



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Kvalita života seniora po úmrtí životního partnera**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:  
**REHABILITACE**

**Autor:** Hana Janečková

**Vedoucí práce:** Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci s názvem „**Kvalita života seniora po úmrtí životního partnera**“ vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2018

.....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení mé práce a cenné rady a připomínky při jejím zpracování. Rovněž chci poděkovat svým blízkým, kteří mě po celou dobu studia podporovali a dodávali mi odvahu. Dále bych ráda poděkovala všem komunikačním partnerům, kteří se mnou byli ochotni spolupracovat.

# **Kvalita života seniora po úmrtí životního partnera**

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života po úmrtí životního partnera. Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá pojmy, které souvisejí s tématem bakalářské práce. První kapitola popisuje stáří jako životní etapu, změny, které jsou se stářím spojeny a potřeby, které se ve stáří objevují. Druhá kapitola je zaměřena na kvalitu života, její hodnocení a dimenze. Třetí kapitola je zaměřena na úmrtí životního partnera a aspekty ztráty. Ve čtvrté kapitole je popisován proces truchlení a determinanty truchlení. Poslední pátá kapitola je zaměřena na podporu a pomoc pozůstalým a jsou zde popsány neformální a formalizované způsoby pomoci.

Cílem práce bylo zjistit, s jakými problémy se senioři po ztrátě životního partnera potýkají a jakými způsoby je možno jim pomoci. Cíl práce spočívá v zodpovězení stanovených výzkumných otázek. První výzkumná otázka je zaměřena na to, zda existuje genderový rozdíl mezi oblastmi života, které smrt partnera ovlivní. Druhá výzkumná otázka zkoumá, zda se senior dokáže vyrovnat se ztrátou životního partnera, dostane-li se mu vhodných a individuálně cílených způsobů pomoci.

V empirické části bakalářské práce je využita metoda kvalitativního výzkumu formou narativního rozhovoru. Výzkumný soubor je tvořen 6 komunikačními partnery, jejichž životní partner zemřel. Výsledky jsou analyzovány pomocí otevřeného kódování.

Z výzkumů vyplývá, že oblasti života, do kterých smrt partnera zasáhne, se u mužů a žen příliš neliší. Jak muži, tak i ženy se po úmrtí životního partnera potýkají především se zhoršením zdravotního stavu. Častým problémem je rovněž omezený kontakt se sociálním okolím. Co se týče způsobů pomoci, které seniorům v této těžké životní sociální situaci pomáhají, jedná se především o neformální pomoc ze strany rodiny a formalizovanou pomoc v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu, tedy pomoc lékařskou.

## **Klíčová slova**

stáří; kvalita života; úmrtí životního partnera; truchlení; pomoc a podpora

# **Quality of the life of elderly after the death of their life partner**

## **Abstract**

A Bachelor thesis addresses the quality of the life of the retiree after the death of their life partner. The thesis is divided into 2 parts – a theoretical part and an empirical part.

The theoretical part deals with terms which are related to the topic of the bachelor thesis. The first chapter describes an old age as a stage of life, changes which are connected with the old age and special needs of the old people. The second chapter is focused on the quality of the life, its evaluation and dimensions. The third chapter is focused on the death of the life partner and aspects of the loss. A process of a grieve and determinants of a grieve are described in the fourth chapter. The last chapter is focused on a support and help for survivors and it also describes informal and formal methods of help.

The goal of the project was to find out the problems of the retiree after the death of their life partner and how to help them. The goal of the thesis is to answer given research questions. The first research question is focused on an existence of a gender difference between areas of the life which are affected by the loss of the life partner. The second research question explores if the retiree can come to terms with the loss if given proper and individual support.

In the empirical part of the bachelor thesis is used a method of qualitative research in the form of a narrative conversation. The research complex is made up of 6 communication partners whose life partner died. The results are analyzed with the help of an open coding.

The research shows that there is no significant difference in the spheres of life affected by the loss of the life partner between men and women. First of all, both, men and women struggle with worsening health conditions. Common problem is also a limited contact with their social environment. As for the methods of support that help the retiree to come to terms, it is informal help from their family and also formal help related to their worsening health - medical help.

## **Key words:**

old age; quality of the life; death of the life partner; grieve; help and support

## Obsah

Úvod.....	9
1. SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1. Stáří jako životní etapa a jeho definice.....	10
1.1.1. Změny ve stáří.....	11
1.1.1.1. Fyzická oblast.....	12
1.1.1.2. Psychická oblast.....	12
1.1.1.3. Sociální oblast.....	13
1.1.2. Potřeby ve stáří.....	13
1.2. Kvalita života.....	14
1.2.1. Vymezení kvality života.....	14
1.2.2. Hodnocení kvality života.....	14
1.2.3. Dimenze kvality života.....	15
1.2.3.1. Objektivní dimenze kvality života.....	15
1.2.3.2. Subjektivní dimenze kvality života.....	15
1.2.4. Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto	16
1.3. Úmrtí životního partnera.....	17
1.3.1. Ovdovění a ztráta partnera.....	17
1.3.2. Aspekty ztráty.....	18
1.3.2.1. Materiální ztráta.....	18
1.3.2.2. Intrapsychická ztráta.....	19
1.3.2.3. Funkcionální ztráta.....	19
1.3.2.4. Systémová ztráta.....	19
1.3.2.5. Rolová ztráta.....	20
1.3.2.6. Vztahová ztráta.....	20
1.4. Truchlení.....	20

1.4.1.	Proces truchlení a jeho fáze .....	21
1.4.2.	Determinanty truchlení vztahující se k zemřelému .....	22
1.4.2.1.	Okolnosti úmrtí.....	22
1.4.2.2.	Příbuzenský poměr .....	22
1.4.2.3.	Faktory vztahu .....	23
1.4.2.4.	Věk zemřelého .....	23
1.4.3.	Determinanty truchlení vztahující se k pozůstalému.....	23
1.4.3.1.	Věk pozůstalého .....	23
1.4.3.2.	Rodinné faktory .....	24
1.4.3.3.	Sociální podpora .....	24
1.4.3.4.	Náboženské přesvědčení.....	24
1.4.3.5.	Osobnostní faktory .....	24
1.4.3.6.	Předcházející zkušenosti se smrtí a truchlením .....	24
1.4.3.7.	Sociokulturní faktory .....	25
1.4.3.8.	Sekundární stresy.....	25
1.5.	Sociální pomoc a podpora při ztrátě životního partnera .....	25
1.5.1.	Neformální pomoc pozůstalým .....	25
1.5.2.	Formalizovaná pomoc pozůstalým.....	26
1.5.2.1.	Profesionální pomoc .....	26
1.5.2.2.	Laická pomoc .....	27
1.5.2.3.	Lékařská pomoc.....	28
1.5.2.4.	Další poskytovatelé formalizované pomoci .....	28
2.	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	29
2.1.	Cíl práce .....	29
2.2.	Výzkumná otázka .....	29
3.	METODIKA.....	30
3.1.	Použitá metodika.....	30

3.2. Charakteristika výzkumného souboru .....	31
3.3. Analýza dat.....	31
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	32
5. DISKUZE.....	43
6. ZÁVĚR.....	47
7. SEZNAM LITERATURY .....	48
8. SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ.....	51



## Úvod

V současné době přibývá ve společnosti stále více seniorů. Tato skutečnost může být zapříčiněna nízkou porodností či prodlužováním délky života. Ve převážné většině případů tito senioři ovdovějí. Ve stáří se jedinec setkává se smrtí stále častěji. Ovšem úmrtí životního partnera je jednou z nejtěžších situací, se kterou se může člověk ve stáří setkat. Senioři jsou velmi často na svého partnera fixováni, a proto je tato událost obrovským zásahem do jejich života. Každý jedinec se s touto krizovou situací vyrovnává svým způsobem a rovněž doba vyrovnávání se se ztrátou milovaného člověka trvá u každého rozdílnou dobu. V této nelehké životní etapě je důležité zachovat subjektivní a objektivní kvalitu života a zajistit tak jedinci spokojené stáří, a to i přes jeho ztrátu.

Tato bakalářská práce byla zpracována s úmyslem zjistit, jakým způsobem zasáhne smrt životního partnera do života seniora a jaké druhy a způsoby pomoci pomáhají seniorům se s touto nelehkou životní situací vyrovnat.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1. Stáří jako životní etapa a jeho definice

*Pokusů o definování stárnutí a stáří už bylo učiněno mnoho, avšak žádná z definic není absolutní a definitivní. Fyzický stav koreluje s věkem a bývá často charakteristikou, která se při definování stáří užívá nejčastěji (Jarošová, 2006, s. 7).*

*Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp (Kalvach et al., 2004, s. 47).*

Kalvach (2004) uvádí, že stařecký fenotyp je formován působením vlivů prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, sociálně ekonomickými a psychickými vlivy.

Dle tohoto autora je vzhledem k rozmanitosti, vysoké individualitě, heterochronii a vzájemné podmíněnosti příčin a projevů těchto vlivů, vymezení stáří a jeho členění, velmi obtížné. Z těchto důvodů rozlišujeme stáří na kalendářní, sociální a biologické (Kalvach et al., 2004).

