

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Věra Krumpolcová

Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol / Učitelství
přírodopisu a environmentální výchovy pro 2. stupeň základních

**Kvalita života pečujících rodinných příslušníků po smrti člena
rodiny**

Olomouc 2021

vedoucí práce: PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci, dne: 1. 6. 2021

.....

Bc. Věra Krumpolcová

Ráda bych poděkovala především své vedoucí PhDr. Haně Heiderové, Ph.D. za její cenné rady, věcné připomínky, trpělivost a vstřícnost při konzultacích a vypracování diplomové práce. Další poděkování směřuje respondentům, kteří mi s ochotou poskytli odpovědi na mé výzkumné otázky.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 CÍLE PRÁCE.....	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY	8
1.1 Pojem kvalita života a jeho vývoj v historii	10
1.1.1 Přehled publikovaných poznatků o kvalitě života související se zdravím	12
1.1.2 Kvalita života pozůstalých z psychického a fyzického hlediska	16
1.1.3 Kvalita života pozůstalých ze sociálního hlediska	18
1.1.4 Kvalita života pozůstalých ze spirituálního hlediska	20
1.2 Rodina v roli pečovatele a její zátěž při péči o umírajícího	21
1.2.1 Burnout syndrom	22
1.3 Vývoj vnímání smrti a umírání z pohledu historie.....	23
1.4 Smrt člena rodiny	25
1.4.1 Truchlení a žal	27
1.4.2 Rizikové faktory komplikovaného truchlení	30
1.5 Péče o pozůstalé	32
1.5.1 Poradenství pro pozůstalé.....	35
2 PRAKTICKÁ ČÁST	37
2.1 Metodika výzkumu.....	37
2.1.1 Výzkumné problémy	37
2.1.2 Charakteristika výzkumného souboru	38
2.1.3 Výzkumná metoda a metoda sběru dat.....	42
2.1.4 Organizace výzkumu	42
2.1.5 Analýza dat	43
3 VÝSLEDKY	45
3.1 Diskuze.....	63
4 ZÁVĚR	68
5 SOUHRN	70
Referenční seznam	71
Seznam příloh	77

ÚVOD

Kvalitu života jde velmi těžko definovat, a to zejména kvůli tomu, že na hodnocení kvality života různí lidé nahlízejí z mnoha různých úhlů pohledů. Každý člověk je individuální, a proto i jeho potřeby mohou být rozdílné od ostatních lidí. Pojem kvalitu života můžeme chápat jako komplexní nahlížení na svět, které zahrnuje materiální, duchovní, duševní, biologické, spirituální a sociální oblasti, důležité pro rozvoj zdraví celé společnosti.

Smrt člena rodiny bývá velkou a zásadní změnou v lidských životech. Zasahuje do psychické, biologické, spirituální a sociální oblasti pozůstalých. Smrt a umírání se považuje za velmi komplikované téma, které je poslední dobou společností tabuizováno. Mnozí lidé se během svého života ještě nesetkali se smrtí blízkého člověka už z toho důvodu, že se dožíváme mnohem vyššího věku než v dřívějších dobách, a proto se velmi často vyhýbají konverzacím o dané problematice a nebo se bojí samotné smrti.

Diplomová práce se zabývá tématem kvality života pečujících rodinných příslušníků po smrti člena rodiny. Výběr tématu nebyl náhodný, jelikož já sama jsem pečovala o svého člena rodiny v paliativní péči, doprovázela jsem ho na poslední cestě života, procházela jsem obdobím truchlení a také jsem se vyrovnávala se smrtí blízkého člověka.

V teoretické části diplomové práce se budeme zabývat pojmem kvalita života a jejím vývojem v historii. Dále se zaměříme na kvalitu života pozůstalých z psychického, fyzického, finančního, duchovního a sociálního hlediska. Poté zmíníme kapitolu s názvem rodina v roli pečovatele, syndrom vyhoření a to z důvodu toho, že účastníci výzkumného šetření pečovali o své umírající členy rodiny v domácím prostředí. V neposlední řadě si objasníme pojem smrt a všechny náležitosti s ní spojené, jako například truchlení a žal, rizika komplikovaného truchlení, péče o pozůstalé a odborné poradenství.

Praktická část plynule navazuje na teoretické poznatky diplomové práce. Hlavním cílem práce je identifikovat změny v oblasti kvality života pozůstalých po smrti člena rodiny. Budeme zkoumat změny v psychické, fyzické, finanční, sociální a spirituální oblasti. Také se zaměříme na to, zda pozůstalí měli možnost využít a využili odbornou pomoc, která jim pomáhala s hledáním nového smyslu života a žít dál bez zemřelého.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavním výzkumným cílem této práce je identifikovat změny v oblasti kvality života po smrti člena rodiny. Hlavní cíl byl doplněn dílčími cíli.

Dílčí cíle:

Zjistit, zda respondenti zaznamenali změny v psychickém stavu po smrti člena rodiny.

Zjistit, zda respondenti zaznamenali fyzické změny po smrti člena rodiny.

Zjistit, zda respondenti zaznamenali změny po smrti člena rodiny v sociální oblasti.

Zjistit, zda respondenti zaznamenali změny po smrti člena rodiny v duchovní oblasti.

Zjistit, zda respondenti zaznamenali změny ve své finanční situaci po smrti člena rodiny.

Zjistit, zda a jakým způsobem respondenti pečovali o své zdraví po smrti člena rodiny.

Zjistit, zda respondenti měli ve své blízkosti někoho, kdo jim pomáhal vyrovnat se se smrtí člena rodiny.

Zjistit, zda respondenti měli možnost využít a zda využili služby psychologického poradenství po smrti člena rodiny.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Před zpracováním získaných teoretických poznatků byla nejprve provedena široká literární rešerše, pro kterou byly uplatněny tzv. mapující rešeršní otázky formulovány v tomto znění: *jaké jsou dostupné informace o kvalitě života pečujících? Jaké jsou dostupné informace ohledně změn psychického a fyzického stavu pečujících po smrti člena rodiny? Jaké jsou dostupné informace o změnách v sociálním životě pečovatele po smrti člena rodiny?*

K rešerším v českém jazyce byl uplatněn soubor primárních hesel:

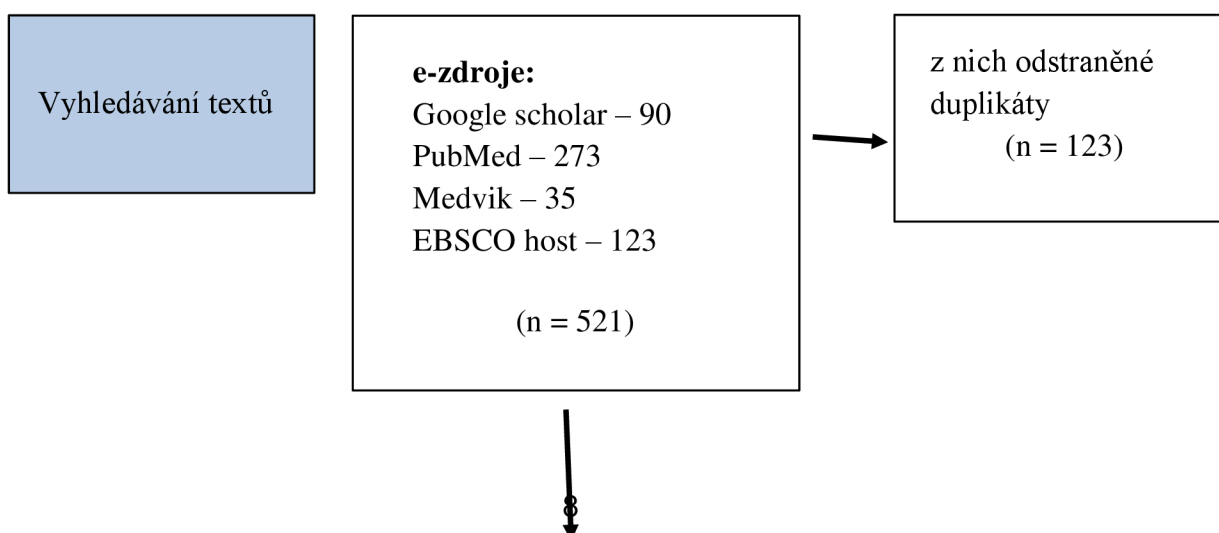
- P (participant): pečovatel, člen rodiny, rodinní příslušníci
- Co (concept): život po smrti člena rodiny
- Co (context): fyzické změny, psychické změny, změny postoje ve společnosti, finanční prostředky

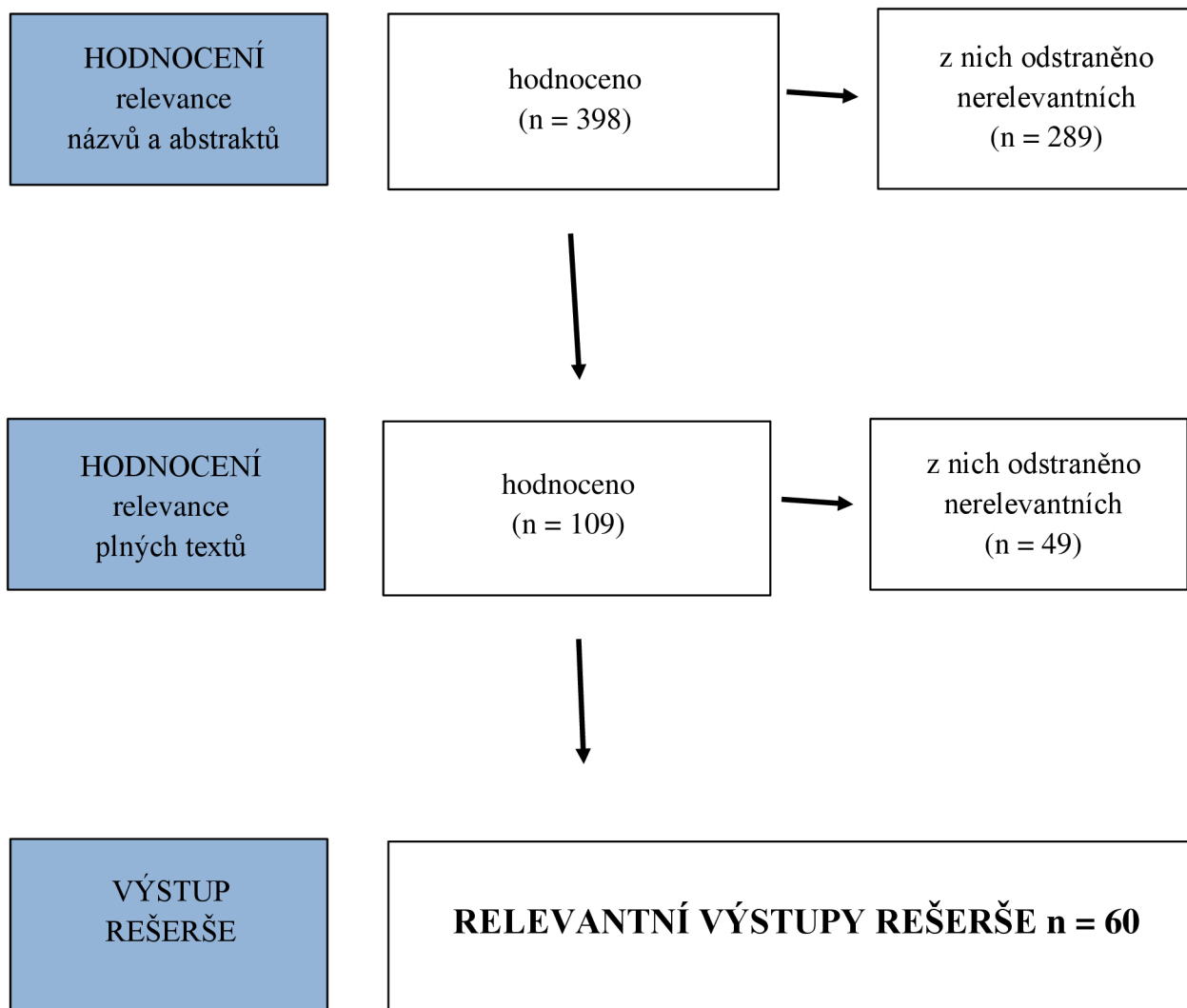
K rešerším v anglickém jazyce byl uplatněn soubor primárních hesel:

- P (participant): caretaker, family member, relatives
- Co (concept): life after death of family member
- Co (context): physical changes, mental changes

Vyhledávání literárních zdrojů bylo provedeno v období říjnu až prosinci 2020.

Obrázek č. 1: Postupový diagram





1.1 Pojem kvalita života a jeho vývoj v historii

Pojem kvalita života byl nejprve spojován s ekonomickou a politickou oblastí ve 20. letech 20. století, byl jako první použit v diskusi o dopadu státní podpory na život sociálně slabých skupin. Po určitou dobu se termín kvalita života vytratil, začalo se o něm opět mluvit až po 2. světové válce. V tomto období se používaly k hodnocení kvality života především ekonomické parametry, a to z důvodu zvýšení životní úrovně, kdy byl poskytnut blahobytný pro velkou část obyvatelstva v některých zemích.

V poválečném období se tento termín objevil v politické problematice, kdy americký prezident L. B. Johnson v r. 1964 prohlásil: „*Cíle nemůžeme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, kterou naši občané prožívají*“. Tímto prohlášením se stal pojem kvalita života pro jednotlivé občany srozumitelnější a stručnější, proto se velmi rychle ujal a začal se používat v politice a v médiích (Mareš a kol., 2006).

Později se mezi kvalitu života nezařazovaly pouze materiální prostředky, ale začaly se hledat i jiné hodnoty, které poukazovaly na objektivní a subjektivní vnímání vlastního života jedince. V USA v 70. letech se poprvé uskutečnil celonárodní výzkum kvality života amerických občanů. Cílem tohoto šetření bylo poukázat na to, jak lidé nahlízejí na kvalitu vlastního života. Výsledkem vnímání kvality života je kognitivní hodnocení a emoční prožívání existence každého občana. Studie o kvalitě života se postupně uplatňují v psychologických oblastech (Payne, 2005).

V 90. letech dochází k dalšímu rozvoji problematiky kvality života, objevila se důkladná vymezení teoretických poznatků a vytvořily se odpovídající způsoby, jak zhodnotit kvalitu života. Tento termín se začal používat zejména v lékařských oborech, a to z důvodu toho, že kvalita života úzce souvisí se zdravím jedince. Zdravotní sestry a lékaři se zajímali o kvalitu života jednotlivých pacientů s různými typy onemocnění, případně řešili, jakým způsobem onemocnění ovlivňuje jejich kvalitu života (Hnilicová, 2005).

Program „Zdraví pro všechny do roku 2000“ byl přeformulován do podoby programu Zdraví 21, a to z důvodu nenaplnění cílů. Tento program zahrnuje nejdůležitější principy podpory zdraví z konce 20. století. Kučera (2004) uvádí, že principy podpory zdraví v programu Zdraví 21 byly formulovány:

„1 stálý záměr, 2 hlavní cíle, 3 základní etické hodnoty a 4 základní postupy.

1 stálý záměr: umožnit všem občanům dosáhnout jejich plného zdravotního potenciálu.

2 hlavní cíle: ochrana a rozvoj zdraví, snížení výskytu hlavních nemocí.

3 základní etické hodnoty: zdraví je základní lidské právo, ekvita ve zdraví & solidarita, participace a zodpovědnost na rozvoji zdraví.

4 základní postupy: meziresortní strategie, programy zaměřené na zdravotní efekty, integrovaná primární zdravotní péče, rozvoj zdraví založený na participaci“ (Kučera, 2004, s. 113)

Ministerstvo zdravotnictví vytvořilo Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice, který platí do roku 2030 a byl přijat vládou České republiky dne 18. listopadu v roce 2019 usnesením č. 817/2019. Kvůli epidemiologické situaci v souvislosti s COVID-19 Ministerstvo zdravotnictví vytvořilo již zmíněný Strategický rámec Zdraví 2030, ve kterém je kladen větší důraz na oblast ochrany a podpory veřejného zdraví, neboť pandemie COVID-19 nám všem dala jasně najevo, že je nezbytnou součástí pro ochranu veřejného zdraví zajistit a vytvořit tak funkční systém, který bude bezprodleně reagovat na případné další hrozby pro veřejné zdraví. Strategický rámec Zdraví 2030 souvisle navazuje na program Zdraví 2020.

Principy na podporu a ochranu veřejného zdraví jsou formulovány ve Strategickém rámci Zdraví 2030 do třech strategických cílů:

- 1. ochrana a zlepšení zdravotního stavu populace*
- 2. optimalizace zdravotnického systému*
- 3. podpora vědy a výzkumu (Ministerstvo zdravotnictví, 2021)*

Jednotlivé strategické cíle jsou doplněny sedmi specifickými cíli, které znějí:

1.1 Reforma primární péče

1.2 Prevence nemocí, podpora ochrany zdraví, zvyšování gramotnosti

2.1 Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví.

2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví

2.3 Digitalizace zdravotnictví

2.4 Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví

3.1 Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví, 2021).

Nejdůležitějším prvkem fungujícího zdravotnictví je primární péče, která je realizována v České republice v podobě ambulantní péče v oblasti všeobecného praktického lékařství, v oblasti praktického lékařství pro děti, nebo pediatrie, v oblasti zubního lékařství, nebo také v oblasti gynekologie a porodnictví. Primární péče má podstatný dopad na zdravotní stav celé populace, ale také na udržitelnost celého zdravotního systému v ekonomické oblasti.

Pojem kvalita života se v současné době stává zajímavostí pro různé vědní disciplíny, které se snaží pochopit tento koncept, jsou to například oblasti psychologie, kulturní antropologie, medicína, ekonomie, etika, sociologie a podobně. Jelikož každý člověk je individuální, bývá velmi často odlišné pochopení pojmu kvalita života u každého jedince. Kvalitu života doprovází spousta dalších souřadných pojmů, které bývají často označovány jako synonymum. Heřmanová (2012, s. 480) uvádí, že se jedná o tyto následující pojmy: „*social well - being*“ (*sociální pohoda*), „*well - being*“ (*pocit pohody*), „*subjective well - being*“ (*individuální stav pohody*), „*social welfare*“ (*sociální blahobyt*), „*human development*“ (*lidský rozvoj*), „*standard of living*“ (*životní úroveň*), popř. „*happiness*“ (*štěstí*), „*health*“ (*zdraví*), „*wealth*“ (*bohatství*), „*satisfaction*“ (*spokojenost*). “

1.1.1 Přehled publikovaných poznatků o kvalitě života související se zdravím

Svobodová (2008, in Šubrt 2008) zmínila, že existuje několik názorů a definic, které vysvětlují kvalitu života. Tento pojem jde velmi těžko vystihnout především kvůli tomu, že na hodnocení kvality života se různí lidé dívají z mnoha různých úhlů pohledu. Jedná se totiž o komplexní nahlížení na život, které zahrnuje materiální, duševní, fyzické,

duchovní a další podmínky pro zdravou existenci jedince. Každý člověk je individuální, a proto i jeho potřeby pro šťastný život mohou být rozdílné oproti ostatním lidem.

Pojem kvalita života se začal objevovat od druhé poloviny 20. století. Nejprve byla středem pozornosti materiální stránka života společnosti, později se však dostalo do popředí subjektivní vnímání a hodnocení kvality života na základě individuálních potřeb člověka. O kvalitu života lidí se především zajímají psychologové, sociologové, politologové, ekonomové a další.

Na základě výše uvedených informací kvalitu života nelze přesně definovat, neboť existují spousty formulací pro tento termín a také původně nepatřila mezi vědecké pojmy. Postupem času se tento pojem začal více používat v mnoha vědních oborech. Ve zdravotnictví a v jednotlivých lékařských disciplínách se termín „kvalita života související se zdravím“ označuje jako „*Health Related Quality of Life, HRQoL*“ (Popelková, Gurková, 2013). Mezi hodnocení kvality života se zahrnuje několik oblastí, jako je duševní zdraví, podpora společnosti a životní spokojenost. Měření kvality života je složeno z různých prvků zaměřených na fyzické i duševní zdraví a sociální pohodu. Jde tedy o vnímání somatické a duševní stránky zdraví, sociální podporu a materiální zabezpečení (Mareš, Marešová, 2008, s. 7-8).

