

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY TRUCHLENÍ RODIČŮ PO
ZTRÁTĚ DÍTĚTE**

The psychological aspects of a parental grief after loss of the child



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. et Bc. Tereza Závadská

Vedoucí práce: Mgr. Klára Machů, Ph.D.

Olomouc

2020

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své diplomové práce Mgr. Kláře Machů, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a podněty týkající se zpracování této práce. Velké díky jí patří i za to, že mi umožnila zabývat se tématem ztráty dítěte, které mě během psaní práce velmi obohatilo i v profesní rovině.

Rovněž děkuji všem účastnicím výzkumu, které se mnou sdílely své příběhy. Příběhy, ze kterých byla cítit nejen obrovská bolest, ale i upřímnost, snaha jít dál a touha znovu zakusit štěstí i v životě, ve kterém již jejich dítě není. Velice si vážím jejich ochoty a otevřenosti, s jakou hovořily o nejtěžších chvílích svého života a umožnily mi tak nahlédnout do svého prožívání. Jejich důvěra byla klíčová pro zpracování této práce.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Psychologické aspekty truchlení rodičů po smrti dítěte“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	6
I TEORETICKÁ ČÁST	8
1 SMRT BLÍZKÉHO ČLOVĚKA.....	8
1.1 Ztráta dítěte.....	9
1.1.1 Neanticipovaná (náhlá) ztráta.....	10
1.1.2 Anticipovaná ztráta	14
2 TRUCHLENÍ POZŮSTALÉ RODINY PO SMRTI DÍTĚTE.....	15
2.1 Teoretická východiska zármutku u truchlících rodičů.....	17
2.1.1 Patologické truchlení.....	21
2.1.2 Výzkumy v oblasti komplikovaného truchlení	23
2.1.3 Copingové strategie.....	24
2.1.4 Obranné mechanismy	25
2.2 Vyrovnávání se se ztrátou dítěte z pohledu rodičů	26
2.2.1 Genderové rozdíly	26
2.2.2 Dopad na partnerský vztah.....	30
2.2.3 Sourozenci zemřelých dětí	32
2.2.4 Prarodiče.....	35
3 ŽIVOTNÍ SITUACE RODINY PO ZTRÁTĚ DÍTĚTE	36
3.1 Pohřeb dítěte	38
3.2 Změny v životě rodičů vyvolané ztrátou dítěte	39
3.3 Postraumatický rozvoj osobnosti.....	42
4 MOŽNÁ INTERVENCE A PÉČE O POZŮSTALÉ RODIČE	44
4.1 Typy pomoci pro pozůstalé rodiny	44
4.2 Vybrané organizace v ČR	48
II VÝZKUMNÁ ČÁST.....	52
1 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	52
2 VÝZKUMNÁ METODA A STRATEGIE.....	53
3 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	54
4 PRŮBĚH ORGANIZACE SBĚRU DAT	55
5 ZPRACOVÁNÍ DAT	57
6 PREZENTACE A INTERPRETACE DAT.....	58
7 KVALITATIVNÍ ANALÝZA dotazníku	61
7.1 VO1: Jaký dopad měla ztráta dítěte na prožívání rodičů?.....	61
7.2 VO2: Jaké pomoci se dostalo pozůstalým a kterou považují za nejefektivnější? .	66
7.3 VO3: Jak se změnil vztahy v rodině/se sociálním okolím po smrti dítěte?.....	71
7.4 VO4: Jak ztráta dítěte ovlivnila smysl života pozůstalých?	75

DISKUZE	79
ZÁVĚR	87
SOUHRN	88
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	90
PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE	96

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

(Kubler–Rossová, 2003, s. 35)

ÚVOD

Smrt. Téma, které se bytostně dotýká každého z nás, a přesto o něm společnost příliš nemluví. Ačkoliv se jedná o přirozenou součást lidského života, lidé se jí snaží vytěsnit. Není se čemu divit. Smrt děsí a pro spoustu lidí je bezesporu nepříjemným tématem. Představuje konec snažení, našich radostí, ale hlavně ztrátu budoucnosti. Nutí nás uvědomit si, že existuje něco, nad čím nemůžeme mít kontrolu a nelze to ovládnout. Smrt zkrátka vzbuzuje v řadě z nás úzkost, napětí, smutek a především strach. Strach z neznáma, z té prázdnoty, kterou sebou přináší.

Ztráta blízké osoby je považována za nejhůře přijatelnou ztrátu v životě člověka. Není lehké se s touto situací vyrovnat a ještě obtížnější je adaptovat se na ztrátu dítěte, protože není v dnešní vyspělé společnosti očekávána. Nikdo z nás nepředpokládá, že přežije své děti. Dopady ztráty dítěte jsou mnohdy devastující. Pozůstalí rodiče tak mnohdy ztrácí smysl svého života, zakoušejí pocity viny a cítí se celou situací ochromeni. Úmrtí potomka otřese celým rodinným systémem a často bývá zdrojem dalších krizí, zejména partnerských.

Pro sepsání této práce nás inspirovala vlastní praxe krizového intervanta a poradce pro pozůstalé. Ze zkušeností víme, že pozůstalí žádají o pomoc většinou ve chvíli, kdy jejich sociální opora slábne. Situace rodičů, kterým zemřelo dítě, je tíživá a jejich provázení na cestě k přijetí ztráty představuje pro všechny pomáhající profese, vždy velkou zkušenost.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je na základě prostudované odborné literatury představena problematika ztráty blízké osoby, specifika prožívání rodičů po úmrtí dítěte a vliv ztráty na životní situaci rodiny. Pozornost je věnována teoriím, které se týkají procesu truchlení pozůstalých rodičů, včetně jeho možných komplikací. V závěru teoretické části je vymezena dostupná pomoc v České republice pro tuto kategorii truchlících.

V praktické části hledáme odpověď na otázku, jaký dopad měla ztráta dítěte na prožívání rodičů. Zaměřujeme se na způsoby truchlení po dítěti, na adaptaci na život bez něj a vliv této tragické události na vztahy v rodině a s přáteli. Výpovědi našich participantů tak mohou zmapovat, co truchlící rodina po ztrátě potřebuje, co jí v procesu adaptace nejvíce pomáhá a co naopak znesnadňuje.

Diplomová práce by měla poskytnout základní přehled o prožívání rodičů po ztrátě dítěte a nastínit existující možnosti, které jim pomohou náročnou situaci co nejlépe přijmout, aby mohli dál žít plnohodnotný a aktivní život. Věříme, že práce může být přínosem nejen odborné

veřejnosti, která se s problematikou truchlení zabývá, ale také samotným rodičům s touto bolestnou zkušeností. Práci jistě ocení i jejich přátelé a blízcí, kteří se snaží byli pozůstalým skutečnou oporou. Lidé by měli být informováni, že existuje pomoc. Ale také, že každý z nás se se smrtí vyrovnává svým způsobem. Je v pořádku truchlit jinak. Pokud tuto skutečnost lidi přijmou, mohou předejít řadě neshod, které v rodině po úmrtí dítěte nastaly.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 SMRT BLÍZKÉHO ČLOVĚKA

Smrt blízké osoby je považovaná za nejhůře přijatelnou a zároveň nejhůře zvládnutelnou ztrátu v lidském životě. Říčan ve své publikaci píše: „*Čím více máme někoho rádi, tím více se také bojíme, že ho ztratíme; a tím větší je naše ztráta, jestliže dotyčný skutečně zemře.*“ (Říčan, 2006, str. 263).

Špatenková (2012) hovoří o vztahové ztrátě, kterou vnímá jako ukončení příležitosti být v kontaktu, komunikovat, mít společné zážitky, milovat, či být jinak v emocionální a fyzické přítomnosti s určitou osobou. Vše najednou ztrácí smysl, člověk si začíná uvědomovat, že tato ztráta je nevratná. Má pocit, jako by už nikdy nemělo být nic jako dřív. Smrt blízkého neovlivní pouze emoční stránku, ale také vlastní identitu a integritu. Často dochází k narušení vztahů s jinými lidmi a člověk ztrácí své přesvědčení o bezpečnosti a stabilitě světa. Reakcí na životní ztrátu je pak truchlení, kterému se budu blíže věnovat v souvislosti se ztrátou dítěte v dalších kapitolách.

Podle Baldwinovy typologie krizí (in Špatenková, 2011) můžeme ztrátu blízkého člověka označit za krizi, a to konkrétně za krizi traumatickou a zároveň situační. V případě traumatické krize se v jeho pojetí jedná spíše o náhlou ztrátu blízké osoby. Reakce na ztrátu je však vždy individuální, vždy závisí i na míře snášenlivosti při zátěžových reakcích obecně. Můžeme tedy říct, že anticipovaná (očekávaná) ztráta může být pro někoho větším traumatem, než pro jinou osobu ztráta náhlá.

Ztráta blízké osoby učí pozůstalé pokoře a umožňuje jim rovněž uvědomit si vlastní smrtelnost a pomíjivost času. Právě čas se najednou stává vzácnou entitou a tak si můžeme u některých pozůstalých všimnout snahy svůj čas nepromarnit. To se projevuje např. budováním nových priorit, mezi které patří zejména touha věnovat více času svým blízkým. Kromě toho se u pozůstalých snižuje strach ze smrti samotné. Pokud někdo z nich věří na posmrtný život, považuje smrt za možnost znovushledání se svým blízkým. (Moody & Arcangelová, 2005)

1.1 Ztráta dítěte

Smrt dítěte je považována za nejtragičtější a z pozice pozůstalých za nejnespravedlnější ze všech možných ztrát. Goger (in Parkes & Prigerson, 2010) popisuje smrt dítěte jako nepříjemnou dlouhotrvající ztrátu, která je nejen pro rodiče, ale i další rodinné příslušníky, zdrcující. Pro rodiče zesnulých dětí se jedná o velmi bolestnou zkušenost, která budoucnost a s ní spojená očekávání naprosto mění. Ztráta dítěte je vždy ztrátou časově nepřiměřenou – u všech rodičů přetrvává přesvědčení, že jejich děti je přežijí. Nikdo nepředpokládá, že se dožije smrti vlastního dítěte. Rovněž můžeme hovořit o mnohem intenzivnějších emocích a výraznějších reakcích než u jiných typů ztrát (Moody & Arcangelová, 2005). Pozůstalí rodiče zakoušejí pocit pobouření a nespravedlnosti, v jejich životě vzniká prázdnota. Smrtí dítěte je nenávratně zasažen celý rodinný systém (Handsley, 2001).

Odborníci se shodují, že v souvislosti s věkem zemřelého dítěte, rodiče snášejí hůře smrt dospělého potomka než malého dítěte. Podle Gorera (in Kubíčková, 2001) je právě smrt dospělého dítěte tou nejbolestnější ztrátou vůbec a proto i proces truchlení je v tomto případě nejdelší. Nezřídka se v těchto případech u rodičů vyskytují suicidální úvahy, kterým je potřeba věnovat pozornost. Ani přítomnost dalších dětí v rodině tomu totiž nemusí spolehlivě zabránit.

McLarenová (in Firthová et al., 2007) ve své publikaci uvádí, že napříč věkem umírá relativně více chlapců než dívek. Také dodává, že například v prvním roce života děti nejčastěji umírají v prenatálním nebo perinatálním období. K úmrtí dle autorky dochází u osob do 24 let většinou náhle. Zmiňuje také tři nejčastější příčiny úmrtí v tomto věkovém období:

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

Ztráta dítěte může být očekávaná tzv. anticipovaná (v nevléčitelná nemoc) či náhlá tzv. neanticipovaná (úraz atd). V případě neočekávané ztráty si mnohdy rodiče zpočátku neuvědomují, co se stalo, co je ještě čeká. Vše proběhne velmi rychle, rodiče jsou v šoku, osamělí, zdrcení. Pokud hovoříme o očekávané ztrátě, mají rodiče v tomto případě určitý čas a prostor se na smrt dítěte připravit (Kubíčková, 2001). Z výše uvedeného tedy vyplývá, že jinak budou ztrátu dítěte prožívat rodiče, kterým se např. narodilo mrtvé dítě a jinak rodiče, jejichž dítě bylo zavražděno.

1.1.1 Neanticipovaná (náhlá) ztráta

Jak již bylo zmíněno, při neanticipované ztrátě si mnohdy vážnost situace rodiče zpočátku neuvědomují. Jedná se o ztrátu náhlou, nečekanou, nemají tedy možnost se na ni připravit. Ve většině případů se jedná o tragickou smrt. Náhlá ztráta bývá často příčinou komplikovaného truchlení. Zvláště výrazně se zde uplatňuje obranný mechanismus popření.

Přestože v této práci hovoříme o dvou typech ztrát, dle získaných poznatků z literatury lze říci, že neexistuje přísná hranice mezi anticipovanou a neanticipovanou ztrátou. Např. Špaňhelová (2015) považuje za neanticipovanou ztrátu také úmrtí dítěte po krátké nemoci, zatímco Kübler – Rossová (2003) do této kategorie řadí i úmrtí dlouhodobě nemocného pacienta. Štefan, Hladík a kolektiv (2012) uvádí, že samotné úmrtí může prakticky nastat kdekoli a ve většině případů se tak děje mimo zdravotnické zařízení.

Prvotní reakcí na neanticipovanou ztrátu bývá šok, ke kterému se záhy připojuje zoufalství, beznaděj a neschopnost uvěřit, že dítě skutečně zemřelo. Zármutek rodičů je intenzivní, mnohdy trvá dlouhá léta, než se se smrtí dítěte vyrovnají. Časté jsou také pocity viny a výčitky, zejména zemřelo-li dítě při nehodě. Rodiče si vyčítají, že svému dítěti dovolili jít ven, jezdit na kole atd. (Špaňhelová, 2015). Objevují se pocity prázdnot, život ztrácí smysl. Rodiče při neanticipované ztrátě zvláště těžce nesou skutečnost, že neměli možnost se s dítětem rozloučit a říct mu, jak moc jej mají rádi, případně se za něco omluvit. Kubíčková (2001) dělí neanticipovanou ztrátu do několika kategorií: nehoda, vražda, sebevražda a syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS).

NEHODA

Do této kategorie neřadíme pouze úmrtí při silničních dopravních nehodách. Můžeme zde zařadit také utonutí, udušení či uhoření. Ve všech případech se jedná o náhlé, nečekané, tragické a předčasné úmrtí. Rodiče, jejichž dítě zemřelo následkem nehody, bývají na takovou ztrátu zcela nepřipraveni. Prožívají intenzivní zármutek, deprese a pocity viny. Pokud navíc byli u nehody dítěte přítomni (případně byli jejími aktéry), dochází zde velmi často k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (Kubíčková, 2001). Při nehodách se musí rodiče vyrovnávat také s častými návštěvami policie a medializací, která výrazně zasahuje do jejich soukromí a osobních pocitů (Colorosová, 2008). Shanfield (in Kubíčková, 2001) navíc dodává, že míra zármutku, deprese a pocitů viny je v tomto případě u pozůstalých rodičů intenzivnější, než v situacích, kdy je příčinou úmrtí smrtelné onemocnění.

VRAŽDA

Jedná se o zvláště tragický typ úmrtí. Truchlení rodičů je v tomto případě komplikováno hněvem a touhou po pomstě. Často se pak rodina zlobí na autority, které měly neštěstí zabránit (Parkes in Kubíčková, 2001). Pocity viny jsou velmi výrazné, zejména v případě, kdy se rodiče nejprve na dítě zlobili, že se např. delší dobu neozývalo. Tento hněv vzápětí střídá nejistota a úzkost, zda je jejich potomek v pořádku. Objevují se první výčitky, že se na dítě ještě před chvílí zlobili. V okamžiku, kdy již kontaktují policii, se rovněž obrací na kamarády dítěte a snaží se získat informace, které by jim mohli pomoci k jeho nalezení. Situaci komplikují policejní výsledky, které jsou zdrojem velké psychické zátěže a mohou vést až k sekundární traumatizaci. Během policejního pátrání cítí zoufalství, bezmoc, netrpělivost a také naději. Po nalezení mrtvého těla se v případě dlouhodobého pátrání po dítěti může u některých rodičů objevit mírná úleva z ukončení šířající nejistoty.

Matky zemřelých dětí se určitou dobu straní od vnějšího světa, který jim nyní připadá příliš krutý. Cítí vztek vůči ostatním lidem, jejichž problémy považují ve srovnání s touto tragédií za malicherné. Začínají se tak úplně izolovat od společnosti. Chtějí se pomstít zločinci, který smrt dítěte způsobil (Kübler – Rossova, 2003). Schiffová (1978) ve své publikaci píše, že spousta rodičů celý svůj život hledá odpověď na otázku, proč muselo zemřít zrovna jejich dítě takovým způsobem. Útěchou jim bývá víra v posmrtný život (vnímají to možnost se s dítětem zase setkat) či potrestání pachatele.

Kübler – Rossova (2003) v souvislosti s násilným úmrtím upozorňuje, aby těmto rodičům bylo umožněno spatřit mrtvé tělo dítěte. Jedná se o zkušenost, která výrazně přispívá k přijetí reality. Pokud rodiče tuto možnost odmítnou nebo ji nemají, mohou úmrtí dítěte desítky let popírat. Jsou známy i případy, kdy u rodičů přetrvává víra, že obětí vraha byla jiné dítě a ne jejich vlastní.

SEBEVRAŽDA

Sebevražda představuje nejméně přijatelný a nejobtížněji zvládnutelný typ ztráty. Podle Špatenkové (2011) se člověk k tomuto činu uchýlí z hlubokého zoufalství, nezvládá řešit svou tíživou situaci a sebevraždu tak vnímá jako jediné východisko. Pozůstalí nechápou, proč je jejich blízký dobrovolně opustil, prožívají kombinaci pocitů viny a hněvu. Často pak hledají chybu v sobě, což může být spouštěčem pro spáchání vlastní sebevraždy (Kubíčková, 2001).

U starších dětí a adolescentů představuje sebevražda druhou nejčastější příčinu smrti (hned po dopravních nehodách) a sebevražednost se v tomto věku stále zvyšuje. Odborníci jako časté příčiny uvádějí psychické týraní a pohlavní zneužívání v nefunkčních rodinách, či duševní

onemocnění, nejčastěji deprese. U adolescentů může být spouštěčem také ztráta nebo neúspěchu, jako je např. rozchod, rozvod rodičů, přestěhování se, neúspěch ve sportu a jiné (srov. Drtilková, 2001; Frankel & Kranzová, 1998; Koutek & Kocourková, 2007).

V případech sebevraždy dítěte dominují u rodičů pocity viny, že smrti nedokázali zabránit. Obviňují se za nedostatečnou péči, prožívají obrovskou bezmoc a trápí je, že se s dítětem nemohli rozloučit. Bývá pro ně prakticky nemožné nemyslet na to, co mohli udělat jinak, aby se neštěstí dalo předejít. Rodiče mohou rovněž vůči zemřelým dětem cítit vztek, neboť toto jednání považují za důkaz lhostejnosti vůči jejich pocitům. Pozůstali v této kategorii jsou často stigmatizováni. Připadají si jiní než ti, kteří truchlí z důvodu přirozené smrti. Zároveň mohou mít obavy, že jsou za tento čin v rodině společností opovrhováni (srov. Calorosová, 2008; Culey & Bond, 2008).

Do kategorie neanticipované ztráty bych také zařadila ztrátu v prenatálním a perinatálním období.

PRENATÁLNÍ ZTRÁTA

Prenatální ztrátou rozumíme případ, kdy dochází k nitroděložnímu úmrtí plodu před porodem a dítě přichází na svět mrtvé (Dohnalová & Pavlíková, 2011). Obecně se tak jedná o spontánní potrat či porod s důsledkem smrti dítěte. V této souvislosti bych také zmínila často opomíjený typ ztráty, a to sice narození mrtvého dítěte. Truchlení rodičů v této kategorii je jiné než truchlení rodičů, kterým zemře dítě později. Pozůstalé ženy si dávají za vinu, že v roli matky selhaly a snaží se na vše zapomenout. Zároveň však potřebují ujištění, že jejich dítě žilo (např. prostřednictvím fotek z ultrazvuku) (Davis, 1996).

Čech (1999) popisuje potrat jako vypuzení plodu z dělohy, přičemž takový plod nedosáhl schopnosti extrauterinního (mimoděložního) života. V České republice je potratem označen živý plod o hmotnosti menší než 500 gramů, který nepřežije 24 hodin života. Pokud se narodí plod mrtvý o tělesné hmotnosti 999 gramů a méně, je označen jako potrat. Nastane-li obdobná situace u vícečetného těhotenství, pak mrtvý plod vážící méně než 1000 gramů je označen jako potrat bez ohledu na hmotnost a gestační stáří druhého (živého) plodu (Čech, 1999, str. 148). Z etického a biologického hlediska je sporné rozlišovat předčasný porod a spontánní potrat. Předčasný porod se definuje koncem 37. týdne těhotenství a hmotnost plodu ≤ 2500 g, zatímco potrat živého plodu udává hmotnost < 500 g (pokud zemře do 24 hodin), u mrtvého plodu hmotnost < 1000 g (tamtéž, str. 103).

PERINATÁLNÍ ZTRÁTA

V případě perinatální ztráty dítě umírá několik málo dní po porodu (Dohnalová & Pavlíková, 2011). Na takové úmrtí se rodiče nemohou připravit, dochází k němu většinou náhle bez upozornění. Ztráta dítěte vyvolává množství negativních pocitů, rodiče často cítí beznaděj, zoufalství a uzavrou se do sebe, protože nevěří, že by někdo jejich prožívání dokázal rozumět (Špaňhelová, 2015).

Jedním z důvodů náhlého úmrtí dítěte v perinatálním období je **Syndrom náhlého úmrtí novorozence (SIDS)**. Tento typ úmrtí je specifickým typem ztráty, protože zemřelo dítě, které bylo na pohled zcela zdravé. SIDS se vyskytuje v průběhu prvního roku života dítěte, nejčastěji mezi 2. a 6. měsícem. Smrt přijde zcela nečekaně, nejsou zřejmé známky závažného onemocnění. Dítě umírá ve spánku, nekřičí a nejeví známky bolesti. Tato ztráta často vede k narušení vztahu mezi partnery, kteří bojují se silnými pocity viny, výčitkami svědomí nebo se vzájemně za smrt dítěte obviňují. Je proto potřeba rodiče opakovaně ubezpečovat, že za smrt dítěte nejsou odpovědní a poskytnout jim dostatečný prostor a čas, aby se s dítětem rozloučili. (srov. Kubíčková, 2001; Leifer, 2008).

Čepický (1999) zmiňuje okolnosti, jež mají vliv na reakce rodičů při perinatální ztrátě:

Povaha perinatálního úmrtí – Matka, respektive oba rodiče jsou nejvíce traumatizováni při úmrtí dítěte během porodu nebo krátce po něm. V té chvíli se objevuje jak velká radost z narození potomka, tak obrovský šok z jeho neočekávaného úmrtí.

Personál – Rodiče jsou velmi citliví na jednání a reakce zdravotnického personálu. Samotní zdravotníci však často zažívají pocity viny a domnívají se, že selhali. S těmito negativními pocity se pak vyrovnávají prostřednictvím nepřátelského chování k matce zemřelého dítěte.

Okolnosti těhotenství a porodu – Délka života dítěte po porodu neovlivňuje intenzitu zármutku rodičů, nicméně adaptace na ztrátu je snazší, pokud dítě nějakou dobu po porodu ještě žilo. V každém případě rodiče zažívají pocity hořkosti, hněvu, protestu. Velmi časté jsou pocity viny, protože zejména ženy tuto ztrátu považují za důkaz vlastního selhání.

Sociální opora – Mnoho matek se cítí opuštěno vlastní rodinou, protože u ní nenalézá potřebné porozumění. Zármutek rodičů bývá ze strany okolí často podceněn.

1.1.2 Anticipovaná ztráta

Úmrtí v případě anticipované ztráty provází řada příznaků s postupným zhoršováním zdravotního stavu pacienta. Smrtelná nemoc výrazně zasahuje do rodinného systému a nezáleží na tom, zda je její průběh dlouhý či krátký. Vzhledem k tomu, že je dítě odkázáno na plnou péči rodičů, musí často alespoň jeden z nich zaměstnání opustit, což způsobí finanční nejistotu. Péče o dítě je pro ně vysilující nejen psychicky, častokrát se ocitají na pokraji fyzických sil (Moody & Arcangelová, 2011). Po smrti dítěte tak spousta těchto rodičů zůstává bez práce, což jen prohlubuje prázdnotu, kterou momentálně cítí (McLarenová in Firthová et al., 2007).

Protože rodiče svému nemocnému dítěti poskytují vysokou péči, po jeho úmrtí se u nich zpravidla vyskytují menší pocity viny než u rodičů po neanticipované ztrátě. Protože jsou svědky postupující nemoci, jsou si více vědomi neschopnosti vlastní kontroly a realitu si tolik nevyčítají. Také mají prostor se se svým dítětem rozloučit, což je v případě náhlého úmrtí nemožné. Mohou tak dítěti říct vše, co potřebují a cítí. Z tohoto důvodu pak někteří z nich dochází k vnitřnímu klidu a smíření. Určitá úleva se však může dostavit i při úmrtí dítěte, kterému předcházelo obrovské utrpení a bolest při nemoci (Schiff, 1978). Samozřejmě vše je vysoce individuální. Ne všichni rodiče k tomuto klidu dochází, někteří z nich nejsou schopni akceptovat blížící se smrt jejich dítěte.

Ačkoliv se může zdát, že zármutek u anticipované ztráty není tak intenzivní, jako u náhlého úmrtí dítěte, je pro rodiče velmi náročné sledovat své trpící dítě během léčby. Protože mu nemohou od bolesti nijak ulevit, cítí často obrovskou bezmoc (Kubíčková, 2001). Nejnáročnější je pro rodiče situace, kdy již při léčbě nedochází ke zlepšení zdravotního stavu a čeká je rozhodnutí o ukončení léčby. V tomto momentu je pak velice důležité soustředit se na kvalitu života daného dítěte a na jeho bio-psycho-socio-spirituální oblast (Kupka, 2014).

2 TRUCHLENÍ POZŮSTALÉ RODINY PO SMRTI DÍTĚTE

Doba po úmrtí dítěte je pro rodiče extrémně náročná. Mají před sebou období truchlení, kterým je potřeba si projít, aby ztrátu byli schopni integrovat do svého života a dále fungovat. Musí tuto skutečnost oznámit sourozencům dítěte, rodině, škole, kterou dítě navštěvovalo, úřadům atd. Čeká je zorganizování pohřbu, musí pečovat případně o své další děti a vést domácnost dále bez svého potomka. Učí se zvykat na „nový život“. Z toho důvodu je pro ně těžké slavit Vánoce, Velikonoce, narozeniny a jiné významné události. Během těchto dní si totiž nejvíce uvědomují ztrátu potomka a představují si, kolik by dítě mělo let a jaké by to bylo, kdyby nikdy nezemřelo (Dohnalová, 2010).

Pro rodiče představuje smrt dítěte něco nenormálního, nepřírozeného. Jejich potomek zemřel příliš brzy. V historii to však společnost vnímala jinak. Například Parkes (in Kubíčková, 2001) zmiňuje, že smrt se začala považovat za vzácnou teprve v našem století. Kdysi děti více umíraly ve velmi raném věku (nebyla dostatečně rozvinutá zdravotnická péče atd.) a rodiče tak akceptovali tuto ztrátu lépe než dnešní rodiče.

Truchlení po ztrátě dítěte má svá specifika. Zármutek je v tomto případě intenzivnější a traumatictější než v případě jiné ztráty (McLarenová in Firthová et al., 2007). Kubíčková (2011) považuje truchlení rodičů nad úmrtím dítěte za nejdělsí typ truchlení vůbec, přičemž truchlení nad ztrátou dospělého dítěte může přejít až v patologickou komplikovanou formu zármutku. Špatenková (2013) ve své publikaci prezentuje reakce truchlících rodičů jako nepřiměřené, přehnané a nekončící. Tato charakteristika však nemusí nutně označovat patologické reakce. Autorka zastává názor, že „za určitých okolností totiž může být ‚normální‘ i to, co obvykle ‚normální‘ není“ (Špatenková, 2013, str. 37). Truchlení rodičů tak můžeme chápat jako normální reakci na nenormální situaci, protože rodiče nejsou nikdy zcela připraveni na smrt svých dětí. Zármutek po ztrátě dítěte představuje celoživotní proces přizpůsobování se nové realitě. Rodiče procházejí vnitřní a vnější fází, přičemž ve vnitřní fázi znovu hledají sami sebe a nové role v životě, zatímco v případě vnější fáze se začínají znovu zaměřovat na své okolí. Celý proces truchlení se stává snadnějším, pokud rodiče naleznou nový smysl života (Špatenková, 2013).

U truchlících rodičů se oproti jiným kategoriím pozůstalých objevují ve větší míře pocity viny a výčitky svědomí. Cítí obrovskou bezmoc a jejich život ztrácí smysl. Snaží se přijít na to, co mohli udělat jinak, aby mohli ztrátě předejít. Díky svému přesvědčení, že v péči o dítě selhali, ztrácí sebedůvěru. U některých rodičů se mohou objevit sebevražedné úvahy. Nemají strach z vlastní smrti, více se bojí o své nejbližší. Ukončení života má zpravidla za cíl

znovushledání s potomkem. U většiny rodičů si také můžeme povšimnout reakcí značících neukončené citové vazby. Ty se projevují prostřednictvím imaginárních rozhovorů s dítětem, uchovávání pokoje v takovém stavu, jaké bylo před úmrtím, případně podporují výzkumy na nemoc, která zapříčinila smrt dítěte. Často se snaží pomáhat stejně nemocným dětem. Dalším znakem, který bývá společný spousta pozůstalým rodičům, je strach z dezintegrace vlastní osobnosti. Mají pocit, že bolest ze ztráty nemohou vydržet a zblázní se. Zároveň mívají také pocity závidění vůči ostatním rodičům, kteří o své dítě nepřišli. Často se tak těmto skupinám lidí vyhýbají, případně se rovnou odvrací od míst, kde se rodiče s dětmi shromažďují. Je však přirozené, že po určité době tato závist zanikne. Velmi obtížně také snáší vidět kamarády zesnulého dítěte při jejich významných životních událostech, kterých se jejich potomek nedožil. (srov. Melvin & Lukeman, 2000; Kubičková, 2001; Schiff, 1978).

Shrnula bych důležité faktory v reakci rodičů na ztrátu dítěte do 5 skupin – okolnosti úmrtí dítěte, věk dítěte, počet dětí v rodině, víra.