Kalvach (2004) uvádí, že kalendářní stáří je určeno datem narození a lze ho jednoznačně vymezit, ale na interindividuální rozdíly bere ohled pouze z části. Dle autora je v současné době za spodní věkovou hranici stáří považován věk 65 let. O vlastním stáří se hovoří od věku 75 let, který je vnímán jako uzlový ontogenetický bod (Kalvach et al., 2004). Stárnutí je pro každý druh geneticky zakódováno a existuje tak rovněž přirozená maximální hranice délky života, za kterou bývá pokládán věk 120 let (Čeledová et al., 2016). Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila pro kalendářní věk následující věkové členění:

- 45 - 59 let střední, zralý věk;
- 60 - 74 let vyšší věk, rané stáří;
- 75 - 89 let pokročilý věk, vlastní stáří, senium;
- 90 a více let dlouhověkost.

*Sociální stáří je dáno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí, postojů, sociálního potenciálu, souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku, jakými jsou penzionování, pokles životní úrovně, nezaměstnatelnost, veteránství - zastarávání znalostí, odchod dětí z orientační rodiny, ovdovění, ztráta perspektiv a aspirací, přijetí role penzisty a starého člověka, obvykle v souvislosti*

*s funkčními deficity a různou mírou znevýhodnění proti mládí* (Čevela et al., 2012, s. 26).

Jak uvádí Čevela (2012), za počátek sociálního stáří je obvykle považován odchod do penze či věk, kdy jedinci vzniká nárok na starobní důchod. V případě tohoto ukazatele je dle Čevely (2012) kladen velký důraz na autonomii a participaci jedince, který historicky stoupá. Autor dále uvádí, že se zde objevuje významné narůstání různorodosti ve schopnosti i zájmu pracovat či penzionovat. Tento nárůst se odvíjí odlišně od různých profesí, přibývání přechodných forem postupného penzionování a částečné zaměstnanosti (Čevela et al., 2012). Pacovský (1994) uvádí, že dle odborníků je rovněž důležité, aby jedinec, jemuž zdravotní stav umožňuje zůstat aktivní, aktivním zůstal a měl perspektivní program. Pacovský (1994) rovněž říká, že současně je důležité, aby jedinec včas opustil některé sociální role. Odchod z aktivního života by se však měl dít pouze na základě vlastního rozhodnutí a vývoje osobnosti a rozhodně by neměl být výsledkem působení vnějšího sociálního tlaku (Pacovský, 1994).

Jak uvádí Čevela (2012), biologické stáří je dáno dosažením určité míry involučních změn a poklesu potenciálu zdraví daného jedince. Dle Čevely (2012) se jedná o souhrn nevratných biologických změn a genových expresí, jež předpovídají zvýšené riziko výskytu nemocí, funkčních deficitů, úmrtí a případně i předpokládanou délku života jedince. V současné době není biologické stáří stanovitelné a není jasné, co přesně by mělo vyjadřovat (Čevela, 2012).

Čevela (2012) dále uvádí, že biologické stáří je vyjadřováno přirozenými vývojovými změnami, které se stářím souvisejí.

Autor dodává, že se jedná především o pokles výkonnosti, míru funkčního zdraví či stařecký fenotyp – změny postavy, postoje, chůze, vlasů, pokožky, chrupu, výrazu obličeje, chování a rovněž subjektivního vnímání výkonnosti a životní perspektivy (Čevela, 2012).

### ***1.1.1. Změny ve stáří***

S nástupem stáří ztrácí jedinec schopnost uspokojovat své každodenní potřeby, naplňovat plány a udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byli zvyklí (Janečková, 2005 in Čevela, 2012). Venglářová (2007) uvádí, že i přes to, že každý člověk je jedinečná osobnost, se stářím přicházejí změny, které se v určité míře odrážejí na kvalitě života jedince. Dle Venglářové (2007) se změny odehrávají v rovině tělesné, psychické a sociální, které jsou vzájemně propojeny. Dle autorky jsou reakce na tyto

změny ovlivněny osobností seniora, reakcemi vnějšího prostředí a také možnostmi získání pomoci (Venglářová, 2007). *V návaznosti na změny přichází nutnost hledat nový způsob života ve stáří* (Venglářová, 2007, s. 15).

#### **1.1.1.1. Fyzická oblast**

Haškovcová (2010) uvádí, že tělesné projevy a změny, jimiž se staří lidé vyznačují a odlišují od mladých lidí, jsou označovány jako fenotyp stáří. Haškovcová (2010) dodává, že tyto změny jsou vysoce interindividuální. V seniu jsou již fyzické změny vykazovány pravidelně. Dle Haškovcové (2010) se jedná především o patrné změny zevnějšku, které se projevují především ve tváři, gestech a chůzi. Ve tváři přibývají vrásky, svalstvo ochabuje, jeho pružnost klesá, kůže pigmentuje, vlasy šedivějí a řidnou (Haškovcová, 2010). Pohyby jsou zpomalené, postava se nachyluje dopředu a zmenšuje (Haškovcová, 2010).

Haškovcová (2010) dále udává, že změny jsou rovněž patrné v oblasti smyslů – zvyšuje se citlivost hmatu a rozlišování chutí bývá oslabeno. Čich zůstává poměrně stabilní (Haškovcová, 2010). Dle autorky jsou změny morfologické zpravidla následovány změnami funkčními. Dle Pacovského (1981 in Jarošová, 2006) rozlišujeme tři typy funkčních změn: úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové; vyčerpání buněčných rezerv a zpomalení většiny funkcí.

#### **1.1.1.2. Psychická oblast**

Venglářová (2007) uvádí, že s rostoucím věkem mnohdy dochází k zintenzivnění některých povahových rysů jedince. Mnohdy se do popředí dostávají negativní rysy osobnosti, což je označováno jako zhoršení povahy (Venglářová, 2007). Změny nastávají rovněž v oblasti citového prožívání, kdy se intenzita emocí snižuje, jak uvádějí Minibergová a Dušek (2006). Tito autoři dále konstatují, že emoce jsou labilnější a jedinec snadněji podléhá dojetí. Minibergová a Dušek (2006) mají za to, že nové události již starého člověka nevzrušují v takové míře, jako je to u mladších lidí. Tato skutečnost může vést k uzavření se do sebe a přílišné soustředěnosti na sebe samého, což má za následek přecitlivělost (Minibergová, Dušek, 2006). Venglářová (2007) uvádí jako nejčastější psychické změny ve stáří: zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, sníženou sebedůvěru, sugestibilitu, emoční labilitu, změny vnímání a zhoršení úsudku. Zmíněné změny v kombinaci se sníženou schopností

komunikovat v důsledku zhoršení percepce vedou k sociální izolaci, která má za následek pocity osamělosti, méněcennosti a zbytečnosti (Minibergová, Dušek, 2006).

### **1.1.1.3. Sociální oblast**

Dle Minibergové a Duška (2006) představuje jednu z největších změn odchod do důchodu. Vyrovnat se s tímto přelomovým okamžikem není jednoduché, protože je plný nejistot (Minibergová, Dušek, 2006). Odchodem do důchodu mění člověk svůj sociální status a životní styl (Minibergová, Dušek, 2006). V aktivním životě je čas řízen prací, v důchodu je to naopak, každý si svůj čas musí zorganizovat sám, což může člověka děsit (Minibergová, Dušek, 2006).

Jednou z nejtěžších změn v životě seniora je ztráta partnera, se kterou jsou obvykle spojené samota, smutek, stres a myšlenky na svou vlastní smrt (Minibergová, Dušek, 2006). Mnoho seniorů tuto těžkou životní zkoušku překoná a začne znovu žít, někteří se ovšem se ztrátou partnera nevyrovnejí nikdy (Minibergová, Dušek, 2006).

Dle Minibergové a Duška (2006) dochází v seniorském věku častěji ke ztrátě kontaktů, a to nejen v důsledku penzionování ale také v důsledku zvýšené úmrtnosti vrstevníků, což má za následek zúžení sociálních vztahů. Manželské vztahy, sociální kontakty a sociální podpora patří mezi nejčastější sociální faktory, které mají vliv na osamělost (Dahlberg et al., 2018). To, že člověk žije s pocitem osamělosti, má negativní dopad na kvalitu života, zdraví a přežití (Dahlberg et al., 2018). Z tohoto důvodu je velmi důležité udržování styků s okolím, a to především s nejužší rodinou (Minibergová, Dušek, 2006).

### **1.1.2. Potřeby ve stáří**

Každý jedinec má svůj individuálně uspořádaný žebříček hodnot a potřeb, který se mění v závislosti na životní situaci a osobnostním vývoji (Žiaková et al., 2004 in Jarošová, 2006). Obecně nejrozšířenější je hierarchická teorie potřeb dle Maslowa. Ten řadí potřeby následovně:

- fyziologické potřeby;
- potřeba bezpečí;
- potřeby sociální;
- potřeba uznání a sebeúcty;
- potřeba sebeaktualizace (Jarošová, 2006).

