou být někdy adaptivními pouze krátkodobě, ale dlouhodobě mohou vést naopak ke zvýšení stresu (jako příklad můžeme uvést alkohol). Přesto jsme se snažili zachovat dělení aspektů na podpůrné a znesnadňující tak, jak je uvedly samotné respondentky.

Domníváme se, že seznámení se s konkrétními podpůrnými i komplikujícími faktory, které respondentky uváděly, může být přínosem pro pozůstalé rodiče, jejich okolí i odborníky. Proto jsme se rozhodli je podrobně uvést v kapitole č. 7.

Na základě analýzy jednotlivých odpovědí můžeme uvést následující závěry platné pro náš výzkumný soubor:

- Jedním z nejvýznamnějších podpůrných faktorů se jevila být sociální opora. Rodinný systém byl však úmrtím dítěte u některých respondentek zasažen natolik, že jim jejich nejbližší nebyli schopni poskytnout takovou podporu, jakou potřebovaly. Právě proto byla zřejmě absence sociální opory respondentkami nejčastěji uváděna jako faktor znesnadňující.
- Naopak významnou oporou byli respondentkám jiní rodiče, kteří prožili ztrátu dítěte, což odpovídá tvrzení Silvermannové (2007), že rodičům, kterým zemřelo dítě, může nejlépe pomoci jiná truchlící osoba.
- Jako významný se nám jevil také fakt, že jako podpůrné byly v rámci jednotlivých sociálních skupin uváděny zejména ženy (např. sestra, švagrová, matka, přítelkyně). Nevíme však, zda by tomu bylo stejně i u vzorku složeného z mužů.
- Podpora ze strany partnerů se nedá jasně určit. Zatímco některým respondentkám byli partneři výraznou oporou, jiné u svých partnerů možnost sdílení postrádaly. Zároveň se často lišily i potřeby partnerů. V souladu s tvrzením Kubíčkové (2001) měla většina našich respondentek v porovnání se svými partnery vyšší potřebu o svém zármutku hovořit.
- Ohledně typu ztráty (anticipované či náhlé úmrtí) nebyly rozdíly mezi respondentkami příliš velké, což se jevílo být v rozporu s tvrzeními Kübler-Rossovové (1994) a Handsleyho (2001). My jsme zpozorovali pouze těchto pár rozdílů:
 - Respondentky po náhlé ztrátě uváděly jako velmi důležité spatřit tělo zesnulého dítěte. U dvou z nich, které jej neviděly, přetrvával po dobu jednoho měsíce obranný mechanismus popření. To odpovídá tvrzení Kübler-Rossovové (2003).
 - Narozdíl od respondentek po anticipované ztrátě se respondentky po náhlé ztrátě snažily předejít nežádoucím reakcím okolí.
 - Některé respondentky, jejichž dítě zemřelo po dlouhodobé nemoci (tj. jednalo se o anticipovanou ztrátu) již část zármutku „odtruchlily“ před jeho úmrtím.