- **Okolnosti úmrtí dítěte** – Pro rodiče bývá zpravidla obtížnější vyrovnat se s náhlou ztrátou svého potomka než při očekávaném úmrtí dítěte z důvodu smrtelné nemoci (Kübler – Rossová, 1994)
- **Věk dítěte** – Většina odborníků se shoduje, že rodiče hůře akceptují ztrátu staršího dítěte než úmrtí dítěte v raném věku. Je pravdou, že čím je dítě starší, tím více zážitků s ním rodiče mají a tím více je náročnější se pak s jeho ztrátou vyrovnat (srov. Kübler – Rossová, 1994; Meert et al., 2011).
- **Počet dětí v rodině** – Rodiče, kteří ztratili své jediné dítě, se s jeho ztrátou vyrovnávají mnohem hůře než rodiny, kde je dětí více. Důvodem je, že smrtí dítěte také ztrácejí svou roli, identitu a status rodiče. McLarenová (in Firthová et al., 2007) ovšem uvádí, že v případě úmrtí dítěte nehraje počet sourozenců takovou roli. Je názoru, že každé dítě je pro rodiče jedinečné a měli s ním jedinečný vztah. Schiff (1978) se k počtu dětí rovněž vyjadřuje s informací, jak náročné je být nadále rodiči svým dalším žijícím potomkům. Je třeba zmínit, že úmrtí jediného dítěte v rodině může být zdrojem komplikovaného truchlení a vést i k vyšší úmrtnosti rodičů (Meert et al., 2011).
- **Víra** – Na základě výzkumů víry v posmrtný život u rodičů, kteří přišli o své dítě, bylo zjištěno, že u nevěřících osob byly častěji zaznamenány patologické formy truchlení (Kubičková, 2001). Nevěřící rodiče se často roky trápí otázkou, zda jejich dítě trpělo a proč zrovna jejich potomek musel zemřít. Přemýšlí, jak je to

s jeho duší a zda existuje nadpozemský život. Pokud naleznou víru, můžou lépe zvládat proces truchlení. Různé jevy (praskání dřeva) si pak mohou vysvětlovat jako „znamení od zesnulého dítěte“ (Kübler – Rossová, 2003)

Dalšími znesnadňujícími aspekty truchlení pozůstalých rodičů jsou přidružené sekundární ztráty. Špatenková (2013) sem řadí např. ztrátu příslušnosti ke skupinám, do kterých rodiče dříve patřili. Jedná se zejména o rodičovské skupiny ve školách či neformální skupiny rodičů, kdy se rodiče setkávají např. při vyzvedávání dítěte ze školy nebo z volnočasových aktivit.

Je přirozené, že pozůstalých rodičů se není schopna z ničeho radovat. Případá jim to normální, protože nepovažují za správné smát se, když prožívají takovou ztrátu. Schiffová (1978) upozorňuje, že rodiče by si měli uvědomit, že smíchem své dítě neopouštějí. A také by to v nich nemělo vyvolávat pocit, že by na něj zapomněli. Je třeba, aby se rodiče naučili znovu radovat, přispívá to celému procesu truchlení. Bývá však časté, že pozůstalí mnohdy chápou “překonat ztrátu“ jako synonymum k “zapomenout“. Špatenková (2011) vysvětluje, že mezi uzdravením se ze ztráty a uchováním vzpomínek existuje rozdíl – truchlící rodiče nemusí nutně na své dítě zapomenout, pokud se chtějí s jeho ztrátou vyrovnat.

Pro všechny pozůstalé rodiče je nesmírně těžké přijmout v životě ztrátu svého dítěte. Jsou případy, kdy se s jeho smrtí nevyrovnají nikdy. Špaňhelová (2002) píše, že pokud u pozůstalých rodičů nenastane komplikované truchlení, trvá přijetí ztráty potomka zpravidla 1-2 roky. Po uplynutí této doby je většina z nich schopna vzpomínat na dítě bez negativních emocí. Špatenková (2014) k tomu dodává, že jiní rodiče se sice na ztrátu dokážou do určité míry adaptovat, ale nemusí (nebo spíše nechtějí) se s ní smířit.

2.1 Teoretická východiska zármutku u truchlících rodičů

Truchlení můžeme chápat jako reakci na ztrátu blízké osoby, která nám umožňuje ztrátu přijmout a postupně integrovat do svého života. Nelze přesně určit dobu trvání, neboť její délka vždy závisí na konkrétním vztahu k zemřelému. Mrtvé dítě bude rodiči navíc stále postrádáno a jeho ztráta bude navždy citelná a to i v případě, že se v budoucnu rodičům narodí další děti (Rastislavová, 2008). Někdy si pozůstalá rodina vytváří fantazijní svět, ve kterém k úmrtí dítěte nedošlo. Je to pro ně ochrana před bolestí, jež zármutek doprovází. Tato „realita“ jim poskytuje bezpečné útočiště a pomáhá udržet vnitřní integritu (Gjuřičová & Kubička, 2009).

V souvislosti s procesem truchlení se často setkáváme s pojmem zármutek. Oba termíny popisují přirozený stav, který člověk prožívá po ztrátě někoho nebo něčeho, co pro něj mělo velkou hodnotu (Vymětal, 2003). Zármutek Baštecká (2005) charakterizuje jako přirozený prožitek vyrovnávání se se ztrátou, který s sebou nese mnoho pocitů. Truchlení pak považuje za spíše osvojené společenské chování, kterým dává jedinec okolí najevo, že prožívá zármutek. Moody a Arcangelová (2005) o truchlení hovoří jako o jakékoliv akci, která nám pomáhá adaptovat se na ztrátu, přičemž je ovlivněno kulturou, ve které žijeme. Kastová (2015) popisuje truchlení jako přirozenou reakci, kterou je potřebná pro přijetí a smíření se s novou situací. Jeho smyslem je složit znovu původní svět, který byl ztrátou blízkého rozložen.

Existuje samozřejmě spousta teorií, které se zabývají procesem truchlení (nejznámější dle Kübler – Rossové či Vereny Kastové atd.). Pro účel této diplomové práce jsem však vybrala pouze ty, které se specificky vztahují k truchlení rodičů po smrti dítěte.

PROŽÍVÁNÍ ZTRÁTY DÍTĚTE PODLE D. DAVISOVÉ

Deborah Davisová je americká psycholožka, která se ve svých výzkumech zaměřuje na truchlení rodičů po úmrtí dítěte. Mimo jiné se zabývá také lékařskou etikou a moderním přístupem k těhotným ženám, jejichž dítě má diagnózu neslučitelnou se životem. Vydala knihu „*Empty cradle, broken heart*“, ve které líčí prožívání pozůstalých rodičů. Autorka zastává názor, že tito rodiči musí procesem truchlení projít vždy – bez ohledu na to, zda se jednalo o těhotenství chtěné či nechtěné, narodilo-li se dítě živé nebo mrtvé nebo jak dlouhou dobu po porodu žilo. Důraz klade především na informovanost truchlících rodičů. Podle ní je velmi důležité, aby věděli, co je čeká a jak se s obdobnou ztrátou vyrovnávali jiní. Davis považuje bolest ze ztráty dítěte po narození jako specifickou, v důsledku které začínají rodiče pochybovat o sobě, o životě, o světě, o Bohu. Matky se mohou v případě perinatální ztráty obviňovat za to, že jako ženy selhaly, což se např. projeví odmítáním svého těla. Davis se snaží podporovat tyto pozůstalé v tom, aby se věnovali svému zármutku, prožili si jej a rozhodně se mu nebránili. Rovněž poukazuje na možné pocity, které se u rodičů mohou objevit, jako jsou specifické pocity prázdných rukou, bolest v pažích či klamné iluze, že své dítě viděli či slyšeli (Davis in Borůvková, 2012).

FÁZE VYROVNÁVÁNÍ SE SE SMRTÍ DÍTĚTE PODLE DOHNALOVÉ A MUSILA

Dohnalová a Musil (2008) ve své publikaci popisují jednotlivé fáze, kterými rodiče procházejí v případě ztráty dítěte:

Fáze 0 – „Před úmrtím dítěte“

Jedná se o dobu, kdy je dítě nevyлечitelně nemocné a nachází se již v terminální fázi. Zároveň již neexistuje žádná naděje na uzdravení a končí i lékařská péče. Rodiče si začínají uvědomovat, že jejich dítě může každým dnem zemřít. Fáze 0 začíná tedy momentem, kdy si rodiče připouští blížící se ztrátu a končí smrtí dítěte (Dohnalová & Musil, 2008).

Fáze 1 – „Bezprostředně po úmrtí dítěte“

Začíná po úmrtí dítěte a končí po pohřbu, případně jiným rituálem vykonaným pro rozloučení se s dítětem. V této fázi jsou v popředí především pocity rodičů. Prožívání rodičů se liší s ohledem na to, zda se jednalo o náhlou či anticipovanou ztrátu. Tyto rozdíly byly již popisovány v předešlých kapitolách. Dohnalová a Musil (2008) dodávají, že v případě náhlého úmrtí probíhá vyšetřování okolností úmrtí, do kterého jsou obvykle zapojeni zdravotníci a policie, přičemž policie zpravidla také oznamuje úmrtí dítěte rodičům. Rodiče chtějí v takovém případě všechny tyto okolnosti znát. Seznámení s tím, co se vlastně jejich dítěti přihodilo, může usnadnit proces truchlení. Nutno však zmínit, že se rodiče musí účastnit veškerých jednání, což je pro ně nesmírně vysilující. Dohnalová (2010) doplňuje ještě další záležitosti, které rodiče musí vyřídit, jako je jednání s úřady, s pohřební službou, atd.

Fáze 2 – „Pozvolný návrat do reality“

Tato fáze začíná pohřbem dítěte a trvá zhruba 13 měsíců po jeho úmrtí. Jakmile skončí období, ve kterém rodiče prožívali nejintenzivnější smutek po zemřelém dítěti, chce se řada z nich vrátit zpět do aktivního života. Znovu začínají chodit do práce a prožívají první narozeniny, Vánoce a další významné události bez dítěte. Také se začínají zabývat věcmi a nábytkem po dceři či synovi. Řeší, jak s těmito věcmi naložit. Někteří rodiče mohou prožívat neukončený pocit očekávání, kdy doufají, že se jejich dítě vrátí. Rovněž se u některých z nich mohou objevit myšlenky na sebevraždu nebo sebepoškozovací tendence. Jiní se pouštějí do nestandardních úkonů, kdy v záchvatech hyperaktivity přestavují celý dům, nebo při těžké apatii nedokáží vstát z postele a odejít do práce (Dohnalová & Musil, 2008). Špaňhelová (2002) hovoří také o komunikačních bariérách, které se mohou vyskytnout v zaměstnání např.

v komunikaci s kolegy či zaměstnavatelem. Autorka v této souvislosti doporučuje, aby dal rodič najevo, jak se k němu mají ostatní chovat. Zabrání se tak možné nepříjemné pracovní atmosféře. Dohnalová s Musilem (2008) zároveň dodávají, že rodiče začínají poprvé hledat pomoc. Potřebují praktické informace (náhrada škody, svěření vnoučat do péče atd.) a zároveň mohou vyhledávat příběhy lidí, kterým také zemřelo dítě. Znovu budují partnerský vztah v nových podmínkách a jejich pozornost se opět zaměřuje na další děti v rodině.

Fáze 3 – „Opravdový návrat do reality“

Tato fáze začíná rok po úmrtí dítěte. V ideálním případě trvá po celý život pozůstalých rodičů. Postupně ubývá podpory ze strany blízkého okolí. U rodičů naopak může vznikat potřeba pomoci těm, kteří procházejí obdobně náročným obdobím. Tato fáze je také typická pro rozvody manželů a stěhování se do jiných měst, což má symbolizovat začátek nového života (Dohnalová & Musil, 2008).

PŘEKONÁVÁNÍ ZTRÁTY PODLE MOODYHO A ARCANGELOVÉ

V práci často uvádím, že rodiče zemřelých dětí hledají útěchu ve víře a spiritualismu. Proto jsem do kapitoly zařadila i tuto teorii. Raymoond Moody je americký psychiatr, který se zabývá fenoménem blízkosti smrti. Jeho výzkumy jsou založeny na pozorování prožitků lidí, kteří zažili klinickou smrt. Výsledky pozorování pak dále zpracovává. Společně s Diane Arcangelovou vydali publikaci „*Život po ztrátě*“, která je věnována problematice truchlení. Kniha obsahuje příběhy lidí, kteří prožili ztrátu blízké osoby a líčí jejich pocity a prožitky. Pozornost je přitom věnována i spirituálnímu aspektu truchlení, jenž může pomoci lidem překonat svou ztrátu a nabýt ještě větší celistvosti než před ní. Autoři proces truchlení vnímají jako příležitost k obnovení či přerodu života pozůstalého. Hovoří o tzv. křivce žalu, která se v době bezprostředně po úmrtí propadá do tzv. údolí žalu, odkud se osobnost truchlícího stále posouvá. Čím více si pozůstalý dovolí ventilovat své pocity a emoce, tím více je hlubší údolí žalu. Z údolí žalu se pak křivka začíná znovu zvedat, představy a názory pozůstalého se dále vyvíjejí, mění a postupně dochází ke stabilizaci osobnosti truchlícího. Přejít je uzavřen, život přebudován a člověk se ocitá na podobné úrovni, jako byl před ztrátou. Celý tento proces trvá 4 – 6 let, přičemž u některých pozůstalých může dojít až k duchovnímu znovuzrození. Moody také hovoří o lidech, kteří dokáží sestoupit až do nejhlubšího místa údolí žalu. Tyto osoby pak považuje za nejsilnější, protože se jim podařilo nalézt nový a kvalitnější stav bytí. Stávají se tak laskavější, soucitnější a vděčnější (Moody & Arcangelová, 2005).

RIZIKOVÉ FAKTORY V PROCESU TRUCHLENÍ

McKissock (1998) uvádí rizikové faktory, které mohou komplikovat proces truchlení u pozůstalých rodičů. Rodiče obecně hůře snášejí, dojde-li k úmrtí dítěte **neočekávaně** (náhlé úmrtí). Jejich truchlení ovlivňuje také **tragičnost okolností smrti** – pokud měla smrt dítěte dramatický průběh nebo bylo dítě usmrceno násilím. Pozůstalí rodiče špatně snáší **nedostatek informací** o okolnostech úmrtí dítěte. Pakliže není známá příčina, nejsou schopni smrt potomka plně pochopit. Velkou roli hraje také **ústřední vztah k dítěti**. V případě, že se jedná např. o tzv. „vymodlené dítě“, prožívají rodiče jeho ztrátu zvláště tragicky. Truchlení může komplikovat také **ambivalentní vztah k dítěti během těhotenství**. Takové pocity může zažívat matka, která své dítě počala s nevhodným partnerem. Po smrti miminka si tyto myšlenky vyčítají. Ztrátou dítěte je otřesena **role rodiče**, zejména v případě, pokud zemřelo jediné dítě v rodině. Jestliže některý z rodičů považoval tuto roli za jedinou smysluplnou v životě, ztrácejí po smrti dítěte smysl v zastávání jiných rolí. Truchlení může být o to bolestivější, pokud **selhává sociální opora**, zejména ze strany širší rodiny nebo se rodiče v době ztráty potýkají s **dalšími krizemi**. Ty může způsobit partnerské krize, ztráta zaměstnání či nemoc. Pokud pozůstalí rodiče nemají možnost rozloučit se se zesnulým dítětem, bývá pro ně zvláště obtížné **ne/uvědomění si reality**. Je velmi důležité, aby pozůstalí rodiče měli dostatečný **prostor pro truchlení a ventilaci emocí**. Situaci může komplikovat péče o další členy rodiny nebo nedostatek soukromí.

2.1.1 Patologické truchlení

Truchlení můžeme dle odborné literatury rozdělit na dva typy – nekomplikované a komplikované. Rodiče, kterým zemřelo dítě, pak řadíme do skupiny se zvýšeným rizikem vzniku komplikovaného truchlení a možným výskytem psychiatrických onemocnění (McCarthy et al., 2010).

V případě nekomplikovaného truchlení procházejí pozůstalí náročným obdobím, smutek je intenzivní, ale jeho intenzita se postupně snižuje a lidé se začínají znovu adaptovat na běžný život (Meert et al., 2011). Komplikované truchlení má jiný průběh. Špatenková (2013, str. 37) jej definuje jako „truchlení, které se od normálních reakcí na ztrátu neliší ve své podstatě, ale rozdílnou intenzitou a délkou trvání.“ Quinnová (in Firthová et al., 2007) popisuje tradiční zármutek jako proces, díky kterému pozůstalí přes veškerou zátěž dokázali svůj zármutek zpracovat. V případě patologického zármutku se jedná o reakce, které spočívají v přetrvávání vztahu k zemřelému. Pozůstalí se nedokáží adaptovat na život se ztrátou, což jen umocňuje a prodlužuje bolest, a znemožňuje dál plnohodnotně žít. Komplikované truchlení

můžeme také označovat jako truchlení dysfunkční, patologické nebo chronické (srov. Kubíčková, 2001; Firthová et al., 2007).

Lazare (in Kubíčková, 2001) hovoří o třech dimenzích komplikovaného truchlení. Jedním z nich je **tabuizace** - člověk o ztrátě nemluví (např. u sebevraždy). Další dimenzí je **sociální** – pozůstalí se chovají, jako by j úmrtí blízkého vůbec nedošlo. Posledním případem je **absence systému sociální opory**.

Komplikované truchlení se vyznačuje řadou příznaků. Jedním z nich je tzv. **prolongované** (inhibované, chronické) **truchlení**. Jedná se o stav, při kterém si pozůstalí uvědomují, že jejich truchlení trvá již dlouho a značně jim znemožňuje návrat do běžného života. Protože je zármutek stále intenzivní, stává se pro člověka ohrožujícím, brání mu v normálním fungování. Prolongovaný zármutek se vyskytuje i v latentní podobě a může tak kdykoliv opakovaně propuknout, případně negativně přispět k jiným krizím. Pokud se člověku nedostane pomoci, můžou se objevit závažné duševní poruchy (srov. Moody & Arcangelová, 2005; Špatenková, 2011).

Dalším příznakem komplikovaného zármutku je **absence truchlení**. Ta je z velké části zapříčiněná potlačováním emocí. Truchlící osoby cítí takovou bolest ze ztráty blízkého, že nejsou schopny truchlit. Pozůstalí si tak většinou připadají bezcitní a ochromení. Může se však také jednat o obranný mechanismus, které pozůstalé chrání před citovým zhroucením (Kubíčková, 2001). Absence truchlení může trvat pár dní, ale i několik let. Poté se u pozůstalých může objevit další komplikace – odložená reakce. Jejím spouštěčem většinou bývá nová krize, např. nová ztráta, ať už v životě truchlícího nebo v jeho blízkém okolí (Worden, 2009). Odložené reakce bývají označovány také jako reakce opožděné, potlačované, zbrzděné či odsunuté. Nevyjádřené emoce mohou podle Moodyho a Arcangelové (2001) způsobit záchvaty paniky a v některých případech také rozvoj panické poruchy.

U některých žen se může po ztrátě dítěte objevit **posttraumatická stresová reakce**. Jedná se o úzkostný stav, který může trvat několik týdnů až měsíců. Příznaky této reakce nastupují po stresující události s určitým časovým odstupem. Mezi typické symptomy patří **znovuprožívání traumatického zážitku** (vtíravé vzpomínky, událost se opakuje ve snech, flashbacky – znovuprožívání pocitů, které člověk při události prožíval), **vyhýbání se** místu, myšlenkám a pocitům, které jsou spjaty s traumatickou událostí (ztráta zájmu o dřívější oblíbené aktivity, otupělost, převaha negativních emocí nad pozitivními) a **zvýšená tělesná i psychická vzrušivost** (neklid, nesoustředěnost, potíže se spánkem, podrážděnost, izolace od společnosti). Častý je výskyt různých somatických projevů, jako jsou potíže s dechem, alergie, opary, bolesti nohou a zad, gynekologické potíže aj. (srov. Vodáčková, 2012; Lucká, 2002). Rozdíl mezi

posttraumatickou stresovou poruchou a truchlením spočívá v tom, že truchlící matka chce navždy vzpomínat na své zesnulé dítě a mluvit o něm s ostatními. V případě traumatu nechce oběť na zážitek vzpomínat, odmítá o své zkušenosti hovořit, vyhýbá se tomuto tématu a nejraději by na celou událost navždy zapoměla (Špatenková, 2006).

2.1.2 Výzkumy v oblasti komplikovaného truchlení

Barrerová a kol. (2007) provedli v roce 2007 výzkum zaměřený na způsob prožívání zármutku u rodičů, kterým zemřelo dítě. Na základě získaných dat poté popsali tři typy truchlení: integrované truchlení, pohlcení zármutkem a minimální projev zármutku. Integrované truchlení se vyznačuje stejně jako nekomplikované truchlení, tzn., že zármutek rodičů výrazně nenarušuje jejich běžný život. Rodiče po dítěti truchlí, smutní nad jeho ztrátou, avšak dokážou ve svém životě dál pokračovat i bez zesnulého potomka. Řada z nich tvrdí, že je tato bolestná zkušenost i něco naučila. V případě pozůstalých rodičů, kteří jsou zármutkem pohlceni (komplikovaná forma truchlení) se vyskytují problémy v každodenním životě a budoucnost vnímají zamlženou, prázdnou.

Komplikovaná forma truchlení se objevuje u 9-20% pozůstalých, kteří truchlí nad ztrátou svého blízkého (Látalová, Kamarádová & Praško, 2013). Shear (2015) toto tvrzení doplňuje tím, že komplikovaný zármutek prožívá 2-3% celosvětové populace a vyskytuje se nejčastěji v případě úmrtí dítěte, životního partnera nebo při násilné smrti blízkého. Méně často se vyskytuje při ztrátě rodiče, prarodiče, sourozence nebo blízkého přítele.

Další studie se zaměřovala na truchlení rodičů, kterým dítě zemřelo na rakovinu. Výsledky výzkumu ukázaly, že pokud byla dítěti poskytována adekvátní péče během terminální fáze nemoci, vyskytl se u rodičů menší stres a s tím spojený i méně intenzivní zármutek. Naopak v případě, že rodiče nebyli spokojeni s péčí o dítě, nabyli pocitu, že kvalita života dítěte byla nedostačující, což vedlo k rozvoji deprese a k většímu separačnímu stresu. McCarthyová díky tomuto výzkumu také identifikovala další faktory, které mají na zármutek značný vliv. Jsou jimi socioekonomické postavení rodiny, pocit nedostatečné kvality života dítěte v terminálním stádiu nemoci, nespokojenost s lékařskou péčí a nedostatečná příprava na úmrtí dítěte (McCarthy et al., 2010).

2.1.3 Copingové strategie

Copingovými strategiemi rozumíme určité vzorce chování, které člověk využije v případě adaptace na zátěžovou situaci. Oproti fyziologickým adaptačním mechanismům jsou složitější a vlastní pouze lidem (Janke & Erdmannová, 2003). Baštecká a Goldmann (2001) dodávají, že copingové mechanismy si dokážeme více či méně uvědomovat a v důsledku toho je i měnit. Většina copingových strategií je časově omezena. Tzn., že některé z nich mohou stres krátkodobě snižovat, ale dlouhodobě zvyšovat. Tuto strategii můžeme zaznamenat například u užívání návykových látek (Janke & Erdmannová, 2003). Existuje mnoho klasifikací copingových strategií. V této diplomové práci se však zaměřím pouze na ty, které mohou uplatnit při vyrovnávání se se ztrátou dítěte.

Lazarus a Folkmanová (in Baštecká a Goldmann, 2001) hovoří o dvou typech copingových strategií, které se liší svým cílem. Jedná se o **strategie zaměřené na řešení problémů** a **strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance**. Autoři jsou názoru, že strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance člověk využije tehdy, pokud vyhodnotí, že v dané situaci nemůže jednat jiným způsobem. Můžeme tedy říci, že rodiče při ztrátě dítěte užívají hlavně strategie tohoto typu, protože již neexistuje možnost situaci nijak zvrátit.

Vodáčková (2012) dělí copingové mechanismy podle zdroje pomoci na **pomoc druhých** a **svépomoc**. Dodává, že na počátku jakékoliv krize v životě je pro člověka důležitou strategií svépomoc. Spoléhá na to, že situaci zvládne vyřešit vlastními silami. Protože ztráta dítěte je však považovaná za extrémně náročnou krizi, je v tomto případě svépomoc nedostačující a rodiče vyhledávají pomoc zvenčí. Bennett et al. (2005) uvádějí jako vhodnou copingovou strategii mluvení o zesnulém.

Wijngaards-de Meij (2008) rozlišuje copingové strategie v souvislosti se ztrátou na **strategie zaměřené na ztrátu** a **strategie zaměřené na obnovu**. Na základě svého výzkumu pak vyhodnotila, že strategie zaměřené na obnovu se v případě ztráty blízké osoby osvědčují více než strategie zaměřené na ztrátu.

DeYoung a Buzzi (2003) rovněž provedli výzkum na copingové strategie u rodičů, kteří prožili neanticipovanou ztrátu dítěte. Na základě tohoto výzkumu identifikovali tyto copingové strategie rodičů:

- zaměření na aktuální pozitivní aspekty v životě (manželství)
- normalizace vlastních emocí
- kontakt s lidmi, kteří rovněž přišli o dítě
- nalezení smyslu/poselství v neštěstí

- vyhnoutí se užívání alkoholu a prostředků tišících bolest
- účast na setkání svépomocných skupin
- pochopit, že truchlení je subjektivní (každý má právo truchlit svým způsobem)
- zaměstnat se nějakou činností

V souvislosti s copingovými strategiemi se v odborné literatuře setkáváme i s termínem obranné mechanismy. Zjednodušeně bychom mohli říci, že použitím obranného mechanismu provádíme copingovou strategii.

2.1.4 Obranné mechanismy

Termín obranné mechanismy zavedl Sigmund Freud pro označení neuvědomovaných obran ega. Sám však pozornost věnoval hlavně mechanismu vytěsnění. Ostatní obranné mechanismy definovala až jeho dcera Anna Freudová v knize „*Ego a obranné mechanismy*“. Freudová tvrdila, že obranné mechanismy zastávají svou funkci při obraně ega v situacích, kdy je ohroženo sebepojetí jedince a snaží se tak předejít pocitům úzkosti nebo viny (Baštecká & Goldmann, 2001).

Odborníci se stále nedokáží dohodnout, zda jsou obranné mechanismy spíše prospěšné nebo škodlivé. V úmrtí dítěte je můžeme krátce po této ztrátě považovat za prospěšné, neboť pozůstalým rodičům umožní adaptovat se ztrátu a zmírnit prvotní šok. Pokud však po určité době nevymizí, začínají již působit škodlivě, protože brání procesu truchlení. Pro účel této práce jsem vybrala obranné mechanismy, jenž bychom v reakci na ztrátu dítěte mohli očekávat:

- popření – odmítání skutečnosti (např. přesvědčení, že lékař se v diagnóze spletl)
- intelektualizace – nepříjemné téma se stává předmětem úvahy, čímž je získán emoční odstup (např. zaměření na detaily plánování pohřbu než cítit smutek smutek)
- přemístění – přesunutí nepříjemných negativních emocí na náhradní (méně ohrožující) objekt, který nemá s klíčovou situací nic společného (např. vztek na nadřízeného člověk namíří proti svému partnerovi)
- regrese – návrat k projevům chování typických pro nižší vývojové období, které nebylo pro člověka tolik zátěžové (např. dítě začne při stresu šišlat)
- konverze – převedení duševního napětí do tělesné oblasti (např. vředy, tiky v oku)

2.2 Vyrovnávání se se ztrátou dítěte z pohledu rodičů

Všechny ztráty v životě člověka bývají zdrojem bolesti a trápení. Stejně je člověk může všechny překonat, ať už svépomocí nebo s využitím odborné pomoci zvenčí. Během dvou let od úmrtí potomka u rodičů klesá touha po dítěti a naopak stoupá přijetí ztráty (McCarthy, 2010). Barrerová et al. (2007) je názoru, že někteří pozůstalí rodiče jsou schopni svůj zármutek zpracovat během 18 měsíců od úmrtí dítěte a to bez ohledu na příčinu úmrtí. Zvláště těžké je období různých výročí, kdy se vynořuje nejvíce vzpomínek spjatých se zesnulým. Ty mohou vyvolat i různé vůně či předměty (Lang, Gottlieb & Amsel, 1996).

Významnou roli v prožívání rodičů po ztrátě dítěte hraje jejich dětství. Pokud člověk vyrůstal ve stabilním zázemí, dostávalo se mu lásky ze strany rodičů a cítil se v rodinném kruhu v bezpečí, snáze pak v dospělosti zvládá náročnější situace. Vyrůstal totiž v důvěrném prostředí, a proto nemá problém přijmout pomoc od nejbližších, když si to situace žádá. Prožívání ztráty je však také ovlivněno osobnostními faktory jedince, aktuální životní situací a schopnostmi zvládat stresové situace (Špaňhelová, 2015).

2.2.1 Genderové rozdíly

Ztráta potomka zasáhne oba rodiče, nicméně intenzita a způsob prožívání zármutku se může lišit. Je zapotřebí tento individuální aspekt respektovat, protože genderová rozdílnost v prožívání se často stává zdrojem konfliktů mezi partnery. Například když jeden z rodičů truchlí delší dobu, může se mezi partnery vytvořit komunikační bariéra a postupné odcizení. K vzájemnému pochopení dochází tehdy, kdy oba partneři přijmou jedinečnost prožívání ztráty každého z nich, což může trvat i několik měsíců až let (Špaňhelová, 2002).

Genderové rozdíly v truchlení se projevují různým způsobem. Zdrcení partneři často nechápou, proč jejich protějšci netrpí stejně, tzn. neprojevují své utrpení stejným způsobem jako oni. Mohou nabýt pocitu, že partner netruchlí správně. Někteří se snaží být pro druhého co největší oporou, zatímco své vlastní emoce potlačují. V dalším případě může jednoho partnera zneklidňovat fakt, že jeho protějšek trpí nekonečnou depresí a začíná tak upadat do zoufalství (srov. Albuquerque et al., 2015; Firthová et al., 2007). Často pak v páru dochází k sekundární ztrátě, kdy ztrácí jeden druhého. Je pravdou, že většina párů souhlasí s tvrzením, že se jejich vztah po ztrátě dítěte ještě více upevnil. Bohužel, v některých případech dochází během následujících týdnů ke změně a partneři se začnou od sebe vzdalovat. Špaňhelová (2015)

nedoporučuje pozůstalým rodičům dlouhodobou izolaci od společnosti. Naopak je žádoucí využít pomoci okolí, případně jinou vhodnou pomoc.

S rozdílným prožíváním ztráty úzce souvisí i komunikace v rodině. Úmrtí dítěte je specifickou ztrátou, o které někteří rodiče mají potřebu více mluvit. Toto téma však nemusí být příjemné pro jejich posluchače a pro pozůstalé se pak stává problémem najít někoho, kdo je ochoten naslouchat jejich pocitům (Kubíčková, 2001). Tollerová s Brathwaitovou zkoumaly způsob komunikace mezi truchlícími. Z výzkumu vyplynulo, že pozůstalí rodiče potřebují truchlit spolu i samostatně. Tento koncept autorky výzkumu nazvaly „*Grieving together – Grieving apart*“. Rodiče uváděli, že nejvíce si vážili možnosti sdílet svůj zármutek a bolest ze ztráty dítěte s partnerem, zároveň však pro ně bylo důležité pracovat i samostatně sami se sebou. Druhým aspektem, na který autorky upozornily, byla potřeba rodičů komunikovat o smrti dítěte otevřeně i uzavřeně. Poukazovaly na to, že komunikace nemusí být vždy verbální formou, ale také prostřednictvím fyzického kontaktu jako je objetí, držení se za ruce nebo psaní dopisů.