Dle Žiakové (2004 in Jarošová, 2006) dochází ve stáří ke změně hodnotové orientace potřeb. Objevuje se především zvýšená fixace na rodinu a potřeby neustálého potvrzování potřeb lásky a sounáležitosti (Žiaková, 2004 in Jarošová, 2006). Do popředí se rovněž dostává potřeba podpory a bezpečí, jež souvisí se závislostí seniora na druhých lidech (Vágnerová, 2000 in Jarošová, 2006).

Uspokojení či neuspokojení těchto potřeb ovlivňuje veškerou psychickou činnost seniora a podílí se na tvorbě jeho chování (Příbyl, 2015).

## **1.2. Kvalita života**

Ve stáří vstupuje do života lidí mnoho nových okolností, které přinášejí velmi náročné životní situace a mohou tak ovlivňovat kvalitu života jedince (Žumárová, 2012).

### **1.2.1. Vymezení kvality života**

Jestliže mluvíme o kvalitě života, musíme brát zřetel zejména na hodnotu života, která je chráněna právem na život jako jedním ze základních lidských práv (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

*WHO definuje kvalitu života jako individuální ukazatel, který se odvíjí od životní pozice jedince. Tato životní pozice se odvíjí od hodnotového systému, cílů, očekávání, obav a standardů jedince. Jedná se o široký koncept, který je ovlivňován fyzickým zdravím, psychickým stavem, vírou, názory, sociálními vztahy a faktory životního prostředí (WHO, 2017).*

Přesné vymezení kvality života je ovšem obtížné, neboť se jedná o multidimenzionální fenomén, který má biologický, neurofyzilogický, psychologický, sociální, ekonomický, kulturní, etický a estetický dopad (Mühlpachr, 2004 in Žumárová, 2012).

### **1.2.2. Hodnocení kvality života**

Při hodnocení kvality života, je nutné přihlížet k souboru různých ukazatelů (Zeman, 2008). Dle Zemana (2008) je potřeba zkoumat všechny subjektivní faktory, které ukazují, jak lidé hodnotí svůj vlastní život, a které doplňují charakteristiky obecných životních podmínek. Tyto obecné životní podmínky, tedy to, co je vnímáno jako dobré, nebo špatné, jsou z velké části určovány kulturou a společností (Zeman, 2008). Z toho vyplývá, že lidé v různých zemích a kulturách budou za kvalitní život považovat něco jiného (Zeman, 2008).

*Kvalitu života je třeba hodnotit z perspektivy různých vazeb, které jsou porovnatelné s hierarchií* (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 26). Mezi tyto vazby patří schopnosti a faktory, které zahrnují autonomii, soběstačnost, schopnost rozhodování, zachování smyslových schopností, udržení sociálního podpůrného systému, určitý finanční standard, pocit užitečnosti a pocit štěstí (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Světová zdravotnická organizace definuje 6 indikátorů kvality života, a to:

- fyzické zdraví - ovlivňuje energii, únavu, bolest, dyskomfort a spánek
- psychické zdraví - vyjadřuje image, pozitivní a negativní city, sebehodnocení, způsob myšlení, učení a pozornost
- úroveň nezávislosti - pohyb, denní aktivity, pracovní kapacita, závislost na lécích
- sociální vztahy - osobní vztahy, sociální opora, sexuální aktivity
- prostředí - přístup k finančním zdrojům, svoboda, bezpečí, zdravé prostředí, sociální péče, domov, přístup k informacím
- spiritualita - osobní víra a přesvědčení, hodnotová orientace (Kováč, 2003 in Žumárová, 2012).

Dle Čevely (2012) patří mezi determinanty ovlivňující kvalitu života funkční zdraví, výchova a vzdělání, hodnotový systém, osobní charakteristiky, majetkové poměry, sociální síť, rodina, účinnost a dostupnost podpůrných služeb a intervencí.

### ***1.2.3. Dimenze kvality života***

Na kvalitu života lze pohlížet ze dvou hledisek – subjektivního a objektivního (Žumárová, 2012). Žumárová (2012) konstatuje, že v současné době je upřednostňován subjektivní pohled, jelikož nabízí přesnější zachycení kvality života daného jedince.

#### ***1.2.3.1. Objektivní dimenze kvality života***

Objektivní dimenze kvality života (QOL) zahrnuje determinanty jako materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví (Vaďurová, Mühlpachr, 2005 in Žumárová, 2012). Dle Vaďurové a Mühlpachra (2005 in Žumárová, 2012) se jedná především o ekonomické, sociální, zdravotní a enviromentální podmínky, které ovlivňují život člověka.

#### ***1.2.3.2. Subjektivní dimenze kvality života***

Vaďurová a Mühlpachr (2005 in Žumárová, 2012) uvádí, že subjektivní dimenze kvality života (QOL) vychází z jedincova vnímání svého postavení ve společnosti

v souvislosti s jeho kulturou a hodnotovým systémem. Životní spokojenost jedince je závislá na osobních cílech, očekáváních, pocitech a zájmech jedince (Vymětal, 2010). Tento pojem představuje míru naplnění nadějí a očekávání jednotlivce (Vymětal, 2010). Životní pohoda může být ovlivněna zdravotním stavem, a to buď negativně, nebo pozitivně (Vymětal, 2010). Pro jedince může kvalita života znamenat cokoliv, čemu on sám v dané chvíli přikládá důležitost (Vymětal, 2010).

#### 1.2.4. Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

Mezi jeden z nejznámějších modelů hodnotící kvalitu života patří model subjektivní kvality života vytvořený Centrem pro podporu zdraví Univerzity Toronto. Jedná se o vícedimenzionální model, který vychází z holistického pojetí kvality života a je strukturován do tří základních oblastí (Heřmanová, 2012). Podoba tohoto modelu je zachycena v tabulce č. 1.

Tabulka 1 - model kvality života Centra pro podporu zdraví University Toronto

<b><i>BÝT</i></b>	<b><i>osobní charakteristiky</i></b>
<b><i>fyzické bytí</i></b>	fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, pohyb, odívání, úprava zevnějšku
<b><i>psychologické bytí</i></b>	psychické zdraví, adaptace, vnímání, cítění, sebeúcta, sebepojetí, sebekontrola
<b><i>spirituální bytí</i></b>	osobní hodnoty, osobní přesvědčení, víra
<b><i>PATŘIT NĚKAM</i></b>	<b><i>spojení s konkrétním prostředím</i></b>
<b><i>fyzické propojení</i></b>	domov, pracoviště/škola, sousedství, komunita
<b><i>sociální propojení</i></b>	rodina, přátelé, ostatní blízcí, spolupracovníci, sousedství, komunita
<b><i>komunitní propojení</i></b>	adekvátní příjmy, zdravotní a sociální služby, zaměstnanost, vzdělávací programy, rekreační programy, komunitní události a aktivity
<b><i>REALIZOVAT SE</i></b>	<b><i>dosahování cílů, naděje, aspirace</i></b>
<b><i>praktická realizace</i></b>	placená práce, školní a dobrovolnické aktivity, zdravotní a sociální potřeby
<b><i>volnočasová realizace</i></b>	relaxační aktivity, které zmírňují stres
<b><i>růstová realizace</i></b>	aktivity podporující udržení a zlepšení znalostí a dovedností, adaptace na změnu

Zdroj: vlastní zpracování dle *Quality of Life Model*. University of Toronto, Canada. Dostupné z:

[http://sites.utoronto.ca/qol/qol\\_model.htm](http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm).

Tento koncepční rámec obsahuje tři oblasti života, z nichž každá má své poddomény (Heřmanová, 2012). Skutečná kvalita života jedince je dána jednak subjektivně podmíněným významem jednotlivých oblastí a jednak mírou, v níž se jedinci daří tyto oblasti života reálně naplňovat, a tím, jak on sám toto naplňování



hodnotí (Heřmanová, 2012). Dle tohoto modelu pro hodnocení kvality života je nejdůležitější subjektivní pocit osobní pohody či nepohody (Heřmanová, 2012). V tomto modelu nejsou zvažovány objektivní environmentální podmínky, jelikož samy o sobě žádnou kvalitu života nevytvářejí, ale pouze ji v různé míře podporují, nebo nepodporují (Heřmanová, 2012).

### ***1.3. Úmrtí životního partnera***

Smrt je vnímána jako poslední a přirozená etapa života, která k životu neodmyslitelně patří, a proto by měla být přijímána v klidu a důstojně (Vodáčková et al., 2002).

Ve stáří se téma smrti stává stále častějším a aktuálnějším tématem (Vágnerová, 2000 in Skorunková, 2013). Staří lidé již nemají tendenci smrt popírat a tabuizovat, a proto se stává běžným tématem rozhovoru (Vágnerová, 2000 in Skorunková, 2013).