Kvalita života úzce souvisí se zdravím, a proto je důležitou složkou pro lékařskou a ošetrovatelskou péči. HRQL zahrnuje veškeré faktory ovlivňující zdraví, tematický, nebo mentální stav, které mají dopad na celkovou kvalitu života jedince. Metoda HRQL slouží jako popis a zhodnocení zdraví v klinické praxi. Důležitým faktorem je vymezit zatížení onemocnění sledované populace, Tyto postupy zajišťují pacientovi kvalitu života, která úzce souvisí s jeho zdravím. Přináší zpětnou vazbu od pacientů k jednotlivým lékařům, informace jsou nepostradatelné pro obě strany (Cieza, Stucki, 2005).

Údaje o kvalitě životů získané od pacientů formou dotazníku, mohou zaznamenat změny zdravotního stavu stejně jako některá fyzikální a klinická vyšetření. Veškeré údaje o kvalitě pacientova života zlepšují interakci mezi lékařem a samotným pacientem, také mohou zlepšit dokumentaci o péči, která je poskytována jedinci. Poté jsou tyto údaje důležitým ukazatelem pro funkční stav, náklady na zdravotní a ošetrovatelskou péči, pracovní neschopnosti a pro možné zamezení brzkému umírání (Řehulková, 2008).

Podle Dvořáčkové (2012) lze nahlížet na kvalitu života ze dvou úhlů pohledu, a to zejména subjektivního a objektivního. Subjektivní hodnocení kvality života zahrnuje jednotlivé potřeby člověka ve společnosti v souvislosti s jeho kulturou. Vnímá stanovené cíle, zájmy a hodnoty jednotlivce, zatímco objektivní hodnocení kvality života je zaměřeno na sociální podmínky existence, materiální prostředky a fyzické zdraví člověka. I když z různých studií vyplývá, že subjektivní a objektivní hodnocení kvality života poskytují odlišné údaje, jsou tyto dva úhly pohledu na měření kvality života neodlučitelnými součástmi pro její celkové hodnocení.

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) definicí zdraví je „*stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“. Uvádí se, že zdraví je jedním z důležitých předpokladů pro kvalitní život lidstva. Světová zdravotnická organizace chápe kvalitu života jako široké pojetí zdraví, které vnímá individuální přístup jednotlivce v souvislosti s jeho postavením ve společnosti a také se zaměřuje na hodnotový systém jedince, jeho cíle, zájmy a standardy. WHO říká, že se jedná o „*široký koncept ovlivněný komplexním způsobem fyzickým zdravím člověka, psychickým stavem, osobními vírami, sociálními vztahy a jejich vztahem k charakteristickým rysům jeho prostředí*“ (World Health Organization, 2019).

Nesmíme opomíjet fakt, že při měření kvality života musíme také brát v úvahu historické a kulturní kořeny (2. světová válka, západní křesťanská kultura...), civilizační choroby, generační změny a především vývoj lidstva. Důležitým faktorem pro vnímání kvality života je také náboženství a víra, nejen kvůli jejich pravidlům a standardům, ale také pro jejich vnímání smyslu života, který je posunut mimo reálný svět. Jak už jsem zmínila, každý člověk je individuální, a proto i jeho hodnotový žebříček je odlišný od ostatních. Lidé věřící v Boha přisuzují náboženství nejdůležitější postavení

v hodnotovém systému a jejich vlastní cíle či zájmy považují za méněcenné (Svobodová, 2008 in Šubrt, s. 124 - 26).

S pojmem kvalita života je často spojována osobní pohoda nebo-li well-being. V psychologii je několik názorů a přístupů k termínu well-being, většina odborníků se však shoduje na tom, že se jedná o emoční stav, který přetrvává delší dobu. Tento stav vyjadřuje spokojenost jednotlivce s jeho existencí na Zemi. Dále se většina psychologů shoduje, že osobní pohoda je chápána jako součást kognitivních složek, které představují spokojenost s vlastní existencí, morálku v souladu s obecně uznávanými zásadami etiky, pozitivní emoce a negativní emoce.

Postupem času mezi well-being začali odborníci zařazovat nejen duševní dimenzi, ale také považovali za velmi důležité vnímat člověka jako celek, a proto přiřazovali tělesný a sociální faktor do osobní pohody. Do anglosaské terminologie se začleňovaly další pojmy, jako například dimenze tělesné pohody tzv. "wellness" či "fitness", prožitek blaha tzv. "welfare", dosažení a prožití úspěchů tzv. "success", nedělitelnou součástí osobní pohody je přátelství tzv. "friendship" a štěstí tzv. "happiness" (Šolcová a Kebza, 2004, s. 21-22).

Autoři Garcia a McCarthy (2000) jsou podobného názoru, neboť zmiňují Ottawskou Chartu na podporu zdraví, která byla přijata v roce 1986. Tato listina říká, že zdraví je pozitivní koncept zdůrazňující sociální, fyzickou a osobní pohodu, nezávisle pouze na odpovědnosti zdravotnictví. Pozitivní zdraví má tedy tři související dimenze, a to sociální, psychickou a fyzickou, které by měly být při měření zdraví zahrnuty.

Kvalita života a míra osobní spokojenosti je ovlivněna životními zkušenostmi a situacemi, které působí na fyzickou, sociální a psychickou pohodu jedince. Zdraví je obecně považováno za nejdůležitější faktor ovlivňující celkovou kvalitu života. Jak už z výše uvedených informací víme, dimenze kvality života zahrnují fyzickou a sexuální aktivitu, sociální a volnočasové aktivity, práci, ztrátu příjmu, sebeúctu, mezilidské vztahy, emoční přízpůsobení, úzkost, stres a celkovou spokojenost se životem. Každý člověk je individuální, a proto na každého jedince působí okolní faktory jiným způsobem a působí tak na jinou dimenzi kvality života. Je proto těžké generalizovat kvalitu života v rámci celé populace.

1.1.2 Kvalita života pozůstalých z psychického a fyzického hlediska

Thanatopsychologie je vědní obor stojící na pomezí psychologie a thanatologie. Tato disciplína se především zabývá psychikou pozůstalých a jakým způsobem se jednotlivci vypořádali s umíráním, smrtí a truchlením. Podle toho, jak přistupují konkrétní truchlící k povědomí o smrti, rozlišuje je Langenmayr na otevřené povědomí, smíšené povědomí, ne-povědomí. Otevřené povědomí poukazuje na to, že pozůstalí o smrti člena rodiny a jejich následcích otevřeně mluví se zdravotním personálem, rodinou a ostatními příbuznými. Umírající a jeho rodina jsou dostatečně informováni zdravotníky o tom, co je čeká, mohou se tedy vyhnout určitým problémům, které případně mohou z této situace vyplývat. Další povědomí o smrti je tzv. smíšené, kdy rodina a umírající jsou o dané situaci informováni, avšak mlčí se o ní. Rodinní příslušníci neakceptují skutečnost, že by je umírající mohl opustit už navěky. V tomto případě může dojít k rozvoji komplikovaného truchlení pozůstalých po smrti člena rodiny. Ne-povědomí o smrti znamená, že veškeré informace jsou utajovány před rodinou i umírajícím. Pozůstalí dostanou informace až po smrti člena rodiny. Rodina se v tomto případě nedokáže jakýmkoliv způsobem připravit na ztrátu blízké osoby (Langenmayr, 1999, in Špatenková, 2014, s. 21).

Podle Špatenkové (2008) smrt člena rodiny představuje pro pozůstalé obrovskou ztrátu a zásah do jejich životů. Ze dne na den se rodinným příslušníkům změní postoj k životu. Smrt blízkého vnímají jako by se jim zhroutil celý svět. Už nikdy se se svým členem rodiny nesetkají, nemohou ho pohladit, obejmout, ztrácejí svého milovaného člověka na pořád.

Při ztrátě blízkého milovaného člověka není u pozůstalých vyvoláno pouze silné emocionální vypětí, ale tato situace také často narušuje jejich „*pocit vlastní identity* („*Ne, už nejsem manželka, už jsem vdova.*“), „*pocit vlastní integrity* („*Něco ve mně zemřelo, jako bych ztratil kus svého já.*“). (Kolařík, 2015, in Špatenková, 2008). Napětí se také může projevat změnami fyzického, emocionálního a socioekonomického stavu. Velmi často se objevují u pozůstalých poruchy spánku, bolesti hlavy, hypertenze, únava, deprese, úzkosti a dochází k úplné izolaci jedinců od okolního světa (Kozáková a kolektiv, 2017, s. 1-2).

Podle Křivohlavého (2001, s. 36) ztráta blízké osoby může mít velký vliv na zdravotní stav pozůstalého, a to z důvodu působení dlouhodobého stresu. Důsledkem působení chronického stresu jsou dopady na imunitní, endokrinní a nervový systém. Komplikované truchlení může mít za následek zvýšení míry přetrvávajícího špatného zdravotního stavu, případně úmrtností pozůstalých. (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007, s. 18)

Po smrti blízkého člověka jsou pozůstalí vystaveni velkým emocionálním výkyvům, které jsou přirozenou součástí truchlení, proto v poradenství působí odborníci z psychologické oblasti pomáhající pozůstalým s vyrovnáním po odchodu zemřelého a dále pracují s jejich emocemi. Je důležité zjistit jejich skutečnost a identifikovat jejich závažnost. Za největší překážku v prožívání emocí je považován především hněv, strach a pocit beznaděje (Špatenková, 2013, s. 47).

Smutek se může také projevovat v dalších podobách jako například v podobě:

a) *vzteku na kohokoli, třeba na zemřelého, na lékaře, na okolí. Agresi na nebožtíka referoval jeden pastor, kterému si pozůstalá manželka stěžovala: „Celý život s ním stál za starou belu a teď si ještě umřel...“*

b) *závisti – „Proč ostatní mají partnera a mně partner zemřel?“*

c) *pocitů viny a sebenávisti – „Proč jsem nešla do nemocnice i ve středu? Nemusel umřít sám.“ „Proč jsem nezemřel raději já? Kdybych udělal/neudělal to či ono, tak...“* (Kolařík, 2015, in Špatenková, 2008).

Špatenková (2013) je podobného názoru, že pro pozůstalé je nepřístupné se hněvat na zemřelého, a tak hledají přijatelnější objekt, kterým může být například jeho ošetřující lékař, zdravotní sestry, pracovníci v pohřební službě a ostatní příbuzní. Poradci pomáhají pozůstalým si uvědomit, že jejich bolest ze ztráty blízkého může vést k pocitům hněvu a je důležité s touto situací správně naložit, dokázat zpracovat svou zlost na okolí kolem sebe.

Martínková (2016) říká, že jedním z nejzásadnějších faktorů při vyrovnávání se se smrtí blízkého je samotné přijetí této skutečnosti pozůstalým. Nedělitelnou podporou v této dané situaci může být rodina, příbuzní, přátelé a známí, kteří poskytnou pozůstalým pomoc najít nový smysl života. Bohužel vyrovnat se ztrátou blízkého je velmi dlouhá cesta, a proto k překonání žalu potřebují pozůstalí spoustu času a trpělivosti od okolí. Pokud rodina, příbuzní a přátelé nedokážou být přijatelnou oporou pro pozůstalé, existuje několik poradenství pro lidi, které potkala stejně těžká životní situace.

1.1.3 Kvalita života pozůstalých ze sociálního hlediska

Thanatosociologie je vědní obor zabývající se společností, která zahrnuje společenské jevy, struktury a procesy a jejich vzájemné vztahy. Smrt není pouze medicínskou záležitostí, ale také spadá do sociologické oblasti. Smrt je přirozenou součástí života, jedná se o nedílnou součást existence nejen jedince, ale i celé společnosti. Tato skutečnost se nemění, během vývoje lidstva však dochází ke změně přístupu jedinců a společnosti ke smrti.

Dříve byla smrt tabuizována, lidé o ní nemluvili, vůbec se k této problematice nevyjadřovali. Spousta lidí v dřívějších dobách smrt považovala za ukončení trápení na pozemském životě a nový začátek bezbolestného a bezstarostného života jedince. V poslední době dochází k tomu, že daná společnost nebo jedinec opět smrt zařazují do svého povědomí a učí se s ní určitým způsobem zacházet. Smrt se týká celé společnosti, na jedné straně ji musí akceptovat a na druhé straně dochází k odmítání problematiky smrti, neboť lidé chtějí žít naplno a nechtějí pouze čekat na její příchod.

Thanatosociologie je poměrně mladý vědní obor, který se začal vyvíjet až teprve v 60. letech 20. století. V této době byla problematika smrti zastíněná a vytlačovaná ze společnosti, a proto musela thanatologie nejprve znovu začlenit smrt do povědomí společnosti. Hlavním cílem vědní disciplíny je přijetí faktu o tom, že smrt je nevyhnutelný, nezměnitelný stav a může být předpokladem pro rozvoj další společnosti (Špatenková et al., 2014, s.22-24).

Většina lidí zastupuje hned několik sociálních rolí. Osoby, které pečují o svého člena rodiny, se mohou vzdát několika svých sociálních rolí, aby mohly vykonávat nepřetržitou péči o nemocného. Pokud dojde ke smrti člena rodiny, pečovatelé se dostávají do těžké situace, se kterou nedokáží patřičně naložit. Ztratili milovaného člověka, ztratili jednu ze svých sociálních rolí, a to funkci pečovatele, a také u nich dochází k uvědomění si, že se kvůli péči, nebo během péče o zesnulého, museli vzdát ostatních úloh. Pozůstali mnohdy rezignují na docházení do zaměstnávání a zůstávají často na sociálních dávkách. Jejich sociální role bývají často redukovány a začínají se vyhýbat kontaktu s okolím, se svými přáteli a rodinou, a to z důvodu toho, že nemají náladu, energii, nebo finanční prostředky na to, aby se mohli věnovat svým zájmům a koníčkům. Po smrti milovaného člověka pozůstali často postrádají smysl života a je pro ně velmi těžké se do sociálního života opět plnohodnotně zapojit (Špatenková, 2013).

Jak už z výše uvedených informací vyplývá, nejdůležitější podporou pro pozůstalé jsou příbuzní, přátelé a především rodina. Bohužel i tito lidé jsou velmi zasáhnuti ztrátou, kterou utrpěli, a proto nemohou být, nebo neumějí být v této situaci oporou pozůstalým. Může to být i z toho důvodu, že se lidé v dnešní době méně setkávají se smrtí, nemluví o ní a ani si tuto situaci nedokáží představit. U starších osob může dojít k úplné ztrátě sociální opory, neboť spousta jejich příbuzných, přátel a vrstevníků už nemusí žít. Některým lidem pro změnu může chybět sociální podpora kvůli jejich osobním problémům, nebo odmítají pomoc od svého okolí.

Pokud pozůstali vyhledávají pomoc u odborníků, měli by poradci akceptovat jejich ztrátu a pokusit se u nich o znovuoživení nového smyslu života, žít dál i bez zemřelého. „*Vypovídala jsem se paní psycholožce i ostatním. Mám návod, jak všechno zvládnout s vyrovnanější dušičkou, a zjistila jsem, že není svět tak ztracený, jak jsem si původně myslela. Téměř po osmi letech mám pocit, že žiju, a ne že jenom existuju. (Darina)*“ (Špatenková, 2013, s. 44).

Nejedná se o to, abychom přestali milovat zemřelého, ale abychom se s touto skutečností naučili žít. Například rodiče zesnulé dítě nepřestanou milovat, naopak. „*Není jednoduché (a často ani možné) se rozloučit se svým dítětem. Není však nutné svému zemřelému dítěti říkat sbohem - stejně jako se neloučíme s žijícími dětmi. Neexistuje žádné skutečné odloučení od svých dětí - ať živých, nebo mrtvých. Naše děti byly, jsou a budou součástí našeho života, součástí nás samotných.*“ (Špatenková, 2006, s. 139).

1.1.4 Kvalita života pozůstalých ze spirituálního hlediska

„*Největší pomocí a útěchou byla pro mě víra v Boha a v budoucí setkání s mojí maličkou holčičku, naděje, že to neskončilo, že jen já mám tady na světě ještě úkol, který musím dokončit, pak se znovu setkáme. (Milena)*“ „*Nejvíce mi pomohla víra, že je stále s námi a slyší nás. (Iveta).*“ (Špatenková, 2013).

Od 18. století pozůstalí prožívají ztrátu svých blízkých velmi silně. I když odchod milovaného člověka lidé považovali za bolestivou skutečností, smrti se však nebáli. Věřili, že pozemský život je složitý, lidé zde prožívají bolest a utrpení, zatímco v posmrtném životě se lidé dočkají klidu a pohody, nacházejí se v ráji. Pozůstalí nepečovali o zesnulé pouze na pozemském světě, ale skrz modlitby zajišťovali zesnulému spásu a laskavost na onom světě (Dohnalová, 2010).

Smysluplnost života spousta lidí hledá zejména ve společném soužití s partnerem či partnerkou. Pokud však jeden ztratí druhého, dojde k narušení základního motivu smysluplnosti, neboť manžel, manželka umřeli a tento vztah nadále nelze naplňovat. Tento okamžik je pro pozůstalé velice komplikovaný a může ovlivnit i duchovní oblast, neboť jedinec je nucen k znovuobjevení smysluplnosti života i bez svého partnera (Rock, 2004, s. 28).

Pozůstalí hledají novou naději v duchovní oblasti, neboť zahrnující duchovní potřeby jsou: potřeby znovuobjevení smyslu života, smíření se se ztrátou blízké osoby, sama se sebou, s Bohem, s okolím, potřeba naděje, hledání klidu, hodnoty prožitku, potřeba být v blízkosti svých blízkých, sdílení, respektování důstojnosti (Vorlíček, 1998, s. 64).

1.2 Rodina v roli pečovatele a její zátěž při péči o umírajícího

V dřívějších dobách byla považována péče o své blízké za normální a velmi běžný stav, avšak postupem času se péče o nemocné v domácím prostředí dostala do pozadí. Velká změna nastala v průběhu 20. století a na počátku 21. století, kdy péče o nevléčitelně nemocné lidi probíhala zejména v nemocnicích. Nyní se dostává do popředí tzv. paliativní péče v domácím prostředí v blízkosti své rodiny a přátel, případně v hospici. Pro zkvalitnění života nemocných na poslední cestě života je velmi důležitá psychická pohoda, kterou lidé získávají ve svém přirozeném prostředí a v kruhu nejbližších. Služby, které jsou poskytovány klientovi, by měly především být propojeny a fungovat jako systém v daném regionu (Bártlová, 2006, s. 236)

Kovačič (2002) uvádí, že rodina je: „*Nejbližší a nejvlivnější prostředí, které už od narození, později během vývoje a dospívání, podmiňuje formování osobnosti a chování každého člena rodiny.*“ (Kovačič, 2002, s. 16 - 17, in Kurucová, 2016). Rodina je nejstarší sociální skupina, kterou ovlivňují vztahy, funkce a činnosti zajišťující veškeré potřeby svých členů. Další definice rodiny je podle Sopóciho (2009), který je toho názoru, že rodinu, tzv. sociální skupinu, tvoří dva a více osob žijících společně v jedné domácnosti. Tyto osoby jsou spojeny manželským, pokrevním, anebo adoptivním svazkem (Sopóciho, 2009 in Kurucová, 2016, s. 10-11).

Rodina je základním prvkem neprofesionální péče. Péče o člena rodiny je náročný úkol představující značnou zátěž pro pečovatele. Ne každý člen rodiny se s touto situací dokáže vyrovnat. Role rodinného pečovatele přináší podstatnou změnu životního stylu, který je často doprovázený stresem, fyzickým a psychickým vyčerpáním. Napětí se projevuje změnami zejména v somatickém, emocionálním nebo socioekonomickém statusu pečovatele, což má za následek např. bolesti hlavy, hypertenzi, únavu, poruchy spánku, deprese, úzkost, izolaci ze společenského života (Kozáková et al., 2017).

Starání se o člena rodiny může trvat velmi dlouhou dobu, a proto tato situace pro pečovatele je většinou extrémně zatěžující. Práce s lidmi, kteří prožívají své poslední dny života, vede k emočnímu vyčerpání. Při paliativní péči působí několik faktorů na rodinu, které způsobují chornický stres zapříčiněný emočními a psychickými nároky. Hlavním důvodem vyčerpání je zejména to, že lidé se setkávají s umírajícími, kteří se nacházejí na poslední cestě života a často pečovatelé na tuto situaci nejsou připravení. Působením dlouhodobého intenzivního stresu dochází ve většině případů k rozvoji syndromu vyhoření. (Kupka, 2008, s. 24).