Kubíčková (2001) uvádí, že ženy působí navenek více raněné ztrátou než muži, protože jejich truchlení je otevřenější, zatímco muži svůj zármutek často skrývají a nedávají veřejnosti tolik najevo. Truchlení mužů se proto může projevit např. somatickými příznaky či projevy agrese. Ženy mají také větší potřebu svůj smutek sdílet a mluvit o něm, zatímco muži mají tendence své emoce spíše potlačovat. To je ovšem dáno také skutečností, že truchlení mužů není příliš sociálně akceptováno. Muž, který pláče, může v okolí vyvolat rozpaky. Velmi často se také stává, že při ztrátě dítěte, se lidé většinou muže ptají, „jak vše zvládá partnerka“, ale na jeho pocity se nezeptají (Kubíčková, 2001). Pro hlubší pochopení problematiky jsem blíže charakterizovala truchlení žen a truchlení mužů.

Žena – Matka

Spousta lidí se domnívá, že ztráta dítěte nejvíce zasáhne právě matky. Špatenková (2013) uvádí, že smrt dítěte je tou nejhorší ztrátou, která může ženu potkat. Matka v té chvíli ztrácí svou minulost, současnost i budoucnost, vše je pro ni najednou nesmyslné. Parkes (in Kubíčková, 2001) provedl studii na prožívání zármutku mužů a žen. Výsledek studie odhalil, že poměr mezi muži a ženami, které vyhledali psychiatrickou pomoc, bylo 1:7. Je však důležité uvědomit si, že ženy svůj zármutek před veřejností tolik neskrývají, zatímco muži jsou v tomto směru spíše latentní.

Ženy pro zvládání zármutku užívají častěji než muži utišující prostředky. Stejně tak se nezděrahnají využít i odbornou pomoc – muži se návštěvě odborníka spíše vyhýbají. U žen se

rovněž častěji můžeme setkat s komplikovanou formou truchlení – samotný proces zármutku u nich trvá déle než u mužů, ve vyšší míře se u nich vyskytují psychické problémy (Kubíčková, 2001). Matky rovněž zažívají silnější pocity viny než muži, zejména v případě, kdy dítě zemřelo na následky nemoci. V tomto případě si vyčítají nedostatečnou péči, kterou mohly smrti předejít (Schiff, 1978). Obviňují se za to, že nenaplnily svou roli matky a cítí vztek vůči ženám, kterým závidí mateřství. Jejich emoce se mohou projevovat hlasitým bédováním, silným pláčem, ale také se mohou uzavřít do sebe a truchlit „potichu“ (Špaňhelová, 2015).

Za pocity nenaplněného mateřství se žena může také stydět a být sama sebou zklamána. Nechce se ve společnosti proto raději ukazovat, cítí se osaměle. Je si jistá, že její bolesti nikdo nemůže rozumět a není jí tedy pomoci. Propadá beznaději, má pocit, že už nikdy se nebude cítit dobře. Cítí se zranitelně, snadno se rozpláče, citlivěji vnímá pohledy, doteky a chování druhých. Někdy se stává, že v důsledku těchto pocitů se „zatvrdí“ a rozhodne se, že už nikdy nechce mít další dítě. Některé ženy se stáhnou samy do sebe, do své bolesti a rády by tak i zůstaly. Je důležité, aby toto období netrvalo příliš dlouho a žena zvládala fungovat – jíst, pít, spát a postupně přijímat realitu (Špaňhelová, 2015).

Špaňhelová (2008) uvádí, že prožívání zármutku ovlivňuje mnoho faktorů, zejména temperament a povaha. Jinak bude truchlit žena, která je úzkostná a depresivní a jinak žena, která má sklony k optimismu. Autorka dále charakterizovala reakce na zármutek, které jsou podle ní přirozené a je naprosto v pořádku tyto pocity prožívat 1-2 roky:

- **Zaujatost** – člověk touží po tom, aby se jeho zesnulý potomek vrátil, není schopen se na nic jiného soustředit
- **Popření** – typická reakce právě pro ženy. Truchlící se chová, jako by k úmrtí dítěte vůbec nedošlo. Např. žena uklízí pokoj, jako by se mělo dítě brzo vrátit z tábora atd.
- **Hněv a pocit nespravedlnosti** – jedná se o velmi intenzivní reakci. Člověk se zlobí, že takové neštěstí potkalo zrovna jeho. Cítí vztek vůči svému okolí, má pocit, že mu nikdo nemůže rozumět.
- **Pocity viny** – člověk stále přemýšlí, co mohl udělat jinak, aby smrti dítěti zamezil.
- **Přijetí ztráty** – Člověk ztrátu integruje do života a začíná ji považovat za zkušenost. Mění se jeho pohled na svět, začíná uznávat jiné hodnoty a priority.

Muž – Otec

Společnost na muže ve srovnání se ženami pohlíží jako na méně citlivé. Tento pohled je převážně ovlivněn tím, že muži své emoce spíše skrývají, neventilují a truchlení tak více potlačují či popírají. Na rozdíl od žen nemají potřebu svůj smutek sdílet s dalšími lidmi, neužívají utišující prostředky a zármutek u nich trvá kratší dobu (Špaňhelová, 2008). Moody a Arcangelová (2011) tvrdí, že zármutek u mužů se může projevit později – většinou více než rok po úmrtí dítěte. Autoři dále uvedli, že řada mužů nedává svůj zármutek najevo i z důvodu, aby nezatěžovali manželku dalším břemenem. Oporu však shledávají u mužů, kteří prošli stejnou ztrátou.

Navrátil (2012) se ve své diplomové práci zaměřoval na prožívání zármutku po ztrátě dítěte u mužů. Na základě jeho výzkumu vyhodnotil, že pozůstalí otcově jsou ztrátou potomka zasaženi stejně jako matky, ale truchlí jiným způsobem a jejich zármutek má jinou intenzitu. Zatímco ženy hledají útěchu v kontaktu se svým sociálním okolím, muži volí raději pracovní povinnosti, fyzickou aktivitu nebo své záliby. Otcové chtějí také co nejvíce znát příčiny a okolnosti smrti dítěte. Výzkum zaměřený na truchlení otců a matek po ztrátě dítěte provedli také Stroebe a Schut (in Firthová et al., 2007). Výsledky ukázaly, že během truchlení jsou ženy spíše orientovány na ztrátu, zatímco muži se soustředí na obnovu. Matky mají tedy potřebu o dítěti stále hovořit, připomínat si jej, avšak někteří muži tuto potřebu nesdílí, uzavrou se do sebe a nechtějí například ani vyslovovat jméno zemřelého potomka (Dohnalová & Musil, 2008).

Muž po ztrátě dítěte také prožívá zklamání, že nemá pokračovatele rodu, partnerku vidí nešťastnou a její trápení nemůže nijak zvrátit. Může mít pocit, že selhal v rolích, které zastával: v roli silného muže (nejednou jsou slabí, pláčou), v roli muže ochránce (nedokázal svou rodinu ochránit před touto ztrátou) a v roli soběstačného muže (neměl by se hroutit a ukazovat slabost). Protože svůj žal drží v sobě, můžou se v něm skryté emoce násobit. Má za to, že musí vše unést, zabezpečit své ženě pohodlí, podporovat ji a působit optimisticky i když na to nemá sílu. Častěji než ženy hledají právě muži viníka, přemýšlí, zda někoho nežalovat, neposlat někam stížnost atd. Muži dokážou být pod tíhou emocí agresivní a být např. nepříjemní na personál nemocnice. Všechny tyto pocity jsou u mužů po úmrtí dítěte přirozené (srov. Špaňhelová, 2015; Rastislavová, 2008).

2.2.2 Dopad na partnerský vztah

Smrt dítěte nepochybně ovlivní vztahy v rodině, zejména vztah mezi samotnými rodiči. Existují páry, jejichž vztah se díky této bolestně zkušenosti upevní, nicméně jiné páry se mohou rozdělit v důsledku vzájemného obviňování a nepochopení. Na jedné straně tedy hovoříme o vytvoření silného pouta mezi partnery, na straně druhé však rodiče prožívají sekundární ztrátu vyvolanou skutečností, že si v určitých chvílích nedokážou poskytnout vzájemnou podporu (Firthová et al., 2007).

Zpočátku rodiče často truchlí spolu, obvykle 6 týdnů od úmrtí dítěte. Přestože v době po úmrtí dítěte se snaží být jeden druhému oporou, v dlouhodobé perspektivě se mohou partneři začít odcizovat (Špatenková, 2013). Ztrácí potřebu spolu mluvit, vídat se, přestávají si projevoval vzájemnou náklonnost. Začínají mít pocit, že už spolu nedokážou fungovat. V případě, že dítě zemřelo po dlouhodobé nemoci, zjišťují, že mají spoustu volného času a neví, jak jej společně využít. Někteří z nich se rozhodnou pomáhat rodičům, kteří prošli obdobnou ztrátou. Tuto pomoc by však měli poskytovat až tehdy, pokud mají vlastní ztrátu zpracovanou (Špaňhelová, 2012). Cameronová (2008) uvádí, že smrt dítěte ovlivní i pozdější rodičovství. U pozůstalých rodičů můžeme pozorovat nezdravou míru protektivity blízkých či nově narozených dětí. Problémy se mohou objevit také v sexualitě. Ženy si často odmítají připustit jakékoliv potěšení. Když už ke styku dojde, mnoho z nich si to poté vyčítá. K odmítání sexu je však může vést také obava z dalšího otěhotnění, ve kterém spatřují riziko další potenciální ztráty (Kubíčková, 2001).

Jak již bylo uvedeno, rodiče mohou truchlit rozdílně, což vyvolává řadu konfliktů. Také se stává, že partneři truchlí střídavě. To znamená, že zatímco jeden z partnerů prožívá akutní zármutek, druhý své emoce potlačí a tato nesouhra vede jen k dalším konfliktním situacím (Davisová in Borůvková, 2015). Truchlící muži např. často vyžadují sex jako prostředek k dosažení intimy a útěchy, zatímco truchlící ženy se sexu vyhýbají a obviňují muže, jak vůbec mohou mít na intimitě pomyšlení. Muži se v takovém případě cítí odmítnutí, zranění a ženami zcela nepochopení (Špatenková, 2013). Partneři se znovu sblíží až poté, co se ve svém prožívání začnou vzájemně respektovat. A to může trvat až roky (McLarenová, 2007). Hádky však nevznikají jen na základě genderové odlišnosti. Často se stává, že smrt dítěte jen odkryje dřívější vztahové problémy, se kterými se pár potýkal v minulosti (Couldricková, Parkes & Relfová, 2007).

Kvalita partnerského vztahu po úmrtí dítěte může ovlivnit také příčina a okolnosti úmrtí. U páru, kde dítě zemřelo násilnou smrtí, odborníci zaznamenávají větší míru rozvodovosti

(Schwab, 1998). Vztah je výrazně narušen hlavně v situaci, kdy jeden z rodičů byl za smrt potomka zodpovědný. Bohužel, i když za smrt dítěte nikdo z partnerů opravdu nemůže, stává se, že jeden z partnerů druhého začne obviňovat. Vzájemné obviňování může doposud fungující vztah výrazně narušit. V případě, že dítě zemřelo na následky nemoci, je příčinou rozvodu spíše nakumulovaný stres, který rodiče prožívali při péči o dítě. Vyčerpaní manželé tak už častokrát postrádají energii na to, aby navzájem uspokojovali své potřeby (Firthová et al., 2007).

Pro zachování vztahu hraje kromě vzájemného pochopení odlišného prožívání zármutku klíčovou roli především komunikace mezi partnery (Kamm & Vandenberg, 2001). Jejich okolí mnohdy neví, jak se k pozůstalému páru chovat a z tohoto důvodu se jim mohou někteří přátelé začít vyhýbat. Aby se pár úplně od společnosti neizoloval (a nakonec i jeden partner od druhého), je zapotřebí spolu komunikovat. Potřeba sdílení je však u mužů a žen rozdílná. Jak již bylo uvedeno, většinou jsou to matky, které chtějí o ztrátě mluvit. Shiffová (1978) vysvětluje, že pro otce domov najednou symbolizuje ztrátu a proto ve volných chvílích tráví čas s přáteli v hospodě, nebo bývají do noci v práci. Proto se u nich postupem času může rozvinout závislost na práci či alkoholu. Ženy toto chování samozřejmě pobuřuje a místo sdílení společného zármutku vznikají mezi partnery hádky. Kammová a Vandenberg provedli v roce 2000 v USA studii, která se zaměřovala na vliv komunikace na zvládání zármutku mezi partnery. Na základě této studie vyhodnotili, že partneři, kteří spolu otevřeně komunikovali, prožívali zpočátku intenzivní zármutek, který se ale v dlouhodobém horizontu (5 let) zmenšoval. Autoři výzkumu rovněž zjistili, že u sdílných žen byla prokázána spojitost s celkovou spokojeností ve vztahu, zatímco u mužů tato spojitost zaznamenána nebyla. Muži, kteří se ženami komunikovali o své bolesti, prožívali zármutek intenzivněji, ale jeho intenzita postupně klesala. Z výzkumu tedy vyplývá, že pozůstalí rodiče spolu potřebují mluvit a svůj zármutek společně sdílet. Jsou však chvíle, kdy potřebují být se svým žalem sami. V tomto případě se doporučuje dát si dostatek prostoru pro truchlení v soukromí (Toller & Braithwaite, 2009).

Djikstrová a Stroebeová (in Firthová et al., 2007) jsou názoru, že úmrtí dítěte v rodině nemusí nutně vyústit v ukončení vztahu. Existují i případy, kdy se rodinné vztahy dokonce zlepšily. Vždy však velmi záleží na kvalitě vztahu a hlavně, jak rodina fungovala před tím, než dítě zemřelo. Autorky rovněž uvádí, že partneři, kteří se po úmrtí dítěte spolu rozvedli, neoznačili smrt dítěte jako hlavní příčinu jejich rozvodu. Klass (in Schwab, 1998) provedl v letech 1986-1987 obdobný výzkum a zjistil, že páry, které se po úmrtí dítěte rozvedly, neviděly důvod, proč ve vztahu setrvávat a překonávat tak problémy, se kterými se již potýkaly

v minulosti. Klass tedy vyhodnotil, že primárním důvodem rozvodu u těchto páru byly vztahové problémy již před úmrtím dítěte. K obdobnému výsledku dospěl také Rellias (in Albuquerque et al., 2015), který na základě svého výzkumu uvedl, že za rozvodovostí pozůstalých partnerů stojí zejména konflikty z minulosti, jež ztráta dítěte pouze zvýraznila. Na základě uvedených informací nemůžeme s určitostí říct, že úmrtí dítěte zvyšuje rozvodovost.

Pokud si rodiče uvědomí problém, který mezi nimi vznikl, hledají způsoby, jak jej řešit. Jednou z možností je docházet na párovou či rodinnou terapii. Tato forma pomoci se doporučuje zejména v případě, kdy rodiče prožívají strach, že kvůli ztráty dítěte přijdou i o partnera (Špatenková, 2013). V terapii je pozornost terapeuta věnována tomu, zda partneri dokážou svou bolest sdílet vzájemně, případně zda je „kontejnerem“ vždy jen jeden z nich. Kontejnerem se myslí partner, který je schopen pojmenovat emoce druhého a přijmout je, ačkoliv se liší od jeho prožívání (Titl, 2014). Chvála a Trapková (2008) hovoří o možné nerovnováze radost – smutek, která nastává, jsou-li partneri rozpojeni. Při jejich spojení radost potěší oba partnery, ale pokud jsou rozpojeni, může nastat např. případ, kdy muž špatně snáší smutek partnerky. Aby si jej sám nepřipouštěl, začíná se ženě vyhýbat. V páru tak dochází k rozdělení na veselejšího a smutnějšího. Poté bývá vhodné pracovat v terapii s celým párem.

2.2.3 Sourozenci zemřelých dětí

Smrtelná nemoc dítěte a následně jeho úmrtí ovlivňuje celý rodinný systém a dotýká se každého člena, nevyjímaje sourozenců dětí. Tato skupina je často opomíjena a na potřeby pozůstalých sourozenců se zapomíná (Kárová, Blatný & Bendová, 2009). Rodiče mají často pocit, že sourozenci změny spojené s péčí o nemocné dítě zvládají dobře. V případě úmrtí v rodině se zase domnívají, že děti se se ztrátou rychle vyrovnávají, neboť neprožívají hluboký zármutek. Různé studie však svědčí o opaku. Například až polovina dotazovaných dospívajících údajně ještě dva roky od smrti sourozence pociťuje deprese, zmatenost, rozpačitost a hněv. Jejich ztráta je rovněž bolestná. Pozůstalý sourozenec nepřišel pouze o bratra či sestru, ale také o svého nejlepšího přítele, rádce, soupeře či obdivovatele. Jeho smrtí ztrácí příležitost milovat a starat se o něj (srov. Firthová et al., 2007; Kubíčková, 2001).

Tím, že nemocné dítě je vzhledem ke svému stavu centrem pozornosti rodičů, dochází ke změně postavení pozůstalého sourozence v rodině. Někdy jeden rodič tráví většinu času v nemocnici, zatímco druhý se stará o sourozence. Zdravotní péče je nákladná, tudíž se mění i finanční situace rodiny, což může mít dopad na omezení aktivit zdravého sourozence. V rodině panuje napjatá atmosféra a strach o nemocné dítě a zdravý sourozenec se musí s nastalou situací

vyrovnávat. Samozřejmě vnímá, že rodinný systém se mění a může se cítit izolovaně, rodiči opomíjené a méně milované (srov. Mareš, 2013; Boková, 2011). Některé děti mohou mít v tomto období problémy s navazováním vztahů se svými vrstevníky a stávají se obětmi šikany, protože jejich sourozenec je handicapovaný či nemocný (Brown & Warr, 2007). Úmrtím sourozence se se jeho postavení v rodině stále výrazně nemění. Rodiče v té době prožívají akutní zármutek, nejsou schopni vnímat pocity svých dalších dětí. Zdravé děti svým nemocným sourozencům závidí nejen pozornost od rodičů, ale celkově od celé širší rodiny. (srov. Goldman, Hain & Liben, 2006; Firthová et al., 2007).

Prožívání ztráty sourozence je ovlivněno vlastnostmi, věkem a věkovým rozdílem mezi sourozenci, zda je v rodině více dětí a jak se se ztrátou vyrovnávají rodiče (Špaňhelová, 2015). Kárová, Blatný a Bendová (2009) se ve své studii zabývali psychosociálními potřebami zdravých sourozenců onkologicky nemocných dětí. Tyto sourozence nazývali „zapomenutými dětmi“. Studie prokázala, že potřeby zdravých sourozenců nejsou naplňovány a rodinou přehlíženy. Obecně se jen málo výzkumů orientuje na potřeby této skupiny dětí a podpůrná péče o zdravé sourozence je vzácná.

Pokud dítě zemřelo násilnou smrtí či důsledkem úrazu, pociťují rodiče extrémní obavu o své další žijící potomky. Začínají tak zasahovat do jejich soukromí, vyžadují informace o jejich kamarádech a postupně tak může dojít až k omezování svobody pozůstalých sourozenců (Firthová et al., 2007). Pokud je v rodině smrtelně nemocné dítě, může jeho zdravý sourozenec pociťovat úlevu, že on sám není nemocný. Jestliže však nemá o nemoci informace, mohou se u něj objevit obavy o vlastní zdraví (Goldman, Hain & Liben, 2006). Některé děti se mohou stydět za to, že je jejich bratr nebo sestra umírá, protože nemocný sourozenec se viditelně liší od svých vrstevníků (Firthová et al., 2007). Když nemocný sourozenec zemře, mohou děti cítit úlevu, že jeho trápení skončilo (později tato úleva vyvolává pocity viny). Častokrát jsou totiž svědky tělesných změn u nemocného, což je může děsit a způsobovat např. noční můry. Obrazy znetvořeného těla umírajícího sourozence je mohou pronásledovat ještě dlouhé poté, co dítě zemře (Firthová et al., 2007). Vážná nemoc ale nemá na zdravé sourozence pouze negativní dopad. Někdy se děti samy snaží o nemocného bratra nebo sestru pečovat a převzít část zodpovědnosti i na sebe, což vede k jejich rychlejšímu zrání. Váží si svého zdraví více než jejich vrstevníci, jsou soucitnější a více odolní vůči stresu. Díky zvýšené míry empatie, soucitu a tolerance se v budoucnu často stávají pracovníky v pomahajících profesích (srov. Mareš, 2012; Goldman, Hain & Liben, 2006).

Zvláštní kategorií jsou děti, jejichž sourozenec spáchal sebevraždu. U mladších sourozenců se může objevit strach, že se o sebevraždu pokusí ve stejném věku jako jejich bratr

či sestru. V těchto rodinách mnohdy dochází ke stigmatizaci přeživších - okolí je bude automaticky považovat za další potenciální sebevrahy. Pozůstalí sourozenci tedy mohou raději popírat, že v jejich rodině došlo k sebevraždě. Takové popírání však může mít za následek fyzické onemocnění. Strach ze stigmatizace může být zvláště stresující v době, kdy pozůstalí sourozenci dospějí. Mají strach o svou budoucnost, kvůli rodinné tragédii se např. obávají předsudků v práci (Linn-Gust, 2008). Je přirozené, že rodiče chtějí své zdravé děti před touto pravdou uchránit a sebevraždu v rodině popřít. Neuvědomují si, že dřív nebo později se děti s touto skutečností budou muset vyrovnat. V opačném případě mohou mít pozůstalí sourozenci pochybnosti, zda oni sami nejsou příčinou odchodu bratra nebo sestry. Trápí je představa, zda nemohli nějakým způsobem tuto tragédii zvrátit, což je typické zejména pro mladší sourozence, kteří plně nechápou pojmy jako je smrt a sebevražda. Pozůstalí sourozenci se mohou celý život obviňovat za to, že jejich bratra či sestru něco velmi trápilo a oni mu nedokázali pomoci (Linn-Gust, 2008).

Reakce na ztrátu sourozence jsou u dětí různé. Menší děti se mohou začít po smrti sourozence přechodně pomočovat, objevují se logopedické potíže a patrná je také regrese do nižšího vývojového stupně. Starší děti mohou být náladové, zuřivé, odmítají spolupracovat a chovají se majetnický (srov. Kohnerová & Henleyová, 2013; Krtičková, 2013). V jakémkoliv věku se může objevit zhoršení školního prospěchu, záškoláctví a různé psychosomatické potíže (noční běsy, bolesti hlavy, břicha, zažívací potíže atd.). Obvykle se tímto chováním snaží získat pozornost rodičů. Jsou však i případy, kdy dítě ztrátu sourozence přijme s klidem a rodičům tak může připadat, že za bratra či sestru netruchlí. Starší děti pláč někdy potlačují, protože nechtějí rodině přidělovat další starosti. Jiné děti však mohou propadnout záchvatům plačtivosti, zoufalství či těžké depresi (srov. Brown & Warr, 2001; Krtičková, 2013).

V každém případě pozůstalí sourozenci si potřebují rovněž projít procesem truchlení, chtějí být vyslyšeni a zároveň velmi ocení upřímnost, kterou by jim měli rodiče dopřát. Předvedou tak smyšleným dětským představám, které mohou přeživší potomky děsit (Kohnerová & Henleyová, 2013). I velmi malé děti vnímají, že se rodiče trápí a jejich zármutek tak částečně sdílejí. Je proto vhodné, aby byli o situaci v rodině informováni (Krtičková, 2013). Rodiče by s dětmi měli komunikovat a na ztrátu sourozence je pomalu připravovat. Je přirozené, že chtějí své potomky před bolestí uchránit a proto k těmto rozhovorům dochází jen zřídka, případně nesdělují celou pravdu. Je však důležité si uvědomit, že pokud dítě drží v naději i v posledních dnech umírajícího sourozence, může mu být bráněno i v účasti na pohřbu a dalších rituálech, na kterých by chtělo být přítomno (Couldricková, Parkes & Relfová, 2007).

Někteří rodiče zemřelého potomka idealizují, zdůrazňují jeho přednosti, dávají ho pozůstalému sourozenci za vzor. Toto porovnávání vyvolává u zdravých dětí vztek, žárlivost a vzdor, což negativně ovlivňuje celý proces truchlení. Jiní rodiče hledají v přeživším dítěti náhradu za mrtvé a kladou tak na něj mnohdy nepřiměřené nároky. Stává se, že rodiče k druhému dítěti nepřiměřeně přilnou, což může vyústit v problémy, pokud je dítě v pubertě a přehnaná péče mu vadí. Některým dětem (zejména těm mladším) toto chování vnukne představu, že se o své truchlící rodiče musí postarat, protože u nich hledají tolik potřebnou oporu. Někdy se stává, že dítě se chce svému zemřelému sourozenci co nejvíce podobat. Je tedy přirozené, že se začne oblékat nebo i podobně česat (srov. Kubíčková, 2001; Špaňhelová, 2015).

2.2.4 Prarodiče

Smrt dítěte v rodině považují jeho prarodiče za dvojitou ztrátu. Truchlí nejen za své vnuče, ale i za své děti, které aktuálně ztrátou potomka velmi trpí. Proto je v literatuře tento zármutek označován jako „dvojitý zármutek“. Prarodiče musí zpracovat vlastní zármutek a zároveň se vyrovnávat se zármutkem svých dospělých dětí. Mnohdy cítí obrovskou bezmoc, protože neví, jak jim pomoci (srov. Firthová et al., 2007; Tedeschi & Calhoun, 2004). Velmi často se u nich objeví pocity viny, že oni ve svém věku ještě žijí, zatímco mladý život vyhasl. Pokud navíc měli jediné vnuče, připravila je tato ztráta o jejich roli prarodičů (Brown & Warr, 2007). Smrt vnučete je poznamená jak po fyzické, tak po psychické stránce. V každém případě se však snaží být svým dospělým dětem oporou ať už během péče o nemocné dítě či po jeho smrti (Brown & Warr, 2007). Zvláště babičky poskytují velmi důležitou praktickou podporu, přestože ony samy by si taktéž zasloužili podpořit (Goldman, Hain & Liben, 2006). Někteří prarodiče se však se smrtí vnučete nedokážou vyrovnat a začnou své děti obviňovat, zda nějakým způsobem nezanedbali péči. Vše je vždy ovlivněno mnoha faktory, jako je osobnost prarodiče, vztahy v rodině atd. Ve většině případů však nabízejí zdrceným dětem pomoc a oporu (Špaňhelová, 2008).

3 ŽIVOTNÍ SITUACE RODINY PO ZTRÁTĚ DÍTĚTE

Smrt dítěte přináší do rodinného systému řadu změn, se kterými se musí všichni členové rodiny vyrovnat. Především truchlíci rodiče, kteří se v případě nekomplikovaného truchlení snaží znovu v životě fungovat (Dohnalová, 2010). Samozřejmě jsou tu stále bolestné vzpomínky, jež mohou vyvolat např. psychické a fyzické rysy partnera, které má společné se zesnulým dítětem. V některých případech však tato podoba přináší druhému i úlevu. V některých rodinách se mohou objevovat konflikty, které vyvstaly z praktických otázek jako je frekvence návštěvy hřbitova, jak naložit s popelem zemřelého dítěte, zda vystavovat jeho fotografie v domě, kam dát jeho věci, jak prožívat narozeniny, výročí atd (Firthová et al., 2007).

Kubíčková (2001) hovoří o dvou rovinách, které významně ovlivňují proces truchlení. Pokud jsou v rodině harmonické vztahy, považuje tento stav za prospěšný pro zvládnutí zármutku. Jestliže je však rodinný systém nestabilní, může truchlení vyvolat řadu patologických reakcí, v jejichž důsledku se systém stává zcela dysfunkčním. Rodiče se po smrti dítěte snaží vybudovat vztah, který má základy v jejich společném zvládnutí problémů v minulosti. Pokud již před úmrtím dítěte společně čelili a ustály jiné komplikované situace, je zde potenciál, že i s touto těžkou ztrátou se se společnými silami dokážou vyrovnat. Zde bych připomněla, jak důležité je společné sdílení bolesti, který vztah v tomto náročném období ještě více upevňuje (Dohnalová & Musil, 2010).

Někteří rodiče prožívající trauma vzniklé úmrtím miminka zkouší svůj zármutek léčit novým potomkem. Tento přístup se zpravidla nedoporučuje s ohledem na sourozence zemřelého dítěte, ale i na další narozené děti rodičů a následně na další generace v rodině. Hrozí zde riziko transgeneračního přenosu traumatu (Chvála & Trapková, 2004). Tóthová (in Kárová et al., 2013) popisuje příklady ze své praxe, kdy se na ni obraceli dnes již dospělí lidé, kteří se svým rodičům narodili jako náhradní děti za zemřelé sourozence. Tito klienti vykazovali řadu nevysvětlitelných psychosomatických příznaků. Narodili se v době, kdy jejich rodiče neměli ještě zpracovaný zármutek ze smrti prvního potomka, případně se narodili za účelem zmírnění bolesti ze ztráty dítěte. Někdy rodiče své nově narozené děti pojmenují stejně po zemřelém, což může mít rovněž pro psychiku devastující následky. Tito „náhradníci“ mají v dospělosti problém postarat se sami o sebe natož o vlastní děti (srov. Špatenková, 2013; Kárová et al., 2013).

Vazba na dítě může u pozůstalých rodičů přetrvávat i po jeho úmrtí. Tento jev je nazýván jako přetrvávající vazba, která umožňuje zůstat v kontaktu se zemřelým dítětem i po smrti. Pro řadu rodičů to znamená lepší vyrovnávání se se ztrátou (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Přetrvávající vazby mohou nabývat různých podob. Většinou se jedná o vzpomínání na zemřelého potomka, pravidelné návštěvy hrobu či místa rozptylu. Mnoho rodičů se svými zesnulými dětmi vede rozhovory, vyprávějí jim své zážitky, vyzpovídají se ze smutku (Brown & Warr, 2007). Někteří si vytváří různé rituály, případně vazby na určité předměty, které měly pro dítě nějakou hodnotu. Pokud se rodiče uchýlí k nějakému typu těchto vazeb, mohou nabýt pocitu přítomnosti zemřelého dítěte ve své blízkosti (Brown & Warr, 2007; Albuquerque et al., 2015).