Špatenková (2011) uvádí, že smrt milovaného člověka patří k nejbolestnějším ztrátám, které nás mohou během života postihnout. Dle Špatenkové (2011) fakt, že smrtí ztrácíme blízkého člověka navždy, vyvolává v pozůstalých těžkou krizi, kdy dochází ke zpochybnování vlastní identity a integrity jedince. Pozůstalí v této těžké životní situaci pociťují velmi intenzivní emoce včetně hlubokého zármutku, pocitu osamění, zoufalství, bezmoci, hněvu a viny (Špatenková et al., 2011). Kastová (2013) popisuje smrt blízkého člověka jako smrtelný problém a zkušenost se smrtí, s níž si musíme nějak poradit, a kterou musíme vydržet. Jedná se o mezní životní situaci, která nás může změnit, která nám může uvolnit pohled na to, co je skutečně podstatné (Kastová, 2013). Ale je to rovněž situace, která nás může zlomit (Kastová, 2013).

#### ***1.3.1. Ovdovění a ztráta partnera***

Manželské soužití ve stáří většinou pozitivně ovlivňuje pocit životní spokojenosti a modeluje ostatní sociální vazby (Jarošová, 2006). Manželé vůči sobě vystupují jako potencionální pečovatelé. Radikální změnou v životě starého člověka je vdovství (Jarošová, 2006).

Vdovství je rodinný stav vzniklý úmrtím jednoho z manželů, zakládající specifickou sociální situaci (Vodáčková, 1996 in Špatenková, 2005). Jedná se o významnou životní událost, která s sebou přináší radikální změnu životního způsobu, změnu sociálního postavení, životní úrovně a prestiže, omezení sociálních kontaktů

a nutnost socializace v nové životní roli - roli vdovy a vdovce (Špatenková, 2005). Zmiňované sociální důsledky ovdovění mohou být eliminovány především opětovným sňatkem. Zde jsou důležitými faktory zejména věk a pohlaví pozůstalého (Špatenková, 2005). Statisticky je totiž sedmkrát pravděpodobnější, že se muž - vdovec ožení, než že se žena - vdova provdá (Špatenková, 2005).

Ztráta životního partnera je mezi nepříznivými životními událostmi hodnocena nejvýše (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005). Takováto ztráta může být vyvolávajícím faktorem závažné chorobné deprese (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).

### ***1.3.2. Aspekty ztráty***

Dle Špatenkové (2011) je ztráta jednou z nejvíce univerzálních zkušeností člověka, jelikož každý ve svém životě něco nebo někoho ztratil. Ztráta je definována jako náročná životní situace spojená s dlouhodobým a nezvratným odloučením od významného objektu osobnosti (Špatenková et al., 2011). Ztráta blízkého člověka vyvolává u pozůstalých mnoho silných emočních reakcí, jako jsou např. smutek, žal, obavy, hněv, agrese, pocit viny, pocit opuštěnosti a někdy také pocit ulehčení a vysvobození (Špatenková, 2008). Ztráta a způsoby vyrovnání se s ní mohou vést nejenom k degeneraci a vývojovému útlumu, ale rovněž k osobnímu růstu a vývoji osobnosti (Špatenková et al., 2011).

Dle Špatenkové (2005) se ztrátou životního partnera se objevuje rovněž množství souvisejících ztrát. Ovdověním neztrácí jedinec pouze partnera, ale také např. společně vytvořené zvyky a rituály, společné plány, touhy a očekávání, výhody a jistoty vyplývající ze života v páru - pocit bezpečí, vzájemnou podporu, pocit sounáležitosti a porozumění (Špatenková, 2005). Kromě těchto ztrát může dojít ke ztrátě finančního zabezpečení, dosavadního životního standardu a narušení či ztrátě vztahů ze sociálního okolí (Špatenková, 2005).

Dle Mitchella a Andersona (in Taročková, 1995 in Špatenková et al., 2011) rozdělujeme ztrátu z hlediska aspektů na ztrátu: materiální, intrapsychickou, funkcionální, rolovou, systémovou a vztahovou.

#### ***1.3.2.1. Materiální ztráta***

Špatenková (2005) uvádí, že materiální ztráta znamená nejen ztrátu nějakého materiálního objektu, ale také např. zhoršení finanční situace po smrti životního

partnera, jenž se podílel na financování domácnosti. Materiální ztráta může také znamenat např. ztrátu "pocitu domova", případně opuštění domova v důsledku jeho rozpadu, který souvisí se smrtí životního partnera osobnosti (Špatenková, 2005). Takováto ztráta domova zahrnuje např. ztrátu bezpečí, zpřetrhání kořenů, pocit ztráty minulosti (Špatenková, 2005). I přesto, že ztráta domova po ovdovění aktuálně nenastala, senior do jisté míry akceptuje a do budoucna počítá s institucionalizací - přesídlením do sociálního zařízení pro seniory (Špatenková, 2005).

Materiální ztráta nezpůsobuje jen smutek, ale pojí se rovněž se zlostí, bezmocností, strachem, lítostí a zklamáním (Špatenková et al., 2011).

#### **1.3.2.2. *Intrapsychická ztráta***

Dle Špatenkové (2005) nemusejí být intrapsychické ztráty vždy plně uvědomované, ačkoliv jsou prožívané. U seniorů se nejčastěji jedná o ztrátu očekávání a představ vztahujících se k budoucnosti (Špatenková, 2005). Očekávání rozlišujeme ve třech rovinách, a to: očekávání od sebe, očekávání od druhých lidí a očekávání druhých lidí od nás (Špatenková, 2005). Nejsou-li očekávání naplněna, následuje negativní reakce, která se může projevovat smutkem, zklamáním, hněvem, bezmocí, nízkou sebeúctou atd. (Špatenková, 2005).

#### **1.3.2.3. *Funkcionální ztráta***

Funkcionální ztráty představují určité zdravotní problémy, které mohou negativně ovlivnit kvalitu života seniora (Špatenková, 2005). Od zdraví se totiž odvíjí soběstačnost a autonomie jedince (Špatenková, 2005). Zdravotní stav a míra soběstačnosti výrazně ovlivňují způsob života seniora a jeho schopnost integrovat se do společnosti (Špatenková, 2005).

Po ztrátě partnera se u ovdovělého mohou nečápkou objevovat somatické projevy zármutku (Špatenková, 2005). Nejčastěji se jedná například o pocit sevřeného hrdla, dušnost a dechovou nedostatečnost, svalovou slabost, únavu, nedostatek energie, svírání u srdce, poruchy spánku, poruchy imunitního systému a mnoho dalších problémů (Špatenková, 2005).

#### **1.3.2.4. *Systémová ztráta***

Systémová ztráta znamená narušení rodiny jako sociálního systému (Špatenková, 2005). V případě systémové ztráty jsou značné rozdíly mezi tím, zda ovdoví žena nebo muž. Pokud ovdoví žena, dochází k semknutí a posílení rodiny

(Špatenková, 2005). Jestliže ovdoví muž, mění se vzájemné rodinné kontakty a může dojít ke zhroucení celého rodinného systému (Špatenková, 2005). Je to především tím, že je to právě žena, kdo bývá centrem rodiny, organizuje rodinná setkání a zajišťuje vzájemnou výměnu informací, oporu a pomoc (Špatenková, 2005). Ztrátou životní partnerky přichází vdovec o rodinné zázemí a "dokonalý domácí servis". Tito muži mají několik možností: pokusit se převzít roli, kterou doposud vykonávala jejich žena; přesměrovat roli na jiného člena rodiny; obsadit roli novou partnerkou, nebo rezignovat na výkon těchto rolí (Špatenková, 2005). Tyto varianty se mohou prolínat nebo měnit, a to v závislosti na míře podpory, kterou vdovec odstává od svého sociálního okolí (Špatenková, 2005).

#### **1.3.2.5. Rolová ztráta**

*Rolová ztráta znamená ztrátu role manželky/manžela a přijetí nové sociální role vdovy/vdovce* (Špatenková, 2005, s. 80). Pro ženu bývá identifikace s rolí vdovy mnohdy složitější než pro muže a může trvat i několik měsíců (Špatenková, 2005). Identita ženy bývá totiž ze značné části postavena na vztahu s manželem a sociální roli s tím spojenou (Špatenková, 2005). U mužů nemívá změna sociální role tak velký význam a trvá podstatně kratší dobu než u žen (Špatenková, 2005).

#### **1.3.2.6. Vztahová ztráta**

Vztahová ztráta znamená ukončení příležitosti být v kontaktu, komunikovat, mít společné zážitky, milovat se či být jinak v emocionální a fyzické přítomnosti s určitou osobou (Špatenková et al., 2011). V případě úmrtí partnera se jedná o ztrátu úplnou a trvalou (Taročková, 1995 in Špatenková et al., 2011). Je zcela normální, že ovdovělí v takové situaci prožívají hluboký zármutek a truchlí (Špatenková, 2005).

#### **1.4. Truchlení**

*Když vám zemře někdo blízký, je to jakoby se vám zhroutil celý svět, jakoby váš život ztratil najednou smysl. Smrtí ztrácíte milovaného člověka navždy, definitivně. Už nikdy se s ním nesekáte, už nikdy vás nepohládí, nepochválí, už nikdy nic nebude jako dřív. Máte pocit, že už nikdy nemůžete být šťastní. Vaše srdce bolí a hrozí, že pukne žalem, oči pálí od potoků slz. Jste hluboce zarmoucení, truchlíte* (Špatenková, 2008, s. 9).