1.2.1 Burnout syndrom

Emoční stres u pečovatelů nepříznivě ovlivňuje jejich zdraví. Dlouhodobé působení faktorů na organismu může mít za následek vývoj syndromu vyhoření. Riziko vzniku syndromu vyhoření vzniká zejména za určitých podmínek, u kterých dochází k nerovnováze mezi vynaloženým úsilím a pozitivní reakcí. Syndrom vyhoření je obvykle charakterizován jako dlouhodobé působení chronického stresu na psychický stav jedince (Kozáková et al., 2017).

Kebza (2003) uvádí, že vyčerpání a celková pasivita zejména k výkonu práce spěje rozvoji syndromu vyhoření. Jedná se o stav, kdy dochází k emocionálnímu vyčerpání v důsledku nadměrných nároků na psychiku a emoce jedince. Velmi často jsou to reakce na dlouhodobý stres. Podobného názoru jsou autoři Pešek a Praško (2015), kteří uvádějí, že z důvodu působení dlouhodobého intenzivního stresu dochází k úplnému vyčerpání organismu a tím k rozvoji syndromu vyhoření zejména u lidí, kteří se ve své profesi setkávají s ostatními lidmi. Odhadují, že 20 až 30 % pracovníků, kteří jsou ve svém zaměstnání v kontaktu s ostatními lidmi, se kterými neustále komunikují, se velmi často setkává s vyhořením.

Podle Kupky (2008) vyhasnutí vzniká při zátěžové situaci, která trvá delší dobu a dochází u ní k vyčerpání fyzických, emočních a duševních sil. V tomto období člověk často ztrácí smysl života a nemůže v péči a ostatních činnostech dále pokračovat. Vyvíjejí se u nich pocity beznaděje. Syndrom vyhoření velmi často nastává u některých profesí, jako například u zdravotníků, kteří se domnívají, že jejich práce nemá smysl, často

ztrácejí zájem o své pacienty. V některých extrémních případech mohou zdravotníci propadnout drogové závislosti. Syndrom vyhoření se projevuje specifickými příznaky, které jsou psychického i fyzického charakteru.

Příznaky syndromu vyhoření na psychické úrovni mohou být pocity celkového duševního vyčerpání z důvodu toho, že péče o nemocného již trvá dlouhou dobu a nikam to nevede. Dochází ke ztrátě motivace, kreativity až k úplnému poklesu aktivity pečovatele. Příznaky vyhoření se mohou projevovat na úrovni fyzické, kdy pečovatel je apatický, rychle unavený a dochází k celkovému vyčerpání organismu. Velmi často se také projevují poruchy spánku, krevního tlaku, bolesti u srdce a dýchací obtíže. Nastávají změny také v sociální oblasti, neboť lidé, kteří se starají o umírajícího člověka, se velmi často uzavírají do sebe a přestávají vyhledávat kontakt se svým okolím, ztrácejí motivaci a chuť k vykonávání profesí a každodenních zvyklostí (Kupka, 2008).

1.3 Vývoj vnímání smrti a umírání z pohledu historie

Smrt je neoddělitelnou součástí života, proto je středem pozornosti každé kultury a také je předmětem zájmu v historickém vývoji na celém světě. Každá kultura řeší problematiku umírání a smrti různými způsoby a rituály, které se od sebe výrazně liší daným způsobem životem konkrétní civilizace. Hodnocení vyspělosti kultury především závisí na tom, jak se společnost dokáže postarat o svého člena rodiny na poslední cestě jeho života.

Postoje ke smrti se během historického vývoje velmi měnily, a to kvůli rozdílnému vývoji lidské společnosti. Podle autorů Kisvetrové a Kutnohorské (2010) lze problematiku smrti podle historického vývoje rozdělit do pěti modelů. Jako první je tzv. „Ochočená smrt“, v tomto modelu byla smrt považována za zkoušku společnosti, nikoliv za osobní tragédii. Úkolem této zkoušky civilizace bylo zabezpečit kontinuitu druhu. Dalším zmíněným modelem smrti je „Smrt sebe samého“, který byl objeven v 11. století. V tomto období lidé začali vnímat smrt jako osobní a poslední záležitost umírajícího jedince. Třetím modelem smrti je „Smrt vzdálená i blízká“, tato problematika byla pro společnost velmi vzdálená a ve třetím modelu začali lidé vnímat smrt jako něco blízkého, co je součástí jejich životů. „Smrt blízkého“, jak je pojmenován čtvrtý model, který

se objevuje v období 19. století, výrazně mění pohled společnosti na smrt. Lidé, kteří ztratili svou blízkou osobu, se velmi špatně vyrovnávají ze smrti člena rodiny. Člověk se začal spíše obávat smrti svých blízkých namísto smrti vlastní. V této době lidé jako vůbec poprvé objevovali a budovali hroby a hřbitovy pro mrtvé.

Jako poslední model smrti autoři uvádějí tzv. „Převrácenou smrt“, tento model se objevuje ve 20. století, kdy tabuizace problematiky smrti jde do pozadí a lidé začínají chápat smrt jako přirozenou součást svého života, a proto se pečovatelé snaží co nejvíce zpříjemnit a usnadnit proces umírání každého člověka (Kisvetrová a Kutnohorská, 2010, s. 212).

Autorka Haškovcová (2000) uvádí, že věda zabývající se smrtí, se nazývá thanatologie. Thanatologie je součástí mnohých vědních oborů, a to zejména sociologie, filozofie a medicíny. V dnešní době je velmi aktuálním tématem vědního oboru thanatologie důstojná péče o umírající, kterou praktikuje například hospicové hnutí.

Hospicové hnutí vzniklo až ve 20. století, aby lidé neumírali doma, případně v nemocnicích. Působí zde kvalifikovaný personál, který se stará o umírající lidi a jejich rodinu a pomáhá umírajícím zpříjemnit poslední cestu života. Během této doby začaly vznikat i poradenské instituce pro pozůstalé. Hlavním cílem těchto institucí a hospiců je zajistit důstojný konec života a poté pomoci pozůstalým, přičemž kvalifikovaný personál se snažilo znovuobjevení smyslu život rodiny po ztrátě blízkého člověka (Haškovcová, 2000, s. 142).

Institucionalizace, ekonomizace a medikalizace jsou tři způsoby přístupu ke smrti. Pojem institucionalizace smrti lze chápat jako umírání mimo přirozené prostředí, a to například mimo domov. Lidé často umírají v nemocnicích a nebo hospicích. Další pojmem je medikalizace. Z názvu můžeme vyčíst, že konec lidského života je spojován s užíváním velkého množství různých léků. Jedná se o to, aby člověk na poslední cestě života příliš netrpěl bolestmi a měl důstojný život do jeho poslední chvíle. Ekonomizace poukazuje na to, že medikalizace a institucionalizace smrti nejsou ekonomicky výhodné, neboť oba způsoby vedou k velkému nárůstu nákladů, které jsou spojené s umíráním. Přitom v domácím prostředí by tyto náklady nebyly vůbec nutné (Knoblauch, Zingerle, 2005 s, 210-212).

1.4 Smrt člena rodiny

Každý organismus na naší planetě podléhá biologickým zákonitostem, ze kterých se nedá jen tak vymanit a musejí být tyto podmínky respektovány. Smrt je přirozenou neoddělitelnou součástí života. Dříve lidé umírali tzv. přirozenou smrtí. Naopak je tomu v současnosti, kdy smrt je zpravidla podmíněna patologickým procesem nebo - li nemocí.

Umírání se považuje za velmi komplikované téma, neboť spousta lidí se bojí smrti, toto téma bývá poslední dobou často tabuizované. Smrt člověka byla dříve mnohem více akceptována než v této době, neboť v minulosti lidé věřili, že smrt může být cesta k věčnému životu v ráji. Utrpení a bolest lidé pociťovali pouze na pozemském životě, nikoliv po smrti (Haškovcová, 2013).

Podle autorů Götze a kolektivu (2016) se po smrti člena rodiny mohou pozůstalí setkat se stavem, který narušuje fyzickou a psychickou pohodu jedince, tento stav je přirozenou reakcí na zármutek. Ztráta celoživotního manžela pro pozůstalou znamená velkou ztrátu v rodině. Bylo zjištěno, že vdovství zvyšuje riziko psychického utrpení, a to zejména riziko vzniku pocitu úzkosti či deprese a poruchy spánku. Lidé, kteří ztratili člena rodiny, se velmi často setkávají s fyzickými zdravotními problémy a také mnohem častěji používají léky, bývají častěji hospitalizováni než lidé, kteří si touto těžkou a bolestivou situací neprošli.

Většina pozůstalých si projde normálním přirozeným procesem, a to truchlením při ztrátě člena rodiny. V některých případech může dojít k rozvoji komplikovaného zármutku. Rizikové faktory pro rozvoj komplikovaného zármutku zahrnují věk, starší věk, ženské pohlaví, nižší příjem, nižší úroveň vzdělání, ztráta dítěte, nebo manžela, nebo bolestivé umírání blízkého člověka, přičemž příčinou tohoto umírání byla rakovina v terciárním stádiu. Mezi další rizikové faktory, které spějí k rozvoji komplikovaného zármutku, mohou být například nedostatečná informovanost rodinných příslušníků o průběhu umírání, případně co se bude dít po smrti člena rodiny, nebo také malá spolupráce s rodinou a jejich podpora, nedostatek kvalifikované péče o členy rodiny po smrti blízkého.

Smrt je součástí života každého jedince, nejedná se jen o smrt vlastní, ale také o smrt někoho blízkého. Smrt dítěte je jedna z nejbolestivějších událostí, která se nám může stát, nikdo totiž nepředpokládá, že by přežil vlastní dítě. Umírání a smrt dítěte je pro nás nepochopitelnou, bolestivou a přirozenou událostí. Autor Luby (in Špatenková, 2006) říká, že pokud umře náš rodič, ztratíme svou minulost, pokud ale umře naše vlastní dítě, ztratíme tak svoji budoucnost, jelikož je při ztrátě dítěte zármutek rodičů intenzivnější, zvláštní, komplikovanější v různých ohledech (Špatenková, 2006, s. 138-145).

Jak už víme z výše uvedených informací, postoje ke smrti se měnily v závislosti na době, společnosti, anebo taky kvůli rozdílné kultuře a náboženství. Důležité je také zmínit věk pozůstalého, který právě mění postoje ke smrti. Období dětství je velmi často spojované s radostí, žádnými povinnostmi a samozřejmě i s nedostatkem starostí. Autorka Dudová (2014) uvádí, že děti ve věku do 5 let vnímají smrt jako dočasný a vratný stav. Smrt vnímají jako tvrdý spánek, kdy mrtvý má zavřené oči a nehýbe se, ale stále vnímá okolí a pomocí lékařů, případně určitým kouzlem, mrtvého můžeme opět oživit. Velmi často děti v tomto věku pokládají dospělým otázky ohledně toho, kde se mrtví nachází, zda je jim dobře, co jí, nebo co vidí. Tyto otázky jsou pro mnohé pozůstalé velmi nepříjemné, avšak pro dítě jsou odpovědi velmi důležité.

Děti ve věku mezi 5 a 9 lety vnímají smrt jako konečný a nevratný stav. Jsou přesvědčení, že se smrtí dá vyhnout a že umírají pouze staří lidé. Děti si v tomto věku často představují smrt spojenou s kostlivcem, duchem nebo andělem. Děti starší než 9 let vnímají a chápou smrt jako konečný stav, kdy nikdy svého blízkého už neuvidí, začíná se u nich projevovat proces truchlení jako obranný mechanismus, pocit smutku a beznaděje stejně jako u dospělých jedinců.

1.4.1 Truchlení a žal

Smutek a truchlení je přirozený obranný mechanismus aplikovaný na ztrátu někoho blízkého. Smrt je pro pozůstalé velmi silnou zátěžovou situací, která působí na psychiku, tělesný stav jedince, odráží se na sociálních vztazích a vyvolává jiné rozměry a představy například v náboženství. Truchlení je proces, při němž dochází ke kolísání emocionální stránky člověka, pozůstalí pociťují úlevu, poté vztek, později zase smutek a beznaděj (Dudová, 2014).

Pozůstalí často vnímají situaci po smrti blízkého tak, že se jim zhroutil celý svět, a proto se u nich často vyvíjí pocit ztráty smyslu života. Jak už z výše uvedených informací víme, často dochází v této fázi k bouřlivým a protichůdným emocím. Nejprve nastoupí pocit viny, později pocit bezmoci a poté zoufalství. V některých případech může dojít až k depresím.

Pozůstalí často potřebují odpovědi na různé otázky, jsou znepokojeni svým vlastním chováním, nerozumí výkyvům nálad, jsou v této situaci zmatení, a proto je velmi důležitá péče ze strany zdravotníků, psychologů a okolí, kteří na jednotlivé otázky rodině odpoví a jsou pro ni oporou. Každý pozůstalý by měl získat důležité informace jako například, že hluboký zármutek a psychická bolest či zoufalství je přirozenou reakcí na ztrátu blízké osoby. Tomuto procesu se říká truchlení a umožňuje pozůstalému se vyrovnat se smrtí a ztrátou člena rodiny. Důležitým faktorem při procesu truchlení je se rozloučit s mrtvým a najít nový smysl života. (Alexandrová a kolektiv, 2009, s. 32-34)

Podle autora Kupky (2011) se spousta odborníků shoduje na tom, že otevřený žal se mnohem lépe snáší oproti potlačování smutku a bolesti, jelikož otevřené emoce, které můžeme vyjádřit pláčem, vedou k procesu dlouhodobého obnovení psychického a fyzického stavu pozůstalých. Smrt milované osoby je jednou z nejtěžších situací v životě. Je přirozené, že pozůstalí prožívají hluboký zármutek, cítí se opuštěni a jsou bezmocní. Proces truchlení může v několika ohledech připomínat nemoc, pozůstalí se cítí unaveně, vyčerpaně, mohou trpět nespavostí, ztrácejí chuť k jídlu a k pití, ztrácejí smysl života a může také dojít k narušení jejich sociálních vztahů. I přes tyto faktory

musíme pochopit, že se nejedná o nemoc, ale truchlení nad ztrátou blízké osoby je přirozený obranný mechanismus.

Truchlení můžeme chápat jako komplexní emocionální, sociální a somatickou reakcí na ztrátu milované osoby. Autorka Kubičková (2001) je toho názoru, že jednotlivé typy reakcí se mohou projevat následovně: jako první emocionální reakce je tzv. konfliktní záplava emocí. Jedná se o to, že pozůstalí pociťují smutek, obavy a nejistotu ohledně jejich budoucnosti a smyslu života. Dále se u lidí, kteří ztratili člena rodiny, objevuje hněv, vztek a agrese, kterou ventilují na rodinu, zdravotníky, zemřelé nebo na sebe sama. Poté se přidává pocit viny. Pozůstalí si často myslí, že něco zanedbali, že měli o své blízké pečovat jiným způsobem, měli svého blízkého častěji navštěvovat a podobně. V některých případech může být přítomen pocit vysvobození, a to zejména u rodin, které se staraly o své terminálně a dlouhodobě nemocné blízké. Pozůstalí po smrti člena rodiny pociťují úlevu, že jeho utrpení už skončilo.

Další reakcí během procesu truchlení je reakce somatická, přičemž nastávají tzv. somatické potíže, které vyvolávají únavu, nechutenství, poruchu spánku, svírání u srdce, případně narušení imunity. Mezi ostatní reakce také patří špatná organizace denní rutiny, impulzivní a zmatečné chování, ztráta schopnosti navazování sociálních kontaktů.

Truchlení je proces, pro který jsou charakteristické čtyři fáze. První fázi lze nazvat tzv. fází šoku. Šok může přetrvávat u pozůstalých několik minut až týdny. V tomto okamžiku lidé nedokáží pochopit, co se stalo, nepřijímají skutečnost, že člen rodiny je opravdu mrtvý, stále věří, že se zemřelý opět vrátí (Alexandrová a kolektiv, 2009, s. 32). Autor Kupka (2011) uvádí jako druhou fázi procesu truchlení sebekontrolu. Tato fáze obvykle trvá do pohřbu. Pozůstalí se musí plně soustředit na zařizování a organizaci pohřbu, proto jim tato situace znemožňuje, aby zcela podlehli smutku. Jakmile odejdou všichni příbuzní, teprve potom se dostaví bolest ze ztráty blízkého.

Další fáze je regrese, která trvá jeden až tři měsíce. Pozůstalí se po smrti člena rodiny uzavřou do sebe, nezvládají běžné denní potřeby, nejsou schopni znovu docházet do zaměstnání, ztrácejí zájem o své okolí, střídají se u nich všechny možné emoce, jako například vztek, smutek, zoufalství, beznaděj, apatie, úzkost a další. Poslední fází procesu truchlení je adaptace. Adaptace trvá většinou jeden rok a déle. Pozůstalí se postupem času začínají smiřovat se ztrátou milovaného člověka, hledají nový smysl života, zvládají každodenní zvyklosti, opět se snaží kontaktovat své přátele a okolí. Smrt blízkého člověka nejde jen tak odstranit, proto se s touto bolestí musíme naučit žít (Kupka, 2011).

Dudová (2014) se zabývá procesem truchlení u dětí, který se skládá z jednotlivých fází podobných etapám dospělých při vyrovnávání se se smrtí blízkého. Každý člověk je individuální, a proto i tento proces truchlení se může v několika případech od sebe lišit.

Jako první fáze truchlení je šok. Dochází ke ztrátě emocí, dítě se vyhýbá kontaktu se svými vrstevníky a ostatními lidmi. Poté přichází další fáze, tzv. popření. V tomto období dítě nedokáže a ani nechce přijmout skutečnost, že zesnulého už nikdy neuvidí. Popření se později mění v touhu a hledání, kdy v této fázi dítě hledá oporu od někoho blízkého, často dítě utíká z domova a toulá se po svém okolí.

Zármutek je názvem čtvrté fáze procesu truchlení. Při zármutku se cítí dítě smutně, osamocené, vyvolávají se u něj pocity beznaděje a zoufalství. Často dochází k poruchám spánku a k nechutenství, dítě je apatické, nebo plačtivé, nedokáže se soustředit například na výkony ve škole. Jakmile si dítě projde zármutek, nastává další fáze, kterou je hněv. Většinou se děti zlobí na zesnulého, a to z toho důvodu, že je opustil a nechal je samotné na tomto světě. Pokud dítě prožívá stádium vzteku, může dojít u starších dětí při pubertě k rozvoji zneužívání alkoholu a jiných návykových látek. Velmi často svůj vztek soustřeďují na své blízké pozůstalé, že je neinformovali o průběhu nemoci a kritickém stavu zemřelého, nebo se nestihli s ním rozloučit.

Šestá fáze procesu vyrovnávání se se smrtí blízkého je úzkost. V této etapě děti často odmítají chodit do školy, projevují se u nich různé somatické potíže. Dítě, které již umí chodit na nočník, nebo na toaletu, se opět začne pomočovat. Ještě než dítě přijme skutečnost, začne vinit samo sebe, že jeho blízký zemřel právě kvůli němu. Dítě v tomto období velmi často trpí výčitkami a dochází tak k sebepoškozování, v nejhorším případě může dojít až k sebevraždě jedince. Pokud dítě překoná všechny tyto fáze procesu truchlení, postupem času dojde k přijetí skutečnosti a dítě je schopné se znovu začlenit do společnosti, chodit do školy a hledá nový smysl života (Dudová 2014).

1.4.2 Rizikové faktory komplikovaného truchlení

Autorka Kubíčková (2001) uvádí, že u některých pozůstalých může dojít ke komplikaci při vyrovnávání se se smrtí člena rodiny. Ztrácejí smysl života a uvědomují si, že už nemohou dál, z tohoto důvodu poté pozůstalí vyhledávají odbornou pomoc. Ne všichni pozůstalí si však sami uvědomí skutečnost, že uvízli ve svém zármutku po ztrátě člena rodiny, a proto by v tomto případě měla být zahájena odborná pomoc terapeuta, který vyzoroval při rozhovoru s jedincem po smrti blízkého, že potřebuje dohled.

Nejčastější projevy komplikovaného truchlení podle Alexandrové a kolektivu (2009) je chronická reakce, opožděná reakce, přehnaná reakce, deprese, rozvoj závislosti na návykových látkách a alkoholu, různé fobie, záchvaty paniky, nepřetržité pocity viny, různá duševní onemocnění a absence truchlení.