Ztráta dítěte má dopad také na zdravotní stav rodičů. Mohou trpět depresemi, posttraumatickým syndromem, zvýšeným rizikem rakoviny, sebevražednými tendencemi a v důsledku toho se octnout hospitalizováni na psychiatrickém oddělení. Častá je také zvýšená konzumace alkoholu a kouření. Řada odborníků se ve svých výzkumech zaměřila na vliv úmrtí dítěte na mortalitu a morbiditu rodičů. Získali rozdílné výsledky, nicméně většinou se shodují v tom, že pozůstalí rodiče se častěji pokouší o sebevraždu a trpí psychiatrickým onemocněním (deprese, úzkosti) než jiné kategorie truchlících. Rovněž bylo zjištěno, že riziko infarktu myokardu je vyšší u rodičů po 7-17 letech od smrti dítěte než během prvních šesti let (Hendrickson, 2008). Zmínila bych také zajímavou retrospektivní studii Li a kol. (2003), která byla provedena v letech 1980-1996 v Dánsku. Této studii se účastnilo 21 062 rodičů, kterým zemřelo dítě. Na základě výzkumu autoři vyhodnotili, že smrt dítěte má za následek vyšší mortalitu u matek, zatímco u otců byla mortalita zvýšena pouze v počáteční fázi po smrti dítěte. U matek byl také prokázán častější výskyt zdravotních problémů. Obecně k vyšší úmrtnosti vedla i situace, kdy v rodině bylo pouze jedno dítě, které navíc zemřelo neočekávaně a nepřírozenou smrtí. V případě násilné smrti byla u obou rodičů zaznamenána vyšší úroveň stresu než u jiných typu úmrtí. Na vyšší mortalitu matek zemřelých dětí poukazuje také studie v Americe, které se účastnilo 69 224 matek (Espinosa & Evans, 2013). Youngblutova studie (Youngblut, 2013) se zaměřovala na pozůstalé rodiče dětí, které zemřely na jednotce intenzivní péče. Výzkumu, který probíhal 13 měsíců po úmrtí dítěte, se zúčastnili rodiče 188 dětí (176 matek a 73 otců). Z výsledků vyplynulo, že smrt dítěte výrazně ovlivnila fyzické i psychické zdraví rodičů. Během prvního roku od úmrtí se u nich rozvíjely různé zdravotní problémy, deprese, posttraumatické stresové poruchy, pokoušeli se o sebevraždu nebo byli hospitalizováni na psychiatrických odděleních. Hospitalizace byla častější u matek než u otců. Stejně tak dopad na zdraví byl u žen prokazatelně vyšší. Co se pohlaví zemřelého potomka týče, nebyl zde prokázán žádný významný vliv na mortalitu rodičů (Espinosa & Evans, 2013). Z výše uvedených informací tedy můžeme soudit, že vyšší riziko rozvoje psychiatrických onemocnění hrozí u matek zemřelých dětí.

3.1 Pohřeb dítěte

Uspořádáním pohřebního či jiného obřadu je jednou z forem rozloučení se s dítětem, které zároveň umožňuje vyjádřit rodičům svůj žal. Ačkoliv je tato událost náročná a prožívaná s velkou bolestí v srdci, je odborníky považována za velmi užitečnou a prospěšnou pro celý proces truchlení a pro přijetí reality, že dítě skutečně zemřelo (Kohner & Henley, 2013). Pohřební rituál umožňuje truchlícím vnějším způsobem vyjádřit to, co pozůstalý prožívá ve svém nitru (Kübler-Ross, 2003). Zároveň tak získají vzpomínky na rozloučení, které by jednou mohli postrádat. Je doporučeno dát rodičům prostor, aby se sami rodiče rozhodli a uspořádali takový pohřeb, jaký si sami pro své děti přejí (Kohner & Henley, 2013). Truchlíci rodiče se díky plánování pohřbu nepropadají do hlubokého zármutku a vnímají to jako smysluplnou činnost. Můžeme tedy říct, že v jistém slova smyslu je příprava pohřbu pro rodiče prozatímní ochranou před intenzivními emocemi, neboť tento proces vyžaduje řešení spousta praktických záležitostí (Špatenková, 2014).

Při samotném pohřbu dítěte spousta rodičů řeší dilema, zda na takovou událost brát své další děti. Výsledkem většinou bývá fakt, že tyto děti zůstávají doma, aby byli z pohledu rodičů uchráněni před stresujícím zážitkem. Dospělí se také domnívají, že děti nemohou chápat smysl pohřbu a proto nevidí důvod, aby tam byly s nimi. Je pravdou, že malé děti mohou touto účastí získat jak negativní, tak pozitivní zkušenost. Jsou lidé, kteří jsou až do dospělosti pohřby traumatizováni, ale stejně tak existují ti, kteří si cenní, že jim takto bylo umožněné rozloučit se se zemřelým, v tomto případě se zesnulým sourozencem. Špatenková (2013) doporučuje, aby rodiče vždy dětem vysvětlili, co je pohřeb, proč se jej rodina účastní a případně i důvod, proč nepovažují za vhodné, aby se zúčastnili oni. Pokud rodina usoudí, že dítě na pohřeb brát nebude, mělo by dítě mít možnost jiného alternativního rozloučení (např. zapálení svíčky). V každém případě bývají děti často hrdé za to, že se mohou podílet na výběru květin na obřad, častokrát chtějí nakreslit obrázek nebo napsat vzkaz, který pak položí na rakev.

Pohřeb dítěte neznamena smíření se s jeho smrtí. Pro pozůstalé rodiče a další blízké začíná po pohřbu náročné období truchlení. Již nemusí řešit praktické otázky kolem zařizování, nyní se do popředí dostává jejich žal ze ztráty. Proto mnohdy nechápou, jak může okolní svět dále „normálně“ fungovat, když se jim stala taková mimořádná tragédie. Po pohřbu odmítají truchlíci rodiny slavit všechna výročí v rodině. Je pro ně náročné těšit se z těchto událostí, když cítí obrovskou bolest (Špaňhelová, 2012). V minulosti to bylo jinak. Tehdy se pro děti nemělo příliš truchlit. Lidé věřili, že pláčem vyhání děti z ráje a ani se za ně nemodlili, protože podle lidové víry se hned staly andělíčky (Navrátilová, 2004). V dnešní době je úmrtí dítěte

doprovázeno silnými emocemi a ze strany veřejnosti vnímáno mnohem intenzivněji, protože se nejedná o přirozenou smrt, jakou je smrt v důsledku stáří. Špaňhelová (2012) doporučuje truchlícím rodinám, aby se postupně vraceli k dodržování tradičních oslav. Během těchto akcí se schází mnohdy i širší rodina a všichni členové tak mohou trávit čas spolu. Je naprosto přirozené, že se v takových chvílích intenzivně vzpomíná na dítě, které tam s nimi již nemůže být. Vypráví se společné zážitky s ním a prohlížejí jeho fotografie (Špaňhelová, 2012). Podstatné je, že v těchto chvílích vše sdílí rodina společně.

3.2 Změny v životě rodičů vyvolané ztrátou dítěte

Na základě prostudované literatury jsem vyvodila oblasti, ve kterých po ztrátě dítěte dochází u truchlících rodičů k podstatným změnám.

ROZDÍLNÉ PROŽIVÁNÍ ZTRÁTY

Existují určité rozdíly v truchlení mužů a žen, což může vést ke vzniku problémů mezi partnery. Genderové problematice v oblasti truchlení pozůstalých rodičů byla věnována jedna celá podkapitola diplomové práce, proto se jí v této části již věnovat nebudu.

SMYSL SMRTI DÍTĚTE

Někdy se snaží rodiče najít ve smrti dítěte nějaký smysl. Se smrtí dítěte ztrácí i své rodičovské sny a ocitají se tak v „existenciálním vakuu“. Proces hledání smyslu je dlouhodobý. Pozůstalí rodiče potřebují najít důvod, proč dál žít. Pátrají po odpovědích na otázky, proč jejich dítě zemřelo a proč se tato tragédie stala zrovna v jejich rodině. Někteří se obrací k víře, jiní se zabývají filozofickými myšlenkami. Zde může dojít ke střetu názorů partnerů, pokud jeden z nich je k víře skeptický – brání to pak hledat společný smysl spolu a společně jej sdílet (srov. Wheeler, 2001; Worden, 2009).

Pozůstalí rodiče tedy musí splnit dva úkoly. Najít smysl ve ztrátě dítěte a přijmout jeho smrt, a poznat nový smysl ve svém dalším životě bez něj. Wheelerová (2001) provedla v letech 1993-1994 výzkum, ve kterém se u pozůstalých rodičů zaměřovala právě na tyto otázky po smyslu života. V počáteční fázi, kdy je zármutek nejintenzivnějším si rodiče kladli otázky jako „Proč moje dítě?“ a „Jak se toto mohlo stát?“ V pozdějším období už někteří rodiče byli schopni najít smysl, ale někteří to nedokázali a smrt potomka neakceptovali. Truchlící rodiče nalézali smysl převážně v uchovávaní vzpomínek a v pozitivních změnách, které úmrtí dítěte přineslo. Také se začali věnovat činnostem, které je v jistém ohledu naplňovaly, jako je např.

pomáhání ostatním, kteří si prošli obdobnou ztrátou. Začali si více vážit života a žili jej naplno, zajímali se o duchovno, nebyli materialističtí a vnímali, že se osobnostně přerodili v lepší bytosti. Jiní rodiče se zase pokračovat v životě dál hlavně proto, aby tak mohli udržovat památku svého zesnulého dítěte. Obdobné závěry byly vyvozeny také na základě rakouské studie. Ta spočívala v provádění hloubkových rozhovorů s 30 pozůstalými rodiči, kdy i v tomto případě participanti uvedli, že jejich identita rodiče nekončí smrtí dítěte. Rovněž hovořili o osobnostním růstu, o větší víře k životu a lepší schopnosti zvládat náročnější situace. I zde byla patrná potřeba pomáhat druhým (Bogensperger & Lueger-Schuster, 2014).

Tedeschi a Calhoun (2004) hovoří o tom, že většina rodičů si nakonec vytvoří vlastní závěr, proč jejich dítě muselo zemřít a v některých případech i trpět. Někteří hledají odpověď ve víře, jiní přijmou skutečnost, že účel smrti nikdy znát nebudou. Jiní vysvětlují úmrtí potomka smůlou, špatným DNA nebo jako trest za své špatné činy či za to, že nebyli svému dítěti dobrými rodiči. V každém případě vnímají rodiče tato vysvětlení jako důležitá a užitečná.

HODNOTOVÝ ŽEBŘÍČEK

Po smrti dítěte je pro pozůstalé rodiče přirozené přehodnocování dřívějších priorit. Dozvídají se, že čas je pomíjivý, nemusí být žádné „zítra“ a upouštějí tak od plánování, což svým způsobem může být pro rodinu i osvobozující. Změny mohou nastat také v oblasti financí. Stává se, že někteří rodiče začnou utrácet za nesmysly nebo rozmazlují své další děti zbytečně drahými dárky. Najednou jako by pro ně přestaly existovat hranice, ukončují svá zaměstnání a hledají jiné, které považují za přijatelnější, případně rovnou odchází do předčasného důchodu. Pozůstalá rodina si však také více cenní svých žijících blízkých a obecně jsou citlivější k potřebám ostatních lidí. Právě z toho důvodu nacházejí smysl v pomáhání druhým (Firthová et al., 2007).

SEXUÁLNÍ ŽIVOT

Zármutek po smrti dítěte je tíživý, bolestivý. Tyto emoce mohou výrazně ovlivnit i sexuální život rodičů. Zatímco jeden partner při prožívání intenzivního smutku sexuálně abstinuje, druhé může v sexuálním kontaktu vidět útěchu. Je přirozené, že někteří rodiče jsou zaskočení svými potřebami po blízkosti a intimitě, stejně jako jiní se mohou cítit při uspokojování svých sexuálních potřeb provinile. Je důležité uvědomit si, že všechny tyto potřeby jsou běžnou součástí života (Worden, 2009). Zatímco někteří z rodičů mohou sex v období truchlení vnímat jako něco zcela nevhodného, existují i případy, kdy se rodiče uchylují k sexuální promiskuitě. Prostřednictvím sexuálních kontaktů se snaží zpracovat smutek, avšak

tímto jednáním také prohlubují depresivní myšlenky, vznikají u nich pocity viny a sebeobviňování (Kubíčková, 2001).

Další problém může v tomto ohledu způsobit i diskuze partnerů o dalším těhotenství. Spousta partnerů se totiž po ztrátě dítěte rozhodují, zda a kdy je ten správný čas mít další děti. Jeden z partnerů může po druhém dítěti toužit, zatímco druhý při této představě může pociťovat strach a stres. Pro některé ženy znamená těhotenství možné zdravotní potíže, jiné již otěhotnět bohužel nemohou a další, které nemají žádné zdravotní komplikace, se mohou obávat podobného tragického scénáře, jak tomu bylo u prvního dítěte. Přesto většina rodičů po takové ztrátě touží po novém dítěti v naději, že jim vyplní ten pocit prázdnoty, který prožívají (Kohnerová & Henleyová, 2013).

ZTRÁTA ROLE RODIČE

V této práci již několikrát zaznělo, jak může smrt dítěte zasáhnout do identity rodičů. Ztráta role rodiče je zvláště intenzivní pro ženu, neboť ta jako matka nosila dítě pod srdcem, s bolestí rodila a s jeho ztrátou tak přišla i o roli matky (Špatenková, 2013). Stejně tak je tato ztráta role rodiče stresující pro páry, které přišly o své jediné dítě. Mladí rodiče mohou tuto skutečnost ještě změnit a v budoucnu se opět stát rodiči. Bohužel páry, které jsou již neplodné, jsou o tuto možnost ochuzeny. Pokud např. žena nemůže mít další dítě, stává se, že se její partner s touto situací nevyrovná a rozhodne se založit rodinu s jinou ženou (Firthová et al., 2007).

SOCIÁLNÍ KONTAKTY

Bývá přirozené, že se pozůstalí rodiče po ztrátě dítěte uzavřou do sebe a vyhýbají se kontaktům s lidmi ze svého sociálního okolí. Jejich přátelé a rodina mnohdy neví, jak na ně v takové situaci reagovat, což vede ještě k větší izolaci (Worden, 2009). Kubíčková (2001) hovoří o tzv. resignaci na sociální kontakty. Pozůstalí se ve fázi akutního zármutku setkávají hlavně s přijímáním soustrasti a zmínkami o zesnulém potomkovi. Tato doba je pro ně velmi bolestivá, reakce okolí je zneklidňující a proto mají tendence se veškerým návštěvám vyhýbat. Někteří pozůstalí nabývají přesvědčení, že je navíc zcela nevhodné vyhledávat společnost a ponoří se hlouběji do svého zármutku, přičemž veškeré snahy okolí jsou jim nepříjemné. Naopak jiní mohou mít nutkavou potřebu o zesnulém dítěti otevřeně hovořit. Tuto potřebu však nemusí sdílet druhý partner, což může vést k dalším neshodám ve vztahu (Kubíčková, 2001).

ÚNIKOVÉ REAKCE

Truchlící rodiče se snaží často před svým zármutkem utíkat. Pomoc vyhledávají např. v konzumaci alkoholu, drog, případně se oddávají dennímu snění. Situace se stává nebezpečnou ve chvíli, kdy přejde do jejich patologické formy (např. alkoholismus). Takto nemocný člověk pak nemůže plnit úkoly, které plní v rámci své sociální role. Ztrácí odpovědnost a přichází o povinnosti všedního dne. V některých případech se v důsledku tohoto únikového jednání člověk pokouší o sebevraždu. Suicidální myšlenky jsou typické zejména pro období akutního zármutku. Ve většině případů však pozůstali zůstávají jen u fantazií a další kroky v tomto ohledu nepodnikají (Kubičková, 2001). Všechny zmíněné únikové reakce způsobí dočasné uklidnění, samotnou situaci však nikdy nevyřeší.

OKOLNOSTI ÚMRTÍ DÍTĚTE

V procesu truchlení rodičů po ztrátě dítěte hraje velkou roli skutečnost, za jakých okolností k úmrtí došlo. Jednalo-li se o úmrtí náhlé nebo očekávané. Při nečekaném, náhlém úmrtí jsou rodiče často traumatizováni a neschopni normálního fungování. Jejich život je roztržštěný, najednou jsou zahlceni praktickými otázkami kolem vypravování pohřbu atd. Až poté se vrací do „normálního života“. Většina rodičů se však shoduje, že zejména v prvním měsících od úmrtí mají pocit, jako by jejich život řídil někdo jiný (Firthová et al., 2007).

Pokud dítě zemřelo v důsledku onemocnění, prožívají rodiče zármutek ještě před samotnou smrtí potomka. Přestože je v tomto případě smrt očekávána, nemusí být rodiči akceptována stejně jako u nečekané ztráty. Veškerý svůj čas obětují nemocnému dítěti, mění se celý rodinný systém. Všichni se orientují hlavně na potřeby nemocného dítěte, s čímž souvisí i narušení dřívějších rodinných aktivit. Soukromí rodiny bývá narušeno pravidelnými návštěvami lékaře, rovněž domácí prostředí se často musí přizpůsobit speciálním potřebám nemocného. V momentě, kdy dítě zemře, ztrácí rodina veškeré toto zaměření. Rodiče náhle neví, co s volným časem, nejsou schopni jej smysluplně využít a začít normálně žít. Některé rodiny přichází také o některé z dávek sociálního zabezpečení, které byly pro ně jistým zdrojem financí. Rodiče tak hledají nové zaměstnání. Zde mohou narazit na komplikace (emoční a fyzické vyčerpání), které jim znemožňuje v práci plně fungovat (Firthová et al., 2007).

3.3 Postraumatický rozvoj osobnosti

Přestože úmrtí dítěte je pro většinu rodičů považováno za nejtraumatičtější zkušenost v životě, nemusí mít smrt dítěte pouze negativní dopad. Naopak v některých případech byl

u pozůstalých rodičů zaznamenán posttraumatický rozvoj vedoucí k pozitivním změnám osobnosti (McCarthy et al., 2010). Neznamená to, že člověk začne traumatickou událost vnímat jako žádoucí. Začíná si však uvědomovat různá pozitiva, které ze situace plynou. Mezi hlavní oblasti růstu pak řadíme ocenění života, bližší a smysluplné vztahy, realizace nových možností a duchovní/existenciální růst (Tedeschi & Calhoun, 2004). Posttraumatický rozvoj se může dostavit až o několik měsíců či let později. Vyrovnávání s traumatem je individuální, u každého člověka může probíhat různě dlouhou dobu. Tento proces nelze předvídat ani urychlovat (Slezáčková, Loučka & Bartošová, 2012). Nolem-Hoksem (in Mareš, 2009) hovoří o posttraumatickém rozvoji u pozůstalých až 13 měsíců po prožitém traumatu. Musí uplynout určitá doba, aby si člověk začal všimnout i pozitivních aspektů ztráty.

Některé pozůstalé matky hovoří o určitých životních změnách, které jim ztráta dítěte přinesla. Časté je nové uspořádání priorit v hodnotovém žebříčku. Domnívají se, že nyní dokážou ocenit vyšší, morální hodnoty, jsou schopny si plně uvědomit hodnotu zdraví, lásky, přátelství atd. Nelpí již tolik na materiálních hodnotách, odmítají řešit banality, upouští od povrchnosti. Jiné ženy mají pocit, že v důsledku ztráty se posílil jejich vztah s partnerem, mění výchovný přístup k dalšímu dítěti, plánuje si další porod dle svých představ a více si důvěřují (Tedeschi & Calhoun, 2004).

V souvislosti s posttraumatickým rozvojem bývá někdy v literatuře zmíněn také termín psychologická připravenost. Autorem tohoto pojmu je R. Janoff-Bulmanová a míní tím skutečnost, že po prožití traumatu získá člověk zkušenost, na základě které je lépe připraven na další možné negativní události. Pokud se tedy nastane jiná stresující událost, je jí už méně traumatizován. Traumatickými událostmi tedy zvyšují celkovou odolnost člověka při zvládnutí náročných životních situací (Mareš, 2012).

4 MOŽNÁ INTERVENCE A PÉČE O POZŮSTALÉ RODIČE

Truchlení a s tím spojené vyrovnávání se ztrátou je individuální proces. Pro všechny truchlící je však doporučeno, aby se pokud možno snažili dodržovat zaběhlou denní rutinu a životosprávu, tj. dostatek spánku, zdravě jíst, případně si najít chvíli pro cvičení a relaxaci. Někomu může při zvládání zármutku pomoci rozhovor s rodinou či přáteli, jiní truchlící využívají odborné pomoci, např. psychologa nebo poradce pro pozůstalé; a někteří se stávají členy podpůrných skupin. Jsou však i lidé, kterým pomáhá vypsát svou bolest do deníků či básní, nebo poslouchají hudbu. Podpůrný charakter má také četba knih o zkušenostech jiných lidí se ztrátou dítěte (Pazdera, 2017).

Péče o pozůstalé může být poskytována formou laické pomoci až k pomoci odborné. V první fázi akutního zármutku je nejvíce využívána zejména podpora nejbližších, to znamená rodina a přátelé, případně sousedi a kolegové z práce. Pozůstalí v prvním týdnu od úmrtí častokrát ocení hlavně praktickou pomoc (McLarenová, 2007). V případně anticipovaného úmrtí využívají lidé zpravidla již před ztrátou odborné pomoci. Neformální pomoc blízkých je totiž v tomto případě často nedostačující. Rodiče, kteří ztratili dítě, mají někdy potřebu hovořit spíše s odborníkem, protože jejich copingové strategie selhávají a pomoc přátel je neúčinná (Špatenková, 2013). Spousta rodičů začíná uvažovat o odborné pomoci i několik let po úmrtí dítěte. V tomto případě se může pozůstalý obrátit na odbornou pomoc, která sestává z poradenství pro pozůstalé, krizové intervence, psychoterapie, svépomocných skupin nebo medikace.

Také náboženské přesvědčení může být velkým zdrojem pomoci pozůstalým. V případě truchlících rodičů může být po smrti dítěte velmi otřesena. Někteří po této zkušenosti odmítají v Boha věřit (nedovolil by přece, aby jejich dítě zemřelo). Pokud je však jejich víra natolik silná, aby toto rozhořčení překonala, získávají tak možnost svěřit své trápení duchovnímu, případně navštěvují církevní poradnu (Kubičková, 2001).

4.1 Typy pomoci pro pozůstalé rodiny

Dohnalová a Musil (2008) uvádí oblasti, ve kterých potřebují pozůstalí pomoc a podporu: psychické (potřeba mluvit o mrtvém), pragmatické (pomoc při vyřizování praktických záležitostí, např. vypravování pohřbu), informační (informace, kde se nachází tělo zesnulého, nebo zda mají právo nahlížet do policejních spisů) a ekonomické (rodina se může ocitnout v hmotné nouzi).

PORADENSTVÍ PRO POZŮSTALÉ

Poradenství pro pozůstalé je určeno truchlícím, kteří v nedávné době ztratili své blízké a potřebují pomoc se na tuto ztrátu adaptovat (Špatenková, 2014). V České republice je za průkopníka této formy pomoci považována Naděžda Špatenková, která poradenství pro pozůstalé označuje za profesionální službu speciálně vyškolených pracovníků z řad lékařů, vysokoškolských expertů, sociálních pracovníků, psychologů, případně vyškolených a supervizí podporovaných odborníků (Špatenková, 2013). Kubíčková (2001) charakterizuje poradenství pro pozůstalé jako specializované rozšíření kompetencí u jednotlivých druhů psychosociálního poradenství. Můžeme zde však zařadit také laickou pomoc poskytovanou dobrovolníky (např. v hospicích), svépomocné skupiny nebo tzv. laické poradce, tedy pozůstalé, kteří prožili zkušenost ztráty blízké osoby, zpracovali ji a snaží se pomoci lidem se stejným osudem.

Pokud bychom však skutečně hovořili o poradenství pro pozůstalé jako o profesi, musí poradce v této oblasti disponovat odbornými kompetencemi, jako je vytvoření bezpečného prostoru pro otevřené a bezpečné ventilování emocí klienta, měl by pomoci pozůstalým zorientovat se v jejich reakcích, poskytnout jim potřebné informace, povzbuzovat je v procesu truchlení a hlavně by měl posoudit závažnost situace a v případě potřeby odkázat klienta na jinou formu pomoci, např. doporučení navštívit psychiatra (Špatenková, 2013). Poradce pro pozůstalé využívá různých metod. Dle Kubíčkové (2001) se osvědčuje využití identifikačních předmětů, fotografií, videonahrávek z pohřbu nebo jiných významných událostí, speciální hudba nebo analýza snů pozůstalých. Mezi další metody patří již zmíněné psaní deníků, kresba, vytváření rituálů, vytvoření alba vzpomínek atd. (Špatenková, 2013).

Poradenství pro pozůstalé mohou využít také páry, které v důsledku ztráty procházejí partnerskou krizí. Ta je zpravidla vyvolána rozdílným prožíváním ztráty dítěte, kdy rodiče nedokáží být jeden druhému oporou. Ačkoliv se může zdát, že v takovém případě je potřeba využít služeb manželské poradny, Špatenková (2013) považuje za vhodnější pracovat s takovým párem v rámci poradenství pro pozůstalé. Partneři se tak za pomoci pracovníka učí zvládat celý průběh truchlení. Po terapii je vhodné zhodnotit, zda partnerské problémy přetrvávají (a obrátit se tedy na manželskou poradnu) či nikoliv.

V poradenství pro pozůstalé děti je klíčový přístup poradce, jak s dítětem hovoří, ale také prostředí, ve kterém poradenství probíhá. Dítě by se mělo cítit bezpečně, vhodné je mít připraveny hračky, které usnadňují navázání kontaktu s malými, úzkostnějšími dětmi. U starších dětí je nutno respektovat jejich možnost a potřeby. Bývá zde doporučována zejména terapie hrou a další kreativní přístupy (Pešová & Šamalík, 2006).

KRIZOVÁ INTERVENCE

Za nejvhodnější formu pomoci pozůstalým v akutní fázi zármutku (tzn. krátce poté, co se dozví o smrti blízkého) je považována psychologická první pomoc a krátkodobá krizová intervence. Jedná se o specializovanou pomoc osobám v krizi, tedy v situaci, kterou člověk vnímá jako zátěžovou, ohrožující a nedokáže ji zvládnout vlastními silami (Kubíčková, 2001). Krizová intervence pracuje s konceptem “tady a teď“, tudíž se zaměřuje pouze na aspekty, které bezprostředně souvisí s aktuální krizí jedince. Krizový pracovník podporuje klienta v jeho kompetencích, aby při řešení problému využil vlastních schopností (Vodáčková, 2012). Dle Špatenkové (2011) zahrnuje krizová intervence pomoc psychologickou, lékařskou, sociální a právní. Kromě lékařských služeb první pomoci, psychiatrů a psychologů je krizová intervence poskytována také na linkách důvěry a v krizových centrech. Služeb krizového centra může člověk využít i bez předchozího objednání nebo doporučení. Mají pak možnost využít ambulantní formy pomoci či krátkodobé hospitalizace (Bouček in Raboch, 2001).

Smyslem krizové intervence je navázat kontakt s pozůstalým, vytvořit takové podmínky, aby se klient cítil bezpečně a měl tak prostor ventilovat emoce spjaté s úmrtím milované osoby. Zásadní význam zde má hlavně emocionální podpora. Je normální, pokud je zpočátku mezi truchlícím klientem a krizovým interventem napjatá atmosféra. Svůj vliv na to má obecně citlivost problematiky smrti, která všem z nás připomíná neschopnost čelit jí, ale také vlastní smrtelnost. V průběhu procesu krizové intervence pracovník normalizuje pocity ztráty, podporuje pozůstalé ve ventilaci emocí, identifikuje přirozené zdroje sociální opory, hovoří s pozůstalými o jejich vztahu k zemřelému a pomáhá jim odlišit skutečný a iracionální pocit viny (Špatenková, 2017).

PSYCHOTERAPIE

Psychoterapií rozumíme léčebné působení psychologickými prostředky, které mohou být jak verbální tak neverbální. Od krizové intervence se liší zejména svou dlouhodobostí – někdy trvá i roky. Spočívá v pravidelných sezeních s klientem, většinou s frekvencí jednou za 14 dní. Cílem psychoterapie je odstranit psychické problémy a ovlivnit jejich příčiny (Beran, 2001).

Psychoterapie, která je poskytována pozůstalým, se nazývá terapie pozůstalých. Jejím cílem je umožnit pozůstalým ventilaci svých emocí a obecně je povzbudit v procesu truchlení (Parkes & Prigerson, 2010). Zpravidla se doporučuje v případě komplikovaného truchlení. Protože smrt dítěte je sama o sobě rizikovým faktorem truchlení, můžeme říct, že terapie pro pozůstalé je u této ztráty využívána častěji než u jiných typů ztrát (Kubíčková, 2001).

V terapii pozůstalých se využívá různých technik. Mezi nejznámější patří např. psychodrama nebo tzv. technika prázdné židle. Psychodrama spočívá v tom, že klienti přehrávají před ostatními problém, který je trápí. Mohou hrát sami sebe nebo předvádí fiktivní rozhovor se zesnulým či dalšími členy rodiny. Prázdna židle představuje zesnulého, ke kterému klient v přítomném čase mluví o svých pocitech a myšlenkách (Kubíčková, 2001).

V posledních letech se zejména v zahraničí hovoří o tzv. terapii komplikovaného zármutku. Komplikovanému truchlení se věnují dva psychoterapeutické přístupy – interpersonální psychoterapie (IPT) a terapie (komplikovaného) zármutku (CGT). Cílem léčby je pak naučit klienta fungovat v životě i bez zesulé osoby. CGT je druh psychoterapie navržený tak, aby přímo řešil zármutek, který způsobuje dlouhodobou a oslabující depresi. Jedná se o přístup, který je vysoce efektivní, krátkodobý a jednoduchý. Odborníky je považován za nejlepší způsob, jak pomoci lidem s komplikovaným zármutkem. CGT se zaměřuje na tuto pomoc dvěma jasnými způsoby. Za prvé identifikují a řeší možné komplikace, a za druhé pomáhá s přirozenými adaptačními procesy. V praxi se využívá sedmi hlavních témat, včetně chápání smutku, zvládnutí bolestivých emocí, přemýšlení o budoucnosti, posílení vztahů, vyprávění příběhu o smrti a učení se žít s připomínkami a vzpomínkami na osobu, která zemřela. S těmito tématy se pracuje v průběhu celého 16- týdenního setkávání. Využívají se dobře definované strategie a postupy. Sezení jsou strukturována podobně jako při kognitivně behaviorální terapii (CBT). Každé sezení začíná přehledem minulého týdne a stanovení zakázky. Poté se pokračuje přístupy zaměřenými na ztrátu a následně přístupem zaměřeným na obnovu. Sezení končí krátkým shrnutím, zpětnou vazbou klienta a plány pro nadcházející týden (Nguyen, 2016).

SVÉPOMOCNÉ SKUPINY

Dalším zdrojem pomoci může pro pozůstalé rodiče představovat účast ve svépomocné skupině. Tu tvoří lidé, kteří poží stejný problém - v tomto případě krize ze ztráty dítěte. Všichni členové jsou si schopni pomoci navzájem. Pojí je totiž stejná zkušenost, tudíž se dovedou skutečně vcítit do pocitů těch, kteří o dítě přišli v nedávné době. Skupina má velký dopad zejména na pozůstalé, kteří si mysleli, že se přes ztrátu dítěte nikdy nedokážou přenést. Když vidí, že ostatní po takové ztrátě zvládli zase fungovat, získávají postupně znovu ztracenou sebedůvěru. Objeví se v nich naděje, že i oni toto těžké období překonají. Zároveň se nemusí obávat, jak budou druzí reagovat na jejich prožívání. Využití účasti ve skupině mohou také pozůstalé děti – pokud jsou dost velké. Na setkání je sice přítomen odborník, nepůsobí však v roli vedoucího skupiny, do dění v ní nezasahuje (jak tomu bývá např. u skupinové

psychoterapie) a bývá spíše pozorovatelem, který skupinu nepřímou řídí (srov. Špatenková, 2011; Schiffová, 1978). Podpůrná skupina nemusí vyhovovat lidem, kteří jsou krizi zahlceni natolik, že nejsou schopni naslouchat jiným lidem. Pro tyto osoby bývá doporučeno vyhledat odbornou péči psychologa, případně psychoterapeuta, kde se dočkají skutečně individuálního přístupu (Špatenková, 2011).