- Velkou pomocí byla respondentkám po anticipované ztrátě skutečnost, že se dítěti plně věnovaly a udělaly vše, co bylo v jejich silách, což odpovídá poznatkům McLarenové (2007).
- Spojitost s Kübler-Rossovou (2003) jsme našli v tom, že rodiče dětí, které podstupovaly léčbu v nemocnici, zde našli další zdroje opory v rodičích jiných terminálně nemocných dětí či mezi samotnými lékaři.
- V souladu s tvrzením Schiffové (1978) prožívaly některé respondentky po anticipovaném úmrtí dítěte i určitý druh úlevy.
- Podle škály AAG respondentky po náhlé ztrátě vykazovaly výrazně vyšší míru zahlcení než respondentky po anticipované ztrátě, což odpovídá tvrzení Kübler-Rossové (2003) a Špaňhelové (2009).
- V souladu s Keeseem et al. (2008) se jako významný podpůrný faktor jeví být nalezení smyslu ve ztrátě. Tento smysl spočíval u většiny respondentek v pomoci druhým.
- Překvapilo nás, že matky, které přišly o své jediné dítě, podle svých výpovědí v hloubkovém rozhovoru neprožívaly v porovnání s ostatními respondentkami ztrátu obtížněji. Jedna z nich uvedla, že se do jisté míry adaptovala na ztrátu, zatímco druhá hovořila dokonce o vyrovnání a nalezení smyslu. U škály AAG však tyto respondentky vykazovaly výrazně vyšší míru zahlcení a nižší míru vyrovnání než zbylé respondentky, což je v souladu s tvrzením Talbota (1996).
- U žádné z respondentek se nevyskytovaly patologické formy truchlení.
- Z hlediska procesu truchlení odpovídalo prožívání respondentek nejvíce pojetí Wordena (2009) a Kubíčkové (2001) – po úvodní fázi šoku a popření respondentky obvykle potřebovaly zármutek prožít a následně se začaly na svět bez zesnulého dítěte pomalu adaptovat.
- Potřeby respondentek, stejně jako podpůrné i znesnadňující faktory, byly velmi individuální – to, co některým respondentkám pomáhalo, jiné zraňovalo – např. krátce po ztrátě dítěte oceňovaly některé respondentky zejména sdílení a praktickou pomoc, zatímco jiné respondentky potřebovaly být naopak samy. Obecně však můžeme říci, že znesnadňující a podpůrné aspekty se navzájem spíše potvrzovaly než vyvracely

(např. významným podpůrným faktorem byla sociální opora, zatímco významným znesnadňujícím aspektem absence sociální opory).

- Čtyři z deseti respondentek uvedly, že se cítí být se ztrátou vyrovnány. Pozoruhodné je, že tři z nich prožily anticipovanou ztrátu dítěte.
- U respondentky, jejíž dítě odešlo ze světa dobrovolně, jsme zaznamenali pocity viny, samoty i jisté prvky stigmatizace, což odpovídá tvrzení Schiffové (1978).

8.4 Návrhy na další výzkumy

Na základě realizace výzkumného šetření vnímáme řadu témat pro další možné výzkumy.

Jelikož jsme v tomto výzkumu sledovali pouze reakce žen, považovali bychom za přínosnou realizaci shodného výzkumu zaměřeného na muže. Zajímalo by nás, nakolik by se zjištěné kategorie podpůrných faktorů od našich výsledků lišily.

Dalším tématem by bylo ověření hypotézy o tom, že počet pozůstalých dětí a věk zesnulého dítěte významně ovlivňují adaptaci na ztrátu dítěte. Takový výzkum by mohl mít i kvantitativní podobu – např. právě na základě použití škály AAG.

Téma, které se často v rozhovorech objevovalo, byl dopad ztráty dítěte na jeho pozůstalé sourozence, kteří ji nesli zpravidla velmi těžce. Další výzkumné práce by se mohly zaměřit právě na prožívání ztráty dítěte ze strany sourozenců (tj. prožívání ztráty sourozence).

Jak jsme již zmínili, za specifické jsme považovali prožívání ztráty dítěte v důsledku sebevraždy. Domníváme se, že by bylo přínosné zmapovat prožívání a potřeby těchto rodičů.

V souvislosti se ztrátou dítěte a pomocí druhým nám připadá zajímavé rovněž téma smyslu života. Další výzkumy by mohly zmapovat, nakolik se nalezení smyslu objevuje i u těch rodičů po ztrátě dítěte, kteří dalším pozůstalým rodičům nepomáhají.

IV. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat psychologické aspekty, které napomáhají jedincům adaptovat se na ztrátu dítěte, a zároveň popsat aspekty, které tuto adaptaci naopak komplikují. Dalším cílem bylo popsat proces ztráty dítěte a určit, jakým způsobem tato ztráta ovlivňuje jedince a jeho další život.

Věříme, že i přes diskutované limity byl tento cíl naplněn.