Kubíčková (2001) znázorňuje možné přístupy k diagnostice komplikovaného truchlení: sebediagnóza, vzpomínání na zemřelého i po delší době, zvýšená zranitelnost ohledně životních událostí, neschopnost změnit věci, zachování věcí, tak jak byly, podstatná změna životního stylu, popírání smrti zemřelého, falešná euforie, rozvoj různých fobií, vyhýbání se hřbitovům a kontaktu se společností.

Špatenková (2008) rozčleňuje přehled rizikových faktorů komplikovaného truchlení do několika kategorií. Důležitým faktorem jsou okolnosti úmrtí, zda šlo o náhlé, předčasné úmrtí, anebo se jednalo o strašlivou, bolestivou smrt. U pozůstalých v těchto případech dochází k posttraumatické stresové poruše. Další faktor komplikovaného truchlení se odvíjí od kvality vztahu mezi zemřelým a pozůstalým, pokud zemřelo dítě nebo člověk mladší než 20 let. Velmi často se rodina a příbuzní s touto skutečností špatně vyrovnávají, nedokážou tomu uvěřit. Dalšími činiteli jsou předchozí nedořešené vztahy, nebo nedostatečná opora rodiny.

Kubíčková (2001, s. 86-104) doplňuje již zmíněné determinanty komplikovaného truchlení vztahující se především k pozůstalým. Jsou jimi: věk, osobnostní faktory, pohlaví, náboženství a předchozí zkušenosti se smrtí a truchlením, sociální opora. Smrt milované osoby je v různých vývojových etapách člověka vnímána jiným způsobem. Intenzita a průběh procesu truchlení těsně souvisí s věkem pozůstalých, tudíž i vývoj pochopení pojmu smrti a uvědomění si závažnosti důsledků, které ztráta člena rodiny přináší, se u jednotlivých jedinců v různých vývojových etapách liší. Člověk staršího věku velmi často ztrácí strach ze smrti a vnímá tuto etapu života za přirozený proces, naopak je tomu u mladších jedinců.

Prožívání zármutku je také závislé na osobnostních faktorech pozůstalých, a to zejména na charakterových vlastnostech, temperamentu, přizpůsobování a odolnosti vůči působení dlouhodobého stresu a zátěže. Pohlaví pozůstalých je také jeden z faktorů ovlivňujících truchlení, neboť ženy mnohem více projevují své emoce, které jsou velmi intenzivní a téměř neovlivnitelné, proto u nich dochází mnohem častěji k výskytu psychických problémů oproti opačnému pohlaví.

Předchozí zkušenosti se smrtí a truchlení mohou být přínosné, neboť pozůstalí již prožívali ztrátu blízké osoby, se kterou se nějakým způsobem vyrovnali, našli nový smysl života a naučili se žít bez zemřelého. V některých případech však předešlé zkušenosti se smrtí nemusí být přínosné, ba naopak mohou opět vyvolávat potlačené emoce, kdy pozůstalý znovu prožívá proces komplikovaného truchlení a působení dlouhodobého intenzivního stresu nezvládá a propadá depresím a úzkostem. V tomto případě je velmi důležitá sociální opora, a to zejména prostřednictvím rodiny a přátel.

1.5 Péče o pozůstalé

Úmrtí blízkého člověka je pro většinu z nás velkou zátěží, která způsobuje zejména psychickou, emocionální, fyzickou a spirituální bolest. Každý člověk je individuální, ale i přes to v této nelehké situaci na všechny pozůstalé působí intenzivní stres, který se projevuje zejména změnou v emocionální oblasti.

Lidé jsou podráždění a přecitlivělí. Většina z nich potřebuje především pomoc s vyrovnáním se se ztrátou svého člena rodiny. Tuto pomoc velmi často vyhledávají u svých příbuzných a přátel, případně u odborných zdravotníků. Důležité pro pečovatele je získat informace, případně se někomu svěřit, a proto je stále práce zdravotníků považována za základ péče o rodinné příslušníky. Po ztrátě člena rodiny nastává u pozůstalých období smutku. Jak už víme z výše uvedených informací, každý člověk je individuální, proto období smutku probíhá v jiném časovém rozmezí. Nedělitelnou součástí při péči o pozůstalé je podpora a také trpělivost nejen od zdravotníků, ale i od rodinných příslušníků a přátel, neboť někteří pozůstalí potřebují mnohem více času, aby se dokázali vyrovnat se ztrátou blízkého člověka.

Paliativní péče v domácím prostředí se dostává čím dál tím více do popředí. Rodinní příslušníci a mobilní zdravotnický tým společnými silami pečují o umírajícího v jeho přirozeném prostředí. Již v této době se mezi nimi buduje důvěra. Pokud je tento vztah založen zejména na pocitu bezpečí a již zmíněné důvěře, následná podpora v době truchlení a zármutek je pro obě strany přijatelnější a jasnější. Velmi často personál může již během péče o pacienta v terminálním stádiu diagnostikovat u pečovatele projevy komplikovaného truchlení a nabídnout mu tak včasnou odbornou péči.

Během procesu truchlení je velmi důležité pochopit individualitu člověka, neboť každý jedinec se se smrtí svého blízkého vyrovnává jiným způsobem a také v jiném časovém rozmezí, proto je zapotřebí akceptovat jeho emoce, chování, prožívání a umožnit mu dostatek času pro truchlení. Personál, který pomáhá rodině s péčí o umírajícího pacienta v domácím prostředí, případně v hospici, připravuje a informuje členy rodiny o poslední cestě života umírajícího. Po ztrátě člena rodiny pozůstalí velmi

často vyhledávají pomoc, kterou nabízejí odborníci působící v hospici či v organizacích, které poskytují paliativní péči pro nevléčitelně nemocné pacienty.

Člověk se během svého života setká s několika situacemi, které jsou pro něj velmi bolestivé a komplikované, a to zejména ztráta blízkého člověka. Pozůstalí po smrti člověka velmi často ztrácejí smysl života. Cílem vyrovnání se ztrátou blízkého člověka je nalézt nový smysl života a naučit se žít bez zemřelého, proto je velmi důležité, aby u pozůstalých proběhl proces truchlení, který napomáhá jednotlivcům opět prožívat kvalitní život. (Alexandrová, 2009, s. 24).

Jak se vyrovnat se ztrátou milované osoby? Podle Mackové (2009, s. 25-26) existuje několik kroků, které jsou důležité pro pochopení a hlavně vyrovnávání se se ztrátou člověka. Prvním krokem je uvědomění si svých pocitů a na malou chvíli se odpoutat od bolesti, tak aby emoce byla stabilizována. Tento krok lze uskutečnit hned několika způsoby, nejprve je důležité začít pečovat o své tělo, nesoustředit se na svojí mysl, například při poslechu oblíbené hudby, nebo zhlédnutím filmu. Je zapotřebí se nebát projevit svůj hněv, ne však takovým způsobem, že svůj hněv budeme mířit na své blízké. Možná se nám v tuto dobu uleví, ale pro změnu ublížíme jiným. Hněv je totiž formou silné energie, kterou musíme uvolnit, jinak bude neustále v nás. Svůj hněv můžeme projevit křikem v přírodě, případně trháním papíru na malé kousky, štípáním dříví, nebo boucháním pěstmi do polštáře.

Špatenková (2013) je toho názoru, že je velmi důležité identifikovat význam některých emocí u pozůstalých a adekvátně je nasměrovat. Mezi nejproblematictější emoce patří především hněv. Velmi často pozůstalí svůj hněv obracejí na zdravotnický personál („Zanedbali péči!“) a to z důvodu toho, že svůj hněv nechtějí mířit na své blízké, nebo na pozůstalého, proto vyhledávají lidi ve svém okolí a tím bývá často zdravotnický personál. Tento intenzivní hněv vyplývá z prožívání bolesti během ztráty a poradci pomáhají svým klientům uvědomovat si ho. Úspěšné zpracování zlosti vede k uvědomění si pocitu hněvu. „*Nenáviděla jsem je - všechny ty šťastné páry, co se vedly na ulici za ruku, co se líbali v parku... Nejráději bych na ně vlítla a snad je i zmlátla, tak silný byl můj hněv, vztek a žárlivost. Závist, že oni mají - a já ne...* (Hanka)“ (Špatenková, 2013, s. 43).

Další nezbytnou potřebou pozůstalých pro vyrovnávání se se ztrátou blízké osoby je setkávání se svými blízkými, nebo vyhledávání kontaktu s lidmi, kteří prožívají podobně těžké období. Druhým krokem je vyrovnání se s bolestí. Důležité je si projít bolestí a přijmout ji, neboť smrt blízkého člověka způsobuje velkou bolest každému z nás. Pokud ji však nechceme prožívat ani přijmout, může později dojít k otupení emocionální stránky pozůstalého. Každá ztráta, která nás potká během života, může být i počátkem něčeho nového.

Třetím krokem pro vyrovnání se se ztrátou blízké osoby je nahlédnutí do sebe. V této fázi můžeme zavzpomínat na dětství, na to, co jsme rádi dělali jako děti. Důležité je soustředit se na věci, které lze změnit a nebát se jich. Čtvrtým krokem je vyhlédnutí ven. Uzavírání se do sebe je normálním stavem, který prožívá každý pozůstalý při ztrátě, proto je velmi důležité opět navázat kontakt se svým okolím, začít chodit do práce, navštěvovat své příbuzné a trávit čas se svými přáteli.

Pátým krokem dle Mackové (2009, s. 26) je dát k dispozici, co můžeme nabídnout ostatním. Nikdy nenalezneme štěstí v tom případě, pokud neustále budeme tvrdit, že náš život už nadále nemá smysl. V neposlední řadě je šestý krok, který ale lze realizovat až zhruba po půl roce po ztrátě, nelze ho tedy považovat za důležitý krok během procesu truchlení. V této fázi totiž dochází k znovuobjevení smyslu života pozůstalých.

V případě, že se člověk nedokáže sám vyrovnat se smrtí blízké osoby a ani nefunguje ze strany rodiny určitá podpora, je důležité navštívit odbornou pomoc. Jako první je například sociální poradenství, které pomáhá pozůstalým v orientaci v sociálních zákonech a službách a také v získání informací o následném postupu po úmrtí. Další odbornou pomocí je psychologické poradenství, které pomáhá při zpracování ztráty pozůstalým a všem členům rodiny. Odborný personál je podporou v procesu truchlení, překonávání strachu a hledání nového smyslu života. Odborná pomoc je poskytována pozůstalému dle jeho potřeby, buď tedy jednorázově, nebo v déle trvajícím období. Při pocitech úzkosti a nespavosti u pozůstalých může lékař předepsat potřebné léky.

Pozůstalí po smrti člena rodiny velmi často vyhledávají pomoc také u Boha, modlí se za zesnulého, aby na onom světě bylo o něj postaráno a aby dále necítil bolest, kterou vnímal na pozemském životě. Bohoslužby napomáhají pozůstalým při zpracování spirituální bolesti a hlavně při znovuobjevení smyslu života. Někteří lidé vyhledávají pomoc přes internetové poradenství, neboť si chtějí zachovat vlastní anonymitu, sdílejí své problémy a zkušenosti, které mohou posílit ostatní prožívající podobnou ztrátu (Alexandrová a kolektiv, 2009, s. 33-34).

1.5.1 Poradenství pro pozůstalé

Špatenková (2013) uvádí, že poradenství pro pozůstalé je považováno za vhodnou podobu pomoci zejména pro pozůstalé, kteří ztratili svého blízkého a nacházejí se v procesu truchlení. Mezi základní principy pro poradenství pro pozůstalé dle Wordena (1997) patří zejména pomoc pozůstalým v akceptaci jejich ztráty, při identifikaci svých pocitů, pomoc při hledání nového smyslu života a žití bez zemřelého. Dále je důležité poskytnout pozůstalým prostor a čas pro truchlení, respektovat individuální rozdíly v procesu truchlení a také včas identifikovat potíže a doporučit adekvátní odbornou pomoc (Worden, 1997 in Špatenková, 201, s. 41).

„To přece není možné, to nemůže být pravda, honí se mi neustále v hlavě. Prosim, řekněte mi někdo, že se jedná o krutý žert! (Ema).“ (Špatenková, 2013, s. 41). Pro odborníky, kteří pracují v poradenství pro pozůstalé, se stává klíčovým úkolem uvědomění si skutečnosti ztráty a její význam, dopady a také nezvratnost. Pozůstalí, u kterých probíhá proces truchlení, potřebují často mluvit o zemřelém, bohužel v některých rodinách tato potřeba není naplněna, dokonce velmi často dochází i k umlčení: *„Už o tom nemluv! Já přece vím, co se stalo! Proč o tom pořád musíš mluvit?“*. V těchto případech existuje poradenství pro pozůstalé, ve kterém se odborníci nevyhýbají rozhovoru o zemřelém, ba naopak by měli k takovému rozhovoru pozůstalé směřovat, dodávat jim odvalu a mluvit o zemřelém.

Nejdůležitějším úkolem v poradenství je pomoci pozůstalým žít dál bez zemřelého, hledání nového smyslu života a být podporou v procesu vyrovnání se se ztrátou blízké osoby. „*Vypovídala jsem se paní psycholožce i ostatním. Mám návod, jak všechno zvládnout s vyrovnanější dušičkou, a zjistila jsem, že není ten svět tak ztracený, jak jsem si původně myslela, Téměř po osmi letech mám pocit, že žiju, a ne jenom existuju. (Dara).*“ (Špatenková, 2013, s. 44).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Metodika výzkumu

V praktické části diplomové práce popisují a komplexně shrnují problematiku výzkumu. Výzkumné šetření plynule navazuje na teoretické poznatky. Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup. Ke sběru dat byla zvolena střední cesta mezi jednotlivými typy interview, a to polostrukturovaný rozhovor (Švaříček, Šedřová, 2007). Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakým způsobem a jaké aspekty kvality života se změnily po smrti člena rodiny. Hlavní cíl byl doplněn dílčími cíli. Dílčími cíli výzkumu bylo zjistit, zda respondenti zaznamenali změny psychického stavu, fyzické změny, změny v sociální oblasti, změny ve finanční oblasti a změny v duchovní oblasti. Dalšími dílčími cíli bylo zjistit, zda respondenti měli kolem sebe někoho, kdo jim napomáhal s vyrovnáním se se smrtí člena rodiny a zda využili služby psychologického poradenství.

2.1.1 Výzkumné problémy

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaké změny kvality života respondenti zaznamenali po smrti člena rodiny. Hlavní cíl byl doplněn dílčími cíli.

Dílčími cíli výzkumného šetření bylo zjistit, zda respondenti zaznamenali změny v psychickém stavu, fyzické změny, změny po smrti člena rodiny v sociální oblasti, změny ve finanční situaci po smrti člena rodiny. Dalšími dílčími cíli bylo zjistit, zda a jakým způsobem respondenti pečovali o své zdraví po smrti člena rodiny, zda měli ve své blízkosti někoho, kdo jim pomáhal vyrovnat se se smrtí člena rodiny a zda měli možnost a zda využili služby psychologického poradenství. Jednotlivé výzkumné problémy jsou formulovány prostřednictvím následujících výzkumných otázek:

Výzkumná otázka č. 1:

Jaké změny kvality života jste zaznamenal/a po smrti člena rodiny?

Výzkumná otázka č. 2:

Jaké změny jste zaznamenal/a v psychickém stavu po smrti člena rodiny?

Výzkumná otázka č.3:

Jaké fyzické změny jste zaznamenal/a po smrti člena rodiny?

Výzkumná otázka č. 4:

Jaké změny po smrti člena rodiny jste zaznamenal/a ve své finanční situaci?

Výzkumná otázka č. 5:

Jaké změny po smrti člena rodiny jste zaznamenal/a v duchovní oblasti?

Výzkumná otázka č. 6:

Jaké změny po smrti člena rodiny jste zaznamenal/a v sociálním životě?

Výzkumná otázka č. 8:

Měl/a jste ve své blízkosti někoho, kdo vám pomáhal vyrovnat se se smrtí člena rodiny?

Výzkumná otázka č. 9:

Měl/a jste možnost využít a využil/a jste služby psychologického poradenství po smrti člena rodiny?

2.1.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo šest respondentů, kteří prožili ztrátu blízké osoby, proces truchlení a vyrovnání se se smrtí člena rodiny. Respondenti doprovázeli své členy rodiny na poslední cestě života v domácím prostředí. Získané odpovědi respondentů na výzkumné otázky jsme získali během jednoho měsíce. Věkové rozmezí respondentů bylo třicet pět až sedmdesát let. Někteří z nich se museli rozloučit se svým dítětem, manželem, manželkou, matkou, nebo prarodičem. Do výzkumného šetření byli zařazeni zejména pracující respondenti, ale i lidé v důchodovém věku. Vzorek respondentů byl vybrán na základě doporučení již zúčastněných respondentů s využitím metody

„snowballing“, neboli metoda sněhové koule. Jednalo se o kritériový výběr. Účastníci výzkumného šetření byli vybíráni na základě předem definovaných kritérií: péče o své členy rodiny v domácím prostředí, smrt blízkého člověka, vyrovnání se se smrtí člena rodiny (Skutil a kol., 2011).

Respondentem č. 1 byla žena v důchodovém věku (70 let), která pečovala 3 roky o svého manžela v domácím prostředí. Poslední 4 měsíce života nemocného byly pro celou rodinu velmi psychicky i fyzicky vyčerpávající. Muž se nacházel v terminálním stádiu rakoviny, jeho žena se mu snažila zpříjemnit poslední okamžiky života a doprovázela ho na jeho poslední cestě. Respondentka č. 1 byla v blízkém kontaktu s mobilním týmem pracujícím v hospici zvaném Strom života. Mobilní zdravotní personál napomáhal respondentce s každodenní rutinou, snažili se splnit poslední přání umírajícímu, poskytoval umírajícímu a celé rodině oporu v těžkých situacích a také poskytoval veškeré užitečné informace ohledně paliativní péče v domácím prostředí. Po ztrátě blízkého člověka specializovaný tým nabídl odbornou pomoc pro členy rodiny. I když ztráta milovaného člověka velmi hluboce zasáhla celou rodinu, respondentka č. 1 považovala odchod svého manžela za jeho vysvobození ze světa plného utrpení a bolesti.

Do výzkumného šetření se také zapojila respondentka č. 2, která pečovala o svého manžela v domácím prostředí téměř 1 rok. Žena v důchodovém věku (63 let) si myslela, že své stáří prožije po boku svého milovaného muže, v blízkosti svých vnoučat a dětí, bohužel nevyléčitelné onemocnění jejího manžela tuto krásnou představu ihned změnilo na velmi těžké a bolestivé období. Nejprve respondentka č. 2 pečovala o svého manžela takovým způsobem, že ho doprovázela na různá vyšetření, CT, nukleární medicínu a podobně. Později se však zdravotní stav nemocného rapidně zhoršil a potřeboval proto mnohem důkladnější péči, kterou vykonávala jeho manželka. Respondentka č. 2 chtěla pro svého manžela zařídit veškeré potřebné věci, jako například polohovací postel, k tomu, aby mu usnadnila a zpříjemnila poslední chvíle jeho života, bohužel se tomu tak nestalo, neboť muž velmi rychle prohrál svůj boj s velmi zákeřnou nemocí. Po jeho odchodu manželka byla nejprve v šoku, takový rychlý konec vůbec neočekávala. Poté pociťovala velký vztek, že ji nechal na tomto světě samotnou, přece si společně plánovali, jakým způsobem prožijí krásné chvíle v důchodu.

Dalším účastníkem interview byla respondentka č. 3 (49 let), která pečovala 23 let o svého syna, u kterého bylo diagnostikováno hned několik vážných onemocnění, a to zejména diabetes mellitus 1. typu, svalová dystrofie, epileptické záchvaty, které byly velmi časté a trvale poškodily funkci mozku. Žena obětovala svůj život, svoji kariéru a sociální život pro svého syna, který kvůli jeho zdravotnímu stavu vyžadoval péči 24 hodin denně. Po jeho smrti respondentka č. 3 ztratila smysl života a bylo pro ni velmi těžké se znovu postavit na vlastní nohy a žít kvalitní život i bez svého milovaného syna. Sdělila nám, že v životě nedostane tolik lásky, kterou dostala od svého syna. Po 23 letech si najít nové zaměstnání, začít opět pracovat, snažit se o navázání kontaktu se svými tehdejšími přáteli a vycházet se svým manželem po smrti jejich dítěte, představovalo velkou změnu v životě respondentky, tuto změnu však nechtěla přijmout. Důvodem odmítání nového stylu života byla nepředstavitelná vize žít nadále bez svého milovaného dítěte.