MEDIKACE

Psychiatři mohou pomoci lidem, kteří po smrti svých blízkých trpí depresí a sociálním vyloučením. Po vyhodnocení psychického stavu klienta pak mohou předepsat vhodné léky – nejčastěji hypnotika, anxiolytika nebo antidepresiva. Ačkoliv je někdy jejich užívání pro zvládnutí situace žádoucí, odborníci uvádí, že psychofarmaka znemožňují proces truchlení a ztěžuje přijetí ztráty jako skutečnosti. Svými účinky pouze odsouvají zármutek do budoucna. Je pravdou, že zármutek může svými symptomy připomínat např. depresi, je však důležité uvědomit si, že se jedná o normální a přirozenou reakci na ztrátu. Pokud se tedy u člověka nejedná o komplikovanou formu truchlení, je vhodnější medikaci nepodávat. Je tedy vhodné, aby odborník skutečně vyhodnotil, zda se spíše než o depresi nejedná o komplikovanou formu truchlení (Špatenková, 2013). Kübler – Rossová (2003) doporučuje sedativa nahradit účastným nasloucháním. Také Höschl (in Baštecká, 2003) se přiklání k názoru, že antidepresiva by neměla být pro léčbu zármutku předepisována. Za větší pomoc považuje rovněž slovní kontakt než tabletu.

4.2 Vybrané organizace v ČR

Pokud se pozůstalí rodiče rozhodnou vyhledat odbornou pomoc, mohou se obrátit na konkrétní organizace, které pomáhají rodičům vyrovnat se se ztrátou dítěte. Poskytují jak odbornou pomoc (pracovníci mají kompetence k efektivní práci s pozůstalými), tak pomoc laickou ze strany rodičů, kteří mají podobnou zkušenost.

DOBRY ANDĚL

Nadace, která pomáhá rodinám v České republice, ve kterých onemocnělo dítě onkologickým či jiným vážným onemocněním.

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ DLOUHÁ CESTA – www.cestadomu.cz

Jedná se o organizaci, která nabízí pomoc pozůstalým rodičům, kterým zemřelo dítě (případně dalším členům a blízkým truchlící rodiny). Sdružení vzniklo v roce 2005 z iniciativy matek,

keré o své děti přišly a společně prožívaly jejich ztrátu. Dlouhá cesta si klade za cíl podpořit rodiny a její členy jak po psychické tak fyzické stránce. Nesoustředí se pouze na rodiče onkologicky nemocných dětí, neohlíží se na příčiny úmrtí. Pravidelně organizuje svépomocné skupiny pro pozůstalé, rekondiční víkendy a vzpomínkové akce. Zároveň však poskytuje i odborné sociální poradenství, poradenství pro pozůstalé a laické poradenství. V rámci sdružení je realizováno i několik projektů. Projekt „Nejste sami“ spočívá v poradenství laických poradců, kteří jsou však odborně proškoleni a jsou jimi zejména rodiče či blízcí příbuzní, kteří prožili ztrátu dítěte a nyní se díky svým zkušenostem snaží pomáhat ostatním. Tento projekt vznikl na popud rodičů, kteří se po úmrtí dítěte nedokázali ve své situaci zorientovat, nevěděli, jaké instituce navštívit a chybělo jim porozumění ze strany blízkého okolí. Tato bezmoc je vedla k tomu, aby začali vyhledávat osoby, se kterými je pojí stejná životní zkušenost. Dalším projektem je „Prázdná kolébka“. Ta vznikla za účelem pomoci rodičům, jejichž dítě zemřelo během porodu nebo krátce po něm. Na jejím vzniku se podílelo neprofesionální chování zdravotnických pracovníků, kteří nebyli schopni nabídnout podporu a dostatečnou péči rodičům, zejména pak ve fázi rozloučení se s dítětem. Projekt „Barevný anděl“ se zaměřuje na podporu sourozenců zemřelých dětí, na které se často zapomíná. V rámci projektu se změní jejich dětský pokojíček, aby dítě mohlo zahájit novou životní etapu bez bratra/sestry. Změna prostředí přispívá ke zlepšení a celkové podpoře vztahů v celé rodině. Vedle těchto projektů sdružení každoročně pořádá akci „Zapalme svíčku“, která se koná v rámci Světového dne památky zesnulých dětí druhou neděli v prosinci. V tento den probíhají různé vzpomínkové akce, koncerty a mše, přičemž přesně v 19.00h se za zemřelé děti zapalují svíčky. Tato akce vychází z tradice mezinárodní organizace „Soucitní přátelé“, která se pořádá na celém světě a spojuje tak všechny rodiny a přátelé (Haruštiaková & Hráská, str. 34).

HOSPICE

Hospice vznikly za účelem umožnit umírajícím pacientům prožít své poslední dny v jejich domácím prostředí. Je zde poskytována paliativní péče, ale pracovníci se rovněž zaměřují na praktickou pomoc rodinám pacientů a jejich podporu.

Hospicovou péči můžeme podle typu rozdělit na:

- Domácí péče – kvalifikovaní odborníci dochází do domácího prostředí terminálně nemocného
- Stacionáře – zpravidla bývají součástí hospice, pacienti zde mohou denně docházet
- Lůžkovou péče – využívají terminálně nemocní, o které nemůže pečovat rodina

Další hospice lze snadno vyhledat přes portál www.hospice.cz. Na tomto portále jsou také k dispozici informace o aktuálním dění v oblasti hospicové péče.

BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ – www.bkb.cz

Pokud v rodině došlo k násilnému úmrtí, mohou pozůstalí požádat o pomoc požádat Bílý kruh bezpečí, který podporuje oběti a svědky trestných činů.

NADAČNÍ FOND KLÍČEK A SDRUŽENÍ KLÍČEK – www.klicek.org

Jejich cílem je zlepšovat životní podmínky vážně nemocných dětí i jejich rodin a poskytovat jim podporu. Pořádá letní ozdravné tábory pro děti po dlouhodobé nemocniční léčbě, podíleli se na tvorbě dokumentárního filmu o českých a anglických dětských nemocnicích „Nezůstat sám“, pořádají různé přednášky o právech hospitalizovaných dětí jak na školách, tak pro zdravotnický personál atd.

ČESKÉ SDRUŽENÍ OBĚTÍ DOPRAVNÍCH NEHOD – www.csodn.cz

Toto sdružení bylo založeno v roce 2004 a je tvořeno převážně pozůstalými, kteří své blízké ztratili v důsledku tragické dopravní nehody. I toto sdružení má zakladatele, kteří si touto ztrátou prošli a umí proto reagovat na potřeby této kategorie truchlících. Pozůstalým osobám neposkytují pouze psychickou podporu, ale také pomoc při dalším jednání, jako je např. komunikace s policií, soudy či pojišťovny. Nabízí také odborné sociální poradenství a pravidelně pořádá víkendová setkání pozůstalých. Sdružení se snaží podporovat také truchlící děti prostřednictvím spolupráce s různými nadacemi (např. Dětská dopravní nadace, Nadace Truck help), které pozůstalé děti a jejich rodiny podporují zejména finančně či materiálně. ČSODN vyhodnotí, které rodiny by tuto pomoc uvítaly, poté je kontaktuje a informuje o podmínkách této pomoci. Dalším cílem tohoto sdružení je posilovat bezpečnost silničního provozu a snížit tak počet mrtvých a těžce zraněných na českých silnicích.

SDRUŽENÍ RODIČŮ ONKOLOGICKY LÉČENÝCH DĚTÍ ONKA - www.onka-sdruzeni.cz

Toto sdružení se zaměřuje na rodiče a blízké onkologicky nemocných dětí. Zároveň poskytuje pomoc a podporu těm, kteří o své dítě v důsledku onemocnění již přišli

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ HAIMA CZ – www.haima.cz

HAIMA pomáhá onkologicky nemocným dětem i jejich rodinám.

POHŘEB – www.pohreb.cz

Uvedená webová stránka nabízí informace týkající se úmrtí a záležitostí kolem vypravování pohřbu. K dispozici jsou zde také praktické rady pro pozůstalé.

II VÝZKUMNÁ ČÁST

1 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem výzkumné části diplomové práce bylo prozkoumat psychologické aspekty truchlení rodičů po ztrátě dítěte. Pozornost je věnována procesu truchlení v této tíživé situaci a pocitům, které celý proces provázely. Soustředili jsme se na prožívání rodičů první dny po ztrátě. Rovněž nás zajímalo, jak se pozůstalí rodiče adaptovali na život bez dítěte a jak je tato ztráta ovlivnila v profesní a sociální rovině. Otázky jsme koncipovali tak, abychom ze sdělení participantů získali odpověď na otázku, jaký dopad měla ztráta dítěte na prožívání rodičů a jak tato tragédie ovlivnila celý jejich život. Z tohoto důvodu jsme dále zkoumali blíže sociální oporu pozůstalých, změny ve vztazích a smysl života pozůstalých po ztrátě dítěte. Celou problematiku je představena z pohledu pozůstalých rodičů, přičemž jejich odpovědi jsme podrobili důkladné analýze a interpretaci.

Pro náš výzkum jsme zvolili hlavní výzkumnou otázku:

VO1: Jaký dopad měla ztráta dítěte na prožívání rodičů?

Dílejší výzkumné otázky:

VO2: Jaké pomoci se dostalo pozůstalým a kterou považují za nejefektivnější?

VO3: Jak se změnil vztahy v rodině/se sociálním okolím po smrti dítěte?

VO4: Jak ztráta dítěte ovlivnila smysl života pozůstalých?

V souladu s dílčími cíli jsme se soustředili na celkem tři oblasti. Protože se domníváme, že velkou roli zde hraje také okolí pozůstalých, zajímali jsme se v prvním bodě o jejich sociální oporu. Věnovali jsme pozornost tomu, kdo z rodiny pozůstalým dokázal nejvíce pomoci a zároveň nás zajímalo, co naopak ze strany blízkých v těžkých chvílích postrádali. Rovněž jsme zkoumali povědomí pozůstalých rodičů o dostupné pomoci poskytované pro tuto cílovou skupinu. Ve druhé oblasti jsme se zajímali o interpersonální vztahy pozůstalých rodičů. Soustředili jsme se zejména na vztahy, ve kterých ztráta způsobila významné změny a na znovu začlenění pozůstalých do společnosti. V posledním bodě jsme zkoumali smysl života pozůstalých rodičů po smrti dítěte. Sehrála např. víra důležitou roli při jejich vyrovnávání se se ztrátou?

2 VÝZKUMNÁ METODA A STRATEGIE

Hlavním cílem našeho výzkumu bylo zachytit subjektivní pohled a prožívání truchlení rodičů, kterým zemřelo dítě. Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumného šetření jsme zvolili kvalitativní výzkum, který je považován za nejvhodnější metodu pro zachycení subjektivní reality porozumění určitému sociálním problému (Hendl, 2005). Participantům byl ponechán otevřený prostor, do výzkumného šetření jsme nevstupovali s předem danými hypotézami.

Podstatou celého výzkumu bylo zjistit vlastní zkušenosti rodičů po ztrátě dítěte. Samotnému výzkumu přecházela přípravná fáze, která zahrnovala studium literatury zabývající se danou problematikou a teoriím truchlení, které se specificky vztahují ke ztrátě dítěte. Získaná zjištění uvádíme v teoretické části práce, zaměřujeme se na ně v následné diskuzi a porovnáváme s vlastními výsledky výzkumu.

3 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Pro svůj výzkum jsme se snažili oslovit co nejširší okruh rodičů, kterým zemřelo dítě, přičemž účastníky výzkumu jsem vybírala v rámci celé České republiky. Pomocí metody sněhové koule jsme získali 7 participantů. Metoda sněhové koule patří mezi nejužívanější techniky výběru vzorku v kvalitativním výzkumu (Miovský, 2006). Její užitečnost spatřujeme zejména při výběru do výzkumů, které se zabývají citlivými tématy, neboť obecně je obtížné získat zájemce do výzkumů, které mohou být psychicky náročnější. Abychom mohli zachytit co nejširší spektrum aspektů prožívání truchlení po ztrátě dítěte, nebyl věk dítěte ani doba, která uplynula od jeho úmrtí, kritériem pro vstup do výzkumu. Truchlení je kontinuální proces a jak je již zmíněno v teoretické části práce, nelze jednoznačně určit časovou hranici, kdy je pro pozůstalé rodiče vhodné se výzkumu účastnit, aby pro ně nebyl příliš zatěžující. Rozhodnutí účastnit se bylo tedy ponecháno na rodičích samotných, neboť se předpokládáme, že sami dokážou nejlépe odhadnout, zda chtějí o svém prožívání a ztrátě a mluvit. Ačkoliv výzkumný soubor není příliš obsáhlý, domníváme se, že je dostatečně variabilní, protože jsou v něm zastoupeni rodiče, kterým dítě zemřelo během těhotenství, při porodu, těsně po porodu či raném věku. Také důvody úmrtí se poměrně lišily. Výzkumu se účastnily pouze ženy. Nepodařilo se nám však do výzkumu získat partnery těchto žen ani další členy rodiny. Tato kategorie příbuzných odmítala o svém zármutku hovořit.

4 PRŮBĚH ORGANIZACE SBĚRU DAT

Sběr dat pro naši výzkumnou část započal v srpnu 2019 a trval do ledna 2020. Nejprve byla oslovena maminka, kterou jsme osobně znali. Samozřejmě jsme kontaktovali také spolek Dlouhá cesta, konkrétně přímo předsedkyni spolku paní Martinu Hráskou. Součástí spolku je projekt “ Prázdná kolébka“, který pomáhá vyrovnat se rodičům se ztrátou dítěte v jakémkoliv věku a z jakékoliv příčiny. Paní Hráská byla o našem výzkumu informována a požádána o spolupráci při hledání participantů. Naše žádost však byla zamítnuta, neboť spolek z etického hlediska údajně již kontakty na pozůstalé rodiče neposkytuje. Protože však naše první zájemkyně o účast ve výzkumu byla členkou různých svépomocných skupin rodičů, kteří procházejí truchlením po ztrátě dítěte a rovněž diskuzních fór (která jsou většinou uzavřena pro veřejnost), získali jsme nakonec všechny participanty díky její pomoci. Tato žena se o našem výzkumu zmínila jak ve svépomocné skupině rodičů po ztrátě dítěte, tak v uzavřených diskuzních skupinách na internetu. Zároveň pak zájemcům předávala email, na kterém nás mohli kontaktovat. Rodiče poté sami iniciovali první kontakt a to pomocí emailu nebo telefonicky. Zájemci poté byli informováni o cíli a obsahu práce. Všichni však preferovali písemnou korespondenci před osobním setkáním (velká vzdálenost, zaneprázdněnost, nemoc, osobní důvody aj.). Z tohoto důvodu jsme vytvořili dotazník, který měli zájemci poslat vyplněný zpět na náš email. Dotazník byl rozdělen do několika oblastí tak, aby byl naplněn cíl práce a zodpovězeny všechny výzkumné otázky. Při konstrukci otázek jsme pracovali s operacionalizací, kterou rozumíme „*překlad zkoumaného problému z jazyka teorie do jazyka výzkumu.*“ (Reichel, 2008, str. 51). Ke každé výzkumné otázce jsme tedy přiřadili příslušné operacionalizované otázky. Např. u VO1 „Jaký dopad měla ztráta dítěte na prožívání rodičů?“ jsou operacionalizovanými otázkami např.: „Jak jste prožívala první dny a týdny po smrti dítěte?“ nebo „Dokázala jste o ztrátě dítěte s někým hovořit?“ Ukázku vyplněného dotazníku přikládáme v přílohách této práce.

Před zasláním dotazníku jsme osoby, které projevíly zájem o účast ve výzkumu, kontaktovali emailem, kde jsme se představili a blíže celý výzkum přiblížili. Ujišťovali jsme se o dobrovolnosti jejich participace, sdělili možnost od výzkumu kdykoliv odstoupit nebo neodpovídat na otázky, na které odpovídat nechtějí. Participantkám (dále užíváme ženského rodu, neboť se výzkumu účastnily pouze ženy) byl vysvětlen účel výzkumu a jeho zaměření, poskytli jsme jim také dostatek prostoru na vlastní otázky. Dvě ženy z výzkumu odstoupily. V jednom případě měla jedna z žen čerstvě po porodu zdravého dítěte a přiznala, že momentálně se k minulosti nechce vracet. Druhá z žen se neúčastnila kvůli časové tísní.

Nicméně vzápětí projevily o výzkum zájem jiné dvě ženy. Všechny participantky měly vyplněné dotazníky zaslat do 31.1.2020. Výzkumu se nakonec zúčastnilo 7 žen. Ačkoliv se nejedná o vysoké číslo, umožňuje nám výsledný počet participantů detailní analýzu jednotlivých odpovědí. I přesto, že se jedná o náročné téma, hodnotily ženy výzkum kladně a děkovaly za možnost podělit se o své zkušenosti s truchlením po dítěti. Za zvlášť důležité považovali fakt, že této problematice věnujeme pozornost nejen v rámci studia, ale také v naší praxi.

5 ZPRACOVÁNÍ DAT

Všechny odpovědi v dotaznících jsme doslovně přepsali, tudíž se jedná o vlastní citace účastnic. Získaná data jsme zpracovali prostřednictvím otevřeného kódování, které je součástí zakotvené teorie. Miovský (2006) definuje zakotvenou teorii jako teorii, jež je induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. Takto vytvořená teorie je ověřena pomocí systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a analýzy těchto údajů.

Strauss a Corbinová (1999) charakterizují tzv. otevřené kódování jako část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů prostřednictvím pečlivého studia dat. Pomocí otevřeného kódování jsou získaná data rozebrána na elementární jednotky, které se dále porovnávají. Toto srovnávání má za důsledek vykrystalizování podobností a rozdílů jevů obsažených ve zmíněných datech. Při otevřeném kódování se tedy zaměřujeme na jevy, které považujeme za klíčové pro celý výzkum. Tyto jevy pojmenujeme a seskupíme do kategorií. K těmto kategoriím pak hledáme příslušné informace.

Odpovědi účastnic byly vyhodnocovány v programu Microsoft Word. Všechny odpovědi jsme pomocí otevřeného kódování zakódovali a poté mezi sebou porovnávali. Vybrané výroky jsem si přitom vždy barevně odlišila, podle toho, do které kategorie se řadily. V průběhu zpracování jsme se ke kódům vraceli a revidovali je, protože se některé z nich vzájemně překrývaly. Abychom zachovali anonymitu, označili jsme ženy jako Participanty a mají přiřazenou zkratku Part a čísla od 1 do 7. Stejně tak jsou změněna jména zemřelých dětí.

6 PREZENTACE A INTERPRETACE DAT

Do této kapitoly jsme zaznamenali výsledky výzkumu, které jsme získali na základě odpovědí pozůstalých rodičů (matek), kterým zemřelo dítě. Pro upřesnění identifikace jednotlivých participantek jsme zpracovali následující tabulku, kde uvádíme věk účastnic výzkumu v době úmrtí dítěte, věk zemřelého dítěte a příčinu úmrtí dítěte (tab. č. 1).

Tab. č. 1 – Identifikace jednotlivých participantů výzkumu

	Věk matky v době úmrtí dítěte	Věk zemřelého dítěte	Příčina úmrtí dítěte
Part 1	26 let	5 měs., 14 dní	Selhání srdce po dlouhodobé dechové terapii
Part 2	34 let	4 dny (porod 36 + 4 tt)	Po narození oslabení těhotenskou cukrovkou, u dítěte vypukla celková sepse, bližší příčina se nenašla
Part 3	31 let	4 dny (porod 29 tt)	Kardiopulmonální selhání, vrozená vývojová vada, o které rodiče nevěděli (jen nejasné známky na UTZ)
Part 4	33 let	Během těhotenství (porod 26 + 3 tt)	Tromby na placentě a pupečníku, nesprávně fungující placenta
Part 5	26 let	V těhotenství (konec druhého trimestru)	Vrozená vývojová vada ledvin
Part 6	39 let	Při porodu (porod 41 + 1 tt)	Intrauterinní asfyxie/purulentní adnatní bronchopneumonie všech laloků s ložiskovou apoplexií plic
Part 7	36 let	Po porodu (porod 24 tt)	Porod byl vyvolán uměle kvůli těžké preeklampsii matky

Výzkum v této práci je zaměřen na psychologické aspekty truchlení rodičů po smrti dítěte a následně na jejich adaptaci na život bez něj. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá proces truchlení u pozůstalých rodičů, přičemž jsme se zaměřovali na změny ve vztazích vyvolané ztrátou dítěte, zmapovala jsem jejich povědomí o dostupné pomoci, a jak smrt potomka ovlivnila smysl života pozůstalých rodičů. K dosažení tohoto cíle jsme si stanovili čtyři výzkumné otázky, které se zaměřovaly na dílčí oblasti. Tato kapitola nabízí krátké shrnutí výsledných zjištění, které jsem podrobněji popsala v následujících kapitolách.

Jak probíhá proces truchlení u pozůstalých rodičů? Jakým způsobem se znovu adaptují do běžného života? Výsledná zjištění jsme shrnuli do dvou kategorií, a to kategorie Vlastní prožívání pozůstalých a kategorie Vliv okolí na pozůstalé. Jednotlivé kategorie jsou dále děleny do okruhů dle výzkumných otázek (tab. č. 2)

Kategorie Vlastní prožívání pozůstalých zahrnuje následné aspekty prožívání pozůstalých rodičů: Prožívání bezprostředně po úmrtí dítěte, potřeba blízkosti v tomto náročném období, potřeba mluvit o zesnulém dítěti, pocity a emoce vyvolané ztrátou a způsoby, jakým rodiče truchlili. Do kategorie Vztahy jsme zařadili postoj rodiny a přátel k pozůstalým rodičům, změny ve vztazích v rodině, návrat do společnosti a návrat do zaměstnání. Jako zdroj Pomoci jsme identifikovali pomoc rodiny a přátel, odbornou pomoc, svépomoc a povědomí o dostupné pomoci pro pozůstalé zasažené obdobnou ztrátou. Smysl života pozůstalých rodičů zahrnuje víru, postoj k životu, památka na dítě a tzv. „pohled zpět“, čímž jsem mysleli závěrečné srovnání pocitů rodičů po ztrátě dítěte a nyní.

Tab. č. 2 – Kategorizace výsledných zjištění

	Vlastní prožívání pozůstalých		Vliv okolí na pozůstalé	
P R O Ž Í V Á N Í	Prožívání bezprostředně po úmrtí dítěte Potřeba blízkosti Potřeba mluvit o zesnulém dítěti Pocity a emoce vyvolané ztrátou Způsob truchlení	POZŮSTALÍ RODIČE	Pomoc rodiny a přátel Odborná pomoc Svépomoc Povědomí o dostupné pomoci	P O M O C
S M Y S L Ž I V O T A	Víra Postoj k životu Památka na dítě “Pohled zpět“	POZŮSTALÍ RODIČE	Postoj rodiny a přátel Vztahy v rodině Návrat do společnosti Návrat do zaměstnání	V Z T A H Y

Z výpovědí našich participantek vyplývá, že si většinou první měsíce po ztrátě nepamatují. Ženy tak většinou popisují stav „zamlženosti“, kdy nejsou schopny vnímat nároky běžného života. Cítí se ztrátou ochromeny a preferují samotu před kontaktem s okolím. O dítěti zpočátku hovoří jen s partnerem, rodinou a velmi blízkými přáteli. Pozůstalé matky se v našem

výzkumu potýkaly s pocity viny a selhání. V období truchlení jim pomáhaly rituály, které si vytvořily pro momenty, kdy na dítě vzpomínaly nejintenzivněji.

U žen, které jsou věřící, jsme zaznamenali citelnou krizi víry. Některé Boha obviňovaly, jiné tesknily, že jim nepomohl. K životu se nyní staví pokorněji, váží si přítomnosti a za nejdůležitější považují fakt, že smrt dítěte je potřeba přijmout. Významným aspektem pro vyrovnávání se ztrátou je památka na dítě. Pozůstalé matky jsou vděčné za vše, co jim po dítěti zůstalo (otisky nožiček, fotografie, botičky aj.). Aktuálně již dokáží na dítě vzpomínat i bez pláče. Stále to bolí, ale převažuje pocit smíření.

Kategorie nazvaná jako Vliv okolí na pozůstalé zahrnuje především pomoc rodiny a přátel. Ženy hodnotí pomoc partnera a rodiny pozitivně, nicméně za nejefektivnější považují pomoc matek, které si prošly obdobnou ztrátou. Z tohoto důvodu všechny znaly např. Prázdnou náruč (svěpomocná skupina na portále www.emimino.cz) a Anjeliky.sk (deníčky a komunita truchlících matek) či stránka ztratamiminka.cz. S odbornou pomocí měla většina participantek zkušenost, ačkoliv ne vždy pozitivní. Ženy postupně přicházely na možnosti, jak si v náročné situaci pomoci sami (četba knih s tématem ztráty dítěte, pořízení zvířete, seberealizace v oblasti pomáhání rodičům postihnutým stejnou ztrátou).

Ze strany okolí se pozůstalí rodiče často cítili nepochopení. Přátelé se jim vyhýbali ze strachu z komunikace o zemřelém dítěti, blízká rodina zas podceňovala jejich dobu truchlení. Partnerský vztah účastnic výzkumů se po ztrátě dítěte většinou prohloubil. Návrat do společnosti byl pro většinu z nich náročný, zejména pokud se dostaly do kontaktu s těhotnými maminkami nebo blízkými, které měli děti ve věku, ve kterém by bylo momentálně i jejich dítě. Návrat do zaměstnání velmi ovlivňoval kolektiv, ve kterém participantky pracovaly. Většina z žen hodnotila stávající kolektiv jako přátelský, podporující a návrat do zaměstnání byl pro ně o to snazší.

7 KVALITATIVNÍ ANALÝZA DOTAZNÍKU

V této kapitole přinášíme podrobnou analýzu rozhovorů s pozůstalými rodiči. Výsledná zjištění jsou uspořádána podle výzkumných otázek a prezentována společně s anonymizovanými úryvky z rozhovorů.

7.1 VO1: Jaký dopad měla ztráta dítěte na prožívání rodičů?

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje ztráta dítěte prožívání pozůstalých rodičů. Do této kapitoly jsme zahrnuli kromě potřeby blízkosti (touha po kontaktu), také potřebu mluvit o zesnulém dítěti a sdílet tak svůj smutek s dalšími. Pozůstalé matky se zpočátku cítí ztrátou ochromeny a preferují zpočátku samotu před kontaktem s okolím. Jediný, s kým dokáží od začátku svůj smutek sdílet, jsou jejich partneři. Velkým zdrojem opory jim jsou především internetové diskuze pro rodiče, kteří procházejí ztrátou dítěte. Mezi časté pocity truchlících rodičů (zvláště žen) můžeme zařadit pocity viny, selhání a osamocení. Pozůstalí rodiče jsou zahlceni celou řadou emocí. Objevuje se pláč, zlost a také strach. Strach je zvláště citelný v případech, kdy žena znovu otěhotní a přivede na svět zdravého potomka. Je zřejmé, že po této bolestné zkušenosti, jakou je ztráta dítěte, se pozůstalí rodiče více obávají o zdraví a životy svých blízkých. Pro zvládnutí procesu truchlení volí aktivity jako procházky, výlety, zájmové aktivity, nicméně většina využívá rituálů, které si pro vzpomínání na dítě vytvoří.

PROŽÍVÁNÍ BEZPROSTŘEDNĚ PO ÚMRTÍ DÍTĚTE

Ženy po ztrátě dítěte hovoří o stavu „zamlženosti“. Nevládají se přizpůsobit režimu, který vládl před ztrátou dítěte. Některé ženy si nedokážou ani vzpomenout, co se v toto náročné období dělo.

„První dny mám v mlze. Oba s manželem jsme převážně pouze brečeli, leželi a nebyli ničeho schopni.“ (Part 2)

„Celkově si první měsíc po smrti Kubíka moc nepamatuji, nejsilnější je dojem „zamlženosti“, neschopnosti cokoliv dělat (ani jíst, mám pocit, že mi to ostatní museli připomínat), pocit prázdnoty, nulové budoucnosti.“ (Part 6)

Ženy často realitu, potažmo aktuální život bez dítěte, vnímají jako sen. Nejsou vnitřně schopny ztrátu akceptovat a veškeré dění kolem sebe vnímají jako něco nereálného. Nejsou schopny soustředit se na běžné činnosti.

„Myslela jsem, že se mi jen něco zdálo. První dny jsem jen ležela v zatmavené místnosti, nemohla jsem nic vnímat, mobil, televize, knihy, všechno mě vyčerpávalo.“ (Part 4)

„Byl to šok. První dny jsem byla ochromena, nebyla jsem schopna přijmout, co se stalo. Každý den (a mnohokrát v noci) jsem se budila s tím, že jsem těhotná a sahala si na břicho... Myslela jsem, že se mi jen něco zdálo.“ (Part 4)

Pokud je žena ještě nějakou dobu po úmrtí dítěte hospitalizovaná v nemocnici, bývá pro ni návrat do domova o to náročnější. Některé ženy si až v tomto okamžiku uvědomí, co se stalo a že jejich ztráta je nevratná.

„V porodnici mi bylo nabídnuto, že mohu odejít domů dřív, než je po CS obvyklé, ale odmítla jsem, protože jsem se návratu domů děsila. A opravdu byl pro mne druhým „šokem“, uvědoměním si reality, že jsme se vrátili bez miminka, pro které už bylo doma vše nachystané a na které jsme se moc těšili.“ (Part 6)

Pokud dítě umírá v bolestech, nastává pro rodiče těžko snesitelná situace. Je tedy přirozené, že po smrti dítěte se může objevit pocit úlevy. Vnímají, že v takovém případě může být pro jejich potomka smrt osvobozující. Jedna z účastnic výzkumu měla dceru, které špatně fungovaly plíce. Prognóza byla bohužel velmi špatná. Když se stav holčičky ještě více zhoršil, nabídli lékaři zoufalým rodičům dvě varianty medikace. Jednou byly léky na lehké ztišení bolesti, kdy bude zachováno vnímání. Druhou možností bylo podání morfia, které dítě plně osvobodí od všech bolestí, avšak nebude při smyslech. Rodiče si zvolili druhou variantu, neboť nechtěli, ať jejich dítě stále trpí.

„Umírala 4 dny. Každý den, jsme s manželem čekali na telefon, kdy už její utrpení skončí. Proto, i když to zní asi hrozně, jsem cítila úlevu, když zemřela.“ (Part 1)

POTŘEBA BLÍZKOSTI

Potřeba kontaktu po ztrátě dítěte je značně individuální. V případě našich participantek, ženy preferovaly zpočátku truchlení o samotě, případně s partnerem. Snaha o kontakt

ze strany okolí může být pro pozůstalé nepříjemná. Některé pokusy o sblížení je tak mohou i iritovat.