Uvědomujeme si, že v dnešní společnosti je smrt dodnes silně tabuizovaným tématem. O to těžší je pak pro rodiče po ztrátě dítěte se s jeho úmrtím vyrovnat. Ti vedle dopadů této traumatizující ztráty zažívají vyhýbání ze strany okolí nebo jiné nežádoucí reakce. Sami pak musejí brát na druhé ohledy, aby je vyprávěním o své ztrátě nezraňovali.

Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplývá, že podpůrné organizace zaměřené na pomoc pozůstalým rodičům mají na jejich zvládnutí ztráty značný význam. Rodiče po ztrátě dítěte velmi oceňují možnost sdílet svůj žal s někým, kdo ví, o čem mluví, a zároveň není zasažen ztrátou stejné osoby.

Rádi bychom však upozornili na absenci podpůrných skupin, které by se orientovaly zejména na ztrátu dítěte v důsledku sebevraždy.

Doufáme, že výčet konkrétních podpůrných i znesnadňujících faktorů, jež jsme v této práci zmapovali, bude přínosem rodičům, kteří ztrátu dítěte prožívají, nebo těm, kteří mají takové rodiče ve svém okolí.

Seznam použité literatury

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 137 s. ISBN 9788024618746.

BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 436 s. ISBN 80-717-8550-4.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 420 s. ISBN 80-717-8735-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

BENNETT, Kate Mary, Georgina M. HUGHES a Philip T. SMITH. Psychological response to later life widowhood: Coping and the effects of gender. *Omega: Journal of Death & Dying*. 2005, roč. 51, č. 1, s. 33-52. ISSN 00302228.

BERAN, Jiří. Psychoterapie a duševní hygiena. In: RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 468-487. ISBN 80-246-0390-X.

BOUČEK, Jaroslav. Léčba urgentních stavů a první pomoc v psychiatrii. In: RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 488-502. ISBN 80-246-0390-X.

BOWLBY, John. *Attachment and loss. Sadness and depression*. 5. ed. London: Pimlico, 1998. ISBN 978-071-2666-268.

BRADBURY, Mary. *Representations of death: a social psychological perspective*. New York: Routledge, 1999, xxii, 227 p. ISBN 04-151-5021-3.

BRIGGS, Cynthia A. a Dale-Elizabeth PEHRSSON. Use of Bibliotherapy in the Treatment of Grief and Loss: A Guide to Current Counseling Practices. *Adultspan: Theory Research & Practice*. 2008, roč. 7, č. 1, s. 32-42. ISSN 15246817.

CAMERON, Marcella. The Effect of Loss of a Child on Subsequent Parenting: A Review of the Literature. *Conference Papers - American Sociological Association*. 2008, s. 1-20.

COHEN-MANSFIELD, Jiska, Dov SHMOTKIN, Ruth MALKINSON, Liora BARTUR a Haim HAZAN. Parental bereavement increases mortality in older persons. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013, roč. 5, č. 1, s. 84-92. ISSN 1942-969x. DOI: 10.1037/a0029011.

CULLEY, Sue a Tim BOND. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii: dovednosti a strategie pro zvyšování kompetence v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 222 s. Spektrum (Portál), 60. ISBN 978-807-3674-526.

CURRIER, Joseph M., Jason M. HOLLAND a Robert A. NEIMEYER. Sense-Making, Grief, and the Experience of Violent Loss: Toward a Mediational Model. *Death Studies*. 2006, roč. 30, č. 5, s. 403-428. ISSN 0748-1187. DOI: 10.1080/07481180600614351.

Český statistický úřad. *Počet zemřelých* [online]. 2008a [cit. 2012-11-09]. Dostupné z: [www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/6D00397ED8/\\$File/401108k04.doc](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/6D00397ED8/$File/401108k04.doc)

Český statistický úřad. *Zemřelí podle příčin úmrtí* [online]. 2008b [cit. 2012-11-09]. Dostupné z: [www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/6D0039807B/\\$File/401108k07.doc](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/6D0039807B/$File/401108k07.doc)

Český statistický úřad. *Zemřelí podle pohlaví a věku v krajích* [online]. 2012 [cit. 2012-11-08]. Dostupné z: http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?voa=tabulka&cislotab=DEM0110PU_KR&&kapitola_id=19

DEYOUNG, Robert a Barbara BUZZI. Ultimate coping strategies: The differences among parents of murdered or abducted, long-term missing children. *OMEGA: Journal of Death and Dying*. 2003, roč. 47, č. 4, s. 343-359. ISSN 0030-2228.