Čtvrtým subjektem výzkumného šetření byla respondentka č. 4, která pracovala jako pracovnice v sociálních službách. Tato žena (35 let) se starala o svoji babičku, která měla diagnostikovanou Alzheimerovou nemoc. Nejdříve se u nemocného zhoršuje paměť, později není schopen se sám o sebe postarat a je zcela závislý na péči druhých. Respondentka č. 4 stejně jako respondentka č. 1 navštívila mobilní hospic Strom života, který ji napomáhal s péčí o její babičku. Žena pečovala o svou babičku téměř 4 roky, je to velmi dlouhá a těžká doba, která psychicky i fyzicky ovlivňuje kvalitu života pečujících. Po její ztrátě respondentka pociťovala velkou úlevu, později si však začala vyčítat, že neudělala vše, co bylo v jejích silách.

Do výzkumného šetření se také zapojili dva muži, jako první byl respondent č. 5, který pečoval o svou matku necelé dva roky. Jeho matka měla podobný průběh nemoci jako babička respondentky č. 4, u které byla diagnostikována Alzheimerova nemoc. Muž (47 let), i když pečoval o svou matku, musel chodit do svého zaměstnání, a to z důvodu nedostatku peněz. S péčí o jeho matku mu napomáhala jeho celá rodina. Pro respondenta č. 5 nastaly velmi těžké a hektické dva roky, vždy když měl přestávku ve své práci, která sídlila nedaleko jeho bydlení, ihned jel domů a postaral se o svou matku. Nevnímal tuto skutečnost jako nežádoucí, ba naopak svou matku velmi miloval a udělal by pro ni cokoli. Pokud pečujete o člena rodiny delší dobu a nemáte dostatek prostoru pro vlastní potřeby, může dojít k fyzickému a psychickému vyčerpání. Po odchodu své matky

na onen svět byl nejprve v šoku, poté pociťoval velkou úlevu, později však cítil beznaděj, strach, smutek a pocity viny.

Posledním účastníkem výzkumu byl respondent č. 6 (68 let), který pečoval o svou manželku v terminálním stadiu rakoviny tlustého střeva. Tato péče trvala 3 měsíce v domácím prostředí. Stejně jako respondentky č. 1 a č. 4 také využil pomoc mobilního hospice. Tým specializovaných pracovníků připravoval respondenta na poslední cestu života jeho ženy. Naštěstí měl muž kolem sebe velkou milující rodinu, která při něm stála v jeho těžkých chvílích a její členové se střídali v péči o umírajícího. Svou ženu doprovázel a snažil se, aby měla co nejkvalitnější život na poslední cestě její existence. Po ztrátě své milované ženy nejprve pociťoval úlevu, později však u něj došlo k rozvoji komplikovaného truchlení, neboť jeho manželka znamenala pro něj celý svět a nedokázal si představit svůj život bez ní.

Tabulka č. 1: Údaje o respondentech

respondent	pohlaví	věk	bydliště	délka doby péče o člena rodiny v domácím prostředí	zesnulý člen rodiny
1	žena	70	vesnice	3 roky	manžel
2	žena	63	město	1 rok	manžel
3	žena	49	město	23 let	syn
4	žena	35	vesnice	4 roky	babička
5	muž	47	město	2 roky	matka
6	muž	68	vesnice	3 měsíce	manželka

2.1.3 Výzkumná metoda a metoda sběru dat

V praktické části diplomové práce popisují a komplexně shrnují problematiku výzkumu. Výzkumné šetření plynule navazuje na teoretické poznatky. Pro výzkum diplomové práce byl zvolen kvalitativní přístup. Kvalitativní metoda byla zvolena záměrně vzhledem k citlivosti zvoleného tématu diplomové práce. Ke sběru dat byla zvolena střední cesta mezi jednotlivými typy interview, a to polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor je nejčastější používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. (Švaříček, Šedřová, 2007). Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje tím, že se skládá z předem připravených otázek, které jsou následně kladeny účastníkům výzkumného šetření. Získaná data se v jednotlivých rozhovorech strukturně neliší, a proto tímto způsobem získáme informace, které jsou pro náš výzkum opravdu podstatné. Během interview dochází k přímému kontaktu s dotazovaným, a tudíž můžeme předejít případnému nedorozumění v oblasti pokládaných otázek a také si můžeme všimnout neverbálních signálů dotazovaných (Hendl, 2005, s. 173).

2.1.4 Organizace výzkumu

Výzkum byl realizován v průběhu měsíce října a listopadu 2020. Respondenti byli řádně informováni o průběhu výzkumného šetření. Na začátku interview byl představen výzkumník i jeho požadavky a jednotlivé cíle výzkumné části práce. Účastníci výzkumného šetření před zahájením rozhovoru podepsali informovaný souhlas, který slouží k seznámení se skutečností, že veškeré získané informace budou zpracovány pouze za účelem výzkumné části diplomové práce, bude zachována jejich anonymita a také, že respondenti mohou od výzkumného šetření kdykoliv odstoupit.

Respondenti odpovídali na otázky, které byly záměrně zvoleny tak, aby účastníci výzkumného šetření nemohli odpovídat pouze ano/ne, ale jejich odpovědi byly úmyslně rozvíjeny. Nejprve respondenti odpovídali na tzv. zahřívací otázky, které měly za úkol respondenta rozmluvit a uvést ho do rozhovoru. Poté následovaly výzkumné otázky, které byly klíčové pro získání dat výzkumné části práce. Jednotlivé odpovědi respondentů byly doprovázeny otázkami, porozuměním emocím a citlivým situacím

dotazovaných. Na závěr výzkumného šetření byly zvoleny otázky, které ukončily rozhovor mezi výzkumníkem a respondentem.

2.1.5 Analýza dat

Analýza získaných dat probíhala metodou otevřeného kódování. Kódy zařazené do jednotlivých kategorií souvisejících jevů dokládaly podobnost a příbuznost. Pro výzkumné šetření byly hledány souvislosti mezi jednotlivými výpověďmi respondentů s jinými fakty, studiemi nebo odbornou literaturou, následně byly zařazené do konkrétních kategorií. Výpovědi účastníků výzkumného šetření byly shrnuty tak, abych z nich vyplývaly nejdůležitější informace, názory a zkušenosti.

Tabulka č. 2: Ukázka postupu při kódování

<p>„Všechno se mi zhroutilo, ztratila jsem svého synka, kterého jsem nadevše milovala. Takže se můj psychický stav zhoršil, cítím se strašně unavená, zhubla jsem nějakých 10 kg, mám deprese, úzkosti. S mojí manželkou jsem se rozvedla, přestali jsme si rozumět, svému okolí se vyhýbám a ani nemám náladu se s někým novým seznamovat.“</p>	<p>Kvalita života po smrti člena rodiny</p>
<p>„Po odchodu mého milovaného syna se můj psychický stav zhoršil, trpěla jsem nejprve úzkostmi, později se však u mě objevily sklony k depresím.“</p>	<p>Změny psychického stavu</p>
<p>„Po smrti mé manželky se u mě objevila nespavost. Opravdu mám kolikrát přehozený den s nocí, a</p>	<p>Fyzické změny Změny psychického stavu</p>

<p>věřte, že noci jsou velmi dlouhé... Můžou to být ty projevy dlouhodobého fyzického a psychického vyčerpání a nespavosti.“</p>	
<p>„Co si budeme vykládat, po 23 letech se vrátit do práce je pro mě nepředstavitelná situace, vůbec nevím, co budu dělat. Jsem vyučená kuchařka, ale nemám žádnou praxi. Zatím dělám pouze brigádně, takže nějaké peníze na hospodaření mám, jen se musím hodně uskromnit.“</p>	<p>Změny ve finanční situaci</p>
<p>„Po narození mého syna jsem si říkala, že žádný Bůh neexistuje, kde je ta spravedlnost? Proč zrovna můj syn se nedožije ani 20 let? Byla jsem na Boha velmi našťvaná. Později jsem si však uvědomila, že můj syn byl celou dobu darem od Boha.“</p>	<p>Změny v duchovní oblasti</p>
<p>„Po smrti mého manžela jsem přestala vyhledávat kontakt se svým okolím, přestala jsem se vidat s našimi přáteli. Potřebovala jsem být sama a neměla jsem náladu se s někým jiným bavit.“</p>	<p>Změny v sociální oblasti</p>
<p>„Podpora celé mé rodiny byla pro mě velmi důležitá. Nebýt mé rodiny asi bych to nezvládla, a to nemluvím jen o situaci po smrti mého manžela,</p>	<p>Podpora a pomoc rodiny</p>

<p><i>ale i během péče o něho. Rodina je opravdu nepostradatelná a přála bych všem, aby měli štěstí na rodinu stejně jako já.“</i></p>	
<p><i>„Dcera mě požádala abych s ní navštívila psychologické poradenství pro pozůstalé.“</i></p>	<p>Odborná pomoc</p>

3 VÝSLEDKY

Kvalita života po smrti člena rodiny

Pojem kvalita života, jak už jsme v teoretické části práce zmínili, lze velmi těžko definovat, neboť se jedná o jev, který zahrnuje široké spektrum nejrůznějších dílčích faktorů, na které navíc může být různými lidmi nahlíženo zcela odlišně, poněvadž každý konkrétní jedinec do struktury kvality života zařazuje odlišné potřeby, jimž také přikládá různou váhu. Kvalita života zahrnuje odlišný způsob života, styl života, životní podmínky, psychické i fyzické zdraví jedince (Dufková, 1986). Gurková a Žiaková (2009) uvádějí, že na kvalitu života může být nahlíženo z různých úhlů pohledů. Záleží na tom, jak kvalitu života jedinec vnímá, to znamená, že je provázena různými komponenty u různých lidí, v jiném čase, proto se její obsah nedá specificky vymezit. Také nastávají rozdílné pohledy na kvalitu života, a to kvůli odlišným životním situacím pozůstalých. V této kategorii jsem se zaměřila na změny kvality života po smrti člena rodiny. Respondenti velmi často zmínili, že se změnil vztah ke společnosti, psychický stav, fyzický stav a finanční podmínky.

Respondentka č 1: *Kde začít? (smích). Po smrti mého manžela jsem se začala o sebe více starat, a tak se u mě objevily různé nemoci, jako například vysoký tlak, nespavost, cukrovka a dokonce podvýživa. No potom jsem se přestala bavit s našimi společnými kamarády, neměla jsem nějak na ně náladu. Přestala jsem chodit do města, nakupovat, začala jsem se prostě blbě cítit mezi lidmi, nejraději jsem byla doma se svou*

rodinou. Finanční situace taky nebyla nejlepší, ale nyní už se to dá zvládat. I když jsem velmi unavená, kolikrát nemůžu popadnout dech, tak se snažím své poslední chvíle co nejvíce strávit se svou rodinou, neboť vím, že můj muž stále chtěl být s námi a opravdu celou dobu bojoval, aby tady byl co nejdéle. Život je hezký, ale zároveň i krutý, no.

Respondentka č. 2: *U mne nastalo období určité bezradnosti. Krátce před touto smutnou událostí jsem si prosadila koupi zahrady. Jednak jsem si to dlouho přála a taky jsem doufala, že se můj muž dostane ze své záдумčivosti a nezájmu. Zahrada byla zanedbaná a zdevastovaná, postrádala jsem pomoc a rady a také dojezd a odvoz věci autem. Já jsem se neodvažovala řídit. Na 7 km vzdálenou zahradu jsem jezdila na kole, nebo autobusem. Osobní auto jsem musela prodat. Taky mi chybělo společné cestování autem a návštěvy za našimi rodinami, za vnoučaty a hlavně hezké vyjížďky a výlety po severní Moravě. Oba jsme měli rádi přírodu, památky, regionální zajímavosti, posezení v restauraci – vše mám alespoň na fotografiích. Skončilo i chození do kina, viděli jsme každý nový film.*

Respondentka č. 3: *Můj život se obrátil vzhůru nohama, nebudu vám lhát, měla jsem myšlenky, že už tady nechci být a že si nějak ublížím. Všechno se mi zhroutilo, ztratila jsem svého synka, kterého jsem nadevše milovala. Takže se můj psychický stav zhoršil, cítím se strašně unavená, zhubla jsem nějakých 10 kg, mám deprese, úzkosti. Začal pro mě nový život, který jsme si nepřála. Musím si najít po 23 letech práci, ani nevím pořádně, co chci dělat, spíše nevím, co vlastně umím. S mojí manželkou jsem se rozvedla, přestali jsme si rozumět, svojemu okolí se vyhýbám a ani nemám náladu se s někým novým seznamovat. Přestala jsem se o sebe starat, neměla jsem už pro co žít, přitom jsem zapomínala na svou dceru a vnoučata, teď vím, že ještě stále mám pro co žít.*

Respondentka č. 4: *No, já si myslím, že každého nějakým způsobem ovlivní smrt, hlavně když tedy vidí někoho umírat. Mě osobně to asi posílilo, uvědomila jsem si, že život může být krásný a velmi krátký. Moje babička bojovala do poslední chvíle, takže vím, že je pro co žít a že je vždy něco, na co se můžete těšit. Jinak asi jako se u mě nic nezměnilo, jen tedy jsem přestala pociťovat chronickou bolest zad. A taky jsem si potvrdila, že rodina je to nejdůležitější, co mám.*

Respondent č. 5: *Kvalita života, upřímně ani nevím, co si mám pod tím představit. Samozřejmě jak moje mamka umřela, jsem byl smutný, pořád mi chybí, nevěřil jsem tomu, že zemřela. Naštěstí mám svoji rodinu a další povinnosti, které mě asi drží a vím, že musím nějakým způsobem fungovat. Fyzicky se cítím celkem dobře. Byl jsem po smrti mojí mamky dost unavený, ale teď už je to dobrý.*

Respondent č. 6: *Ježíš, no tak určitě, no. Tak nemám náladu na nějaké lidi, chci být spíše sám. Pak pořád nemůžu spát, i když si každý večer se sousedem dávám zdravotní (smích), tak i tak neusnu, takže pořád jen čumím do stropu. Jako je toho asi hodně, protože moji starou jsem fakt miloval a byla pro mě vším. A teď jsem sám a nevím, co mám dělat, musel jsem se naučit vařit, uklízet a to všechno na stará kolena. Jako děcka mě navštěvují, ale ne tak často, mají už dávno svoje.*

Svobodová (2006) uvádí, že: „Skutečná kvalita života u konkrétního jedince je určena významem jednotlivých domén a rozsahem, v jakém u něj dochází k jejich naplňování v reálném životě. Zdůrazňovány jsou možnosti, příležitosti a omezení, které každý člověk ve svém životě má a tyto jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím.”

Změny psychického stavu pozůstalých

Po smrti člena rodiny jsou pozůstalí vystaveni velkým emocionálním výkyvům. Účastníci výzkumného šetření se shodli na tom, že jejich emoce se velmi často střídaly. Respondentka č. 4 zmínila: „*Mé emoce se tak často střídaly, připadala jsem si jako bych byla na houpačce.*“ Po smrti blízké osoby nejprve pociťovali šok, poté úlevu, vztek, vinu, strach, později smutek a beznaděj. Respondentka č. 2 uvedla: „*U mě se vystřídaly snad všechny pocity. První byla úleva, že se už nemusí trápit. Další byl pocit zrady a naštvání, že mě tady nechal, že mohl víc zabojovat a nevzdávat se tak rychle. Objevil se i pocit sebeobviňování, že jsem mohla poznat něco dříve, že jsem mohla něco udělat a neudělala, nebo že za něco můžu. Po krátké době nastal pocit smutku a tísnivý pocit, že moje samota je už nastálo a nic se nevrátí.*“

„Jakmile vidíte svého člena rodiny, který už jen spí, necítí žádnou bolest a dále se už netrápí, v tu chvíli je namísto pocítit úlevu a neměli bychom se za tyto pocity stydět. Přece jenom bojoval do poslední chvíle, měl nepopsatelné bolesti a zaslouží si konečně klid. Všichni jsme si přáli, aby jeho odchod nebyl pro něho bolestivou poslední cestou života, aby zemřel v klidu v obklopení své rodiny. Takhle by si to i on přál. Je to hrozné říct, ale v některých okamžicích jsem se modlila, aby měl můj manžel konečně klid a opustil nás.“ (Respondentka č. 1).

Podobného názoru byl respondent č. 5., který uvedl: *„Pro mou matku jsem vždycky chtěl jen to nejlepší a když vidíte, jaké bolesti prožívá, nebo že jen leží a kouká do stropu a nic jiného z toho života už nezažije, je to velmi smutná představa, a proto jsem si přál, aby se už má maminka netrápila, konečně odpočívala a necítila žádnou bolest. V tuto chvíli si přeju jen to jediné...“*

Respondent č. 6 uvedl: *„Ano, jako první jsem cítil úlevu a nestydím se za to, neboť moje manželka žila 2 roky v bolestech, a to nikdo nikomu nepřeje. Ten den, kdy moje manželka zemřela jsem opravdu cítil úlevu, přece jenom to všechno okolo bylo hodně náročné na psychiku. Jenže postupem času mi začalo docházet, že jsem ztratil svou drahou polovičku, se kterou jsem prožil krásných 40 let a nyní zůstanu v obrovském domě zcela sám. Měli jsme společné plány, které najednou zmizely... V tu chvíli jsem začal cítit smutek, fakt mi chybí. Začal jsem se bát, co bude jako dál. Chvíli jsem taky měl vztek na svoji manželku, byl jsem na ní naštvaný, bo mě tu nechala samotného. Ano mám děti, vnoučata, ale ty mě prostě nemůžou navštěvovat každý den, takže se cítím hrozně osaměle. Pak si říkáte, ale to jsem si přál, aby moje manželka měla konečně klid a necítila tu hroznou bolest. Tyto emoce se neustále střídaly.“*

Podle Špatenkové (2008) smrt člena rodiny představuje pro pozůstalé obrovskou ztrátu a zásah do jejich životů. Ze dne na den se rodinným příslušníkům změní postoj k životu. Smrt blízkého vnímají, jako by se jim zhroutil celý svět. Už nikdy se se svým členem rodiny nesečkají, nemohou ho pohladit, obejmout, ztrácejí svého milovaného člověka napořád. Respondentka č. 3, která pečovala o svého syna 23 let nám sdělila, že: *„Ztratila jsem syna. To mě velmi psychicky odrovnalo. Projevovalo se u mě komplikované truchlení, a to z toho důvodu, že syn pro mě znamená nejvíce na tomto světě, byl celý můj život. Po jeho odchodě jsem si uvědomila, že už ho nikdy nevidím, neobejmu ani nepohladím, už mu nikdy neřeknu, co pro mě znamená.“* Respondentka č. 3 pokračovala: *„Po odchodu mého milovaného syna se můj psychický stav zhoršil, trpěla jsem nejprve úzkostmi, později se však u mě objevily sklony k depresím. Nedokázala jsem si představit život bez svého syna. Většinu svého života jsem žila jen pro něj a teď?... Když už s námi není, nevím, co mám dál dělat. Cítila jsem vztek, že mě tady syn nechal samotnou, že ještě nezabojoval, i když vím, že bojoval celý svůj život, ale v tu chvíli myslíte jen na sebe, co s vámi bude a podobně.“*

Respondentka č. 1: *„Byla jsem moc ráda, že jsme doprovázeli mého manžela na jeho poslední cestě všichni společně, celá naše rodina. Takto by si to manžel přál,... být všichni spolu, žádné slzy. Hlavně v tento okamžik byla rodina pro mě velkou oporou a nedovolili mi, abych se psychicky zhroutila. Pomohli mi s vyřizováním pohřbu a dalších záležitostí, bez nich bych to opravdu nezvládla a už bych se psychicky zhroutila. Přála jsem si, aby manžel už netrpěl, ale také se mi promítlo v hlavě, co bude dál, a to mě velmi vystrašilo, představa žít v domě úplně sama, necítit vedle sebe svého manžela. Po pohřbu jsem opět cítila jakousi úlevu, později však nastalo období smutku, které přetrvává do teď. Vnoučata mě často navštěvují a dělají mi radost, ale večer, jak všichni opět odjedou do svých domovů, jste prostě osaměli.“*

„Zůstal jsem na tomto světě sám“ (Respondent č. 6). *„Myslela jsem si, že společně prožijeme další roky na důchodě. Budeme spolu cestovat, navštěvovat své rodiny, děti a vnoučata. Oba jsme měli rádi přírodu, památky, regionální zajímavosti, posezení v restauraci – vše mám alespoň na fotografiích“* (Respondentka č. 2). *„Člověk si asi nikdy nezvykne na samotu, ale postupem času se snažíme učit žít bez svého protějška, i když je to někdy velmi těžké“*. (Respondent č. 1).