„Nejvíc jsem chtěla být jen s manželem a naším psem doma/v přírodě, kde nejsou další lidé. Zvládala jsem se vídat se svou matkou, s ostatními lidmi mi bylo strašně nepříjemně, kamarádky jsem začala vídat cca 3 měsíce po smrti dcery.“ (Part 4)

„Hned na počátku jsem přes manžela všem sdělila, že nechci společnost ani kontakt a že si o něj řeknu, až se na to budu cítit, v některých případech to nefungovalo, někteří měli pocit, že mě musí „rozveselit“. (Part 5)

Ženy, které se svůj smutek rozhodly s blízkým okolím sdílet, nakonec hodnotily tento krok pozitivně.

„Nejdříve jsem chtěla být sama s partnerem, ale vzápětí (během prvních dnů doma) jsme zjistili, že nám samota nedělá dobře a začali jsme chodit ven, potkávat se s lidmi, navštěvovat rodinu. Na Silvestra jsme byli se známými, kteří nás pozvali k sobě domů, byli jsme se podívat na ohňostroj apod.“ (Part 3)

POTŘEBA MLUVIT O ZESNULÉM DÍTĚTI

O dítěti pozůstalé matky zpočátku hovoří jen s partnerem, rodinou a velmi blízkými přáteli. V komunikaci si uvědomují možná úskalí, zejména tehdy, když mluví s rodiči zdravých dětí. Uvědomují si, že toto téma je pro tyto posluchače rovněž náročné.

„Hovořila jsem o její ztrátě se dvěma kamarádkami. Obě mají děti, bylo to pro ně strašně těžké to poslouchat a mluvila jsem vlastně o tom samém. Takže jsem přišla na to, že je účinnější to psát. Popsala jsem několik silných bloků. Vypsala jsem se z toho a pak už jsem neměla nutkání o tom mluvit, danou situaci jsem přijala. Ale dobrý půl rok jsem o tom nemohla mluvit, aniž bych se rozbrečela.“ (Part 1)

Pozůstalé matky nejpozitivněji hodnotí komunikaci s rodiči, kteří rovněž ztratili dítě. Tyto diskuze jsou velmi podpůrným a zároveň vysoce efektivním elementem při celém procesu jejich truchlení. Pozůstalí rodiče, zejména pak ženy, které se diskuzí účastní častěji, získají naději, že i ony se jednou mohou naučit se ztrátou žít.

„Po cca 6 týdnech jsem vyhledala na internetu diskuzi Prázdná náruč, kde jsem se svěřila se svým příběhem a zjistila jsem, kolik žen se stejným osudem je. Později jsem se i já snažila nějakým způsobem o naši prvorozené holčičce mluvit před okolím mluvit a dávat najevo, že takové věci se dějí denně.“ (Part 4)

„O synovi jsem si od začátku psala s ostatními „maminkami andílků“ v uzavřené diskuzi na e-miminu. S některými se setkávám i osobně a s nimi se o synovi mluví nejsnadněji.“ (Part 2)

Rodiče také mohou mít pocit, že své okolí svým vyprávěním zatěžují. Proto se snaží své emoce ventilovat „mezi svými“.

„Po asi třech měsících jsem si řekla, že už nechci své kamarádky „obtěžovat“ tím, že to budu pořád rozebírat (i když vím, že jim to nevadilo). Dostala jsem se k internetové svépomocné skupině Prázdná náruč a začala jsem si psát s „holkami“, kde jsem si připadala „mezi svými“ ve smyslu, že jsme si mohly psát o věcech, o kterých se s lidmi bez zkušenosti ztráty miminka dalo mluvit špatně nebo vůbec.“ (Part 6).

POCITY A EMOCE VYVOLANÉ ZTRÁTOU

Pozůstalí rodiče se také na rozdíl od jiných kategorií pozůstalých potýkají se specifickými pocity viny.

„Toník zemřel na sepsi, až do výsledků pitvy jsem se obviňovala, že je to moje chyba. Navíc jsem se obviňovala, že jsem musela родit předčasně kvůli preeklampsii.“ (Part 2)

„Pocity viny přišly až později, asi po dvou měsících, kdy mi začalo docházet, co se stalo... Měla jsem pocit, že jsem smrt dítěte zavinila, protože moje tělo ho nechtělo.“ (Part 7)

Velmi výrazný je v případě pozůstalých pocit selhání. Zejména pro ženy bývá ztráta role matky extrémně bolestivá. Cítí se zbytečně, domnívají se, že jsou k ničemu, neboť nedokázaly dostát této životní roli.

„Poměrně brzy jsem u sebe rozeznala pocit obrovského zklamání (že jsem zklamala jako máma, jako žena, jako partnerka) a selhání – nedokázala jsem porodit zdravé miminko, což pro mě do té doby byla samozřejmost a všichni to očekávali.“ (Part 3)

„Hodně jsem plakala, první týdny v podstatě bez přestávky, později jsem se dokázala něčemu zasmát, ale přicházely výčitky, že jsem byla chvíli zase veselá.“ (Part 5)

Jedna z účastnic výzkumu v této souvislosti připojuje svou pozitivní zkušenost s lékařem, díky které se u ní pocity viny značně eliminovaly:

„Nejdůležitější bylo setkání s mým (budoucím) porodníkem, který mě hned na prvním setkání ujistil, že to nebyla moje vina a nemohla jsem nic udělat jinak. Pamatuji si, že mě takhle věta hodně zasáhla (spustila obrovskou vlnu pláče) a zároveň nějakým způsobem osvobodila.“ (Part 4)

U pozůstalých rodičů jsou také patrné pocity závidosti, zejména pak v případě, že se v jejich okolí nachází těhotná maminka nebo rodina s dítětem, které je stejně staré jako jejich zesnulý potomek. Častý je také pocit osamocení – nikdo jim nemůže rozumět, zvláště tehdy, když v jejich okolí nikdo nic podobného neprožil.

„Těžce jsem nesla smutek a bolest partnera. Měla jsem o něj strach, že se mu něco stane, že o něj přijdu – jako o dceru. Naprosto se mi zhroutily všechny jistoty, které jsem do té doby měla.“ (Part 3)

„Dalším pocitem bylo naprosté osamocení. Připadala jsem si naprosto sama v této situaci. Ano, měla jsem rodinu a kamarády a všichni stáli „za mnou“, ale nikdo z nich neměl stejnou zkušenost. V okolí se nic podobného nestalo. Všem se rodily zdravé a hlavně živé děti. (Part 4)

ZPŮSOB TRUCHLENÍ

Proces truchlení si pozůstalí často usnadňují různými rituály. Jako hlavní rituál se uvádí pohřeb. Mezi individuální rituály pak můžeme zařadit například o zapálení svíček, zasazení stromu, napsání dopisu zesnulému aj.

*„Bydlíme na vsi, chodila jsem se psy na dlouhé procházky do lesů a na louky, tam jsem běhala, křičela, nadávala, brečela. Chodila jsem 2x denně na hřbitov zapalovat svíčky.“
(Part 1)*

„Mám pro dceru malý deníček, kam jsem psala své pocity, dodnes, když je mi smutno nebo na ni myslím, vezmu tužku a použiju ho. Poslouchala jsem písničky, které jsem s ní měla spojené.“ (Part 5)

Jedné z žen pomáhalo v den výročí úmrtí scházet se s rodinou, aby nebyla na smutek sama. Vnímáme to jako důkaz toho, že ačkoliv nám může připadat taková událost v procesu truchlení jakkoliv kontroverzní, pro dotyčnou osobu může mít velmi podpůrný charakter:

„V truchlení jsem byla asi hodně otevřená. První rok jsem dokonce pořádala každý měsíc v den „výročí“ tzv. „Kubičkoviny“ – pro rodinu a přátele. Napsala jsem jim, že je tenhle den pro mě obzvlášť bolestný a že by mi pomohlo nebýt sama, tak jsme se scházeli někdy jen tak, někdy jsme to spojili s divadlem, koncertem... Scházeli jsme se v počtu od 3 do asi 12 lidí.“ (Part 6)

Při analýze odpovědí jsme také zaznamenali rozdíl v truchlení mužů a žen, který zmiňujeme v teoretické části práce.

„Manžel se s naší ztrátou vyrovnával po svém. Byl neustále v práci. Do práce jezdil v 5 ráno a vracel se z ní kolem 22 hodiny.“ (Part 1)

7.2 VO2: Jaké pomoci se dostalo pozůstalým a kterou považují za nejefektivnější?

Zdrojem pomoci byl v případě našich participantek hlavně partner a poté blízká rodina. V případě využití odborné pomoci jsme se setkali s rozporuplnými názory. Výzkumu se účastnily ženy, které měly jak dobrou tak špatnou zkušenost s odbornou péčí. Z tohoto důvodu některé ženy zpracovávaly svůj zármutek svépomocí. Co nás však v dobrém slova smyslu překvapilo, byl fakt, že všechny participantky mají povědomí o dostupné pomoci v jejich situaci.

POMOC RODINY A PŘÁTEL

Je přirozené, že se rodina a přátelé snaží pozůstalým rodičům pomoci. Pozůstalí tuto pomoc hodnotí kladně, kromě podpory samotné oceňují i pomoc v praktických věcech (vaření, úklid).

„Moje mamka mi velmi pomáhá, kdykoli je ochotna mě vyslechnout. Bratr svým způsobem také, zvláště nyní mi velmi pomáhá s adopcí, člověk se v úřadech sám moc neorientuje.“ (Part 2)

Vyjádření podpory ze strany okolí může nabývat různých podob. Pokud jsou pozůstalí přístupni pomoci, uvítají jakýkoliv způsob podpory. Může se jednat o osobní setkání, telefonický kontakt či komunikaci přes sociální síť.

„Nejvíce pomohly moje sestra a švagrová (ta nám pořád psala, tahala nás ven na procházky). Moje máma nám vozila jídlo, byli jsme u nich také o Vánocích. Moje sestřenice, která se mě nebála zeptat na dceru a tím mi hrozně pomohla, unesla můj pláč a povzbudila mě. Tchýně mě vždy vyslechla (později, když jsem potřebovala o dceři mluvit). Pomohlo mi všechno, čím naši známí dali najevo, že jsou tady – SMS, přání, myšlenka na nás a na dceru.“ (Part 3)

Zde jsme se opětovně přesvědčili, že velkou pomocí byla pozůstalým rodičům zmiňovaná svépomocná skupina Prázdná náruč. Pomoc poskytovaná lidmi, které potkal podobný osud, je pozůstalými matkami bezvýhradně přijímána.

„Nejvíce mi pomohla podpora manžela a kamarádky z Prázdné náruče, se kterými jsem denně v kontaktu přes sociální síť. Nikdo nedokáže pochopit naše pocity lépe než osoba, která si tím sama také prošla.“ (Part 2)

ODBORNÁ POMOC

Z výzkumu vyplynulo, že pozůstalí přijmou odbornou pomoc, pokud jim je poskytuje kvalifikovaná osoba. Svůj vliv na to má i samotná osobnost pomáhajícího. Ztráta dítěte je pro rodiče velmi náročná situace a pro její zvládnání je vhodné využít také psychologickou pomoc. Pro efektivnost psychologické péče je důležité, aby rodiče měli k odborníkovi důvěru. Bez důvěry je obtížné mezi rodičem a psychologem vytvořit terapeutický vztah.

*„Při propuštění mi dal primář neonatologie kontakt na nemocniční psycholožku. Nesedla mi. Přes známé jsme se s manželem dostali ke skvělé psychiatrice. Byla trochu drsnější, přesně to, co potřebuji. Manžel užíval cca 4 měsíce antidepresiva, já nechtěla.“
(Part 2)*

Motivací vyhledat odbornou pomoc může být také pozitivní zkušenost z dřívější doby. Pokud byl pozůstalý již v minulosti v péči odborníka, který mu pomohl překonat určité problémy, je velmi pravděpodobné, že se jeho pomoc rozhodne využít opakovaně.

„Později, až tak po dvou měsících, jsem zase začala chodit ke své terapeutce. I té jsme napsala, co se stalo, a ona mě motivovala, abych k ní začala chodit, že je třeba o tom mluvit. Manžel nechodil nikam.“ (Part 3)

Ztráta dítěte je citlivé téma, se kterým může mít problém i kvalifikovaný odborník. Pokud nemá téma vnitřně zpracované, nemusí pozůstalým rodičům poskytnout adekvátní podporu. Hodnocení pomoci zde může zkreslovat subjektivní zkušenost participantek.

„V nemocnici jsem se v dalším těhotenství setkala s psycholožkou a nebyla jsem absolutně spokojená.. (už podruhé v životě mi hrozila ztráta dítěte, nemohla jsem dýchat, strach mě úplně pohlcovat a nemocniční krizová psycholožka mi doporučila číst si časopisy a vybarvovat si omalovánky! Stejnou paní doktorku mi doporučovali po smrti miminka a jsem ráda, že jsem ji nevyhledala.)“ (Part 4)

Úmrtí dítěte v rodině může vyvolat i partnerské problémy, kterým se věnuji v nadcházející výzkumné otázce. Pakliže měla ztráta dítěte dopad na partnerský vztah, mohou pozůstalí rodiče navštívit odborníka nikoli kvůli ztráty samotné, ale pro zpracování konfliktu, který mezi nimi v tomto důsledku vznikl.

„Nenavštívili jsme odborníka, ale měli jsme jít oba s manželem. Po narození další dcery jsme i kvůli tomu procházeli těžkou krizí a málem se nám rozpadl vztah, nevěra z manželovy strany.“ (Part 5)

„Navštívila jsem psycholožku kvůli manželovi, který dělal, že se nic nestalo. Potřebovala jsem poradit jak s ním jednat, komunikovat, jak mu pomoci.“ (Part 1)

SVĚPOMOC

Rodičům v překonání ztráty pomáhá i jejich vlastní vnitřní síla a snaha o pozitivní pohled do budoucnosti. Proto často volí i různé formy svěpomoci. Děje se tak v případech, kdy nevyužijí pomoc odborníka, nebo když sami cítí potřebu se sebou ještě nějak pracovat. Mnohdy tak přichází na další možnosti, které jim při vyrovnávání se ztrátou pomáhají.

„Já třeba měla hroznou chuť chodit v bílé. Ač jsem nikdy bílou nenosila, po smrti Aničky jsem nosila bílé triko, bílou sukni, bílý svetr, měla jsem chuť chodit v bílé. Pomáhalo mi to.“ (Part 1)

„Pár týdnů po porodu jsem začala chodit na dlouhé procházky se psem a v duchu mluvila na svou holčičku. Pomáhalo mi říkat si, že tohle není konec... (Everything will be OK in the end. If it's not OK, it's not the end...)“ (Part 4)

Někteří rodiče si ránu způsobenou ztrátou dítěte léčili pořízením domácího mazlíčka. Zvíře samozřejmě dítě nenahradí, nicméně může zmírnit intenzivní bolest, kterou zarmoucení rodiče prožívají.

„3 měsíce po Toničkově smrti jsme si pořídili 2 koťátka. Díky nim se těším domů, mám o koho pečovat a ony mi to oplácí tím, že od chvíle, co jsme si je přivezli, spím.“ (Part 2)

„... pak jsme si pořídili štěně a přibyly další radosti a starosti.“ (Part 4)

Také četba knih může být v procesu truchlení velmi nápomocná. Dnes již existuje celá řada publikací, které se tématem ztráty dítěte zabývají. Např. nakladatelství Cesta domů vydává publikace, kterými se snaží přispět ke zlepšení informovanosti smrti. Jejich publikace jsou vhodné nejen pro odbornou veřejnost, ale taky pro laiky, nemocné, pečující, děti a jejich rodiče.

„Hodně mi také pomáhalo číst knížky s tématem ztráty miminka nebo smrti obecně, weby organizací, které pomáhají rodičům po ztrátě, příběhy jiných maminek na internetu.“ (Part 6)

Jedna z žen se dokázala vlivem této bolestné zkušenosti seberealizovat v oblasti pomoci rodičům, kteří procházejí ztrátou dítěte. Aktivně se proto zapojuje do příslušných projektů a hledá další způsoby, jak truchlícím rodičům pomáhat.

„Další formou „terapie“ pro mne bylo zapojení se do snahy pomoci dalším rodičům po ztrátě. Začala jsem se hodně zabývat tímto tématem (knihami, organizacemi), napsala jsem brožurku pro zdravotníky a pečující personál porodnic týkající se komunikace s rodiči po ztrátě (konzultovala jsem ji se svým ošetřujícím gynekologem z porodnice), pomáhala jsem při vytvoření Sociálního průvodce pro rodiče po ztrátě dítěte, který vydal Plzeňský kraj, a vystoupila na přednášce pro pracovníky úřadů, se kterými rodiče přicházejí do kontaktu (matriky, OSSZ, úřady práce). Nyní se snažím zapojit do projektu Začít znovu (UNIPA) a dělám si kurz pro laické poradce (Dlouhá cesta).“ (Part 6)

POVĚDOMÍ POZŮSTALÝCH O DOSTUPNÉ POMOCI

Jelikož všechny ženy, které se výzkumu účastnily, měly zkušenost se svépomocnou skupinou, případně se účastnily diskuzí na téma ztráty dítěte na internetu, znaly spousta organizací, které se pozůstalým rodičům věnují.

„V jihočeském kraji působí organizace Dítě v srdci. Pracuje v ní terapeutka/gynekoložka, která zároveň pracuje v Českobudějovické nemocnici. Dále zde působí Modrá pomněnka. Velmi nám pomohli, za pohřebné se postarali o vše spojené s kremací a my jsme nemuseli nic zařizovat. Velmi si jejich pomoci vážím. Svépomocná skupina Prázdna náruč na www.emimino.cz pomáhá především v tom, že člověk ví, že není sám a je v kontaktu s lidmi, kteří procházejí stejnou ztrátou.“ (Part 2)

„Také jsem se dvakrát zúčastnila vzpomínkového víkendu pro rodiče po ztrátě miminka pořádaného Dítětem v srdci v klášteře Králíky v Jeseníkách.“ (Part 6)

Psychologická podpora je důležitá nejen pro rodiče, ale také pro sourozence zesnulých dětí. Povědomí o dostupné pomoci v této oblasti prokázala jedna z žen:

„Hodně mě těší, že existují i publikace pro děti, kde se o smrti mluví jim bližší formou (např. Když dinosaurům někdo umře), jednou to u dětí určitě využijí, chci, aby věděly, že měli staršího sourozence.“ (Part 5)

7.3 VO3: Jak se změnilы vztahy v rodině/se sociálním okolím po smrti dítěte?

Ztráta dítěte zasáhne celý rodinný systém a do určité míry se dotýká i dalších osob, které jsou rodičům nejbližší. Z výzkumu vyplynulo, že společnosti je téma smrti stále ještě tabu. Smrt děsí a lidé o ni nechtějí mluvit. Díky komunikačním bariérám, které může tato situace vyvolat, dochází k výrazným změnám ve vztazích (nejen) v rodinném systému. Pro rodiče tak může být zvlášť náročné vrátit se do společnosti nebo zpět do zaměstnání.

POSTOJ RODINY A PŘÁTEL

Ženy často ze strany okolí cítily obavy z kontaktu, kdy se je například přátelé a známí báli oslovit a začít s nimi hovořit. Tyto situace vedly k tomu, že se raději vyhýbaly kontaktu s pozůstalými, což potvrzuje i následující citace:

„Spousta z nich se neozvala, někteří se vyhýbali. Bylo to hrozné, já jsem si připadala jako prokletá, jako kdyby se nás báli, jako kdybychom nosili smůlu, měli nějaké znamení na čele. (Part 3)

Některé ženy byly ve výzkumu překvapeny i z reakce partnera, zejména tehdy, když nemají žádnou předchozí zkušenost s úmrtím. Může tak být pro ně nepochopitelné, že jejich partner reaguje jiným způsobem, než ony.

„Manžel o tom mluvit nechtěl. Chtěl žít dál. Jako by se nic nestalo. Po třičtvrtě roce jsme byli na firemní akci a tam na nás koukali divně jeho nejbližší kolegové. On jim nedokázal říct, že už nejsem v nemocnici a že Anička zemřela! Prostě o tom přestal mluvit.“ (Part 1)

Pro pozůstalé rodiče je těžké přijmout skutečnost, že jejich okolí dokáže do svého života ztrátu rychleji integrovat. Zatímco oni za dítě stále intenzivně truchlí, ostatní se dokázali znovu adaptovat do běžného života. Tento postoj vnímali citelněji, pokud se jednalo o členy rodiny.

„Spousta členů rodiny dělala, že se nic nestalo, to mi ubližovalo nejvíc, jakoby nikdy ani neexistovala.“ (Part 5)

„Většina rodiny s postupem času událost „uzavřela“ (poměrně rychle, možná po dvou měsících), to bylo pro mě náročné.“ (Part 6)

Z výzkumného šetření vyplynula zřejmá komunikační bariéra mezi participantkami a jejich blízkými osobami. K překonání této bariéry pomáhá, když sami pozůstali přesvědčí okolí možnosti otevřeně o dítěti hovořit. Například tím, že téma sami otevřou.

„Paradoxně někdy docházelo k situaci, že se někdo na Kubíčka zeptal, já jsem řekla, co se stalo, a dotyčný se začal omlouvat, odvádět řeč jinam, a já jsem ho musela jakoby „uklidňovat“, že mi nevádí o tom mluvit. Později jsem byla velmi vděčná za to, když jsem vůbec mohla s někým o Kubíčkově mluvit.“ (Part 6)

Pokud však ani jedna strana nedokáže téma smrti otevřít, stává se situace bezvýhodnou. U některých žen tak doposud k překonání komunikační bariéry nedošlo.

„Takže s mámou a tátou to je spíš paradoxně trochu o odcizení, protože oni se prostě nezeptali na rovinu (na různé věci) a udělali tak z toho trochu tabu. Mrzí mě to, ale neměla jsem sílu o tom prostě začít mluvit, když se nás nikdo nezeptal.“ (Part 1)

V některých případech se mohou v rodině objevit také konflikty, které se týkají praktických věcí, jako je například frekvence návštěvy hřbitova, vystavování fotografií zesnulého dítěte, jak řešit výročí úmrtí atd.

„Manželovi rodiče Toníčka ani nepočítají mezi vnoučata, tchýně mi s oblibou oznamuje, kdo je těhotný. Švagrová mi párkrát zavolala na začátku, nyní už také dělá, že malý nebyl a neustále si stěžuje na svoje děti.“ (Part 2)

VZTAHY V RODINĚ

Ženy, které se výzkumu zúčastnily, dostaly také možnost vyjádřit se, jak smrt dítěte ovlivnila jejich vztahy s partnerem, rodinou a přáteli. Díky tomu jsme se mohli dozvědět, jak ženy hodnotí prožívání ztráty ze strany okolí a zda jim byla poskytnuta v těchto vztazích dostatečná opora.

„Protrídila jsem okruh svých přátel a známých, zůstali jen ti opravdu dobří, přibyli další, v podstatě cizí lidi, hlavně ze skupiny Prázdná náruč. Nikdy jsem je neviděla osobně, ale mám k nim blíže než ke spoustě příbuzným a známým.“ (Part 5)

„V rodině jsem omezila kontakty s rodiči manžela a s mojí babičkou. Dělají, jako by Vašík nikdy neexistoval.“ (Part 2)

Ztráta dítěte způsobí zejména rodičům bolest, která nikdy úplně nezmizí. Musí se s ní naučit žít. Tato tragédie má samozřejmě vliv i na vztah mezi nimi. Odpovědi našich participantek ukazují, jak moc záleží na kvalitě vztahu před smrtí dítěte. Mnohdy se ztrátou jejich vztah ještě více upevní.

„Můj muž je mi největší oporou. To se nezměnilo. Rozumí tomu, co prožívám, rozumí, proč jsem smutná, když brečím, když se mi nechce mezi lidí. Ví, že i když to bude rok, bolest zůstává a smutek se ve vlnách vrací.“ (Part 5)

„S manželem nás to ještě více sblížilo. Jsem ráda, že jsem právě s ním. Náš partnerský život je stejný, daleko více jsme se naučili brát ohledy na toho druhého, vycítím, kdy mě potřebuje. Sexuální život je bez následků.“ (Part 2)

Například tuto odpověď jedné účastnice výzkumu můžeme interpretovat tak, že manželé spolu po smrti dítěte začali více komunikovat. Neuzavřeli se do sebe, naopak měli potřebu sdílet vzájemně své pocity. Zjistili tak, že každý z nich může ztrátu prožívat jinak a respektovali se v tom.

„S manželem se náš vztah našťěstí prohloubil, já jsem mnohem otevřenější, dávám najevo, co cítím, projevuji emoce, což dřív taky tak nebylo. Manžel se naučil mě nechat je projevít a umí mi dát víc najevo svoji podporu a pochopení. Jsme po takové ztrátě spolu někde jinde. Teď se to už trochu vrací k normálu, ale i od okolí jsme už slyšeli, že je to vidět, že jsme jiní, že jsme si bližší.“ (Part 3)

Někdy však tato společně prožitá událost vede ke zhoršení vztahu mezi partnery. Problémy mohou zapříčinit zejména rozdíly v truchlení mezi muži a ženami.

„Partnerský život poznamenala ztráta dítěte hodně, ale až se zpožděním. Nejdříve to vypadalo, že jsme to zvládli dobře, manžel byl silný, ale sám si nedovolil pro dceru truchlit, po 3 měsících jsem znovu otěhotněla, narodila se další dcera. V jejích 8 měsících mi manžel začal být nevěrný, odcizili jsme se tím, že jsme se starali každý o sebe, abychom to „přežili“. Nyní dceři bude rok a půl a doufám, že krizi ustojíme, už

to nikdy nebude jako dřív, ale je nám spolu dobře, chodíme na párovou terapii. I manželův vztah s dcerou se tím hodně zlepšil, cítila, že rodina není v pořádku i v době, kdy jsem o nevěře ještě nevěděla.“ (Part 6)

„Partnerský život naopak ztráta dítěte ovlivnila hodně, v první fázi byl manžel v depresi, zvažoval léky, nakonec to zvládl, ale pak jsem zas byla v depresi já a během mé hospitalizace byl vztah hodně napjatý.“ (Part 7)

NÁVRAT DO SPOLEČNOSTI

Návrat do společenského života bývá pro pozůstalé rodiče náročný. Zpočátku se řada z nich zcela stahuje ze společnosti, čímž od sebe odstraňují i možné zdroje bolesti (např. známí, kteří mají zdravé děti).

„Půl roku jsem nikam nechodila. Dala jsem výpověď v práci, ze které jsem nastupovala na mateřskou. Děsila mne představa, že budu muset říkat, co se stalo, když jsem s tím nebyla smířená. Vyhýbala jsem se lidem ze vsi.“ (Part 1)

„Potřebovala jsem si dát čas. První měsíce jsem se stýkala jen se svými nejbližšími. Specifické bylo setkávání s těhotnými ženami a maminkami s kočárky, ze začátku to pro mne bylo hodně bolestné.“ (Part 6)

Tři z našich participantek však dokázaly v návratu do společnosti vidět i pozitiva. Potvrzují to následující výroky:

„Později jsem uznala, že to bylo to nejlepší – čelit ihned všem těm pohledům a vyhýbavým reakcím, ale i dát tak šanci naopak těm, kteří nás chtěli obejmout, vyjádřit účast.“ (Part 3)

„Bála jsem se návratu mezi děti (pracuji i s hodně malými), ale nakonec mě děti paradoxně znovu začaly nabíjet energii a snahou „vrátit se do života“.“ (Part 6)

NÁVRAT DO ZAMĚSTNÁNÍ

Návrat do zaměstnání ovlivňuje i to, jak se k situaci staví zaměstnavatel. Velkou roli hraje samozřejmě pracovní kolektiv, díky kterému se pozůstalý může lépe adaptovat znovu na pracovní režim.

„Bylo to tak psychicky náročné. Přechod z bezpečí domova do práce byl náročnější, než jsem očekávala. Naštěstí mám malý tým kolegyně a ony jsou velice empatické, takže se mi to snažily co nejvíce ulehčit.“ (Part 3)

Pro kolegy bývá obtížné vystihnout, jak se zachovat, aby pozůstalému ještě více neublížili. V případě jedné účastnice výzkumu pomohlo tyto obavy kolegů eliminovat tím, že dala najevo, jaké chování od ostatních očekává:

„Do práce jsem nastoupila po čtyřech měsících po porodu (předtím jsem byla 6 týdnů na MD čili celkově po více než pěti měsících). Jak už jsem uvedla výše, kolegům i rodičům svých žáků jsem napsala otevřený dopis / mail s tím, že jsme o miminko přišli - bez podrobností o ztrátě, jen s tím, že se synek jmenoval Kuba a že pro nás navždy zůstane milovaným prvorozeným miminkem a že pokud se bude někdo potřebovat na něco zeptat, může se mnou na téma ztráty mluvit. Nikdo nechtěl situaci rozebírat, ale pár kolegů mi řeklo, že byli rádi, že jsem to takto otevřeně napsala, že se díky tomu nebojí se mnou mluvit, dostala jsem i několik velmi hezkých odpovědí od rodičů. Mně samotné to pomohlo prolomit pocit, že je to téma tabu a že se mě budou lidé „bát“ (předtím jsem se setkala jednou s tím, že kolegyně, která mě viděla na ulici, dělala, že mě nevidí).“ (Part 6)

7.4 VO4: Jak ztráta dítěte ovlivnila smysl života pozůstalých?

Zkušenost s takto tragickou ztrátou otřese všemi jistotami, které člověk v životě měl. Participantky našeho výzkumu si uvědomily pomíjivost života a začaly si více vážit zdraví – svého i ostatních. Změnil se jejich postoj k životu, priority. Některé z žen se začaly angažovat více ve svépomocných skupinách, kdy chtějí touto životní zkušeností pomáhat dalším, které tato událost potkala.

VÍRA

Pokud jsou rodiče věřící, může být pro ně důležitá duchovní podpora. Nemyslíme tím pouze podporu, která se pojí s určitým náboženstvím, může se jednat i o potřebu otevřít téma duchovna a spirituality.

„Nejsem věřící, po této zkušenosti jsem se v tom jen utvrdila. Manžel ano, ale nijak ortodoxně, nechodí pravidelně do kostela a nemodlí se, ale když jsme se dozvěděli, že je miminko nemocné, byl v kostele a podle jeho slov mu to pomohlo.“ (Part 5)

„Jsem věřící (praktikující katolík), ale po ztrátě Kubička jsem prošla velkou krizí víry. Nechácala jsem smysl ztráty, hledala jsem odpovědi i v rozhovorech s několika kněžími, napsala jsem do poradny pro věřící, obviňovala jsem Boha, měla jsem pocit, že není, že toto by milosrdný Bůh přece nedopustil. Myslím, že jsem ale časem prošla jakousi „transformací“ vlastní víry – zase se to velmi těžko uchopuje slovy – ale mám pocit, že teď věřím v Boha a vyšší smysl života jinak než dřív, hlouběji, pevněji.“ (Part 6)

„Jedna věřící kamarádka mi řekla, jestli jsem přemýšlela nad tím, že se s dítětem po smrti setkám; do té doby mě to nenapadlo, ale teď to považuji za velmi silnou myšlenku.“ (Part 7)

POSTOJ K ŽIVOTU

Ženy, které se výzkumu zúčastnily, se shodují, že důležité pro ně bylo přijmout skutečnost takovou jaká je.