*Truchlení je komplexní psychologická, sociální somatickou reakcí na ztrátu* (Špatenková et al., 2011, s. 69). Etapa truchlení je pro pozůstalého člověka velmi

důležitou součástí vyrovnání se se smrtí blízkého člověka (Špatenková et al., 2011). V této fázi dochází k oddělení se od ztraceného člověka a k nalézání možností pro to, jak žít svůj vlastní život i bez milovaného (Špatenková et al., 2011).

#### **1.4.1. Proces truchlení a jeho fáze**

Truchlení je proces, který má několik fází, přičemž v odborných publikacích různí autoři uvádějí rozdílné počty a v různé míře odlišné fáze.

Mezi nejznámější autory popisující proces truchlení patří John Bowlby. Bowlby (2013) konstatuje, že lidé, kteří prožívají smutek nad ztrátou blízkého člověka, obvykle procházejí posloupností čtyř fází. Zároveň však připouští, že tyto fáze nejsou jasně vymezené a jedinci mohou po určitou dobu přecházet tam a zpět mezi dvěma libovolnými fázemi (Bowlby, 2013). Fáze zármutku popisuje Bowlby (2013) následovně:

1. Fáze otupělosti - Dle Bowlbyho (2013) následuje tato fáze jako okamžitá reakce na zprávu o smrti blízkého člověka. Fáze otupělosti trvá obvykle v rozmezí několika hodin až jednoho týdne a může být přerušována záchvaty velmi silné tísně nebo hněvu (Bowlby, 2013).
2. Fáze toužení a hledání ztracené osoby: hněv - Bowlby (2013) uvádí, že tato fáze přichází během několika hodin či dnů od ztráty. Pozůstalý začíná vnímat realitu ztráty: chřadne žalem, upadá do duševní tísně a žalostně vzlyká (Bowlby, 2013). Současně nastupuje velký neklid, nespavost, myšlenky na zemřelého spojené s pocitem jeho přítomnosti a výrazná tendence interpretovat signály nebo zvuky jako důkaz jeho návratu (Bowlby, 2013). Bowlby (2013) uvádí, že v druhé fázi se rovněž běžně objevují projevy hněvu. Tato fáze trvá obvykle několik měsíců a někdy i let (Bowlby, 2013).
3. Fáze chaosu a zoufalství - Dle Bowlbyho (1998 in Špatenková, 2005) pozůstalý v této fázi nezvládá nároky každodenního života a v různých činnostech může selhávat. Objevují se pocity nejistoty, zoufalství, bezmoci a depresivní stavy, které vedou k sociální izolaci (Bowlby, 1998 in Špatenková, 2005).
4. Fáze nového řádu - V této poslední fázi dochází dle Bowlbyho (1998 in Špatenková, 2005) k získání kontroly nad životem a k identifikaci s novou

rolí, tedy rolí vdovce nebo vdovy. Dochází rovněž k obnově společenského života a často k hledání nového partnera (Bowlby, 2013).

#### ***1.4.2. Determinanty truchlení vztahující se k zemřelému***

Průběh procesu truchlení u pozůstalých je determinován charakterem a intenzitou sociálních vztahů, předcházejícím životem zemřelého a okolnostmi úmrtí (Kubíčková, 2001). Dle Kubíčkové (2001) hraje důležitou roli rovněž místo a život zemřelého jedince v sociální struktuře a sociální systém, ve kterém byl zemřelý včleněn.

##### ***1.4.2.1. Okolnosti úmrtí***

Reakce na ztrátu blízké osoby a intenzita truchlení se liší dle okolností smrti (Kubíčková, 2001). Dojde-li ke smrti staré osoby, kdy je smrt již očekávána, je proces truchlení proveden rychle, jelikož určitá část tohoto procesu předcházela události úmrtí (Kubíčková, 2001). V případě nečekaného a náhlého úmrtí, násilné smrti a sebevraždy se patologické reakce na ztrátu objevují častěji (Kubíčková, 2001).

##### ***1.4.2.2. Příbuzenský poměr***

Kubíčková (2001) popisuje specifické problémy, které se dotýkají příbuzenského vztahu mezi zesnulým a příbuznými osobami. Kubíčková (2001) ve své knize rovněž popisuje genderové odlišnosti v případě úmrtí partnera.

Pro ženu je úmrtí manžela vysoce pravděpodobný typ ztráty (Kubíčková, 2001). Přestože mohou ženy vdovství do určité míry očekávat, nejsou na něj psychicky, sociálně ani materiálně připraveny, což vyvolává řadu sekundárních stresů (Kubíčková, 2001). Kubíčková (2001) uvádí, že ženy si nedokáží představit, že by za svého manžela mohly najít adekvátní náhradu a domnívají se, že dokonce svého života budou nuceny žít samy. Důležitým motivem pro překonání zármutku mohou být pro ženu děti, které naplňují její sebeaktivační a seberealizační potřeby (Kubíčková, 2001). Dle Kubíčkové (2001) proto u vdov, které mají děti, nedochází po úmrtí manžela k výraznému narušení identity. Jinou alternativou je ustrnutí v zármutku a plná identifikace s rolí vdovy (Gorer, 1987 in Kubíčková, 2001). U těchto žen se objevuje vnější symbolizace statutu vdovy - černý oděv, separace od společenského života, personifikace zemřelého v podobě hrobu, proměna domova v památník pozůstalého, ponechávání urny s popelem zemřelého atp. (Gorer, 1987 in Kubíčková, 2001).

Dle Stuarda-Hemiltona (1999 in Kubíčková 2001) se muži se ztrátou partnera vyrovnávají lépe než ženy. Cook a Oltjenbruns (1989 in Kubíčková, 2001) uvádí, že muži bývají rovněž lépe finančně zajištěni a mají více příležitostí k hledání nové partnerky. Dle Stuarda-Hemiltona (1999 in Kubíčková, 2001) je problémem především to, že mnohem více mužů než žen má potíže se staráním se o sebe samého. Wolfová (1994 in Kubíčková, 2001) poukazuje na to, že ve většině případů se mužům od okolního světa dostává více podpory než ženám, jelikož jsou v mnohých oblastech bezmocnější. Vdovci rovněž rychleji navazují nové partnerské vztahy, i když ještě zcela nedošlo k ukončení procesu odloučení (Wolfová, 1994 in Kubíčková, 2001). Problémem v procesu truchlení může být to, že ventilace psychických projevů zármutku je u mužů v naší kultuře méně akceptovatelná než u žen (Wolfová, 1994 in Kubíčková, 2001). Tento smutek je proto obrácen dovnitř a dochází k jeho somatizaci, což vede k tomu, že vdovci bývají často nemocní (Lopata, 1973; Kermis, 1986; Wolfová, 1994 in Kubíčková, 2001).

#### **1.4.2.3. Faktory vztahu**

Faktory vztahu definují charakter vazby, který měl pozůstalý k zemřelé osobě (Kubíčková, 2001). Kubíčková (2001) konstatuje, že čím byl vztah mezi pozůstalým a truchlícím silnější, tím je reakce na zármutek intenzivnější.

#### **1.4.2.4. Věk zemřelého**

Rovněž věk zemřelého formuje reakci pozůstalých na ztrátu (Kubíčková, 2001). Pozůstalí reagují odlišně na ztrátu dítěte, jinak na ztrátu dospělého člověka a jinak na ztrátu starého člověka (Kubíčková, 2001). Smrt starého člověka bývá zpravidla považována za normální a přirozenou, protože staří lidé přece umírají (Kubíčková, 2001).

#### **1.4.3. Determinanty truchlení vztahující se k pozůstalému**

Intenzita a průběh procesu truchlení je determinován věkem truchlícího, jeho osobností, zkušenostmi, životním názorem a způsobem vnímání smrti (Kubíčková, 2001).

##### **1.4.3.1. Věk pozůstalého**

Věk pozůstalého je významným faktorem, od kterého se proces truchlení odvíjí, a to zejména proto, že v různých vývojových fázích je prožíváno jinak

(Kubíčková, 2001). Dle Kubíčkové (2001) se zvyšujícím se věkem dokáže starý člověk lépe pochopit a akceptovat smrt ostatních starých lidí. Velkým nebezpečím truchlení ve stáří jsou patologické projevy smutku např. deprese, která je ovšem u starých lidí velmi špatně odhalitelná (Kubíčková, 2001).

#### **1.4.3.2. Rodinné faktory**

Úmrtí člena rodinného systému mění strukturu celého systému a výrazně narušuje jeho stabilitu a fungování (Kubíčková, 2001). Dle Kubíčkové (2001) může být funkční rodinný systém vysoce pozitivním faktorem, který napomáhá normálnímu průběhu zármutku. Nestabilní rodinný systém může naopak podpořit rozvoj patologických reakcí na ztrátu (Kubíčková, 2001).

#### **1.4.3.3. Sociální podpora**

V procesu truchlení je sociální podpora důležitým faktorem, který může efektivně napomoci při zvládnutí zármutku (Kubíčková, 2001). Boleloucký (in Vorlíček et al., 1988 in Kubíčková, 2001) uvádí, že sociální kontakty umožňují výměnu informací a regulují pocit samoty a izolace. Nedostatečná podpora naopak může vést k sociální izolaci a rozvoji patologických jevů (Kubíčková, 2001).