Všichni respondenti, kteří se zúčastnili výzkumného šetření se shodli na tom, že jejich emoce po smrti člena rodiny se velmi často střídaly, i když jejich intenzita a posloupnost je u každého jedince individuální. Po smrti milovaného člověka nejprve cítili úlevu, neboť péče o umírajícího je velmi psychicky i fyzicky náročná zejména z toho důvodu, že vidíte svého blízkého člověka v bolestech a utrpení. Později však pozůstali cítili vztek na zesnulého, strach z budoucnosti a samoty a poté nastalo období smutku. Většina respondentů se postupem času naučila žít bez zesnulého, neboť kolem sebe měli rodinu a přátele, kteří pro ně v tomto těžkém období byli velkou oporou.

Fyzické změny u pozůstalých

V této kategorii se zaměřujeme na to, zda došlo k fyzickým změnám na těle u pozůstalých po smrti člena rodiny a jestli tyto změny ovlivňovaly každodenní činnosti jednotlivých respondentů. Zaměřovali jsme se zejména na sebevímání, krevní tlak, nespavost, srdeční potíže, ztrátu váhy, strach z úrazu, zátěž, dušnost, nepohyblivost, nezvládání běžných domácích prací.

Respondentka č. 1: *„Tož těžko říct, jestli fyzický stav se zhoršil z toho důvodu, že jsem delší dobu pečovala o svého manžela, který prohrál svůj boj s nevyléčitelnou nemocí, a nebo spíše jsem se začala o sebe více starat po jeho smrti, a tak jsem přišla na několik nemocí. Jako první se u mě objevil vysoký krevní tlak, poté podvýživa, otoky nohou a nespavost. Tyto změny by se asi daly spojovat se ztrátou mého manžela. Nikdy předtím jsem s podvýživou problém neměla, ba naopak (smích). Noci začaly být pro mě nekonečné, nemohla jsem spát, ani knížka už mě neuspala. Poté mi přišli na cukrovku. Toto onemocnění mohlo u mě kdykoliv propuknout, už z důvodu mého věku, ale i kvůli dědičnosti, neboť moji rodiče i prarodiče měli cukrovku. Došlo u mě k zhoršení dechu, nemohla jsem najednou vyjít schody, a to jich máme pár. Záda mě bolí doteď, celkově jsem pořád hrozně unavená. Je pravda, že jsem se začala o sebe více bát, jelikož jsem zůstala sama v domácnosti, tak se mnohem více bojím pádu, že si zlomím nohu, ruku a kdo ví, co ještě a že se o sebe nedokážu sama postarat.“*

Respondentka č. 2: „Fyzické změny jsem na sobě nepocítovala žádné. Myslela jsem si, že zhubnu pod náparem starostí a fyzické práce na zahradě a jízdě na kole, ale to se nestalo. Následovalo ale dlouhé období nespavosti, byla jsem unavená z probdělých nocí. Propukla u mě srdeční arytmie a cukrovka, ale to by se určitě projevilo i tak z důvodu věku a dědičnosti.“

Respondentka č. 3: „Ano, já jsem zaznamenala nějaké změny... zhubla jsem 10 kg kvůli nechutenství, přestalo mi chutnat veškeré jídlo, ani jsem neměla náladu něco jíst, nebo něco uvařit. Přišlo mi, že jsem zestárla tak o 10 let, samé vrásky a povadlá kůže, ale to mohlo být také tím, že jsem najednou zhubla 10 kg. Dále nespavost, jsem opravdu závislá na lécích, doteď nemůžu normálně usnout, bývám často fyzicky vyčerpaná, i když už je to 3 roky, co mě můj syn opustil. Ztratila jsem kus sebe, tím pádem jsem se přestala i o sebe starat, najednou jsem neměla tu vůli o sebe pečovat, protože už mě nikdo nepotřebuje. Přestala jsem se starat o domácnost a o běžné věci, které jsem předtím dělala. Také se mi zhoršilo dýchání, nevyjdu schody, pomalu nedojdu ani do obchodu. No jo, když máte dlouhodobý stres, tak někde se to projevit musí... Říkám si, že jsem ještě mladá, abych se tak cítila, ale nyní nemám žádnou motivaci, abych se dala zpátky do pořádku.“

Respondent č. 6: „Po smrti mé staré se u mě objevila nespavost. Opravdu mám kolikrát přehozený den s nocí, a věřte, že noci jsou velmi dlouhé... Musím brát prášky na nespavost, jen mám z toho trochu strach, neboť tyto léky jsou návykové, proto jsem je dlouho odmítal, později jsem přišel na to, že to jinak asi nepůjde. Taky beru prášky na vysoký tlak. Cítím hrozně velkou únavu. Můžou to být to projevy dlouhodobého fyzického a psychického vyčerpání a nespavostí, nebo to může být také z toho důvodu, že mi prostě chybí manželka, která neustále plánovala pro nás nějaký program, abychom neproleželi celý den doma na gauči, abych se doma jen neflákal. Celková únava mi trochu překáží u uklízení, chození na procházky se psem, vaření atd. Možná to není ani únavou, ale tím, že tyto věci jsme dělali společně s mojí a teď, když jsem sám, tak se mi fakt nic prostě nechce dělat.“

Respondentka č. 4 a respondent č. 5 nám sdělili, že u nich nedošlo k zhoršení fyzického stavu po smrti člena rodiny, ba naopak odezněla bolest zad, měli dostatek času pro sebe, tudíž se zlepšil jejich celkový fyzický stav. Autoři Kozáková, Vévodová, Merz, Grygová, Kozák (2017, s. 2) ve svém odborném článku popisují, že při dlouhodobé paliativní péči o člena rodiny dochází k zátěži pečovatele, která se projevuje bolestmi hlavy, zad, celkovou únavou a nedostatečným spánkem. Toto tvrzení potvrdila respondentka č. 4, která uvedla, že: *„Žádné fyzické změny jsem asi nezaznamenala, jen tedy po smrti mé babičky jsem prospala asi dva dny, neboť její onemocnění vyžadovalo denně 24 hodin péče, a byla jsem už velmi fyzicky vyčerpaná. Je pravda, že mě přestaly bolet záda, neboť jsem neustále babičku musela polohovat, aby u ní nedošlo ke vzniku proleženin. Přece jenom to byl velký záběr na celé mé tělo.“* (Respondentka č. 4.) *„Byl jsem velmi fyzicky vyčerpaný, musel jsem docházet do roboty, kvůli velké hypotéce, co máme na barák. Moje rodina mi pomáhala, ale když jsem přišel domů, nemohl jsem si jen tak lehnout, dát si nohy na stůl, dát si pivo a pustit si televizi. Musel jsem se postarat o svoji maminku, která byla závislá na péči druhých. Uvědomuji si, že to bylo moje rozhodnutí se starat o matku a ještě k tomu chodit do práce, ale měli jsme s mojí manželkou velké výdaje, takže mi nic jiného nezbývalo. Po smrti mé maminky se tedy můj fyzický stav vrátil do normálu.“* (Respondent č. 5).

Změny ve finanční situaci

Ztráta člena rodiny může mít zásadní vliv na ekonomické zabezpečení, kam patří naplňování materiálních a existenčních potřeb, jako je výživa, bydlení, náklady na provoz domácnosti, splácení dluhů, ošacení a podobně. Pohled pozůstalých na změny v oblasti finanční se liší, někteří respondenti pociťují výrazné finanční změny, jiní naopak vůbec. Společným prvkem ve většině výpovědí bylo uskromnění.

Respondentka č. 1: *„Ze začátku mi peníze chyběly, byla jsem zvyklá na určité finanční prostředky, o které jsem teď přišla. Nejen, že jsem přišla o svého manžela, ale odešly mi i veškeré spotřebiče, jako je pračka a lednička, dokonce i střecha už by chtěla opravit. Říkala jsem si, kde na to teď vezmu peníze. Později jsem si však uvědomila, že se vůbec nemám špatně. Po manželovi mi zůstaly nějaké peníze, které si sám šetřil, z těchto peněz jsem si koupila novou pračku a ledničku a vyměnila jsem naše stará okna za plastová. Ještě že ten můj manžel šetřil (smích)“*. Respondentka č. 1 dodala: *„Když*

jsou dva, tak toho více utratí, než jeden člověk. Vařím na dva dny, peru jednou týdně. Člověk se možná musí trochu uskromnit, ale není to taková hrůza. “

Respondentka č. 2: *„Finanční situace u mě nebyla dobrá. Z velké části jsme odčerpali hotovost nákupem zahrady. Když jsem zůstala sama, padla celá hotovost na úpravy a opravy, nákup zahradního domku na nářadí, pergolu, střechu apod. K mému důchodu jsem si vzala ještě půjčku, nebyla žádná finanční rezerva. Moje dvě dcery se zřekly dědictví po otci v můj prospěch, jinak bych musela prodat byt. Po čase jsem si nechala vyplatit důchodové pojištění a vše se vrátilo do normálu.“*

Respondentka č. 3: *„Bohužel já jsem byla zvyklá se starat o svého syna 23 let, dostala jsem nějaké peníze za péči, neměli jsme se vůbec špatně. Nyní se to však změnilo, rozvedla jsem se s manželem, takže jsem přišla o další částku, kterou přispíval na domácnost, a tak musím hledat zaměstnání. Co si budeme vykládat, po 23 letech se vrátit do práce je pro mě nepředstavitelná situace, vůbec nevím co budu dělat. Jsem vyučená kuchařka, ale nemám žádnou praxi. Zatím dělám pouze brigádně, takže nějaké peníze na hospodaření mám, jen se musím hodně uskromnit. “*

Některé ženy, které se zúčastnily výzkumného šetření, nejprve zaznamenaly zásadní změny ve finanční oblasti po smrti člena rodiny, neboť byly zvyklé na určité finanční prostředky, o které nyní přišly. Poté se naučily hospodařit se svými finančními prostředky a jejich situace se o něco zlepšila. Ostatní respondenti nezaznamenali zásadní změny ve finanční oblasti. Respondentka č. 4 zmínila, že: *„Finanční změny jsem spíše zaznamenala, když jsem se starala o svou babičku, která potřebovala denně 24 hodin péči, proto jsem nemohla docházet do zaměstnání a něco si přivydělat. Naštěstí jsem na tuto situaci nebyla sama, měla jsem hned vedle sebe manžela, který mi se vším pomáhal. Po smrti mé babičky se hned má finanční situace zlepšila, opět jsem se vrátila zpátky do práce.“*

Respondent č. 5: *„Ano, zaznamenal jsem změny ve finanční situaci, ale jinak, než si asi myslíte. Já jsem měl možnost stále chodit do svého zaměstnání, neboť jsem měl kolem sebe rodinu, která mi kdykoliv pomohla. Respektive jsem byl nucený dále chodit do práce kvůli hypotéce a podobně. Když jsem se staral o svoji maminku, která byla zcela*

závislá na péči druhých, dostával jsem nějaké peníze. Takže po finanční stránce jsme se vůbec neměli špatně, ba naopak.“

Respondent č. 6: *„Ta moje ráda utrácela (smích), já jsem byl ten, kdo šetřil a dokázal se uskromnit, pokud byla potřeba. Takže jsem asi nějak zásadní změny ve finanční situaci nepostřehl. Člověk, který je zvyklý na určitý finanční obnos, se asi postupem času musí trochu uskromnit, ale všechno se dá v pohodě zvládnout. Peníze jsou to nejmenší.“*

Z výzkumného šetření je patrné, že respondenti, i když ztratili člena rodiny jsou finančně soběstační. Někteří z nich nejprve výrazně zaznamenali změny ve finanční oblasti, později se však naučili se svými finančními prostředky vycházet. Jejich finanční prostředky jim tedy stačí na běžné náklady, jako je výživa, provoz domácnosti a podobně.

Změny v duchovní oblasti

Pozůstali hledají novou naději v duchovní oblasti, znovuobjevení smysluplnosti života i bez svého partnera, dítěte a podobně. Smysluplnost života je základní motiv, který je naplňován ve vztahu s manželem či manželkou, pokud však jeden ztratí druhého, dojde k narušení smyslu života. Pozůstali v duchovní oblasti vyhledávají smíření se se ztrátou blízké osoby, sami se sebou, s Bohem, znovuobjevení smyslu života, potřebu naděje, víru, že zesnulý na onom světě se má mnohem lépe, než na pozemském životě a necítí žádnou bolest. Tyto faktory mohou ovlivňovat změny ve spirituální oblasti. *„Víru můžeme chápat jako existenci něčeho, co nelze nijak prokázat. Věříme v zázraky a v entitu boha, což je předmětem náboženství“.* (Nešpor, 2018 in Krumpolcová 2019).

Respondentka č. 3 nám sdělila: *„Když jsem byla malá holka, s rodiči jsme každou neděli chodili do kostela na mši, později jsem se rozhodla, že do kostela už chodit nebudu, neříkám, že jsem přestala věřit v Boha, jen jsem se chtěla rozhodnout podle sebe. Po narození mého syna jsem si říkala, že žádný Bůh neexistuje, kde je ta spravedlnost? Proč zrovna můj syn se nedožije ani 20 let? Byla jsem na Boha velmi našťvaná. Později jsem si však uvědomila, že můj syn byl celou dobu darem od Boha, nikdo jiný mi neprojevoval tolik lásky jako můj syn, v životě jsem nebyla šťastnější. Po smrti mého syna jsem opět*

začala chodit do kostela a modlit se hlavně k němu, říkala jsem si, že mě třeba touto cestou slyší, přála jsem si, aby byl v jiném světě šťastný a nic ho nebolelo.“

Respondentka č. 2: *„Začala jsem v neděli chodit do kostela. Věřící jsem byla od dětství. V nově postaveném moderním kostele je mladý kněz i kaplan. Kostel byl vždy plný mladých lidí a dětí. Je tam dokonce učebna a herna, na půl hodiny vždy někdo odvedl děti od 3 let po 3. třídu, aby nerušily obřad. Nedělní mše pro mne byly uklidňující.“*

Z výpovědí pozůstalých vyplývá, že se jejich vztah k náboženství a víře nijak nezměnil. Respondentka č. 2 a 3 se nám svěřily, že již od útlého věku navštěvovaly kostel se svými rodiči, tudíž byly vedeny k víře v Boha. V dospělosti navštěvovaly kostel pouze v určité míře. Po smrti člena rodiny opět začaly chodit do kostela na nedělní mše, které je uklidňovaly. Modlily se zejména kvůli víře v to, že je tímto způsobem zesnulí slyší. Ostatní respondenti zmínili, že nikdy předtím nevěřili v Boha a ani po smrti člena rodiny věřit nezačali. Respondentka č. 1: *„U mě se nic nezměnilo, nikdy jsem věřící nebyla a po smrti mého manžela jsem věřit v Boha nezačala. Je pravda, že když manžel trpěl velkými bolestmi, modlila jsem se, ať to přestane, jenže já se ani modlit neumím, spíše to bylo mé přání, které jsem vyslovila nahlas.“* Respondent č. 6: *„Ne, nevěřím v nic.“* Dalším společným znakem všech respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, je, že v závislosti na ztrátě člena rodiny nevyhledávali jakoukoliv pomoc v duchovní oblasti.

Změny v sociální oblasti

Po smrti člena rodiny se pozůstalí nejprve musí naučit žít bez zesnulého a najít nový smysl života. Velmi často dochází u pozůstalých k narušení navazování kontaktů s ostatními lidmi, neboť jsou toho názoru, že jim ostatní nedokážou porozumět. Pozůstalí se uzavírají do sebe a nemají potřebu chodit do společnosti. Smrt člena rodiny je velký zásah do životů pozůstalých, kteří se nejprve s touto skutečností musí sami vyrovnat a naučit se žít bez milovaného člověka. Respondentka č. 1: *„Po smrti mého manžela jsem přestala vyhledávat kontakt se svým okolím, přestala jsem se vidat s našimi přáteli. Potřebovala jsem být sama a neměla jsem náladu se s někým jiným bavit. Nejhorší pro mě bylo vidět kolem sebe lidi, kteří jsou spolu šťastní a tvoří pár. V tu dobu jsem si říkala, proč zrovna já, proč zrovna mě musel manžel opustit. Začala jsem mít problém chodit do města, vyřizovat různé věci, nakupovat, prostě chodit mezi lidi. Nejlépe jsem se cítila*

doma se svými vnoučaty a dětmi. I když manžel zemřel před třemi lety, stále nemám potřebu vyhledávat velkou společnost.“

Podobného názoru byla také respondentka č. 2, která uvedla: *„Pomalou se vytratili společní přátelé. Čemu jsme se dříve smáli ve dvojicích, najednou bylo trapné. Nechtěla jsem, aby na mně brali ohledy. Kultura najednou nebyla žádná, kino ani dovolenou, nebo poznávací zájezdy jsem sama nevyhledávala.“*

Respondentka č. 3: *„Než jsme zjistili, že náš syn se možná ani nedožije svých 20 let kvůli vrozené vadě, měli jsme s manželem spoustu společných přátel, se kterými jsme se velmi často vidali. Byli jsme správná parta, jezdili jsme spolu na dovolené a strávili spolu co nejvíce času. Také jsem měla spoustu přátel ve svém zaměstnání, se kterými jsem chodila každou středu na víno. Když rodiče zjistí, že jejich milované dítě vlastně umírá a neví, jak dlouho s nimi na tomto světě bude, přestanete se vidat se svými přáteli, a to už z toho důvodu, že vás začnou litovat a najednou nevědí, jak s vámi mluvit, jak se k vám chovat a podobně. Spřátelila jsem se s pár lidmi, které potkal stejný osud, navzájem jsme se podporovali a svěřovali a hlavně jsme věděli, jaké to je pečovat o vlastní dítě s nevyléčitelnou nemocí.“*

V případě nedostatečného poskytnutí sociální opory pozůstalým může dojít k jejich izolaci, nenaplnění sociálních potřeb a riziku sociálního vyloučení. Mnohdy k vyloučení pozůstalých ze společnosti dochází nevědomě a neúčelově. (Koffman, Campsová, in Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007) Spoustu pozůstalých nechce být v kontaktu se společností, je pro ně velmi těžké navázat kontakt s ostatními lidmi, a proto je pro ně smysluplnější přestat chodit mezi lidi, kteří jim nerozumějí a uzavírají se do sebe. Okolní prostředí se snaží pozůstalému být oporou, avšak tato situace může být velmi obtížná, neboť někteří lidé nedokáží pochopit, co jedinec prožívá, jaké to je ztratit milovaného člověka, a proto nemohou být dostatečnou oporou pro pozůstalé. *„Nechápali, jaké to je ztratit svou životní lásku, nikdo mi nerozuměl. Neměl jsem sílu neustále poslouchat, jak mě všichni litují a chodí kolem mě po špičkách, abych se náhodou zase nerozbrečel, proto jsem se izoloval od širokého okolí.“* (Respondent č. 6)

„Po smrti syna jsem se rozvedla se svým manželem, uvědomila jsem si, že jsme spolu byli jen kvůli němu, nerozuměli jsme si. Se svými přáteli se stále stýkám, ale není to stejné jako dřív. Velmi jsem se do sebe uzavřela. byla jsem na všechno sama, připadalo mi, že mi nikdo nerozumí, dokonce ani můj tehdejší manžel. Neměla jsem ani náladu lidem vysvětlovat, co se stalo, vnímat, jak jsou šťastní a nic jim nechybí. Začalo pro mě velmi těžké období, musela jsem si najít nové zaměstnání, vycházet s ostatními lidmi a podobně. Stále je to pro mě velmi těžké. Nemám náladu se seznamovat s novými lidmi, ale asi to budu muset překonat, chce to prostě mnohem více času.“ (Respondentka č 3).