DIGIULIO, Robert a Rachel KRANZ. *O smrti*. Překlad Eva Klimentová. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 154 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6210-3.

DRTÍLKOVÁ, Ivana. Dětská a dorostová psychiatrie. In: RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 357-396. ISBN 80-246-0390-X.

FIRTHOVÁ, Pam. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Editor Gill Luff, David Oliviere. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 236 s. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-213.

FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZ. *O sebevraždách*. Překlad Ivo Lorenc. Praha: Lidové noviny, 1998, 149 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6234-0.

FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. 1. vyd. Překlad Vladimír Jochmann. Brno: Cesta, 2006, 237 s. ISBN 80-729-5085-1.

FREUD, Sigmund. *Vybrané spisy III: Práce k sexuální teorii a k učení o neurosách*. 1. vyd. Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, 1971.

GILBERT, Kathleen R. "We've had the same loss, why don't we have the same grief?" Loss and differential grief in families. *Death Studies*. 1996, roč. 20, č. 3, s. 269-283. ISSN 07481187.

GRÜN, Anselm. *Smrt v životě člověka*. Vyd. v KN 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. 71 s. Duchovní život. ISBN 80-7192-221-8.

HANDSLEY, Stephen. "But what about us?" The residual effects of sudden death on self-identity and family relationships. *Mortality*. 2001, roč. 6, č. 1, s. 9-29. ISSN 1357-6275. DOI: 10.1080/13576270020028610.

HARPER, David a Andrew R THOMPSON. *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. Chichester, West Sussex: John Wiley, 2012, xi, 258 p. ISBN 978-047-0663-707.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, c2000, 191 p. ISBN 80-726-2034-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

HONZÁK, Radkin a Vladimíra NOVOTNÁ. *Krize v životě, život v krizi*. 1. vyd. Praha: ROAD, 1994, 129 s. Psyché (Road). ISBN 80-853-8560-0.

JANKE, Wilhelm a Gisela ERDMANNOVÁ. *Strategie zvládnání stresu - SVF 78*. 1. vyd. Praha: Testcentrum, 2003. ISBN 80-86471-24-1.

KEESEE, Nancy J., Joseph M. CURRIER a Robert A. NEIMEYER. Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*. 2008, roč. 64, č. 10, s. 1145-1163. ISSN 00219762. DOI: 10.1002/jclp.20502.

KOCVRLICHOVÁ, Marta. *Vina*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2006, 366 s. Psyché (Triton), sv. 42. ISBN 80-725-4684-8.

KOLLAR, Charles Allen. *Solution-focused pastoral counseling: an effective short-term approach for getting people back on track*. Updated and exp. Grand Rapids, Mich.: Zondervan, 2011, 287 p. ISBN 03-103-2929-9

KOHOUTEK, Tomáš, Dalibor ŠPOK a Ivo ČERMÁK. Neštěstí, krizové události, katastrofy a jedinec. In *Psychologie katastrofické události*. Vyd. 1. Editor Tomáš Kohoutek, Ivo Čermák. Praha: Academia, 2009, s. 18-92. ISBN 978-80-200-1816-8.

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 128 s. ISBN 978-807-3673-499.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-065-89.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem: [učební text]*. Vyd. 2. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995, 155 s. ISBN 80-701-3187-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.

KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Vyd. 1. Praha: ISV, 2001, 267 s. ISBN 80-858-6682-X.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Vyd. 1. Překlad Jiří Královec. Turnov: Arica, 1992.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Vyd. 1. Překlad Jiří Královec. Turnov: Arica, 1994.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O dětech a smrti*. Překlad Jiří Královec. Praha: Ermat, 2003, 311 s. ISBN 80-903-0861-9.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth a David KESSLER. *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner, 2007, xviii, 235 s. ISBN 978-0-7432-6628-4.