„Důležité je asi přijetí toho, co se stalo, to mi přijde nejdůležitější – zkusit to přijmout bez pocitu viny. Stalo se to, bohužel, už s tím nic nemůžu udělat. Buď budu žít dál, anebo v tom zůstanu a budu spíš přežívat. A u mě se silně ozvala touha žít.“ (Part 3)

Dále participantky poukazují na to, jak se vlivem ztráty změnil jejich hodnotový žebříček. Zejména v oblasti vztahů. Více si uvědomují hodnotu svých blízkých.

„Strašně si vážím svého muže a dcery a taky své matky, jsem vděčná za každou chvíli s nimi. Hodně mě to změnilo, už opravdu neřeším každou prkotinu, dříve jsem chtěla mít vše perfektní a přesně podle představ.“ (Part 5)

„Ale je pravdou, že po ztrátě Kubička se víc snažím žít přítomností, neodkládat věci, chtěla bych život prožít tak, abych jím byla „platná“ lidem okolo mě.“ (Part 7)

PAMÁTKA NA DÍTĚ

Na základě výzkumu jsme zjistili, jak důležité je pro ženy mít i hmotnou památku na zesnulé dítě. Ať už se jedná o fotografie, oblečení nebo jiné předměty, ženy jsou šťastné, že jim zůstaly.

„V nemocnici nám udělali Vašíkovo otisky nožiček, dali nám jeho háčkované botičky, máme pár krásných fotek. Mám schované lacláčky, bodičko, kabátek a opičku, co jsem mu ušila. Největší vzpomínku mám však u sebe v srdci.“ (Part 2)

“POHLED ZPĚT“

Ačkoliv ztráta dítěte je pro pozůstalé rodiče bezesporu tou nejbolestivější zkušeností, kterou zažili, všechny mé účastnice výzkumu nakonec tuto událost přijaly jako součást svého života a s ohledem na ni začaly žít nový život.

„Při jakékoli zmínce jsem se rozbrečela. Nyní, 14 měsíců po Toníkově smrti je mi lépe. Denně na něj myslím, mám svůj ranní rituál, kdy si dovoluji brečet, ale jinak už funguju téměř normálně. Vašík mi stále chybí, ale jsem už připravená na druhé miminko.“ (Part 2)

„Myslím, že jsem emočně citlivější, že všechno víc a hlouběji prožívám, víc se mě věci dotýkají – jak ty hezké, pozitivní, tak ty špatné. Zároveň mám ale pocit, že jsem objevila jakousi vnitřní sílu, že jsem sama trochu „překvapena“, že jsem se dokázala s odchodem Kubíčka vyrovnat.“ (Part 6)

Ženy jsou již schopné zhodnotit své emoce, které prožívaly bezprostředně po ztrátě dítěte a nyní.

„Na začátku jsou emoce výbušné a živé nebo naopak se střídaly s chvílemi naprosté apatie... Dnes jsem se posunula do nějaké fáze, kdy na své miminko myslím s láskou a klidem v srdci. Bolest je určitě veliká, ale můžu se klidně nadechnout a dýchat, to předtím nešlo.“ (Part 4)

„Teď je to jiné. Stále to bolí, to je bolest, kterou už si ani neuvědomuji, jen někdy vypluje více na povrch a s pláčem zase odezní. Samozřejmě se objevují i jiné pocity, ale nejsou už tak intenzivní nebo netrvají dlouho.“ (Part 3)

Dle výroků dvou účastnic výzkumu můžeme soudit, že ztráta dítěte je posunula na určitou úroveň transcendence.

„Náš život je jednodušší. Za hodně pozitivních prognóz by nás čekal život s dítětem upoutaným na kyslíkové bombě. Další děti bychom nejspíš neměli. Teď sice máme jednoho andělíčka, ale dva zdravé kluky doma.“ (Part 1)

„Myslím, že se udála obrovská proměna, kterou ale nejsem ještě schopná plně zahlédnout. Jedno ale vím, a to že život je obrovský dar a já to teď vnímám přesně tak. Zároveň jsem mnohokrát přemýšlela, kdybych dostala na výběr – já nebo ona – no a bez váhání bych svůj život vyměnila za její. Poznala jsem něco, co přesahuje vlastní sebelásku. To je také silný zážitek.“ (Part 13)

DISKUZE

Diplomová práce se zabývá psychologickými aspekty truchlení pozůstalých rodičů po ztrátě dítěte. Ztráta dítěte představuje pro rodiče náročnou životní situaci. Jedná se o bolestnou zkušenost, která má významný dopad nejen na jejich další život, ale také na dynamiku celé rodiny. Smrt je v dnešní společnosti ještě stále tabuizována. Téma je o to citlivější, jedná-li se o děti. Není přece „normální“, aby umíraly. Stejně jako je pro nás nepřijatelná skutečnost, aby rodiče své dítě přežily. Společnost toto téma vytěsňuje. Pravdou však je, že se tyto věci dějí a je naopak důležité o nich otevřeně hovořit. Pro účely našeho výzkumu jsme zmapovali a popsalí zkušenosti 7 pozůstalých matek. Jejich odpovědi srovnáváme s tvrzením odborníků, kteří se tomuto tématu věnují. V tomto textu také dále představujeme implikace pro praxi.

Uvědomujeme si obecné nevýhody kvalitativního zkoumání. Důvodem určitého zkreslení výsledku našeho výzkumného šetření může být velikost výzkumného souboru i fakt, že se nejedná o reprezentativní vzorek. Výhodu však vidíme v hloubkovém popisu a podrobnějším vhledu do zkoumaného tématu. Výzkumný soubor tvoří pouze ženy, které spadají do podobné věkové kategorie. Můžeme tedy usuzovat, že matky mají větší potřebu hovořit o svém zesnulém dítěti a rády by svými zkušenostmi pomohly dalším matkám v podobné situaci. Jedna z účastnic výzkumu se aktuálně účastní kurzu na laického poradce, tudíž můžeme předpokládat, že je se ztrátou dítěte do značné míry vyrovnána - minimálně natolik, aby mohla být oporou dalším pozůstalým rodičům. Výzkumný soubor tvořilo sedm žen ve věku 26 – 39 let. Děti, za které ženy truchlily, zemřely každé z jiného důvodu, přičemž nejmladší zemřelo během těhotenství, nejstaršímu bylo 5 měsíců. Až tedy na jednu výjimku se výzkumu účastnily matky, kterým zemřelo dítě v období kolem porodu. Matky, kterým dítě zemřelo v pozdějším věku, mě nekontaktovaly. Důvodem by mohla být skutečnost, že rodiče hůře akceptují ztrátu staršího dítěte než úmrtí dítěte v raném věku. Čím je dítě starší, tím více zážitků s ním rodiče mají a tím více je náročnější se pak s jeho ztrátou vyrovnat, což koresponduje např. s tvrzením Kübler – Rossové (1994). Do výzkumu se mi bohužel nepodařilo získat muže, tudíž jejich pocity jsou v práci popsané z pohledu jejich partnerek.

Zpočátku jsme měli v plánu realizovat polostrukturovaný rozhovor. Jak jsme již uvedli, ženy, které se zúčastnily výzkumu, pocházely z nejrůznějších částí České republiky a upřednostňovaly kontakt prostřednictvím emailové korespondence. Protože se jedná o skutečně citlivé téma, vyhověli jsme a náš původní záměr přizpůsobili jejich požadavku. Primární pro nás bylo zajištění maximálního soukromí a pocitu psychického bezpečí respondentek. Jedna

z respondentek souhlasila ze zveřejněním jejího vyplněného dotazníku, který je přiložen v přílohách této diplomové práce. I v přiloženém dotazníku je však pro zachování anonymity změněno jméno dítěte.

Nyní se zaměříme na výsledky jednotlivých výzkumných otázek. Porovnáme – li výsledná zjištění VO1 „**Jaký dopad měla ztráta dítěte na prožívání rodičů?**“ s teoretickými poznatky, zjistíme, že se shodují v mnoha oblastech. Všechny respondentky popisovaly neskutečnou bolest a pocity ochromenosti. Velmi časté byly taky pocity derealizace – ženy měly pocit, že se jim neštěstí jen zdálo. Dvě z žen (Part 2, Part 6) hovořily o stavu “zamlženosti“ který způsobuje neschopnost vzpomenout si na první bolestné pocity bezprostředně po ztrátě. Chápeme to jako ukázkou využití obranného mechanismu popření po ztrátě, jenž popisuje Baštecká s Goldmannem (2001). Některé z žen se za ztrátu dítěte zpočátku obviňovaly (Part 2, Part 5, Part 7). Výčitky svědomí se však objevily i v jiných souvislostech – např. jedna z žen (Part 5) se obviňovala za to, že si dovolila být veselá. Výrazně jsem však zaznamenala právě pocity selhání (Part 3, Part 6). Ženy měly pocit, že zklamaly jako ženy, jako matky, jako manželky. Domnívaly se, že jsou neschopné proto, že nedokázaly přivést na svět zdravé dítě. Nedovolily si být veselé, protože se domnívaly, že by to nebylo správné. O této „zdrženlivost od radosti“ píší např. Melvin & Lukeman (2000) nebo Kubíčková (2001). Pro participantku, jejíž dítě zemřelo v důsledku nemoci (těžce poškozené plíce), bylo nejtěžší vědět, že nedokáže dceři ulevit od bolesti a nějakým způsobem ji pomoci. V souladu s tvrzením Schiffové (1978) můžeme potvrdit, že zmíněná participantka po úmrtí dítěte cítila i jistý druh úlevy. V tomto případě můžeme hovořit o smíření se se smrtí, protože věděla, že její dítě tak už nemusí snášet bolesti, což koresponduje také s tvrzením Dohnalové a Musila (2008). Považujeme však za důležité zmínit, že ačkoliv některé pocity v souladu s odbornou literaturou nezazněly, nemůžeme tvrdit, že je participantky neprožívaly. To, že v práci nejsou zmíněné, může také poukazovat na to, že si je ženy v danou chvíli zkrátka nevybavily. Pokud se obecně zaměříme na proces truchlení žen, které se našeho výzkumu účastnily, odpovídá jejich prožívání pojetí Wordena (2009) a Kubíčkové (2001). Nejprve se objevilo výrazné popření, po kterém se pozůstali postupně začali přizpůsobovat novému životu bez zesnulého potomka.

Některé ženy v našem výzkumu sdílely svůj smutek s blízkými osobami, ale stejně tak potřebovaly i své soukromí, kdy pracovaly samy se sebou, což koresponduje s konceptem „*Grieving together – Grieving apart*“ Tollerové a Brathwaitové (2009). V souladu s tvrzením Kubíčkové (2001) měla většina participantek potřebu zármutek zpočátku sdílet pouze s partnerem. Zároveň jsme prostřednictvím výzkumu mohli zpozorovat velkou potřebu sdílet ztrátu dítěte s někým, kdo prožil stejnou životní zkušenost (Meert et al., 2009). Tato vzájemná

podpora byla rodiči popisována jako velmi důležitá, neboť pozůstalé matky se domnívaly, že jejich zármutek může pochopit pouze ten, kdo sám ztrátu dítěte prožil. Také Worden (1997) píše, že nalezení přítele, který si prožil podobnou ztrátu, může být velmi efektivní způsob, jak se vyrovnávat se smrtí blízké osoby. O podpůrném charakteru komunikace s dalšími pozůstalými rodiči píše také Špatenková (2006) nebo Dohnalová a Musil (2008). Svépomocné skupiny pozůstalých představují bezpečný prostor, kde mohou navázat v chráněném prostředí nové kontakty. Rodiče jsou si vzájemnou oporou, zdrojem pochopení a zároveň motivací, že je možné ztrátu dítěte překonat a přizpůsobit se světu bez dítěte. Kromě osobního kontaktu byl pro participantky velmi přínosný i virtuální kontakt prostřednictvím diskuzních fór na internetu nebo sociálních sítí.

Pro pozůstalé rodiče je zvláště těžké prožívat další životní události bez dítěte. Zejména dny jako jsou Vánoce a narozeniny. Účastnice výzkumu se shodly, že veškeré další svátky trávené bez dítěte pro ně byly extrémně bolestivé. Individuální rozdíly však můžeme spatřit v tom, jak se k těmto událostem jednotlivé participantky staví. Některé z uvedených odpovědí participantek se shodují s Bukovskou (in Boková, 2011), která ve své publikaci hovoří o nutnosti vytvořit v rodině nové rituály k uctění památky zesnulého dítěte při rodinných svátcích. Jedna z účastnic našeho výzkumu sama sdělovala, že po smrti syna s manželem založili novou zvyklost (tzv. „Kubíčkoviny“), kdy se v den výročí úmrtí scházejí s rodinou a přáteli, aby v tento den nebyli sami. Přitom tuto událost někdy spojili s návštěvou divadla či koncertu.

Ve VO2 **„Jaké pomoci se dostalo pozůstalým a kterou považují za nejefektivnější?“** se ukázalo, že ve většině případů pozůstalým rodičům pomáhala nejbližší rodina. Participantky oceňovaly zejména praktickou pomoc z jejich strany, např. jedna participantka (Part 3) si vážila toho, že jí matka dovezla vždy nějaké jídlo. Jiná žena (Part 2) ocenila pomoc bratra s vyřizováním záležitostí kolem adopce. V některých případech velmi pomáhali přátelé, kteří se rovněž snažili pomáhat v praktických věcech kolem domácnosti, ale také se snažili rodiče odreagovat prostřednictvím výletů a celkově trávením společného času. Co však ženám chybělo, byla například u jedné participantky (Part 2) pomoc rodiny ze strany manžela. Pozůstalé matky mají také různé zkušenosti s využitím odborné pomoci. V případě, že využily psychologickou pomoc, hodnotily ji kladně pouze ty, kteří s odborníkem již v minulosti navázaly spolupráci. Pokud se některá z žen dostala do psychologické péče poprvé, vnímá tuto pomoc jako nedostatečnou. Otázkou je, zda služba skutečně nebyla efektivní nebo jen participantům nevyhovovala technika, kterou psycholog využil. Z odpovědí účastnic výzkumu na VO2 tedy vyplývá, že ztráta dítěte významně zasáhne celý rodinný systém. Někdy natolik,

že ani nejbližší členové rodiny nejsou schopni poskytnout takovou podporu, jakou pozůstalí potřebují. Naopak významnou oporou byli pro mé participanty jiní rodiče, kteří prožili ztrátu dítěte, což odpovídá tvrzení Silvermannové (in Firthová et al., 2007), že pozůstalým rodičům může nejlépe pomoci jiná truchlící osoba. Za povšimnutí také stojí skutečnost, že podpůrný efekt na naše participantky měly zejména ženy (sestra, švagrová, kamarádka, matka). Je však otázkou, zda by tomu stejně i u výzkumného souboru tvořeného muži.

Potřeba kontaktu je v případě pozůstalých rodičů velice individuální, avšak jsou zde jisté podobnosti. Tomuto tématu jsme se věnovali ve VO3 „**Jak se změnil vztahy v rodině/se sociálním okolím po smrti dítěte?**“ Ztráta dítěte se promítla i do vztahu se sociálním okolím. Většina našich participantek se zpočátku uzavřela do sebe. Nebylo jim příjemné setkávat se s dalšími lidmi a jejich společenský život takřka vymizel. Tato potřeba izolace je v souladu s tvrzením Kubíčkové (2011) a Wordenem (2009), že pozůstalí obecně mají potřebu stranit se společnosti. Některé participantky se dokázaly více otevřít svým přátelům (jedná se zejména o nově získané kontakty na diskuzních fórech, věnovaným ztrátě dítěte) než svému partnerovi či blízké rodině. O této skutečnosti píše Davis (1996), dle které je podpora ze stran přátel pro pozůstalé lépe přijímána na rozdíl od té, které se jim dostává od členů rodiny. K problémům, které se promítly do rodinných vztahů, můžeme zařadit zejména to, že širší rodina mnohdy nedokázala akceptovat potřeby pozůstalých rodičů. Nechtěli si o zesnulém dítěti povídat nebo naopak pozůstalí těžce snášeli, že rodina začala znovu fungovat, jako by se nic nestalo.

Participantky dále hovořily o tom, jak se jim přátelé a další známí snažili po smrti dítěte vyhýbat. Můžeme uvažovat, co je k tomu vedlo. Pravděpodobně však toto vyhýbání bylo způsobeno více faktory. Přátelé mohli mít obavy z komunikace s pozůstalými, nechtěli je zranit. Dalším důvodem může být také samotné téma smrti. To jen svědčí o skutečnosti, kterou popisuje Špatenková (2014), že smrt a truchlení je pro společnost stále tabu a jedná se tak o téma, které se lidé snaží vytěsnit a popírat. Participantky si byly vědomy těchto obav a tak někdy samy začaly o dítěti hovořit. Tento jejich krok je v souladu s doporučením Špaňhelové (2002), která navrhuje, aby sami pozůstalí rodiče dali ostatním lidem najevo, jak si přejí, aby se k nim chovali. Což považuji za velmi vhodné doporučení, neboť se tím prolomí komunikační bariéra mezi rodiči a okolím. V této souvislosti bych vyzvedla zejména přístup jedné z žen (Part 6), která svým kolegům otevřeně napsala dopis, ve kterém zdůraznila, že není třeba se bát o její ztrátě hovořit. Některým pozůstalým matkám bylo ze strany zaměstnavatele navrhnuo, aby zůstaly doma a do práce nechodily. Některé participantky této nabídce využily, většina se však do práce vrátila. Návrat do práce doprovázely zpočátku problémy se soustředěním a komunikační bariéra s kolegy, o čemž píše Špaňhelová (2003).

Pokud se zaměříme na partnerský vztah, jsou odpovědi respondentek v souladu s tvrzením Kubíčkové (2001), dle které se rodiče se ztrátou dokážou vzájemně vyrovnat lépe, pokud i před ztrátou byl jejich vztah fungující. Pakliže byl tedy vztah funkční, je velmi pravděpodobné, že tuto bolestnou zkušenost pár společně zvládne. Až na dvě participantky (Part 6, Part 7), jejichž vztahy prošly po ztrátě dítěte krizí, se vztahy mezi partnery ještě více utužily. Velkou roli zde hraje především vzájemná tolerance, porozumění a schopnost být si stále oporou v tak těžké chvíli, což koresponduje s tvrzením Špaňhelové (2008), která hovoří o smrti dítěte jako o zkoušce hloubky a trvalosti vztahu. Ačkoliv byli otcové jistě zasaženi ztrátou dítěte jako jejich partnerky, můžeme zde spatřit rozdíly v prožívání ztráty u mužů a žen, o kterých píše Davisová (1996), Špatenková (2006) či Špaňhelová (2015). U jedné z žen (Part 1) trávil manžel většinu času v práci. Davisová (1996) hovoří o odcizenosti ve vztahu, která může být způsobena rozdílným prožíváním zármutku. Svě o tom ví dvě účastnice výzkumu (Part 6, Part 7). V jednom případě tato situace vedla k nevěře partnera (Part 6). Částečně můžeme potvrdit tvrzení McLarenové (in Firthová, Luffová & Oliviere, 2007), že ženy bývají šokovány odlišným způsobem truchlení partnera. V jednom případě (jednalo se o partnera participantky č. 2) nebyl muž schopen okolí ani po třičtvrtě roce sdělit, že jim zemřela dcera. Ostatní ženy tolerovaly způsob truchlení svých partnerů a nijak je to nešokovalo. Z výzkumu dále vyplynulo, že některé participantky zaznamenaly v partnerských vztazích únikové reakce. K těm se uchýlily buď ony samotné, nebo jejich partneři. V případě jedné z žen se jednalo o partnera, který po ztrátě dítěte trávil více času v práci. Většina pozůstalých matek se shoduje, že důležité pro ně bylo zaměstnat mozek, aby dokázaly přežít další den bez dítěte. Únikovým reakcím se věnuje i Kubíčková (2001), která hovoří o velmi časté únikové reakci ve formě alkoholismu. K této patologické formě únikové reakce se však žádná z mých participantek neuchýlila.

V poslední výzkumné otázce nás zajímalo, „**Jak ztráta dítěte ovlivila smysl života pozůstalých rodičů?**“ Zkušenost, kterou ztráta dítě představuje, zcela změnila pohled pozůstalých na život. Výsledky našeho výzkumného šetření potvrzují tvrzení Firthové, Luffové a Oliviera (2007), kteří uvádí, že rodiče mají po smrti dítěte od budoucnosti zcela jiná očekávání. V souladu s tím, co píše Kissane (in Firthová, Luffová & Oliviere, 2007) se účastnice našeho výzkumu se více než na plánování vzdálené budoucnosti více zaměřily na přítomnost. V našem výzkumu vyplynuly také značné změny v hodnotovém žebříčku jednotlivých participantek. Většina z nich se shoduje, že si začaly více vážit svých blízkých a přátel, jedna z žen se začala angažovat v pomáhající profesi. Tyto výsledky se shodují s tvrzením McLarenové (in Firthová et al., 2007), že po ztrátě dítěte rodiče přehodnocují svůj pohled a postoj k životu.

V souladu s Keeseem et al. (2008) jsme také zaznamenali u některých z participantek nalezení smyslu ve ztrátě, který spočíval v realizaci pomoci dalším truchlícím rodičům. Zejména Part 6 se začala tímto tématem více zabývat, což vedlo i k vytvoření brožurky pro zdravotníky, které je sama autorkou. Tato žena se dále angažuje v projektu „Začít znovu“ a přednáší například pro pracovníky úřadu, se kterými se pozůstalí rodiče dostávají do kontaktu. Víra a náboženské přesvědčení může být důležitým aspektem při vyrovnávání se se ztrátou. V případě truchlících rodičů může být jejich víra velmi silně otřesena (Kubíčková, 2001). Mého výzkumu se účastnily především nevěřící účastnice výzkumu. Nevěřící participantky se ve své nevěře po této zkušenosti ještě více utvrdily. Jiná z nich hovoří o jakési „transformaci víry“, díky které začala věřit ve vyšší smysl života a toto těžké období tak lépe zvládala. Participantka č. 7 považuje za velmi silnou myšlenku, že se po své smrti s dítětem potká. Tato zjištění korespondují s tvrzením Wordena (2009), Bukovské (2011) a Špatenkové (2006), jež hovoří o potřebě pozůstalých rodičů hledat vysvětlení a útěchu ve víře, díky které se svým zesnulým dítětem nemusí přetrhávat citové vazby a nakonec se s ním opět setkají. Pozůstalé matky rovněž uváděly, že mají doma po dítěti schované různé vzpomínkové předměty – jednalo se o fotky, bodýčka, plyšáčky atd.

Z výsedných zjištění u VO4 můžeme uvažovat, zda došlo u participantek k posttraumatickému růstu. Calhoun (in Preiss, 2009) v této souvislosti hovoří o pěti oblastech, kde se může posttraumatický růst projevit. První oblastí jsou **vztahy s druhými lidmi**. Participantky se staly vnímavější k potřebám svého okolí a zároveň poznaly, kdo jim je schopen poskytovat největší oporu. Další oblastí dle autora jsou **nové životní možnosti**. To ostatně potvrzuje participantka, která se seberealizovala v pomáhající profesi. **Spirituální změna** se u našich participantek projevila například transformací víry, o které hovoří jedna z žen, případně se začaly více zajímat o posmrtný život. Oblast **ocenění života** je patrna v odpovědích participantek týkajících se přehodnocení životních priorit a zaměření na podstatné věci jako je zdraví, rodina a přátelé. Poslední oblastí je **osobní růst**, kdy se pozůstalí snaží „být lepšími.“

Všechny participantky oceňovaly realizaci tohoto výzkumu. Důraz kladly na možnou osvětu tohoto tématu pro veřejnost, neboť z vlastní zkušenosti ví, jak je pomoc v této situaci důležitá. Pokud již došlo ke kontaktu s odborníky, hodnotí ženy jejich přínos rozporuplně. Dobrou zkušenost mají především ty, kteří již v minulosti k psychologovi docházely. U některých z nich se jednalo o první zkušenost a setkání popisují jako nedostatečné. Domnívám se, že v takovém případě někdy nestačí pouze kvalifikované vzdělání, ale záleží také na osobnosti poradce, jak on sám má v sobě téma smrti zpracováno.

Participantky se opakovaně zmiňují o svépomocné skupině Prázdná náruč, kde získaly podporu a porozumění. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že právě tato forma pomoci byla pro tyto ženy nejefektivnější. V souladu s odbornou literaturou můžeme tedy soudit, že společná zkušenost je klíčová, neboť pozůstalí si tak dokážou pomoci navzájem. Člověk ve svépomocné skupině pomoc přijímá a současně poskytuje. Vzájemné sdílení pocitů s někým, komu také zemřelo dítě, jim dodává vědomí, že nejsou sami, kdo tuto ztrátu prožívá. Ostatní pozůstalí rodiče ve skupině mohou fungovat jako model, že se ztrátou se lze naučit žít dál. Proto je kontakt s podpůrnými skupinami pozůstalými tolik vyhledáván. Podpůrné skupiny realizuje např. sdružení Dlouhá cesta. Další formou je společné sdílení přes sociální sítě (Facebook – Pozůstalí rodiče) či prostřednictvím internetových diskuzí (eMimino.cz).

V době, kdy jsem zpracovávala výzkum, se mi ozvala také žena, jejíž dcera spáchala sebevraždu. Ve svém emailu zmiňovala, jak je těžké být součástí svépomocné skupiny pro pozůstalé rodiče, neboť má pocit, že tam nepatří. Její dcera spáchala sebevraždu a z její zprávy vyplynulo, že pociťovala i jistý odstup rodičů ve skupině. Abych její pocity přiblížila, dovoluji si ji citovat: „*Jsmo zcela odlišná skupina - bohužel - neboť matky zemřelých dětí vinou nehody či nemoci mají odlišné názory - smutné. My jsme ty, co mají truchlit méně, protože se naše děti rozhodly nežít - jejich děti žít chtěly a nemohly.*“ Tento výrok ve mně v podstatě rezonoval od té doby až doposud. U této ženy můžeme zaznamenat jisté prvky stigmatizace, což odpovídá teorii Schiffove (1978). Sama jsem ve své bakalářské práci poukazovala na nedostatečnou péči pro pozůstalé po obětech SUI ve srovnání s péčí v zahraničí pro tuto cílovou skupinu. Skutečnost, že tito lidé jsou často ve společnosti stigmatizováni, ve většině případů vede k tomu, že tito lidé pro sebe pomoc nakonec nevyhledají. Stud, strach a především obavy z nepřijetí může způsobit komunikační bariéru mezi pozůstalým a odborným poradcem. A protože považujeme prožívání ztráty dítěte v důsledku sebevraždy za specifické, domníváme se, že by bylo přínosné zmapovat potřeby těchto rodičů. Výsledná zjištění by uvítali zejména pracovníci pomáhajících profesí, kteří se s pozůstalými v rámci své praxe setkávají. Z výsledků by vyplynula například specifika truchlení pozůstalých sourozenců, rodičů či dětí, kteří utrpěli tuto tragickou ztrátu a zkušenosti rodičů s odbornou péčí, kterou v té době vyhledali.

Ve výzkumu této diplomové práce jsme pracovali pouze s odpověďmi žen. Při interpretaci výsledků je tedy nutné vzít v potaz, že uvedené výsledky odpovídají pouze ženskému uhlu pohledu a vztahují se pouze na respondentky z našeho vzorku. Dovedeme si představit, že přínosné by bylo realizovat tentýž výzkum zaměřený na mužskou populaci. Zajímalo by nás, na kolik by se obě výsledná zjištění lišila. Dále, jak už jsme zmínili, považujeme za specifické prožívání ztráty dítěte v důsledku sebevraždy. Domníváme se, že by

bylo přínosné zmapovat potřeby těchto rodičů. Výsledná zjištění by uvítali zejména pracovníci pomáhajících profesí, kteří se s pozůstalými v rámci své praxe setkávají. Z výzkumu dále vyplynulo, že čas hraje v procesu truchlení skutečně důležitou roli. V souladu s tvrzením Špatenkové (2006) můžeme potvrdit, že časový limit pro ukončení zármutku neexistuje a jedná se většinou o celoživotní proces. Samy participantky sdělovaly, že ztráta dítěte je nikdy nepřestane bolet, avšak čas jejich rány zmírňuje a vzpomínky pro ně začínají být méně traumatizující. Ženy, které se našeho výzkumu účastnily, prošly procesem, o kterém hovoří DiGulio a Kranzová (1997) – prožily svůj žal a naučily se s bolestí žít.

Pro tuto diplomovou práci navrhujeme také další implikaci do praxe. Jelikož výsledky výzkumu jsou pro nás inspirací do naší praxe a diplomová práce je k dispozici na stránce theses.cz, jsou přístupné i odborníkům, kteří si mohou přečíst výsledky výzkumu a naši práci považovat za inspiraci pro jejich vlastní praxi. Diplomová práce byla rovněž naším vlastním přínosem, neboť její sepsání vnímáme jako užitečnou zkušenost, která nás obohatila v profesním rozvoji.

ZÁVĚR

„Když umírají rodiče, ztrácíme svou minulost, když umírá dítě, ztrácíme svou budoucnost.“ (Luby Elliot)

Cílem této diplomové práce bylo prozkoumat psychologické aspekty truchlení rodičů o ztrátě dítěte. V teoretické části jsme věnovali pozornost prožívání pozůstalých rodičů po smrti dítěte a jejich způsobu truchlení. Na základě rešerše literatury a dostupných výzkumů můžeme říci, že truchlení po smrti dítěte vykazuje svá specifika ve srovnání s truchlením po jiném typu úmrtí. Truchlení je proces, který každý člověk prožívá velmi individuálně. Dokladem tohoto tvrzení jsou i výsledky našeho výzkumu. Zvláště obtížné bylo přizpůsobovat se režimu, který vládl před ztrátou potomka a soustředit se na běžné činnosti. Ženy také zpočátku preferovaly samotu před kontaktem okolí, svou bolest byly schopné sdílet pouze s partnerem. Snahu o kontakt ze strany okolí vnímaly některé z nich jako nepříjemný zásah do soukromí. Pozůstalé matky se často potýkaly s pocity viny, selhání a osamocení. Zvláště ztráta role matky byla pro ženy extrémně bolestivá.

Dalším důležitým zjištěním bylo, že sdílení zkušenosti s ostatními rodiči, kterým zemřelo dítě, je výrazný pozitivní faktor, který pomáhá vyrovnat se se ztrátou. Stejně tak je důležitým faktorem sociální opora. Ženy zvláště těžce nesly negativní reakce okolí. Zejména, když doba jejich truchlení byla ostatními považována za příliš dlouhou. Nepochopení jejich žalu ze strany okolí jim tak bránilo ve vyrovnání se se ztrátou. Zajímavým zjištěním bylo, že navzdory této těžké životní zkušenosti participantky nezanevřely na život. Tato tragédie je naopak přiměla přehodnotit stávající hodnoty a vážit si života o to více.

Jedna z žen, které nás kvůli výzkumu kontaktovala, upozornila na absenci podpůrných skupin zaměřujících se na ztrátu dítěte v důsledku sebevraždy. Je pravdou, že pozůstalí po SUI chování se cítí ve společnosti stigmatizováni, což jim mnohdy brání ve vyhledání této pomoci. Tento fakt je potřeba více prozkoumat a nastalou situaci zlepšit – například otevřením svépomocné skupiny orientované na pozůstalé v důsledku sebevraždy.