Respondent č. 6 dodal: *„Přestal jsem se vídat jen s některými lidmi, neboť jsem měl pocit, že mě neustále litují a nedokážou mi porozumět. Jelikož žiju na vesnici, tak kolem sebe mám staré kamarády, se kterými se stále vídám, alespoň přes plot na slivovičku (smích). Je pravda, že už nemám náladu chodit nikam na návštěvy, do města, ani do divadla, a vlastně jsem nikdy na to nebyl, to moje stará ráda trajdala. Teď v této koronavirové době to stejně ani nelze a nijak vůbec mi to neva. Nejspokojenější jsem se svou rodinou na zahradě, kde je klid.“*

Někteří účastníci interview se nám svěřili, že žádné zásadní změny v sociální oblasti nezaznamenali. Chodí do zaměstnání, navštěvují své přátele, nemají potíže navázat kontakt s ostatními lidmi. Respondentka č. 4: *„Začala jsem akorát mít více času pro sebe i pro mé přátele, opět jsem pracovala, tak jsem se viděla mnohem častěji se svými kolegy. Nikdy jsem neměla problém s navázáním kontaktu se širokou společností. Předtím na to nebyl úplně prostor, ale vždycky jsem se snažila si udělat aspoň chvilku pro sebe a se svými přáteli se stále stýkat.“* Podobného názoru byl i respondent č. 5, který nám sdělil: *„Se svými přáteli s chlapama z práce se stále vídám, chodíme na pivko, takže asi žádné změny nejsou.“*

Podpora a pomoc rodiny

Rodina je chápána jako malá sociální skupina, která tvoří tzv. buňku společnosti a funguje jako její celek. Hlavní důraz klade na manželství, pokrevní nebo adoptivní vztahy. Hlavní funkcí rodiny je utváření osobnosti člověka již od útlého věku, ovlivňuje lidské zkušenosti a ve výchově zastupuje prioritní a nenahraditelnou úlohu. Důležitým

faktorem funkční rodiny je podpora zdraví a vytváření vhodných podmínek, které přispívají ke kvalitě života. (Kurucová, 2016, s. 10-11).

Tato kategorie popisuje a objasňuje, jaký je hlavní význam rodiny v kontextu podpory a pomoci pozůstalým. Následující kategorie vznikla na základě kódování jednotlivých výpovědí respondentů, které dokládají příbuznost: děti, vnoučata, rodina, podpora, pomoc, telefonní kontakt, finanční pomoc.

Respondentka č. 1: *„Podpora celé mé rodiny byla pro mě velmi důležitá. Nebýt mé rodiny, asi bych to nezvládla, a to nemluvím jen o situaci po smrti mého manžela, ale i během péče o něho. Rodina je opravdu nepostradatelná a přála bych všem, aby měli štěstí na rodinu stejně jako já.“*

Respondentka č. 2: *„Hned po smutné události mne vzala sestra v létě na chatu do Jeseníků. Mám dvě dcery a čtyři vnoučata. Navštěvovali jsme se navzájem a měli telefonní kontakt. Všichni se ke mně chovali hezky, v rámci možností jezdili pomáhat na zahradu, tři velká vnoučata přijížděla i se svými partnery, bylo pro mne velmi osvěžující být s mladými lidmi. Čtvrtý vnouček byl menší, 2 x týdně jsem ho vyzvedávala ze školky a družiny. To bylo pro mne také velké rozptýlení. Když jsem se potřebovala vypovídat, navštívila jsem svou dlouholetou kamarádku. Respondentka č. 2 dodala: Pomoc rodiny a přátel je důležitá, ale nakonec si každý sám v sobě musí najít rovnováhu a vzniklou skutečnost přijmout. Jako klišé zní, když se říká, že vše zahojí čas. Ze zkušenosti vím, že je to pravda. Vzpomínky se vrací každý den, ale po čase jsou bez smutku a trpkosti.“*

Respondentka č. 3: *„Nebýt mojí dcery, tak si myslím, že už bych neměla žádný důvod být na tomto světě. Moje dcera je už dospělá, má dvě děti a pouze oni mi dělají radost. Po smrti mého syna jsem pochopila, že si se svým manželem nerozumíme, a proto jsem požádala o rozvod. S bývalým manželem se sem tam sejdeme, ale opravdoví přátelé nejsme. Se svojí rodinou jsem se nestýkala už dříve, takže jsem nikoho kolem sebe neměla, musela jsem se se ztrátou vypořádat sama. Připadalo mi, že mi nikdo nerozuměl, a tak jsem neměla ani potřebu se někomu svěřovat, nebo vyhledávat pomoc přímo od mé rodiny“. Respondentka č. 3 se pořádně nadechla a později dodala: „Nyní si uvědomuju, že rodina je na prvním místě a vždy bychom si měli navzájem pomáhat. Bohužel ne všichni máme takové štěstí na rodinu, která je podporou při těchto těžkých situacích“.*

Respondentka č. 4: „Podpora rodiny je to nejdůležitější a nejkrásnější, co vás může potkat v tomto nelehkém období“.

Respondent č. 5: „Jak už jsem říkal, kdyby mi moje rodina nepomohla, tak bych asi byl doma a nepracoval bych, všechno by to stálo za prd, nemohl bych ani splácet ten barák. V tu chvíli, kdy mamka umřela, tak jsem byl rád, když jsem měl kolem sebe lidi. Myslím si, že není dobré být sám, určitě by mě to poznamenalo mnohem více, než když jsem měl kolem sebe rodinu a kolegy z práce, kteří mě podpořili. Kdybych na to byl sám, tak bych asi musel vyhledat nějakou odbornou pomoc“.

Respondent č. 6: „Moje manželka zemřela doma, v noci, jen já jsem byl u ní a držel jsem ji za ruku, když umírala a vzpomínala na svůj život. Bylo to pro mě hrozně těžké ji takhle vidět. Pořád mám před očima, jaké měla velké bolesti, jak mě prosila, ať ji pomůžu, ať to skončí. Nedokázal jsem se smířit s jejím odchodem. Moje děcka za mnou nemohli hned přijet, mají své malé děcka a bydlí daleko. Samota byla pro mě ta nejhorší představa, která se najednou naplnila. Jakmile to bylo možné, tak za mnou děcka s vnoučaty přijely, bohužel už v té době jsem se do sebe hodně uzavřel a začal jsem navštěvovat odbornou pomoc. Rodina mi potom pomáhala s domácností, jezdili jsme pak na výlety, abych přišel na jiné myšlenky. Rodina je základ, je důležité mít kolem sebe děcka, které jsou celkem pro vás oporou. Potom už jsem na tom byl líp, aspoň jsem se tak cítil, když jsem měl kolem sebe ty moje děcka“.

Podpora rodiny je nenahraditelným prvkem pro pozůstalé při vyrovnávání se se ztrátou milovaného člověka. Všichni respondenti se shodli na tom, že jejich rodina je jakýmsi zdrojem bezpečí, zázemí, psychickou oporu a také rozptýlením, které jim napomáhá k hledání nového smyslu života a žít bez zesnulého, i když je to pro ně velmi nelehké období.

Odborná pomoc

Odbornou pomoc u kvalifikovaných pracovníků většinou pozůstalí vyhledávají teprve tehdy, když pomoc a podpora rodiny a přátel selhává nebo není dostatečně účinná. Každý člověk je individuální, a to souvisí i s vyrovnáním se se ztrátou blízké osoby. Tyto individuální potřeby je nutné akceptovat, proto průběh psychologického poradenství se může u každého pozůstalého velmi lišit. Smutek a truchlení je nedělitelnou součástí reakce na úmrtí člena rodiny. Poradenství pro pozůstalé představuje široké zastoupení pomoci pozůstalým, kdy jsou respektovány nejen obecné zásady, ale i principy poradenství pro pozůstalé. Cílem poradenství je ukázat nový smysl života jedinci nebo celé rodině, tak aby dokázali žít i bez zesnulého (Špatenková 2013). V této kategorii jsme se zaměřili na to, zda respondenti využili odbornou pomoc, která jim pomohla se vrátit na úroveň opětovného fungování.

Respondentka č.1: „Nebýt mé rodiny, která byla pro mě velkou oporou a pomohli mi s každodenní rutinou, asi bych byla nucena vyhledat nějakou odbornou pomoc. Je hrozně důležité se někomu vypovídat, uznat, že vám manžel chybí a podobně. Naštěstí já jsem tuto pomoc nemusela vyhledat, neboť jsem měla kolem sebe spoustu lidí, kterým jsem se mohla svěřit s jakýmkoliv problémem. Také jsem asi třikrát navštívila organizaci Strom života, která jednou za měsíc pořádala setkání pozůstalých. Lidé si zde sdělovali vlastní příběhy a zkušenosti s péčí a se smrtí člena rodiny. V tento okamžik jsem si uvědomila, že je spousta lidí, kteří prožívají podobné osudy, že jsou mnohem silnější příběhy, a přesto jsou tyto lidé laskaví, vyrovnání, velmi silní a dokážou normálně fungovat a znovu žít. Toto mi ukázalo cestu a uvědomila jsem si, že je vždy pro co žít. Život je krásný, ale krátký, a tak není čas ztrácet čas (smích)“.

Respondentka č. 2: „Bydlím v Ostravě, možnost by určitě byla, ale já jsem se o to nezajímala, necítila jsem tu potřebu. Měla jsem plno starostí se svým zdravotním stavem po interní stránce, s úpravou a opravou chatky a zahrady, hlídáním vnuka a starostí o kočky. Žádné deprese ani těžké psychické potíže mě nepostihly“.

Respondentka č.4: „*Odbornou pomoc jsem nevyhledávala, měla jsem manžela, který byl pro mě velkou oporou. Takže jsem psychologické poradenství nemusela navštívit*“.

Respondent č.5: „*Vrátil jsem se naplno do své práce, mám rodinu a děti, takže jsem asi ani neměl možnost se psychicky zhroutit. Držela mě rodina, věděl jsem, že se o ni musím starat. Odbornou pomoc jsem tedy nevyhledal*“.

Většina účastníků výzkumného šetření se nám svěřila, že odbornou pomoc nemuseli vyhledávat už z toho důvodu, že kolem sebe měli rodinu, která byla pro ně velkou oporou. Někteří z nich však odbornou pomoc vyhledali, neboť podpora jejich rodiny nebyla dostatečně účinná, nedokázali se stále smířit se smrtí člena rodiny.

Respondentka č. 3: „*Nejprve jsem se bála vyhledat odbornou pomoc. Říkala jsem si, že mám dceru, která se o mě postará a nikoho jiného nepotřebuji. Bohužel tomu tak nebylo. Nejhorší je, když vám zemře dítě... rodič by neměl přežít vlastní dítě. Dcera mě požádala, abych s ní navštívila psychologické poradenství pro pozůstalé. Nechtěla jsem si to přiznat, říkala jsem si, že to nepotřebuji, že nejsem žádný blázen, ale o to tady vůbec nešlo. Chtěli mi pouze pomoc, neboť po smrti mého milovaného syna jsem trpěla depresemi, nespavostí a úzkostmi. Není vůbec ostuda vyhledat odbornou pomoc, nyní lituji, že jsem to neudělala už mnohem dříve. Napadly mě myšlenky, že ukončím svůj život, že už nemá smysl žít a podobně. Jsem moc ráda, že mě dcera doprovázela a donutila mě navštívit tuto pomoc*“.

Respondent č. 6: „*Můj syn mě požádal, ať navštívím odbornou pomoc kvůli tomu, že se o mě zřejmě bál. Nedokázal jsem se smířit se smrtí mojí staré, i když se rodina snažila mi pomoci a být mi oporou, jakmile zase odjeli, zase jsem měl všelijaké myšlenky a cítil jsem se hrozně. Bylo to pořád dokola, pořád jsem se utápěl ve smutku. Na terapii jsem ze začátku docházel dvakrát týdně, později jen jedenkrát. Povíдали jsme si o mých pocitech, smutku, vzteku a o ostatních problémech. Chodil jsem taky na setkání s ostatními lidmi do Stromu života. Strom života je mobilní hospic, kdy zdravotní pracovníci pomáhají s denní rutinou a s péčí o nevléčitelně nemocné klienty v domácím prostředí. Jednou za měsíc uspořádali setkání lidí, kteří se právě starali o svoje členy rodiny doma a využili tak pomoc mobilního hospice, já jsem byl jeden z nich. Na tomto*

setkání jsme každý popisovali svůj příběh, či jak to mám nazvat, prostě jsme probírali, co ostatní zažili a tak. Strom života mi dost pomohl, věděl jsem, že nejsem jediný, kdo tohle prožíval a dokonce jsem se dozvěděl, že jsou i mnohem horší případy“.

Dalším společným znakem všech respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření je, že podpora rodiny je nejvýznamnějším prvkem napomáhajícím s vyrovnáním se smrtí člena rodiny. Respondentka č. 3 a respondent č. 6 se obrátili na odbornou pomoc jen z toho důvodu, že byli požádáni svými dětmi, aby navštívili poradenství pro pozůstalé. Je důležité se neuzavírat do sebe a dokázat mluvit o svých pocitech, zkušenostech, strachu se svými blízkými. Někdy může nastat, že i pro okolí pozůstalého je velmi těžké se vyrovnat se smrtí člena rodiny, a proto nedokáží být pozůstalým dostatečnou oporou. Pro tyto případy existuje odborná pomoc, která napomáhá pozůstalým najít nový smysl života a nadále se naučit žít bez zesnulého.

3.1 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo identifikovat kvalitu života po smrti člena rodiny. Také jsme se zaměřili na to, zda respondenti zaznamenali změny v psychické, fyzické, finanční, duchovní a sociální oblasti. V neposlední řadě jsme získali názory na vyhledávání odborné pomoci a zkušenosti s ní.

Hlavní výzkumná otázka zní: **Jaké změny kvality života jste zaznamenal/a po smrti člena rodiny?** Heřmanová (2021) je toho názoru, že pojem kvalita života zahrnuje spoustu výzkumných dimenzí. Mezi tyto dimenze můžeme zahrnout nejen materiální pojetí, ale také psychologické, sociologické, morální a kulturně antropologické pojetí. V neposlední řadě lze zmínit také dimenzi medicínskou, která zahrnuje především fyzické a duševní zdraví. Z výsledků výzkumných šetření založených na výpovědích respondentů vyplývá, že na pojem kvality života je nahlíženo z různých úhlů pohledů. Někteří účastníci výzkumu se zaměřili na svůj psychický a fyzický stav po smrti člena rodiny, kdy nám sdělili, že se u nich vyskytla různá onemocnění, jako například vysoký krevní tlak, podvýživa, nespavost, deprese, úzkosti a cukrovka. Další respondenti zmiňují změny v sociální oblasti, kdy se přestali stýkat se svými společnými přáteli a vyhýbají se široké společnosti. Ostatní se nám svěřili, že po smrti člena rodiny se jejich psychický stav zhoršil, ale naštěstí měli kolem sebe blízké, kteří jim napomáhali se smířit s danou situací a naučit se žít bez zemřelého. Jejich fyzický stav, sociální život i finanční prostředky se po smrti člena rodiny vrátily do původního běžného stavu.

Dlouhodobá péče o umírajícího člena rodiny je velmi psychicky, ale i fyzicky vyčerpávající. Podobného názoru je Bužgová (2015), která uvádí, že poskytování péče umírajícímu v domácím prostředí lze považovat za velmi složitý proces. Z provedených výzkumů vyplývá, že péče o nevléčitelně nemocné dopadá nejen na umírajícího, ale především i na celou jeho rodinu. U rodinných příslušníků pečujících o umírajícího jsou zpravidla zaznamenány změny v psychické a fyzické oblasti. Většina respondentů odpověděla na otázku: **Jaké změny jste zaznamenal/a v psychickém stavu po smrti člena rodiny?**, že jejich emoce se velmi často střídaly, nejprve nastal šok, poté úleva. Úmrtí člena rodiny je dle Vymětala (2003) jednorázová nečekaná traumatická událost tzv. psychotrauma. Špatenková (2004) uvádí, že lidé reagují na smrt člena rodiny nejen

smutkem, ale také například hněvem a vztekem, zoufalstvím, pocitem viny, pocitem opuštění. Toto tvrzení se v našem výzkumu částečně potvrdilo, neboť respondenti nám sdělili, že po smrti člena rodiny měli nejprve pocit úlevy, poté nastaly pocity strachu, vzteku, smutku a beznaděje. Účastníci výzkumného šetření pečovali o své blízké delší dobu v domácím prostředí, každý den se setkávali s velkou bolestí, kterou trpěli jejich členové rodiny. Někteří z nich se nám svěřili, že si přáli, aby se už umírající přestal trápit a odešel z pozemského života na onen svět, kde necítí žádnou bolest. Podle Kubičkové (2001) častěji skrývají své pocity muži než ženy, neventilují své emoce a projevy truchlení potlačují či dokonce popírají. Respondent č. 6 byl podobného názoru, že jeho emoce byly nejprve jako na houpačce, velmi rychle se střídaly. Jakmile ho rodina navštívila, přestal dávat své pocity najevo, dokonce je popíral. Respondenti se nám také svěřili, že se nikdy nesmířili se smrtí člena rodiny, ale nakonec museli přijmout skutečnost, hledat nový smysl život a naučit se žít bez zemřelého. U některých respondentů nastalo velmi těžké období a došlo u nich k rozvoji komplikovaného truchlení, úzkostem, depresím, nespavosti, nechutenství, a celkové únavy organismu, tyto faktory ovlivňovaly fyzický a psychický zdravotní stav pozůstalých. Nedokázali si představit život bez milovaného člověka, který pro ně znamenal celý svět. Frankl (in Tavel, 2007, s. 27) potvrdil, že smysl života je spojován s pocitem žít pro něco nebo pro někoho. Jestliže dojde k neuplatnění smyslu života u pozůstalých zejména v citové oblasti, může se projevit pocit prázdnoty, který se odráží i na tělesné kondici.

Dále se zaměříme na fyzické změny a s nimi spojené nemoci, které nastaly po smrti člena rodiny a měly by tak objasnit odpověď na další výzkumnou otázku, a to: **Jaké fyzické změny jste zaznamenal/a po smrti člena rodiny?** Podle světové zdravotnické organizace (WHO, 2019) zdraví je: „*Stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“. Z toho vyplývá, že člověk je chápán jako bio-psycho-socio-spirituální model, proto musíme zohledňovat celkový fyzický, psychický stav jedince, jeho postavení ve společnosti, finanční prostředky a podobně. Dlouhodobý stres doprovázený truchlením u pozůstalých nevyvolává pouze psychické problémy, ale také může dojít u jedinců ke zhoršení fyzického stavu. Podobného názoru je i Kubičková (2001), podle ní může truchlení přerůst do různých somatických problémů. Někteří respondenti se nám svěřili, že po smrti člena rodiny se u nich objevila různá onemocnění, jako je například vysoký krevní tlak, podvýživa, nespavost a cukrovka. Dotazovaní také odpověděli na otázku, zda zaznamenali fyzické změny, že

po dlouhodobé péči a svého blízkého byli velmi fyzicky vyčerpaní a po jeho smrti tak prospali několik dní. Pozůstalí také zmínili, že došlo ke zlepšení fyzického stavu, neboť dlouhodobá péče zatěžuje celé tělo pečovatele a respondenti během této péče trpěli chronickou bolestí zad, rukou a nohou. Po smrti člena rodiny se tyto symptomy vytratil a fyzický stav pečujících se opět zlepšil.

Ve většině případů z výsledků rozhovorů vyplývá, že jsou respondenti po smrti člena rodiny soběstační v kontextu své finanční situace. Na výzkumnou otázku: **Jaké změny po smrti člena rodiny jste zaznamenal/a ve své finanční situaci?** respondenti nejčastěji odpověděli, že jejich finanční situace se nejprve výrazně změnila. V některých případech nastalo období, kdy se pozůstalí museli uskromnit, později však jejich finanční prostředky vystačily na běžné náklady. Jejich rodiny a přátelé jim nabídli pomocnou ruku a nenechali respondenty ve finanční tísní. Některé výsledky výzkumného šetření se shodují s tvrzením Říčana (2004), který poukazuje na to, že nejdůležitější životní náplní respondentů je zabezpečení rodiny. Někteří respondenti hovořili o tom, že pro ně byla práce po smrti člena rodiny velmi důležitá, neboť se v ní realizovali a snažili se jejím prostřednictvím zabezpečit svoji rodinu. Smrt člena rodiny velmi zasahuje do životů pozůstalých, jejich životy se náhle změni, nejen, že ztratili svého blízkého, ale také se musí naučit hospodařit s finančními prostředky, které mají momentálně k dispozici.