LALIVE D'EPINAY, Christian J., Stefano CAVALLI a Dario SPINI. The death of a loved one: Impact on health and relationships in very old age. *Omega: Journal of Death & Dying*. 2003, roč. 47, č. 3, s. 265-284. ISSN 00302228.

LAZARUS, Richard S. a Susan FOLKMAN. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 2006. ISBN 08-261-4191-9.

LINDEMANN, Erich. Symptomatology and management of acute grief. *The American journal of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1944, č. 101, s. 141-148.

LOVASOVÁ, Lenka. *Láska a partnerství*. Praha: Sdružení Linka bezpečí, 2005. 31 s.

MACHINOVÁ, Linda a Bob SPALL. Mapping grief: a study in practice using a quantitative and qualitative approach to exploring and addressing the range of responses to loss. *Counselling & Psychotherapy Research*. 2004, roč. 4, č. 1, s. 9-17.

MACHINOVÁ, Linda. Výzkum v praxi. In: FIRTHOVÁ, Pam. et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 59-74. ISBN 978-808-7029-213.

McLARENNOVÁ, Jan. Smrt dítěte. In: FIRTHOVÁ, Pam. et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Editor Gill Luff, David Oliviere. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 103-119. ISBN 978-808-7029-213.

MERCER, Dorothy L. a John M. EVANS. The Impact of Multiple Losses on the Grieving Process: An Exploratory Study. *Journal of Loss and Trauma*. 2006, roč. 11, č. 3, s. 219-227. ISSN 1532-5024. DOI: 10.1080/15325020500494178.

MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 273 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4613-048.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MITCHELL, Kenneth R a Herbert ANDERSON. *All our losses, all our griefs: resources for pastoral care*. 1st ed. Philadelphia: Westminster Press, 1983, 180 p. ISBN 06-642-4493-9.

- MOODY, Raymond A a Dianne ARCANGEL. *Život po ztrátě*. Vyd. 2. Překlad Dušan Zbavitel. Praha: Knižní klub, 2011, 287 s. ISBN 978-80-242-3007-8
- MRKVIČKA, Jiří. *Knížka o radosti: Rozpravy o růstu a tvorbě osobnosti*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1984. ISBN 08-094-84.
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. knižní vyd. Brno: Zeman, 2001, 168 s. ISBN 80-903-0700-0.
- PARKES, Colin Murray a Holly G PRIGERSON. *Bereavement: studies of grief in adult life*. 4th ed. London: Penguin Books, 2010, xvii, 350 s. ISBN 978-014-1049-410.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 9788024729596.
- PORTERFIELD, Kay Marie. *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Překlad Miroslava Camutaliová. Praha: Lidové noviny, 1998, 143 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6262-6.
- PRIGERSON, Holly G., et al. Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*. 2009, roč. 6, č. 8, s. 1-12. ISSN 15491277. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000121.
- QUINNOVÁ, Ann. Kontext ztráty, změny a zármutku v paliativní péči. In: FIRTHOVÁ, Pam. et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 21-38. ISBN 978-808-7029-213.
- RABOCH, Jiří. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. In: RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 275-305. ISBN 80-246-0390-X.
- ROBINSON, Tristan a Samuel J. MARWIT. An Investigation of the Relationship of Personality, Coping, and Grief Intensity Among Bereaved Mothers. *Death Studies*. 2006, roč. 30, č. 7, s. 677-696. ISSN 07481187. DOI: 10.1080/07481180600776093.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 80-736-7124-7.
- SCHIFF, Harriet Sarnoff. *The bereaved parent*. New York: Penguin Books, 1978, xiv, 146 p. ISBN 01-400-5043-4.
- SILVERMANOVÁ, Phyllis R. Truchlení: Změna pojetí. In: FIRTHOVÁ, Pam. et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 39-58. ISBN 978-808-7029-213.
- SMÉKAL, Vladimír. *O lidské povaze: krátká zamyšlení nad psychikou a duchovní kulturou osobnosti*. 1. české vyd. Brno: Cesta, 2005, 203 s. ISBN 80-729-5069-X.
- SMITH, Jonathan A. a Mike OSBORN. Interpretative Phenomenological Analysis. In *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. 2nd ed. Los Angeles, Calif.: SAGE Publications, 2008, 276 p. ISBN 14-129-3084-7.