#### **1.4.3.4. Náboženské přesvědčení**

Náboženství může být významným zdrojem pomoci a podpory pro pozůstalé, neboť smrt v kontextu víry nabývá nejen pro umírajícího, ale také pro truchlícího nový význam (Kubíčková, 2001).

#### **1.4.3.5. Osobnostní faktory**

Mezi osobnostní faktory ovlivňují prožívání zármutku, patří především věk a pohlaví truchlícího, charakter, temperament, adaptabilita a odolnost vůči zátěži (Kubíčková, 2001)

#### **1.4.3.6. Předcházející zkušenosti se smrtí a truchlením**

Předcházející zkušenosti mohou mít negativní i pozitivní vliv na vyrovnání se ztrátou milovaného člověka (Kubíčková, 2001). Komplikace v procesu truchlení mohou být zapříčiněny tím, že se truchlící dosud nebyl schopen vyrovnat s předcházející ztrátou (Kubíčková, 2001). Dle Kubíčkové (2001) může tato skutečnost výrazně napomáhat rozvoji patologických reakcí na ztrátu.



Pozitivním přínosem může být zejména to, že truchlící již ví, jak truchlení probíhá, jak se projevuje zármutek a co mu v těchto těžkých životních situacích nejvíce pomohlo (Kubíčková, 2001).

#### **1.4.3.7. Sociokulturní faktory**

Zásadní roli v procesu truchlení sehrávají pohřební rituály a rituály truchlení, které upravují vnější projevy vnitřních stavů a chování pozůstalých osob (Kubíčková, 2001). V současné společnosti je ovšem od těchto rituálů výrazně upouštěno (Kubíčková, 2001). Gorer (1987 in Kubíčková, 2001) konstatuje, že absence vhodných sociálních rituálů truchlení výrazně podporuje vznik patologických reakcí na ztrátu.

#### **1.4.3.8. Sekundární stresy**

Sekundární stresy, které přicházejí v souvislosti se ztrátou blízké osoby, mohou proces truchlení výrazně prohlubovat, prodlužovat a komplikovat (Kubíčková, 2001). Z Perkesovy studie (1996 in Kubíčková, 2001) vyplývá, že mezi nejčastější sekundární stresové faktory patří distance sociálního okolí, rodinné problémy, změna bydliště atp.

### **1.5. Sociální pomoc a podpora při ztrátě životního partnera**

Ztráta blízkého člověka dostává pozůstalé do situace, kdy potřebují pomoc a podporu (Špatenková, 2008). Hlavním zdrojem pomoci by měli být především jejich nejbližší (Špatenková, 2008). Úmrtí člena rodiny vyvolává zcela nové specifické problémy a znovuotevívá dříve existující nevyřešené problémy a vyhrocuje problémy stávající (Špatenková, 2008). Dle Špatenkové (2008) nemůže být v takovémto případě zdrojem účinné pomoci rodina, neboť ona sama potřebuje pomoc. Špatenková (2008) konstatuje, že ani lidé ze sociálního okolí nebývají většinou dostatečnou oporou. Tito lidé nevědí, jak se k pozůstalým chovat, co dělat nebo co říci, a proto je pro ně snazší se pozůstalým vyhnout (Špatenková, 2008).

#### **1.5.1. Neformální pomoc pozůstalým**

Utrpení způsobené smrtí blízkého člověka existuje mnohem déle než jakékoliv profesionální poradenské služby (Špatenková et al., 2010). Dříve pozůstalým ve vyrovnání se s úmrtím blízkého člověka pomáhaly rituály a sociální opora byla poskytována rodinou, komunitou a církví (Špatenková et al., 2010). Také z mnohých studií vyplývá, že příjem sociální podpory ze strany rodiny a přátel výrazně přispívá ke snížení výskytu příznaků deprese a zdravému průběhu truchlení

(Karantzas, Gillath, 2017). V současné době je situace jiná - lidé ze sociálního okolí nebývají pozůstalým dostatečnou oporou (Špatenková, 2008). Špatenková (2008) uvádí, že tato skutečnost je důsledkem toho, že tito lidé nevědí, jak se k pozůstalým chovat, co udělat nebo říci, proto se setkání s nimi raději vyhýbají.

### ***1.5.2. Formalizovaná pomoc pozůstalým***

Jestliže neformální přirozené zdroje sociální opory selhávají, přichází na řadu formalizovaná pomoc (Špatenková et al. 2010). Zásadní otázkou je, kdo bude adekvátní podporu pozůstalým poskytovat (Špatenková et al., 2010). Parkes (1980 in Špatenková et al., 2010) zvažuje v této souvislosti tři různé přístupy:

- Poradenství pro pozůstalé by mělo být vykonáváno jako profesionální služba speciálně vyškolených expertů, tzn. lékařů, psychologů, sociálních pracovníků atd.
- Péče o pozůstalé by měla být organizována formou svépomocných skupin.
- Poradenství pro pozůstalé by mělo fungovat na bázi dobrovolnictví, kdy dochází k pečlivému výběru, školení a podpoře dobrovolníků.

Základní principy poradenství pro pozůstalé zformulované dle Wordena (1977 in Špatenková, 2008):

- pomoci pozůstalým v akceptaci jejich ztráty,
- pomoci pozůstalým identifikovat jejich pocity a vyjádřit je,
- pomoci pozůstalým žít dál bez zemřelého,
- podporovat pozůstalé v emocionálním odpoutávání od zemřelého,
- poskytnout pozůstalým prostor a čas pro truchlení,
- interpretovat "normální" reakce na ztrátu,
- respektovat individuální rozdíly v truchlení,
- poskytovat pozůstalému kontinuální podporu,
- prozkoumat obranné mechanismy a copingové strategie pozůstalých,
- identifikovat potíže a doporučit adekvátní pomoc.

#### ***1.5.2.1. Profesionální pomoc***

Dle Úlehly a Novosada (1996 a 2000 in Špatenková, 2008) může mít profesionální pomoc pro pozůstalé následující formy:

- doprovázení - Poradce pro pozůstalé pomáhá klientovi přijmout a zvládat situaci, ke které došlo v důsledku úmrtí blízkého člověka.

- vzdělávání - Pozůstalý vyhledá pomoc, jelikož chce získat informace, vysvětlení či poučení.
- konzultační činnost - Podstatou je odborná porada mezi odborníky v rámci péče o klienta.
- poradenství - Poradce pomáhá klientovi nalézt nejvhodnější řešení problému, poskytuje rady, návody a inspirace.
- terapie - Dochází k ní v případě, že se klient chce zbavit svého problému. Společně s terapeutem poté hledají a vytvářejí možnosti řešení.

Takovéto formy pomoci a profesionální služby mohou truchlícím poskytovat pracovníci různých pomáhajících profesí (Kubičková, 2001). Mezi tyto odborníky patří například psychiatři, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci apod. (Kubičková, 2001).

Jelikož má Česká republika vybudovanou relativně rozsáhlou síť psychosociálních a jiných služeb pro pozůstalé, může se pomoc ze strany profesionálů jevit jako optimální (Špatenková et al., 2010). Je však důležité si uvědomit, že ne každý expert je s tématem umírání a truchlení odborně seznámen, a proto může aplikace expertního modelu selhávat (Špatenková et al., 2010).

#### **1.5.2.2. Laická pomoc**

Do oblasti laického poradenství spadají svépomocné skupiny, které představují efektivní formu pomoci pozůstalým (Špatenková et al., 2010). Výměna zkušeností, vzájemná pomoc a podpora pomáhají pozůstalým překonávat pocity izolovanosti, osamělosti a zoufalství (Špatenková, 2008). Svépomocné skupiny nejsou vhodné ve fázi akutního zármutku, kdy truchlící potřebují především individuální přístup (Špatenková et al., 2010). Programy na bázi laického poradenství mají zároveň své nevýhody, mezi které patří například překračování hranic poradenského vztahu a neschopnost rozpoznat komplikované reakce na ztrátu (Špatenková et al., 2010). Mezi organizace, které poskytují laické poradenství, patří například Hospicové občanské sdružení Cesta domů, jež nabízí klub Podvečer, kde se setkávají lidé, kteří se chtějí podělit o své zkušenosti se ztrátou blízkého člověka (Kopřivová, 2010). Podobné služby nabízí rovněž Poradna Alej v Novém Městě na Moravě (Kopřivová, 2010).

### **1.5.2.3. Lékařská pomoc**

Velmi důležitou roli v systému péče o pozůstalé sehrávají rovněž lékaři, kteří těmto osobám poskytují primární i sekundární pomoc (Kubíčková, 2001). Dle Kubíčkové (2001) vyhledávají truchlící lékařskou pomoc především z důvodů dekompenzace zdravotního stavu v důsledku psychosomatický projevů zármutku projevujících se na fyzické i psychické úrovni. Objevují-li se u truchlícího příznaky komplikovaného truchlení, lékařem může být doporučena konzultace u psychologa či psychiatra (Kubíčková, 2001).