Nyní se zaměříme na zodpovězení otázky: **Jaké změny po smrti člena rodiny jste zaznamenal/a v duchovní oblasti?** Účastníci výzkumného šetření se shodli na tom, že jejich postavení k víře v Boha se po smrti člena rodiny žádným způsobem nezměnilo. Víru lze chápat jako existenci něčeho, co nelze žádným způsobem prokázat. Věříme tak v zázraky a v entitu Boha, což je hlavním předmětem náboženství (Nešpor, 2018). Ženy, které pravidelně chodily do kostela již od malička a v dospělosti navštěvovaly kostel pouze v určité míře, se nám svěřily, že po smrti člena rodiny opět pravidelně docházely na nedělní mše do kostela. Do kostela chodily zejména z toho důvodu, aby se modlily ke svým blízkým, které doprovázely na jejich poslední cestě života. Věděly, že tímto způsobem je mohou zkontaktovat a říct jim, že všechno zvládnou, i když s nimi už nejsou. Podobného názoru je Dohnalová (2010), která sdělila, že je důležité skrz modlitby zajišťovat zesnulému zejména spásu a laskavost na onom světě. Ostatní respondenti se shodli na tom, že nikdy věřící nebyli a ani po smrti člena rodiny věřit v Boha nezačali,

proto můžeme vyhodnotit, že vztah k náboženství a víře u pozůstalých zůstává beze změny.

Dalším výzkumným problémem je zjistit, **zda respondenti zaznamenali změny v sociální oblasti po smrti člena rodiny**. Většina z nich se nám svěřila s tím, že se po ztrátě člena rodiny izolovala od okolí včetně svých přátel, známých, či také docházelo k situacím, v nichž se například respondenti stranili i pracovního kolektivu, nebo též svých sousedů. Tyto získané výsledky se shodují s názorem Špatenkové (2013), která uvádí, že sociální role pozůstalých bývají velmi často redukovány, a proto se začínají vyhýbat kontaktu se svými přáteli, rodinou a kolegy. Důvodů může být hned několik, jako například nedostatečná energie a nálada se stýkat s ostatními lidmi, nedostatek finančních prostředků, aby mohli naplňovat své zájmy a koníčky. Toto tvrzení se zcela shoduje s výpovědi respondentů, kteří nám uvedli, že se vyhýbali kulturnímu vyžití, jako je například návštěva kina, divadla, a podobně. Ostatní respondenti byli toho názoru, že jejich sociální život se žádným způsobem markantně nezměnil, se svými přáteli, známými a kolegy ze zaměstnání stále tráví stejný čas, jako dříve.

Primární a nejvýznamnější pomocí a podporou je pro pozůstalé správné působení rodiny. Další výzkumná otázka zní: **Měl/a jste ve své blízkosti někoho, kdo vám pomáhal vyrovnat se se smrtí člena rodiny?** Respondenti se shodli na tom, že jejich rodina byla pro ně nenahraditelnou oporou v těžkých situacích, které nastaly po smrti člena rodiny. Pomáhali jim s hledáním nového smyslu života a naučit se žít bez zemřelého. Ve většině případů z rozhovoru vyplývá, že díky podpoře a pomoci rodiny a blízkých přátel respondenti nemuseli vyhledávat žádnou odbornou pomoc. Špatenková (2013) uvádí, že pozůstalí primárně vyhledávají oporu v rámci svého přirozeného okolí, čímž je rodina a přátelé. V případě, že rodina není funkční nebo jejich podpora a pomoc není v této situaci dostačující, mají pozůstalí tendenci obracet se na odbornou pomoc. Tato skutečnost vyplývá i z některých případů výzkumného šetření, kdy podpora rodiny nebyla dostatečně naplněna, a proto respondentka č. 3 a respondent č. 6 využili odbornou pomoc, kterou měli k dispozici v místě bydliště. Špatenková (2013) poukazuje na to, že profesionální pomoc ve zdravotních nebo sociálních službách by neměla nahrazovat podporu rodiny a přátel. Někteří respondenti dodali, že pro ně bylo důležité se scházet s lidmi, které potkal podobný osud, v tu chvíli si uvědomili, že nejsou jediní, kteří

se vyrovnávají se smrtí člena rodiny a že mohou existovat mnohem silnější a bolestivější příběhy.

4 ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo identifikovat změny v oblasti kvality života po smrti člena rodiny. Zajímalo nás, jakým způsobem se pozůstalí vyrovnávají se smrtí člena rodiny a také jaký vliv měla smrt na biologickou, psychickou, finanční, sociální a spirituální stránku života těchto lidí. Nahlíželi jsme na komplexní složky kvality života, nikoliv jen na jednu z nich, to nám pomohlo lépe odhalit, jak intenzivně prožívají pozůstalí ztrátu člena své rodiny, v jaké míře tato bolestná ztráta ovlivňuje mysl, tělo, víru i sociální vztahy.

Z výše uvedených výsledků jsme usoudili, že smrt člena rodiny je pro pozůstalé velkým zásahem do životů. U pozůstalých docházelo k velmi častému střídání emocí, i když jejich intenzita a posloupnost je velmi individuální. Nejprve byli v šoku, poté cítili úlevu, vztek, strach a později smutek a beznaděj. U většiny pozůstalých docházelo také ke zhoršení fyzického a celkového zdravotního stavu. Nejčastěji se u nich objevila nespavost, cukrovka, vysoký krevní tlak, případně podvýživa. Důvodem těchto onemocnění může být dlouhodobé fyzické a psychické celkové vyčerpání organismu. Další možností je, že se pozůstalí při péči o člena své rodiny přestali zajímat a starat o své vlastní zdraví, proto tyto nemoci přecházeli a nepřikládali jim žádnou velkou váhu. U některých pozůstalých došlo ke zlepšení fyzického stavu, neboť péče o člena rodiny pro ně byla velkou zátěží pro celé tělo.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že každý jedinec je individuální, a to i v případě vyrovnání se se ztrátou člena rodiny. V otázce změn v duchovní oblasti a změn v pohledu na smysl života se pozůstalí především zmiňují o smíření se s jejich situací, o smrti, kterou chápou a přijímají jako přirozenou a nedělitelnou součást každého jedince. Na druhou stranu někteří z nich se nedokáží smířit s touto bolestivou ztrátou, je pro ně velmi těžké a komplikované hledat nový smysl života, když už ztratili všechno, co je na tomto světě drželo. Většina pozůstalých měla kolem sebe rodinu, která jim pomáhala s každodenní rutinou, s vyřizováním úředních věcí a samozřejmě byla pro ně velkou oporou, a to zejména při vyrovnávání se se ztrátou milovaného člověka. Někteří z nich využili odbornou pomoc, neboť měli pocit, že jim nikdo nerozumí, že jsou na tomto světě sami, izolovali se od okolní společnosti a začaly se u nich projevat úzkosti a deprese.

V tomto případě bylo žádoucí navštívit poradenství pro pozůstalé. Odborný tým naslouchá a pomáhá pozůstalým s hledáním nového smyslu života a také jim ukazuje, jak se naučit žít bez zemřelého.

5 SOUHRN

Diplomová práce se zabývá kvalitou života pečujících rodinných příslušníků po smrti člena rodiny. Praktická část je postavena na základě jednotlivých teoretických poznatků. Soustřeďuje se na oblasti života pozůstalých po smrti člena rodiny, které jsou ovlivňovány různými faktory, a to zejména psychickým stavem, fyzickým stavem, finančními prostředky, duchovní oblastí a sociálními vztahy pozůstalých. Výsledky výzkumného šetření nám ukázaly, že smrt člena rodiny je velkým a bolestivým zásahem do životů jednotlivých lidí. Pozůstalí hledají nový smysl života a učí se žít bez zemřelého.

Summary

This thesis concerns about quality of life caring of family members after death of another member of family. Field part of our thesis is based on individual theoretical findings. It focuses on aspects of life of bereaved after the death of family member, which are influenced by many different factors, especially by psychical and physical condition, by financial resources, spiritual aspect and social relations of bereaved. Results of our investigation showed us, that death of family member is severe and painful intervention into one's life. Bereaved are looking for the new meaning of life and are learning to live without the deceased loved one.

Referenční seznam

ALEXANDROVÁ, Radka, Ladislav KABELKA, Helena HÁJKOVÁ a Jiří PROKOP. *Péče o pozůstalé – možnosti a meze profesionální podpory* [online]. 2009, 2(1), 32-34 [cit. 2021-10-25]. Dostupné z: www.solen.eu

BÁRTLOVÁ, S. *Postavení laických pečovateli v péči o seniory a nemocné* [online]. 8/2, s. 235-239, 2006. ISSN 1212-4117 [cit. 2020-10-25]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2006/02/07.pdf>

BUŽGOVÁ Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha, Grada, 2015, s. 168. ISBN 978-80-247-5402-4

CIEZA, Alarcos a Gerold STUCKI. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Quality of Life Research* [online]. 2005, (10) [cit. 2019-02-11]. DOI: DOI 10.1007/s11136-004-4773-0. ISSN 1573-2649. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-004-4773-0>.

DOHNALOVÁ Zdeňka. *Životní situace rodičů po anticipované ztrátě dítěte* [online]. 2/7, 2010 ISSN 1214-8725 [cit. 2020-10-25]. Dostupné z: <https://ojs.cuni.cz/paideia/article/view/1826/1405>.

DVOŘÁČKOVÁ Dagmar. *Kvalita životů seniorů v domovech pro seniory*. Praha, Grada 2012. ISBN 978-80-247-4138-3

DUDOVÁ Iva. *Smutek a truchlení* [online]. 2014, 15(1) [cit. 2021-01-07]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/4799be0186c75df70b6bd62cc2d73f06.pdf>

FELDMANN, K. *Tod und Gesellschaft, Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden : 2004, s. 45-50

FRIEDLOVÁ Martina, Martin LEČBYCH. *Symposium rodinné terapie - sborník příspěvků z konference*. Olomouc, 2015. ISBN 978-80-244-4598-4

GARCIA Pilar, Mark McCARTHY. *Measuring Health A STEP IN THE DEVELOPMENT OF CITY HEALTH PROFILES* [online]. EUR/ICP/HCIT 94 01/PB03 01746 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z:

Garcia https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/101645/WA95096GA.pdf

GÖTZE, H., E. BRÄHLER, L. GANSERA, A. SCHNABEL, A. GOTTSCHALK-FLEISCHER a N. KÖHLER. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death [online]. 2016, 1-8 [cit. 2021-02-25]. DOI: 10.1111/ecc.12606. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ecc.12606>

GROFOVÁ, Zuzana. *Paliativní péče* [online]. 2009, 6(5), 276-278 [cit. 2020-11-23]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/05/12.pdf>.

GURKOVÁ Elena, Katarína ŽIAKOVÁ. *KONCEPTUALIZÁCIA KVALITY ŽIVOTA V OŠETROVATELSTVE* [online]. 2009, 2/2, [cit. 2021-02-25]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2009/02/03.pdf>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie Nauka o umírání a smrti*. Galén. Praha: 2000, s. 191. ISBN 80-7262-034-7

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. Galén, 2007. ISBN 9788072624713

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HEŘMANOVÁ Eva. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu* [online]. Sociológia - Slovak Sociological Review 4:478-496 [cit. 2020-10-19]. Dostupné z: <https://www.ceeol.com/search/viewpdf?id=26016>

HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

KEBZA V., I. ŠOLCOVÁ. Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem [Well-being as psychological and also interdisciplinary based concept]. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi*, 2003, 47(4), 333–345.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Syndrom vyhoření: informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7

KISVETROVÁ Helena, Jana KUTNOHORSKÁ. *UMÍRÁNÍ A SMRT V HISTORICKÉM VÝVOJI* [online]. 12: 212–219, 2010 ISSN 1212-4117 [cit. 2021-02-14] Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2010/02/14.pdf>

KNOBLAUCH, H., ZINGERLE, A. (Hrsg.). *Thanatosoziologie, Tod Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Ducker & Humbolt. Berlin : 2005, s. 210 -212

KOLEGAROVÁ Věra, Renáta ZELENÍKOVÁ. *HODNOCENÍ DEFINUJÍCÍCH CHARAKTERISTIK OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PŘETÍŽENÍ PEČOVATELE* [online]. roč. 2/4, 2011. ISSN 1804-2740 [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2011/04/02.pdf>

KOZÁKOVÁ Radka, Šárka VÉVODOVÁ, Jiří VÉVODA, Lukáš MERZ, Bronislava Grygová, Jiří KOZÁK. Burnout Syndrome in Family Members Taking Care of their Relatives and Professional Caregivers [online]. 10/1, 2017. ISSN 1803-4330 [cit. 2020-10-25] Dostupné z: <https://www.profeseonline.upol.cz/en/pdfs/pol/2017/01/01.pdf>

KUBÍČKOVÁ Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha, 2001, Nakladatelství ISV. ISBN 80-85866-82-X

KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha, 2001, Nakladatelství ISV. ISBN 80-85866-82-X.

KUČERA Zdeněk. *Podpora zdraví a kvalita života*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy, 2004, Tisk: SV, s.r.o. ISBN 80-86625-20-6.

KUPKA Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. Olomouc, 2011, s. 136. ISBN 978-80-244-2931-1.

KUPKA Martin. *Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření*. [online] 2008, 2/1. ISSN 1802-8853 [cit. 2020-10-25]. Dostupné z:
https://kramerius.lib.cas.cz/search/nimg/IMG_FULL/uuid:49d4c0ec-6de6-46b4-8b37-8f614918a564#page=1

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

KURUCOVÁ Radka. *Zátěž pečovateli posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha, Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9108-6

KRUMPOLCOVÁ Věra. *Podpora zdraví rodinných příslušníků v paliativní péči - zkušenosti laických pečovateli*. 2009

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.

MAREŠ Jiří a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno, 2006. ISBN 80-86633-65-9

MARKOVÁ Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha, Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

MARSHALL, C. a G. B. ROSSMAN. *Designing qualitative research*. 6. vyd. Los Angeles: SAGE, 2016. ISBN 978-1-4522-7100-2.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. [online]. 2020 [cit. 2021-01-25]. Dostupné z: zdravi2030.mzcr.cz

MLČOCH, Zbyněk. Lékařský (medicínský) slovník [online]. 2008, 38 [cit. 2019-05-25]. Dostupné z: <https://www.zbynekmlcoch.cz>

NEŠPOR, Zdeněk. *Sociologická encyklopedie* [online]. 2018 [cit. 2021-01-25]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz>

PARKES, Colin Murray, Marilyn RELFOVÁ a Ann COULDRICKOVÁ. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 180 s. ISBN 978-808-7029- 237

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8

POPELKOVÁ, Patricie a Elena GURKOVÁ. *SUBJEKTIVNÍ POHODA A KVALITA ŽIVOTA SOUVISEJÍCÍ SE ZDRAVÍM - VZTAH OBOU KONSTRUKTŮ U PACIENTŮ S BRONCHIÁLNÍM ASTMATEM*. *Ošetrovatelství a porodní asistence: Recenzovaný vědecký časopis*. 2013, 4(2), 583-588. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-02/4_popelkova_gurkova.pdf

ROCK, Michael. *Widowhood: The Death of a Spouse*. Canada: Trafford Publishing, 2004. ISBN 1-4120-2452-8.

ŘEHULKOVÁ, Oliva et al. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.4

SVOBODOVÁ, L., 2006: Kvalita pracovního života – změny ve světě práce, modely, indikátory. In: Aktuálně otázky bezpečnosti práce – XIX. mezinárodní odborná konference. 25. – 27.10. 2006, Stará Lesná, Slovenská republika, přístup z http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/sbornik_kvalita_pracovniho_zivota.doc

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Jak řeší krizi moderní žena*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1202-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kolektiv. *Krize a krizová intervence*. Praha : Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *O posledních věcech člověka, Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-90-7492-138-4.

ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing, 2008.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, procesy, metody, 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha : Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-3736-2

ŠUBRT Jiří a kolektiv. *Soudobá sociologie III (Diagnózy soudobých společností)*. Univerzita Karlova v Praze, 2008. ISBN 978-80-246-1486-1.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

WHO: *Definition of Palliative Care* [online]. 25. 10. 2015. [cit. 2019-05-25]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

WHOQOL: *Measuring Quality of Life*. World Health Organization [online]. WHO, 2019 [cit. 2020-10-25]. Dostupné z: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

ZELENÍKOVÁ, R., KOLEGAROVÁ, V., KOZÁKOVÁ, R. *Přetížení pečovatele z pohledu sester agentur domácí péče*. Praktický lékař. 2011, roč. 91, č. 7, s. 408-411.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Oblasti a dotazy polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Příloha č. 1 – Oblasti a dotazy polostrukturovaného rozhovoru

Zahřívací výzkumné otázky:

Jak se jmenujete?

Kolik je Vám let?

Jak dlouho jste pečoval/a o svého člena rodiny?

Kolik Vám bylo let v době úmrtí člena rodiny?

Můžeme nyní přijít k tomu, jak Váš člen rodiny zemřel?

Ráda bych si s Vámi popovídala o tom, zda, případně jak, se změnil Váš život po smrti člena rodiny.

Hlavní výzkumné otázky:

Jaké změny kvality života jste zaznamenal/a po smrti člena rodiny?

Jaké změny jste zaznamenal/a v psychickém stavu po smrti člena rodiny?

Jaké fyzické změny jste zaznamenal/a po smrti člena rodiny?

Jaké změny po smrti člena rodiny jste zaznamenal/a ve své finanční situaci?

Jaké změny po smrti člena rodiny jste zaznamenal/a v sociálním životě?

Jaké změny po smrti člena rodiny jste zaznamenal/a v duchovní oblasti?

Měl/a jste ve své blízkosti někoho, kdo vám pomáhal vyrovnat se se smrtí člena rodiny?

Měl/a jste možnost využít a využil/a jste služby psychologického poradenství po smrti člena rodiny?

Doplňovací otázky:

Pokud ano, jakou službu jste využil/a?

Je nějaký důvod, proč byste nechtěl/a odbornou pomoc vyhledat?

Otázky ke zchladnutí:

Podělte se se mnou prosím o Vaše zkušenosti, jak pečovat o své zdraví po smrti člena rodiny? Co Vám při zvládání těžkých chvílí pomohlo?

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název výzkumu:

Kvalita života pečujících rodinných příslušníků po smrti člena rodiny

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o zapojení do studie, jejíž výsledky budou součástí mé diplomové práce. Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Získané údaje nebudou uvedeny ve spojitosti s Vaší osobou, neboť veškeré informace budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně a tento Informovaný souhlas bude uchován odděleně*. V průběhu realizace výzkumného šetření můžete kdykoliv odstoupit. Prosím Vás tímto o rozhovor týkající se zkušeností a názorů na změny kvality života po smrti člena rodiny.

Pokud budete mít i nadále jakékoliv otázky, můžete mě kontaktovat:

Jméno studenta: Věra Krumpolcová

Tel: 737 723 098

E-mail: verka.krumpolcova@seznam.cz

Studijní obor: Učitelství přírodopisu a environmentální výchovy pro 2. st. ZŠ, učitelství výchovy ke zdraví pro 2. st. ZŠ

Ročník: 2. NMgr.

Děkuji Vám za spolupráci

..... *podpis*

Souhlas s účastí Přečetl/a jsem si výše uvedené informace a obdržela jsem odpovědi na veškeré mé dotazy. Vyslovuji souhlas s účastí v tomto výzkumu.

v dne.....
jméno..... podpis

*Údaje budou zpracovány dle Zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Věra Krumpolcová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Kvalita života pečujících rodinných příslušníků po smrti člena rodiny
Název v angličtině	Quality of life of caring relatives after death of the family member
Anotace práce	Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života pečujících rodinných příslušníků po smrti člena rodiny. Je rozdělena na teoretické poznatky a praktickou část. Teoretické poznatky zahrnují informace o kvalitě života. Praktická část diplomové práce zkoumá zkušenosti a názory na kvalitu života pozůstalých po smrti člena rodiny. Výsledkem výzkumné části jsou kategorie, vytvořené z jednotlivých výpovědí respondentů polostrukturovaným rozhovorem, tedy kvalitativní metodou.
Klíčová slova:	Kvalita života, psychický stav, fyzický stav, finanční prostředky, duchovní oblast, rodina v roli pečovatele, smrt člena rodiny, pozůstalí, poradenství pro pozůstalé, kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor
Anotace v angličtině:	This thesis is focused on quality of life of caring family members after death of another member of family. It is divided into theoretical findings and field part. Theoretical findings include information about quality of life. Field part of this thesis investigates experiences and opinions about quality of life of bereaved after

	death of a family member. Categories created by every statement of each respondent by semi-structured interviews (qualitative method) are the result of field part of this theses.
Klíčová slova v angličtině:	Quality of life, psychical condition, physical condition, financial resources, spiritual aspect, family as a caretaker, death of a family member, bereaved, counselling for bereaved, qualitative research, semi-structured interview
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 - Oblasti a dotazy polostrukturovaného rozhovoru Příloha č. 2 - Informovaný souhlas
Rozsah práce:	77
Jazyk práce:	Český jazyk