SOUHRN

Předkládaná diplomová práce reaguje svým tématem na téma, o kterém se v naší společnosti příliš nemluví – úmrtí dítěte. Mapovala jsem aspekty, které pomáhají rodičům v adaptaci na ztrátu a jak ztráta ovlivnila jejich život v osobní i profesní rovině. Smrt děsí, a proto je v dnešní společnosti stále dosti tabuizována. Pokud hovoříme o smrti dětí, stává se téma ještě citlivějším. O to náročnější bývá pro rodiče se s úmrtím potomka vyrovnat. Vedle dopadů této traumatizující události čelí pozůstalí vyhýbání ze strany okolí nebo jiným nežádoucím reakcím. Zároveň se sami snaží brát ohledy na druhé, aby je svým vyprávěním nezraňovali.

Teoretická část je rozdělena do čtyř hlavních kapitol. První kapitola je věnována ztrátě dítěte, která vychází z teorií uvedených v české a zahraniční literatuře, jež se k tomuto tématu vztahují. V souvislosti s typem úmrtí je zde charakterizována ztráta anticipovaná (očekávaná) a neanticipovaná (náhlá, nečekaná). Druhá kapitola se věnuje teoretickým východiskům v oblasti truchlení pozůstalých rodičů. Jsou zde zmíněny modely truchlení pozůstalých rodičů podle Deborah Davisové (2012), či Moodyho a Arcangelové (2005). V kapitole jsou rovněž popsány fáze vyrovnávání se se smrtí dítěte podle Dohnalové a Musila (2008). Pozornost je věnována obranným mechanismům copingovým strategiím, které rodičům usnadňují proces truchlení. V případě úmrtí dítěte se jedná o ztrátu, která je pro rodiče tou nejhorší ztrátou v životě. Více než u jiných typu truchlení se zde lze setkat s komplikovaným zármutkem. Jak již bylo řečeno, ztráta dítěte ovlivní celý rodinný systém. Pozornost je proto zaměřena i na možné změny ve vztazích, které tato bolestná zkušenost vyvolala. Třetí kapitola popisuje životní situaci rodiny po ztrátě dítěte. Tato část se věnuje pohřbu dítěte, smyslu života pozůstalých rodičů, změnám v hodnotovém žebříčku a jiným důležitým aspektům v této oblasti. Přestože úmrtí dítěte je pro většinu rodičů považováno za nejtraumatičtější zkušenost v životě, nemusí mít smrt dítěte pouze negativní dopad. V tomto ohledu lze hovořit o posttraumatickém rozvoji osobnosti, kterému je zde rovněž věnována pozornost. Poslední kapitola se vztahuje k možnostem pomoci pro pozůstalé rodiče. Kromě odborné péče (psychoterapie, poradenství, krizová intervence, medikace) je zde zmíněna také pomoc prostřednictvím účasti ve svépomocné skupině, kterou pozůstalé matky v mém výzkumu hodnotily jako velice efektivní při zvládnání jejich zármutku.

Pro zpracování výzkumné části byl zvolen kvalitativní výzkum, přičemž nástrojem sběru dat byl dotazník, který byl vytvořen pro účely této práce. Tento způsob byl zvolen vzhledem ke skutečnosti, že účastníci preferovali emailovou korespondenci před osobním setkáním.

Jednotlivé odpovědi jsou následně analyzovány prostřednictvím otevřeného a tematického kódování, přičemž vymezené kódy korespondují s teoretickou částí práce. Výzkumu se účastnilo sedm žen, kterým zemřelo dítě během těhotenství, při porodu nebo několik dní poté. Nejstarší dítě se dožilo pěti měsíců. Vzhledem k celkovému počtu participantů nabízí výzkumný soubor pouze omezený pohled na danou problematiku a výsledky tohoto kvalitativního výzkumu tedy nelze generalizovat.

Z výzkumu vyplynulo, že reakce a zármutek rodičů jsou velice individuální. Pro porozumění prožívání jejich zármutku, je potřeba jej sledovat z celoživotní perspektivy a ne z určitého časového pohledu. Zde neexistuje žádný limit, žádné časové rozvržení. Velkou roli hraje rovněž rodinné zázemí a partnerský vztah rodičů již před úmrtím dítěte. Zhoršená úroveň komunikace a s tím související vztahové problémy mohou mít za důsledek závažné problémy, zatímco otevřená komunikace mezi partnery vede k vzájemnému pochopení, kdy se jeden druhému stává zdrojem maximální podpory. Pokud však pomoc blízkých selhává, je na místě využít pomoci zvenčí. Potřebnou podporu mohou kromě odborníků na dané téma poskytnout právě svépomocné skupiny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Albuquerque, S., Pereira, M., & Narciso, i. (2015). Couple's relationship after the death of a child: a systematic review. *Journal of Child.* 25(1), 30-53. doi: 10.1007/s10826-015-0219-2
2. Barrera, M. (2007). Patterns of parental bereavement following the loss of a child and related factors. *Omega.* 55(2), 145-167.
3. Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál.
4. Baštecká, B., & kol. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing.
5. Bennet, K.M., Hughes, G.M., & Smith, P. (2005). Psychological response to later life widowhood: Coping and the effects of gender. *Omega: Journal of Death and Dying.* 51(1), 33-52.
6. Bogensperger, J., & Lueger-Schuster, B. (2014). Losing a child: finding meaning in bereavement. *Euroepan of Psychotraumatology.* 5, 22910-22919.
7. Borůvková, K. (2012). *Psychosociální intervence u žen s perinatální ztrátou*. (nepublikovaná diplomovaná práce). Univerzita Palackého.
8. Brown, E., Warr, B. (2007). *Supporting the Child and the Family in Pediatric Palliative Care*. London: Jessica Kingsley Publisher.
9. Boková, L. (2011). *Rodiče, děti a jejich problémy*. Praha: Sdružení linka bezpečí.
10. Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galen.
11. Colorosová, B. (2008). *Krizové situace v rodině: Jak pomoci dětem překonat smrt blízkého člověka, nemoc, rozvod a trauma adopce*. 1. vyd. Praha: Ikar.
12. Couldricková, A., Parkes, C.M., & Relfová, M. (2007). *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
13. Culley, S., & Bond, T. (2008). *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii: dovednosti a strategie pro zvyšování kompetence v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portal.
14. Čech, E. (1999). *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
15. Čepický, P. (1999). *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret.
16. Davis, D. (1996). *Empty cradle, broken heart. Surviving the death of your baby*. Colorado: Fulcrum Publisher.

17. DeYoung, R., & Buzzi, B. (2003). Ultimate coping strategies: The differences among parents of murdered or abducted, long-term missing children. *Omega: Journal of Death and Dying*, 51(1), 343-359.
18. DiGulio, R., & Kranzová, R. (1997). *O smrti*. Praha: Typo.
19. Dohnalová, Z. (2010). Životní situace rodičů po anticipované ztrátě dítěte. *Paideia: Philosophical E-Journal of Charles University*, 2(7), 19.
20. Dohnalová, Z., & Musil, L. (2008). Přínos sdružení Dlouhá cesta pro matky a rodiny vyrovnávající se ztrátou dítěte. *Sociální práce/Sociálna práca*, 8(2), 106-120.
21. Dohnalová, Z., & Pavlíková, E. (2011). Psychosociální podpora předčasně porodivších žen po úmrtí novorozence. *Florence – časopis moderního ošetrovatelství*, 7(1), 21-27.
22. Drtilková, I. (2001). *Dětská a dorostová psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén.
23. Espinosa, J., & Evans, W.N. (2013). Maternal bereavement: The heightened mortality of mothers after the death of a child. *Economy and Human Biology*, 11, 371-381.
24. Firthová P., Luffová G., & Oliviere, D. (2007). *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, o.s.
25. Frankel, B., & Kranz, B. (1998). *O sebevraždách*. Praha: Lidové noviny.
26. Goldman, A., Hain, R., & Liben, S. (2006). *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. New York: Oxford University Press Inc.
27. Gjuřičová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.
28. Handsley, S. (2001). But what about us? The residual effects of sudden death on self-identity and family relationships. *Mortality*, 6(1), 9-29.
29. Haruštiaková, L., & Hraská, M. (2014). Občanské sdružení „Dlouhá cesta“ – možnosti podpory rodičů po ztrátě dítěte. *Neonatologické listy*, 20(2), 34.
30. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
31. Hendrickson, K. (2009). Morbidity, mortality and parental grief: a review of the literature on the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents. *Palliative and Supportive Care*, 7, 109-119.
32. Chvála, V., & Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
33. Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládání stresu*. 1. vyd. Praha: Testcentrum.
34. Kamm, S., & Vandenberg, B. (2001). Grief communication, grief reactions and marital satisfaction in bereaved parents. *Death Studies*, 25, 569-582.

35. Kárová, Š., Blatný, M., & Bendová M. (2009). Psychosociální potřeby zdravých sourozenců onkologicky nemocných dětí aneb „zapomenutí děti“. *Československá psychologie*, 53(2), 149-157.
36. Kárová, Š., Blatný, M., Jelínek, M., & Tóthová, K. (2009). Sourozenci onkologicky nemocných dětí: Subjektivně vnímané změny v životě a kvalita jejich života 6 měsíců po stanovení diagnózy nemocnému sourozenci. *Československá psychologie*, 57(3), 218-229.
37. Kastová, V. (2015). *Truchlení – fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál.
38. Keesee, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1145-1163.
39. Kocourková, J., & Koutek, J. (2007). *Sebevražedné chování*. Praha: Portál.
40. Kohnerová, N., & Henleyová, A. (2013). *Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence*. Praha: Triton.
41. Krtíčková, K. (1. října, 2013). O dětech, smrti a truchlení. Získáno 10. září 2019 z Šance dětem: <https://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/o-detech-smrti-a-truchleni-95.html>
42. Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV nakladatelství.
43. Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
44. Kübler – Rossová, E. (1994). *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Vyd. 1. Turnov: Arica.
45. Kübler – Rossová, E. (2003). *O dětech a smrti*. Praha: Ermat.
46. Kübler – Rossová, E. (2015). *O smrti a umírání*. Praha: Portál.
47. Lang, A., Gottlieb, L., & Amsel, R. (1996). Predictors of husbands' and wives' grief reactions following infant death: the role of marital intimacy. *Death studies*. 20, 33-57.
48. Látalová, K., Kamrádová, D., & Praško, J. (2013). Komplikované truchlení a jeho léčba. *Psychiatrie*. 14(4), 181-188.
49. Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
50. Linn-Gust, M. (1. července 2008). When a siblings dies by suicide. Získáno 10. září 2019 z *Open to hope: Finding hope after loss*: <http://www.opentohope.com/when-a->

sibling-dies-by-suicide/

51. Li, J. , Precht, D.H, Mortensen, P.B., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a national follow-up study. *The Lancet*. 361, 363-367.
52. Lucká, Y. (2002). Mrtvě narozené děti, in: Přivádíme děti na svět: *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu*, (75-76). Získáno 5. září 2019 z tamaramelissa database: http://www.tamaramelissa.cz/upload/tiny/2019/APERIO_sbornik_Privadime_deti_na_svet%202001.pdf
53. Mareš, J. (2009). Posttraumatický rozvoj člověka. *Československá psychologie*. 53 (3), 271-290.
54. Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing.
55. Mareš, J. (2013). Diagnostika a intervence u zdravých dětí, jejichž sourozenec je vážně nemocný. *Československá pediatrie*. 64(4), 266-277.
56. McCarthy, M. et al. (2010). Prevalence and predictors of parental grief and depression after the death of child from cancer. *Journal of palliative medicine*. 13(11), 1321-1326.
57. McKissock, D.; & McKissock, M. (1998). *Bereavement counselling*. Terrigal: BookBound Publishing.
58. Meert, K.L. et al. (2011). Follow-up study of complicated grief among parents eighteen months after a child's death in the pediatric intensive care unit. *Journal of palliative medicine*. 14(2). 207-214.
59. Melvin, D., & Lukeman, D. (2000). Bereavement: A framework for those working with children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 5(4), 521-539.
60. Miovský, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
61. Moody, R., & Arcangel, D. (2005). *Život po ztrátě*. Praha: Knižní klub.
62. Navrátil, J. (2012). *Životní situace pozůstalých otců po smrti dítěte*. (nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita.
63. Navrátilová, A. (2004). *Narození a smrt v české lidové kultuře*. Praha: Vyšehrad.
64. Nguyen, P.K.H. (6. července 2016). *Psychotherapy for Bereavement*. Získáno 17. září 2009 z psychotherapymatters website: <https://psychotherapymatters.com/blog/psychotherapy-for-bereavement/>
65. Parkes, C., & Prigerson, H. (2010). *Bereavement: studies of grief in adult life*. 4th ed. London: Penguin Books.

66. Pazdera, L. (2017). *Když zemře miminko – informace*. Získáno 17. září 2019 z <https://perinatalnihospic.cz/pro-zdravotniky/informacni-brozura-pro-rodice/>
67. Pešek, M. (2014). Truchlení po tom, kdo odešel sám. *Psychologie dnes*, 11, 53-55.
68. Pešová, I., & Šamalík, M. (2006). *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada.
69. Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Karolinum.
70. Preiss, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*. 10, 12–18.
71. Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area.
72. Ratislavová, K. (2015). *Psychosociální péče o ženy po perinatální ztrátě*. Praha: Dlouhá cesta.
73. Ratislavová, K. (2016). *Perinatální paliativní péče*. Praha: Grada Publishing.
74. Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing.
75. Schwab, R. (1998). A child's death and divorce: dispelling the myth. *Death Studies*. 22, 445-468.
76. Říčan, P. (2006). *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál.
77. Shear, K. (2015). Complicated Grief. *The New England Journal of Medicine*. 372, 153-160.
78. Schiff, H. (1978). *The bereaved parent*. New York: Penguin Books.
79. Slezáčková, A., Loučka, M., & Bartošová, K. (2012). Posttraumatický stres a posttraumatický rozvoj v dětské onkologii. *Československa psychologie*. 56(2), 132-147.
80. Strauss, A.L, & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
81. Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual proces model of coping with bereavement: rationale and description. *Death studies*. 23, 197-224.
82. Špaňhelová, I. (2002). *Rodina po ztrátě dítěte*. 2. vyd. Praha: Dlouhá cesta.
83. Špaňhelová, I. (2015). *Prázdná kolébka*. Praha: Portál.
84. Špatenková, N. (2006). *Jak řeší krizi moderní žena*. Praha: Grada Publishing.
85. Špatenková, N. (2011). *Krize a krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing.
86. Špatenková, N. (2013). *Poradenství pro pozůstalé*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing.
87. Špatenková, N. (2014). *O posledních věcech člověka*. Praha: Grada Publishing.

88. Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada Publishing.
89. Štefan, J., & Hladík, J. (2012). *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
90. Tedeschi, R., Calhoun, G., & Lawrence, G. (2004). *Helping bereaved parent. A clinician's guide*. New York: Brunner-Routledge.
91. Toller, P.W., & Braithwaite, D.O. (2009). Grieving together and apart: Bereaved parent's contradictions of marital interaction. *Journal of Applied Communication Research*. 37(3), 257-277.
92. Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
93. Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum.
94. Vodáčková, D. (2012). *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál.
95. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
96. Wheeler, I. (2001). Parental bereavement: the crisis of meaning. *Death Studies*. 25, 51-66.
97. Wijngaards-de Meij, L. et al. (2008). Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology*. 47(1), 31-42.
98. Worden, J.W. (2009). *Grief counselling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. 4th ed. New York: Springer pub.
99. Youngblut, J. (2013). Parent Health and Functioning 13 Months After Infant or Child NICU/PICU Death. *Pediatrics*. 132(5), 1295-1301.

PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE

Příloha č. 1... Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Psychologické aspekty truchlení rodičů při ztrátě dítěte

Autor práce: Bc. et Bc. Tereza Závadská

Vedoucí práce: Mgr. Klára Machů, Ph.D.

Počet stran a znaků: 95; 200 889 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 99

Abstrakt:

Cílem této diplomové práce je zjistit, jak probíhá proces truchlení u rodičů, kterým zemřelo dítě a jakým způsobem se pozůstalí rodiče adaptovali na život bez dítěte. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část práce je zaměřena na přiblížení fenoménu smrti, jaké jsou dopady smrti dítěte na rodiče i rodinu jako celek a zmapování dostupné pomoci pro pozůstalé v této oblasti. Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky kvalitativního výzkumu, kde jsem vytvořila dotazník pro rodiče zesnulých dětí. Závěrečná diskuze obsahuje vyhodnocení výsledků a zadaných výzkumných otázek.

Klíčová slova: smrt dítěte, pozůstalá rodina, truchlení, zármutek

ABSTRACT OF THESIS

Title: The psychological aspects of a parental grief after loss of the child

Author: Bc. et Bc. Tereza Závadská

Supervisor: Mgr. Klára Machů, Ph.D.

Number of pages and characters: 95; 200 899 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 99

Abstract:

The aim of this thesis is to map the process of mourning the surviving parents after the death of the child and how the surviving parents adapted to life without a child. The thesis is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part focuses on the phenomenon of death, what are the effects of the death of a child on parents and family as a whole and mapping the available help for the survivors in this area. The research part presents the results of qualitative research, where I set the questionnaire for parents of deceased children. The final discussion includes evaluation of results and assigned research questions.

Keywords: death of child, bereaved family, mourning, grief

VÝZKUM – DIPLOMOVÁ PRÁCE
**PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY TRUCHLENÍ RODIČŮ PO
ZTRÁTĚ DÍTĚTE**

Jmenuji se Tereza Závadská a pracuji jako krizový intervent a poradce pro pozůstalé na Naději – středisku krizové pomoci Charity Opava. Mám vystudován Bc. titul ve studiu dvouoborové psychologie a jednooborové psychologie, aktuálně jsem studentem navazujícího magisterského studia jednooborové psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Dovolte mi ještě jednou poděkovat za ochotu sdílet se mnou Vaše příběhy. Vážím si Vaší otevřenosti podělit se o nejtěžší chvíle Vašeho života. Tím, že mi umožníte nahlédnout do Vašeho prožívání, jsem schopna vytvořit práci, jež může být nápomocná pro rodiny, které se o pomoc zatím zdráhají říct. Právě Vaše důvěra je klíčová pro zpracování této práce.

Své odpovědi, prosím, zaznamenávejte za příslušnými otázkami přímo do tohoto dokumentu. Výsledky budou použity pouze pro účely diplomové práce. Vyplněný dokument pošlete do **31.1.2020** na emailovou adresu zavadskatereza@seznam.cz. V případě jakýchkoliv dotazů mě neváhejte kontaktovat.

Mockrát všem děkuji!

Srdečně

Bc.et Bc. Tereza Závadská

email: zavadskatereza@seznam.cz

Anamnéza:

- Věk maminky 26 let
- V jakém věku dítě zemřelo? 5měsíců a 14 dní
- Jaká byla příčina úmrtí? Selhání srdce po dlouhodobé dechové terapii

JAKÝ DOPAD MĚLA ZTRÁTA DÍTĚTE NA PROŽÍVÁNÍ RODIČŮ?

- **Jak jste prožívala první dny a týdny po smrti dítěte?**

V den, kdy nám doktor zavolal, že naše holčička zemřela jsme se s ní jeli rozloučit do nemocnice. Už tam jsem cítila úlevu. Byla těžce nemocná a lékaři ji nedávali moc šancí do budoucna. Tím, že měla silně poškozené plíce (pouhých 5% a 7%) čekala jí dlouhá doba na ventilátoru. 4 dny před její smrtí nám oznámili na návštěvě, že její stav se zhoršuje, jedna srdeční komora je oteklá a krev jí cirkuluje pouze přes jednu komoru. Umírala, lékaři nám nabídli 2 možnosti jaké ji dávat léky. Buď na lehké ztišení bolestí s tím že bude reagovat a vnímat okolí a nebo Morfium, který ji plně osvobodí od všech bolestí, ale nebude při smyslech. Bude neustále spát. Vybrali jsme druhou variantu. Umírala 4 dny. Každý den, jsme s manželem čekali na telefon, když už její utrpení skončí. Proto, i když to zní asi hrozně, jsem cítila úlevu, když zemřela. Další dny jsme řešili převoz ostatků a pohřeb, sháněla jsem bílou urnu, ptž náš pohřební ústav ji nebyl schopen sehnat,

- **Chtěla jste v tu dobu trávit čas více s rodinou nebo jste raději byla sama?**

Byla jsem sama a byla jsem za to ráda. Manžel se s naší ztrátou vyrovnával po svém. Byl neustále v práci. Do práce jezdil v 5 ráno a vracel se z ní kolem 22 hodiny.

- **Vzpomenete si na pocity, které ve vás ztráta dítěte vyvolala? Potýkala jste se v tomto období s pocity viny?**

Pocity viny jsem neměla, za předčasný porod jsem nemohla. Trpěla jsem Preeklampsií na kterou se tehdy nepřišlo a měla jsem velké štěstí, že jsem přežila sama. V akutním stavu téměř v bezvědomí a plno zdravotními problémy, které se k této nemoci pojí mě převáželi do nemocnice a slyšela jsem v sanitce jak se baví doktor se sestrou o tom, že budou rádi, když zachrání mě. S tím, že to náš andílek přežije se moc nepočítalo. Po celou dobu jsem s ní byla v nemocnici. Po 14. Dnech mě propustili z gynekologie a nastoupila jsem na Neonatologii na pokoj pro maminky a tam jsem trávila 5 měsíců. Chodila jsem na povolené návštěvy 3x denně, odstříkávala mléko a byla jsem téměř u všech vyšetřeních. Byla jsem pravidelně informovaná o jejím zdravotním stavu. Takže jsem sama viděla i bezmoc lékařů, kteří už nevěděli co dělat. Její ztráta byla těžká. Hodně jsem plakala, bylo to jako by umřel kousek mě. Ale udělala jsem všechno co jsem mohla. Maximum, víc nešlo. Proto jsem se vina nikdy necítila. Pocity viny ve mně vyvolávali příbuzní, kteří celou situaci za běhu nedokázali pochopit. A manželova maminka mě vinní z její smrti do dnes.

- **Dokázala jste o ztrátě dítěte s někým hovořit?**

Hovořila jsem o její ztrátě se dvěma kamarádkami. Obě mají děti, bylo to pro ně strašně těžké to poslouchat a mluvila jsem vlastně o tom samém. Takže jsem přišla na to, že je účinnější to psát. Popsala jsem několik silných bloků. Vypsala jsem se z toho a pak už jsem neměla nutkání o tom mluvit, danou situaci jsem přijala. Ale dobrý půl rok jsem o tom nemohla mluvit aniž bych se rozbrečela.

- **Dávala jsi v období truchlení průchod svým emocím? Jakým způsobem jste za syna/dceru truchlila?**

Bydlíme na vsi, chodila jsem se psy na dlouhé procházky do lesů a na louky, tam jsem běhala, křičela, nadávala, brečela. Chodila jsem 2x denně na hřbitov zapalovat svíčky.

JAKÉ POMOCI SE DOSTALO POZŮSTALÝM A KTEROU POVAŽUJI ZA NEJEFEKTIVNĚJŠÍ?

- **Pomáhali Vám členové rodiny zvládat období po ztrátě dítěte? Kdo z nich Vám dokázal nejvíce pomoci? A je naopak něco, co Vám z jejich strany chybělo?**

Členové rodiny mi nepomáhali. Ti se ptali a chodili s neuvěřitelnými teoriemi. Nebyla to pomoc ale přítěž. V té době jsem se s nikým nestýkala. Když to nejhorší u mě pominulo, dokázala jsem se bavit s manželem. Ale ten o tom mluvit nechtěl. Chtěl žít dál. Jako by se nic nestalo. Po třičtvrtě roce jsme byli na firemní akci a tam na nás koukali divně jeho nejbližší kolegové. On jim nedokázal říct, že už nejsem v nemocnici a že naše holčička zemřela. Prostě o tom přestal mluvit.

- **Jak a s čí pomocí se vám dařilo zvládat truchlení?**

Zvládla jsem to sama.

- **Navštívili jste v tak náročném období nějakého odborníka?**

Navštívila jsem Psycholožku kvůli manželovi, který dělal, že se nic nestalo. Potřebovala jsem poradit jak s ním jednat, komunikovat, jak mu pomoci.

- **Co vám nejvíce pomáhalo a stále pomáhá vše zvládat?**

Přijetí toho, že se to prostě stalo a nic s tím nenadělám. Mělo to tak být.

- **Víte vy sami o nějaké pomoci pozůstalým rodičům? Pomoc psychologa.**

JAK SE ZMĚNILY VZTAHY V RODINĚ/SE SOCIÁLNÍM OKOLÍM PO SMRTI DÍTĚTE?

- **Dokážete si vzpomenout, jak se k vám přátelé a známí chovali po smrti dítěte a jak to na vás působilo?**

Známí a rodina nás v tu dobu nekontaktovala. Počkali, až jsme je kontaktovali sami.

- **Změnily se nějak vztahy ve Vaší rodině po smrti dítěte? Jaký měla smrt vašeho dítěte dopad na váš partnerský život?**

Vztahy se u nás výrazně změnilly. Měli jsme dlouhodobé rozepře s manžellovým bratrem a jeho ženou. Nekomunikovali jsme spolu dlouho. Když jsme byli schopni je kontaktovat a vidět se s nimi, tak to bylo jako by se mezi námi nikdy nic nestalo. Vše jako by bylo zapomenuto.

- **Jak jste zvládali se zpátky začlenit do společnosti? Co bylo pro vás nejtěžší?**

To byla dlouhá cesta. Půl roku jsem nikam nechodila. Dala jsem výpověď v práci, ze které jsem nastupovala na mateřskou. Děsila mne představa, že budu muset říkat, co se stalo, když jsem s tím nebyla smířená. Vyhýbala jsem se lidem ze vsi. Když jsem šla jednou po 3 měsících do obchodu u nás ve vsi, tak mi přišlo, že se na mě koukají babky ze vsi divně. Děsila mne představa, že budu muset říkat, co se stalo, když jsem s tím nebyla smířená. Vyhýbala jsem se lidem ze vsi. Když jsem šla jednou po 3 měsících do obchodu u nás ve vsi, tak mi přišlo, že se na mě koukají babky ze vsi divně a prodavačka, která je ze vsi (jedna z největších vesnických drben) se rozbřečela. Odešla jsem z obchodu a nechtěla jsem potkávat nikoho. Nejtěžší byla reakce okolí. Vyhovovalo mi město, kde mě nikdo neznal. Takže i když jsem byla zelená, bledá s věčně ubrečenýma očima, to bylo vlastně každému jedno. Ptž nikdo nevěděl, co nás potkalo. A nikdo se o to nezajímal.

- **Jak proběhl Váš návrat zpět do zaměstnání?**

Zpět jsem se nevrátila, dala jsem výpověď. Už nikdy jsem se nesetkala ani nijak nekomunikovala s bývalými kolegy.

JAK ZTRÁTA DÍTĚTE OVLIVNILA SMYSL ŽIVOTA POZŮSTALÝCH RODIČŮ?

- **Jste věřící/něvěřící? Pokud ano, sehrála víra důležitou roli s vyrovnáváním se se ztrátou?**

nevěřící

- **Jak se díváte na život po smrti dítěte?**

Náš život je jednodušší. Za hodně pozitivních prognóz by nás čekal život s dítětem upoutaným na kyslíkové bombě. Další děti bychom nejspíš neměli. Teď sice máme jednoho andělíčka, ale dva zdravé kluky doma.

- **Co považujete za pro Vás nejvýznamnější památku na dítě?**

Vzpomínku na něj

- **Dokázala byste mi porovnat vaše emoce krátce po ztrátě dítěte a nyní? Jaké to bylo předtím a jaké je to teď?**

Po smrti dítěte: bolest, hluché dlouhé období kde se nic neudálo a byl to promarněný kus života, kdy jsem se pouze snažila vyrovnat se ztrátou dítěte. Teď je mi to strašně všechno líto, mrzí mě její smrt, ale cítím zároveň tu úlevu. Nevím, zda bych byla schopná se starat o nemocné dítě a jestli by to vydržel náš partnerský život. Ale na druhou stranu musím napsat, že jsme si s manželem o mnoho blíže než před její smrtí. Shodneme se na tom oba. Máme k sobě blíže.

Doplňkové otázky:

- **Co byste řekli/ poradili/ doporučili rodičům, kteří procházejí stejně jako vy, ztrátou dítěte?**

NEKOUKEJTE NA OKOLÍ. CO SI KDO MYSLÍ, JAK SE KDO TVÁŘÍ. Dělejte to, co zrovna chcete a alespoň na chvíli vás to vytrhne z truchlení a „zlepší“ vám to náladu i když je to třeba do jisté míry divné. (Já měla hroznou chuť chodit v bílé barvě. Ač jsem nikdy bílou nenosila, po smrti našeho andílka jsem nosila bílé triko, bílou sukni, bílý svetr, měla jsem chuť chodit v bílé. Můj manžel chodil do kina na filmy.

- **Je ještě něco, co považujete za vhodné zmínit?**

Je důležité žít dál a neustrnout a netrápit se tím, co už nezměníte. Moje matka se celý život trápí tím, že její první syn zemřel v Epileptickém záchvatu. Nedokázala se přes to přenést a přijmout to. Celý život se tím trápí. A to byl pro mě odstrašující případ a i proto jsem to možná zvládla.

Příloha č. 3 ... Ukázka vzpomínkových balíčků pro rodiče (zdroj: perinatalnihospic.cz)



DLOUHÁ CESTA

Pomoc pro všechny, kteří přežili své děti

Projekty a akce



Nejste sami - Laické poradenství

Cíl projektu je vybudování proškolené sítě dobrovolných poradců - průvodců z řad rodičů a dalších příbuzných, kteří prožili smrt svého dítěte v jakémkoliv věku a z jakékoliv příčiny, naučili se znovu žít a chtějí dále pomáhat ostatním.

Svépomocná setkání

Cílem svépomocných setkání je setkávání s lidmi, kteří se vyrovnávají se stejnou bolestnou zkušeností.



Rekondiční víkendy

Cíl rekondičních víkendů je dlouhodobě zlepšovat psychickou a fyzickou kondici maminek a dalších členů rodin.



Barevný anděl

Cílem projektu je podpora sourozenců zemřelých dětí - zahájení nové životní etapy bez sourozence a podpora vzájemné komunikace v rodině.



Prázdná kolébka

Cílem projektu je podpora a pomoc rodičům dětí, které zemřely ještě před narozením, nebo krátce po narození.



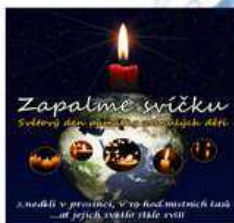
Vzpomínkové akce

Cílem projektu je zachování asdílání vzpomínek na naše děti, které měly spousty různorodých koníčků a mnohé z nich byly velice nadané.



Zapalme svíčku

Každý rok ve stejnou dobu se na památku zesnulých dětí zapalují svíčky po celém světě a tvoří tak virtuální vínu světla kolem zeměkoule.



Besedy s laickou a odbornou veřejností

Cílem projektu je na základě vlastních příběhů zlepšit komunikaci po ztrátě dítěte.



Dlouhá cesta, o.s. www.dlouhacesta.cz

dlouhacesta@dlouhacesta.cz tel.: +420 602 186 732