SMITH, Jonathan A., Paul FLOWERS a Michael LARKIN. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: SAGE, 2009, 225 p. ISBN 978-141-2908-344.

SONG, Jieun, Frank J. FLOYD, Marsha Mailick SELTZER, Jan S. GREENBERG a Jinkuk HONG. Long-Term Effects of Child Death on Parents' Health-Related Quality of Life: A Dyadic Analysis. *Family Relations*. 2010, roč. 59, č. 3, s. 269-282. ISSN 01976664.

STIBALOVÁ, Kateřina. Náročná životní situace. *Sociální služby: odborný časopis*. 2011, roč. 13, č. 1, s. 16-18. ISSN 1803-7348.

SVĚTLÍKOVÁ, Zora. *Prožívání ztráty dítěte*. Praha, 2013. Diplomová práce. Filozofická fakulta.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Rodina po ztrátě dítěte* [online]. 2009 [cit. 2012-10-22]. Dostupné z: <http://www.dlouhacesta.cz/cz/leve-menu/prvni-pomoc/prectete-si/rodina-po-ztrate-ditete--phdr.-ilona-spanhelova/c321>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Jak řeší krizi moderní žena*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 156 s. ISBN 80-247-1202-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 143 s. ISBN 978-802-4717-401.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠTUDENT, Vladimír a Ilja ŽUKOV. Sebevražda a násilí. In: RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 528-538. ISBN 80-246-0390-X.

TALBOT, Kay. Mothers now childless: Survival after the death of an only child. *Omega: Journal of Death & Dying*. 1996, roč. 34, č. 3, s. 177-188. ISSN 00302228.

TAROČKOVÁ, Táňa. Životné stráty z biodromálneho aspektu. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 1992, č. 36, s. 233-243. ISSN 0009-062x.

ÚZIS ČR. *Zemřelí 2011* [online]. 2012 [cit. 2012-11-08]. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDIQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.uzis.cz%2Fsystem%2Ffiles%2Fdemozem2011.pdf&ei=gRecUPy5D8fUsgb-54HYBA&usg=AFQjCNEA81jLC06zPYjkTwnh0e2-sT2i8A&sig2=m9R9WfVxa3kxonliVRg6gQ>

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

VYMĚTAL, Jan. *Základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, 185 s. ISBN 8090160131.

VYMĚTAL, Jan. *Duševní krize a psychoterapie*. 1. vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 1995, 88 s. ISBN 8090177344.

WIJNGAARDS-DE MEIJ, Leoniek, et al. Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology*. 2008, roč. 47, č. 1, s. 31-42. ISSN 01446657. DOI: 10.1348/ 014466507X216152.

WORDEN, J. *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. 4th ed. New York, NY: Springer Pub. Co., 2009. ISBN 08-261-0120-8.

Přílohy

Seznam příloh

číslo přílohy	název přílohy	strana
Příloha č. 1	Struktura rozhovoru	1
Příloha č. 2	Škála přístupu k zármutku (AAG)	3
Příloha č. 3	Informovaný souhlas	4
Příloha č. 4	Dopis rodičům	5
Příloha č. 5	Tabulka popisující základní údaje	6

Příloha č. 1 Struktura rozhovoru

1) informace o průběhu rozhovoru, informovaný souhlas

2) **demografické údaje:**

- pohlaví a věk respondenta
- kdy k úmrtí došlo
- stáří dítěte v době smrti
- zda jsou s partnerem stále spolu
- celkový počet dětí v rodině
- náboženské přesvědčení

3) **otázky rozhovoru:**

1. **Vyprávějte mi, prosím, svůj příběh týkající se ztráty Vašeho dítěte.**

2. **Dokázala byste období po úmrtí Vašeho dítěte rozdělit na jednotlivá stadia?**

- Jaká byla Vaše reakce bezprostředně po úmrtí dítěte?
- Jak to bylo dál?
- Vnímáte v celém procesu truchlení nějaké mezníky? Jaké?
- Kdyby se dala jednotlivá období charakterizovat jedním slovem/symbolem/pocitem, jak byste je pojmenovala?