### **1.5.2.4. Další poskytovatelé formalizované pomoci**

Neopominutelnou roli v systému formalizované péče o pozůstalé sehrávají rovněž duchovní autority, zpovědníci a pastorační asistenti (Špatenková et al., 2010). Jak uvádí Stempelová a Smolík (1990 a 1991 in Kubíčková, 2001) do rámce církevní pomoci patří církevní ceremoniály, pohřební rituály, rituály truchlení, psychosociální pomoc a pastorece.

Pozůstalým je poskytována pomoc také ze strany některých občanských sdružení, jako jsou například Dlouhá cesta a Bílý kruh bezpečí (Špatenková et al., 2010). Tato občanská sdružení nabízejí osobní návštěvy, korespondenci, společná setkání pozůstalých, bohoslužby, vzpomínkové akce, linky pomoci, individuální rozhovory, podpůrné skupiny a mnoho dalšího (Špatenková et al., 2010).

Bohatými zkušenostmi v oblasti práce s pozůstalými a také teoretickou přípravou v poradenství pro pozůstalé disponují pracovníci v pohřebních službách (Špatenková et al., 2010). Pracovníci v pohřebních službách figurují v péči o pozůstalé především v akutní fázi zármutku, kde je jejich poradenská role zásadní (Špatenková et al., 2010).

## **2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### ***2.1. Cíl práce***

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, do jakých oblastí kvality života seniora zasahuje úmrtí životního partnera a dále zjistit, jaký konkrétní typ pomoci by senioři v této těžké životní etapě potřebovali.

### ***2.2. Výzkumná otázka***

Je genderový rozdíl mezi oblastmi života, které ovlivní smrt partnera?

Dokáže se senior s touto těžkou životní situací vyrovnat, dostane-li se mu vhodných a individuálně cílených způsobů pomoci?

### 3. METODIKA

#### 3.1. Použitá metodika

Pro bakalářskou práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Pro sběr dat byla využita technika narativního rozhovoru.

Dle Creswella (1998 in Hendl, 2005) představuje kvalitativní výzkum proces hledání porozumění, jež je založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vyhledává a analyzuje veškeré informace, které vedou k osvětlení výzkumných otázek a provádí deduktivní a induktivní závěry (Hendl, 2005). Creswell (1998 in Hendl) definuje výzkumníka jako osobu, která vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách. Reichel (2009) uvádí, že s využitím postupů kvalitativního výzkumu, lze dosáhnout porozumění zkoumaného sociálního problému. Dle Hendla (2005) je výhodou kvalitativního přístupu především to, že získáváme hloubkový popis případů a nezůstáváme pouze na jejich povrchu.

Hendl (2005) uvádí, že výchozím bodem využívání narativního rozhovoru je skepse vůči možnosti získávat informace od jedince prostřednictvím schématu otázka-odpověď. Během narativního rozhovoru není subjekt konfrontován standardizovanými otázkami, ale je povzbuzován k volnému vyprávění (Hendl, 2005). Dle Hendla (2005) vychází narativní rozhovor z předpokladu, že některé významné informace se vyjeví pouze při volném vyprávění, a nikoliv při cíleném dotazování. Z tohoto důvodu je narativní rozhovor využíván především v biografickém výzkumu (Hendl, 2005). Jak uvádí Hendl (2005), při výzkumu nám může jít pouze o určité předem definované téma v biografích jedinců. V případě tohoto typu rozhovoru určujeme předmět vyprávění a zároveň hledáme subjekt, který bude schopen vyprávět (Hendl, 2005). Hendl (2005) ve své knize uvádí, že narativní rozhovor se dělí na čtyři fáze: stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností a zobecňující otázky.

Díky těmto rozhovorům byly získány kontakty na další komunikační partnery. Byla tedy využita technika sněhové koule. Disman (2011) uvádí, že technika sněhové koule je založena na výběru jedinců, při kterém nás původní jedinec přivede k jinému jedinci spadajícímu do naší cílové skupiny. Dle Dismana (2011) není technika sněhové koule určena pro vytvoření reprezentativního vzorku, ale přesto ji do těchto technik zařadil.

### **3.2. Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor bakalářské práce byl tvořen seniory, kteří prožili ztrátu životního partnera a jejichž partner zemřel minimálně jeden rok před provedením výzkumu. Pro výběr respondentů jsem využila techniku sněhové koule. Výzkum byl realizován s 6 komunikačními partnery. Z těchto komunikačních partnerů žijí 4 z nich v domově pro seniory a 2 stále žijí ve svém domácím prostředí. S každým komunikačním partnerem jsem si domluvila schůzku, na které jsem vysvětlila téma mé bakalářské práce, a to, jak bude rozhovor probíhat. Všech 6 komunikačních partnerů jsem seznámila s tím, že pro zachycení všech důležitých informací, by bylo vhodné rozhovory nahrávat, s čímž všichni komunikační partneři souhlasili. Všechny rozhovory byly nahrávány. Přepisy rozhovorů jsou k dispozici v přílohách. Výzkum byl realizován s obyvateli DPS Hvízdal v Českých Budějovicích a s komunikačními partnery žijícími v Prachaticích ve svém domácím prostředí. Rozhovory probíhaly v únoru a březnu 2017. Zpracování dat probíhalo technikou otevřeného kódování.

### **3.3. Analýza dat**

Pro analýzu dat v bakalářské práci bylo zvoleno otevřené kódování. Podkladem pro kódování byly doslovné přepisy rozhovorů s komunikačními partnery. Dle Hendla (2005) je vhodným postupem pomalé čtení přepisů rozhovorů, během kterého dochází k lokalizaci témat, jejich označení a také všímání si kritických míst. Hendl (2005) uvádí, že kódovat lze slovo po slově, dle odstavců, nebo celých textů. Součástí analytického procesu je vytváření kategorií (Hendl, 2005).

## 4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části bakalářské práce jsou uvedena data, která byla získána výzkumem prostřednictvím techniky narativního rozhovoru. Pro větší přehlednost jsou vytvořeny tabulky, ve kterých jsou zaznamenány údaje o komunikačních partnerech (dále KP 1 - KP 6).

Tabulka 2 - kategorie identifikace

Komunikační partner	Pohlaví	Věk	Současné místo pobytu
KP 1	žena	96 let	domácí prostředí
KP 2	žena	82 let	domácí prostředí
KP 3	žena	77 let	domov pro seniory
KP 4	žena	73 let	domov pro seniory
KP 5	muž	75 let	domov pro seniory
KP 6	žena	83 let	domov pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum

Zde jsou uvedeny základní informace, které se týkají komunikačních partnerů, kteří se na výzkumu podíleli.

V tabulce 2 bylo zjištěno, že věk komunikačních partnerů se pohybuje mezi 73 - 96 lety. V této tabulce si rovněž můžeme všimnout, že součástí výzkumného souboru je pouze jeden komunikační partner mužského pohlaví. Dále z tabulky vyplývá, že výzkumný soubor je z většiny tvořen komunikačními partnery, kteří žijí v prostředí domova pro seniory. Jako důvod umístění v domově pro seniory uváděli komunikační partneři zdravotní problémy.

**KP 4:** „Já jsem začala být pravidelným návštěvníkem nemocnice, proto jsem sem přišla. Dcera se o mě musela starat, ale potom sama omarodila. No a tak jsem tady. Já totiž potřebuju 24 hodinovou péči.“

**KP 5:** „Oba jsme na tom byli špatně, jezdili jsme na vozejkou oba“ „(...) potom mě dali na LDN a z tý LDN jsem přišel rovnou sem...“

Dalším důvodem umístění v domově pro seniory byly pro komunikační partnery důvody sociální.



**KP 3:** „(...) a potom jsem se musela vystěhovat. No a od té doby jsem tady. Už je to 17 let.“

**KP 6:** „(...) ale teď už nikoho nemám, proto jsem přišla sem.“

**Tabulka 3 - kategorie rodina**

Komunikační partner	Rodina
<b>KP 1</b>	1 syn, 2 vnoučata, 3 pravnoučata
<b>KP 2</b>	2 dcery
<b>KP 3</b>	2 synové, 6 vnoučat, 4 pravnoučata
<b>KP 4</b>	3 dcery, 1 vnuk
<b>KP 5</b>	nevlastní dcera, 1 vnučka
<b>KP 6</b>	žádná

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 3 zachycuje rodinné příslušníky, o nichž se komunikační partneři v rozhovorech zmínili. V jednom z rozhovorů byli komunikačním partnerem zmínění příbuzní, se kterými byly dobré vztahy narušeny v souvislosti s úmrtím partnera.

**KP 4:** „(...) mám tři dcery. Jenomže kamarádím jen s tou jednou. Oni mi tamty dvě moc ublížily. Po tom, co umřel manžel, jsem jim řekla, že jsem s nima skončila. A když já něco řeknu, tak přes to vlak nejede.“

Z tabulky je rovněž zřejmé, že jeden z komunikačních partnerů se o žádném žijícím rodinném příslušníku nezmínil. Z tohoto rozhovoru vyplynulo, že všichni blízcí komunikačního partnera již zemřeli.