3. **Co Vám tenkrát pomohlo?** - lze-li odlišit, uveďte prosím odpověď pro jednotlivá období zvlášť

- Co Vám tehdy pomáhalo?
 - Co z toho Vám pomáhalo nejvíc, dá-li se to takto vymezit?
- Kdo Vám pomáhal?
 - Lze-li to určit, kdo Vám pomáhal nejvíc?
- Co Vám naopak nepomáhalo?
- Co jste tehdy od okolí potřebovala?
- Co Vám pomáhá nyní?

4. **Měla jste s kým o ztrátě mluvit?**

- S kým?
- Co pro Vás v těchto rozhovorech bylo důležité?

5. **Jaké byly reakce okolí?**

- Které reakce Vám vyhovovaly?
- Které reakce Vám byly nepříjemné?
- Jaké by reakce okolí ideálně měly být?

Příloha č. 1 Struktura rozhovoru

6. Jak se Vám snažili pomoci Vaši blízcí (rodina)?

- Dostávalo se vám od nich dostatečné podpory?
 - Od koho konkrétně?
 - Jak konkrétně tato podpora vypadala? (Můžete uvést příklad?)

7. Jak se úmrtí dítěte promítlo do fungování rodiny?

- Změnil se v něčem chod domácnosti? V čem?
- Změnil se nějak Váš vztah s partnerem? Jak?
- (Změnil se nějak Váš vztah s dětmi? Jak?)

8. Hovořili jste často s partnerem o svých pocitech?

- Lišily se nějak Vaše potřeby? Jak?
- Probíhalo Vaše a partnerovo truchlení jinak? V čem se lišila?

9. Vnímala jste někdy potřebu pomoci od nezávislého člověka? Kdy?

10. Využila jste někdy odbornou pomoc? Kdy a jakou?

- Pomohla Vám? (Co ano?, Co ne?)
- Potřebovala jste ji i jindy? Kdy?
- Docházela jste do svépomocné skupiny?
 - Co Vás ke kontaktování sdružení přivedlo?
 - Co jste od toho očekávala?
 - Co Vám to přineslo a přináší?
 - Je něco, co Vám ve sdružení schází?

11. Účastnila jste se pohřbu a jeho plánování?

- Jak jste ho prožívala?
- Co Vám účast na pohřbu přinesla?

12. Jak prožíváte ztrátu dítěte nyní?

- V čem Vám tato ztráta změnila život?
- Změnila nějak Vaše vnímání? Vnímáte ji v průběhu času jinak?
 - Máte představu, co k tomu mohlo přispět?

13. Myslíte si, že je v lidských silách se se ztrátou dítěte vyrovnat?

- Co byste rodičům po takovéto životní události doporučila?
- Cítíte se být se ztrátou vyrovnaná?

14. Je ještě něco dalšího, o čem jsme nemluvili a co byste chtěla zmínit?

Příloha č. 2
Škála přístupu k zármutku

Škála přístupu k zármutku (AAG)

Označte na škále svou reakci na následující výroky:

<i>výrazně souhlasím</i>	<i>souhlasím</i>	<i>neutrální odpověď</i>	<i>nesouhlasím</i>	<i>výrazně nesouhlasím</i>
1	2	3	4	5

1. Cítím se schopný/á čelit bolesti ze ztráty.

1 2 3 4 5

2. Je pro mne těžké nemyslet na člověka, kterého jsem ztratil/a.

1 2 3 4 5

3. Velmi si uvědomuji své vnitřní síly, které mi pomáhají čelit ztrátě.

1 2 3 4 5

4. Jsem přesvědčen/a, že musím být navzdory tomu, co se stalo, statečný/á.

1 2 3 4 5

5. Mám pocit, že již navždy ponesu svou bolest a zármutek.

1 2 3 4 5

6. Je pro mne velmi důležité mít zármutek pod kontrolou.

1 2 3 4 5

7. Jsem přesvědčen/a, že po významné ztrátě už nic nebude takové, jako dříve.

1 2 3 4 5

8. Myslím si, že je nejlepší, aby po ztrátě život prostě pokračoval.

1 2 3 4 5

9. Nemusí to tak vždy působit, ale vím, že se přes zkušenost zármutku přenesu.

1 2 3 4 5

Příloha č. 3
Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS



Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „*Prožívání ztráty dítěte*“.

Žádám Vás o souhlas s pořízením audio nahrávky rozhovoru pro výzkumný projekt prováděný v rámci empirické části výše zmíněné diplomové práce.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí probandů. Důraz je kladen na:

- (1) **Anonymitu probandů - v prepisech rozhovorů budou odstraněny identifikační údaje.**
- (2) **Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem bude pracovat výhradně ona).**
- (3) **Probandi mají právo kdykoli od výzkumné aktivity odstoupit.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Zora Světlíková

Podpis:

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V dne

Podpis:

Příloha č. 4
Dopis rodičům

Praha 22. října 2012

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Zora Světlíková a v současné době dokončuji studium psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V empirické části své diplomové práce „*Prožívání ztráty dítěte*“ se zabývám zejména tím, co k překonání této traumatické ztráty přispívá.

Obracím se na Vás s prosbou, zda byste byl/a ochoten/a se mého výzkumu zúčastnit. Jednalo by se o zhruba hodinový rozhovor týkající se Vaší zkušenosti se ztrátou dítěte. Rozhovor bude nahráván na diktafon a následně přepisován do písemné podoby. Všechny informace, které mi v rozhovoru sdělíte, důvěrně zpracuji s ohledem na zachování Vaší anonymity. Kdykoli v průběhu rozhovoru se můžete rozhodnout na otázky neodpovídat nebo rozhovor bez udání důvodů ukončit.

Jelikož se jedná o osobní téma, byla bych ráda, kdyby rozhovor mohl probíhat v pro Vás příjemném a bezpečném prostředí. Ráda se přizpůsobím Vaší volbě místa. Mohu dojet i do místa Vašeho bydliště.

Výsledky výzkumu Vám v případě zájmu ráda poskytnu. Ráda Vám zodpovím i jakékoli dotazy.

Pokud se rozhodnete pro spolupráci na tomto výzkumném šetření, budu Vám velice vděčná. Pokud ne, přeji Vám na Vaší cestě vše dobré.

Zora Světlíková

studentka 6. ročníku Psychologie FF UK
tel.: 728 835 612 e-mail: cechova.zorka@seznam.cz

Příloha č. 5
Tabulka popisující základní údaje

Tabulka popisující základní údaje	Věk matky	Pohlaví dítěte	Věk dítěte v době úmrtí	Časové období od okamžiku úmrtí v letech	Počet dalších dětí v okamžiku ztráty	Počet dalších dětí v době výzkumného šetření	Typ ztráty	Příčina úmrtí dítěte
1. Alena	45	dívka	12	15	1	2	anticipovaná	závažné genetické onemocnění
2. Lenka	46	chlapec	18	5	1	1	náhlá	nehoda
3. Eliška	29	dívka	3	2	1	1	náhlá	závažné genetické onemocnění
4. Dáša	36	dívka	4	3,5	1	2	anticipovaná	závažné onkologické onemocnění
5. Bára	45	dívka	17	4,5	1	1	náhlá	náhlý kolaps
6. Katka	48	dívka	14	9	0	0	anticipovaná	závažné onkologické onemocnění
7. Petra	44	dívka	15	3	0	0	náhlá	sebevražda
8. Renata	47	dívka	17	3	1	1	anticipovaná	závažné onkologické onemocnění
9. Jarka	51	chlapec	23	4	1	1	náhlá	nehoda způsobená přírodními živly
10. Hana	42	chlapec	23	2	3	3	náhlá	nehoda