**KP 6:** „(...) mě zamřel manžel i dvě děti. Zemřeli mi všichni. I příbuzný.“ „Teď už nikoho nemám. Jsem sama a čekám.“

**Tabulka 4 - kategorie doba od úmrtí partnera**

Komunikační parter	Doba od úmrtí partnera
<b>KP 1</b>	10 let
<b>KP 2</b>	11 let
<b>KP 3</b>	více než 20 let
<b>KP 4</b>	2 roky
<b>KP 5</b>	1 rok
<b>KP 6</b>	25 let

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 4 je zaznamenána doba, před jakou došlo k úmrtí životních partnerů komunikačních partnerů.

**Tabulka 5 - kategorie okolnosti úmrtí partnera**

Komunikační partner	Příčina úmrtí partnera	Místo úmrtí partnera
<b>KP 1</b>	rakovina	nemocnice
<b>KP 2</b>	ruptura břišního aneurysma	hospic
<b>KP 3</b>	sebevražda	domácí prostředí
<b>KP 4</b>	mnohočetné zdravotní problémy	nemocnice
<b>KP 5</b>	rakovina ledvin	domov pro seniory
<b>KP 6</b>	prasklý žaludeční vřed	nemocnice

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 5 zachycuje příčinu a místo úmrtí partnerů komunikačních partnerů. Ve většině případů byla smrt důsledkem nemoci.

**KP 1:** „Poslední rok už marodil.“ „(...) dělali mu nějaký ozařování...No a potom ho přivezli rovnou do toho hospicu...Tak poslední dobu, já už ani nevím, asi 6 neděl, možná i víc trošku, byl v hospicu tady v Prachaticích...On se nemohl ani hejbat a tam ho napíchali. Všechno, aby neměl ty bolesti, protože měl rakovinu.“

**KP 2:** „(...) měl potíže...Brali mu mu střeva. Měl tam nález, tak mu to dvakrát řezali. No a potom to bylo tak, že mu zjistili, že má tadydle dole, jak mu řezali břicho, výduť. A ta výduť se trhala. No a on byl v nemocnici v Budějčích a ještě nám slíbili, že by ho poslali jako ještě do Prahy...A dcera ráno pak volala, a že umřel. Prostě chtěl jít na záchod v noci a stoupnul z postele a spadl.“ „(...) protrhlo se to, a to že je okamžitá smrt.“

**KP 4:** „A teďko k poslední už to bylo takový, že asi cítil, že už bude končit nebo co. Ale on nebyl nemocnej. Jestli byl nemocnej, tak možná s hlavou...Občas se projevoval divným způsobem. Potom ke konci už jenom třeba ležel jo. Nespál...Nemůžu říct, že jsme tu jeho smrt čekali...Jednou ho odvezli do nemocnice.“ „(...) v tý nemocnici všechny ty hadičky ze sebe pořád strhával, tak ho přivázali k posteli“ „(...) a on potom v půlnoci zemřel. A to nám řekl doktor, že mu odešlo polykání a hlasivky...“

**KP 5:** „Jenomže manželka potom začala být taková unavená, tak šla do nemocnice do Tábora. No a tam jí zjistili rakovinu ledviny...Doktoři říkali, že má jít na operaci...Jenže ona nechtěla umřít pod nožem, tak nešla...“ „(...) řekl jsem jí, co má proti tý rakovině užívat. No a ona to užívala... Ten nádor se dokonce zmenšil...Ale ona potom zemřela.“

**KP 6:** „Muž byl nemocnej, ale už mu bylo 73...Potom začal mít potíže se žaludkem a měl cukrovku.“ „Co jsem se tak doslechla, prý mu praskl vřed.“

Jeden z komunikačních partnerů uvedl, že příčina úmrtí jeho partnera byla sebevražda. Nejspíše z tohoto důvodu od tématu smrti partnera neustále odbočoval.

**KP 3:** „(...) měl podlomený zdraví a skončil sebevraždou.“

V této tabulce je dále zachyceno místo úmrtí partnera. Ze zjištěných informací vyplývá, že k úmrtí došlo převážně v zařízeních poskytujících zdravotní nebo sociální péči. Místo úmrtí se odvíjelo především podle příčiny úmrtí a akutnosti stavu zemřelého.

Tabulka 6 - kategorie oblastí zasažené úmrtím partnera

Komunikační partner	Oblasti života zasažené smrtí partnera
KP 1	sociální, zdravotní
KP 2	sociální, zdravotní
KP 3	finanční, sociální
KP 4	sociální, zdravotní
KP 5	zdravotní
KP 6	finanční, zdravotní, sociální

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 6 je zachyceno, do jakých oblastí života komunikačních partnerů úmrtí partnera zasáhlo. Většina komunikačních partnerů uváděla, že po úmrtí životního partnera se zhoršily jejich stávající zdravotní problémy nebo nové zdravotní problémy vznikly.

**KP 1:** „(...) já mám strašný potíže s hlavou víte. Mně se pořád motá hlava. Já měla vždycky problémy s hlavou, ale po tom, co manžel zemřel, se to asi zhoršilo...No a takový mám problémy s tím zdravotníkem. Jinak mě bolí, že jo, od pat až za krk. Celý záda a kolena.“

**KP 2:** „No já to od smrti Stánika mám špatný s tím srdéčkem. Měla jsem už dvakrát elektrošoky...“

**KP 4:** „Mám tři bajpásy. No a naposledy jsem měla malou mozkovou příhod. No šlo to se mnou z kopce...Akorát to zdravotníčko. Bylo toho potom na mě moc...Asi i to moje zdravotníčko je kvůli tomu, co se všechno stalo. Manžel a dcery, víte. Potom to se mnou šlo z kopce.“

**KP 5:** „(...) to moje zdraví mě začalo zlobit víc. To se mi zase začala točit víc hlava a zase jsem padnul...Potom jsem měl chvíli klid, ale potom jsem dostal infarkt.“

**KP 6:** „(...) už jsem nemohla dál. Víte, psychicky jsem na tom byla špatně. Brala jsem i nějaký prášky, ale moc to nepomáhalo.“

Často se také objevovaly sociální problémy různého charakteru. Nejčastěji se ovšem objevuje sociální izolace.

**KP 1:** „A od tý doby jsem zůstala tady sama...Já už jako ani nikam nechodím. A jsem šťastná, když nemusím jít ani nakoupit.“

**KP 4:** „(...) když zemřel bylo to hodně těžký. Potom vlastně došlo k tomu, že se s holkama nebavím...Potom co umřel manžel, jsem jim řekla, že jsem s nima skončila...Bylo to prostě špatný. Urazilo mě to...Ta jedna, ta se ani neozývá.“

U jednoho z komunikačních partnerů ovlivnila smrt partnera sociální oblast nejen negativně, ale rovněž pozitivně. Komunikační partner se po smrti partnera začal věnovat novým aktivitám, a tím došlo k vytvoření velkého množství nových sociálních vztahů.

**KP 2:** „(...) z výboru jsem udělala takovej malej kroužek. Dali jsme si název Radost a chodily jsme zpívat do svazu žen. To bylo po tom, co umřel dědo...Píšu taky články a lecos...Nejvíc mě prostě pomohlo věnovat se jiným věcem a jiným lidem.“

Další komunikačními partnery zmiňovanou oblastí života, do které smrt partnera zasáhla, byla oblast finanční.

**KP 3:** „(...) já neměla ani korunu, víte. Tam mi posílali 500 korun z toho. No za manžela, víte. Tak jsem prodala nějaký broušený sklo a dodnes mě to mrzí.“

**KP 6:** „(...) potom, když jsem byla v důchodu, tak jsem neměla ani peníze. Takže jsem ještě musela jít do práce, aby ten důchod byl takovej únosnej no.“

**Tabulka 7 - kategorie předchozí zkušenost se smrtí a truchlením**

Komunikační partner	Předchozí zkušenost se smrtí a truchlením
<b>KP 1</b>	úmrtí dcery a vnučky
<b>KP 2</b>	neuveдено
<b>KP 3</b>	úmrtí sourozenců
<b>KP 4</b>	neuveдено
<b>KP 5</b>	neuveдено
<b>KP 6</b>	úmrtí syna

Zdroj: Vlastní výzkum

V rozhovorech se někteří z komunikačních partnerů rovněž svěřili se svými zkušenostmi v oblasti smrti blízkého člověka a truchlení.

**KP 1:** „No jenže my jsme měli velký neštěstí...“ „(...) měli jsme havárii...“ „(...) dcera byla prej na místě mrtvá...No a ta její dceraka, tej byly čtyři roky. Krásná holčička, ta umřela za dva dny.“ „V tomhle věku člověk prožil už tolik těch pohřbů...“

**KP 6:** „(...) mě zemřel manžel i dvě děti. Zemřeli mi všichni. I příbuzný. Syn zemřel v roce 1993 a dva měsíce po něm zemřel manžel.“

**Tabulka 8 - kategorie využití neformální pomoci**

Komunikační partner	Neformální pomoc ze strany blízkých osob
<b>KP 1</b>	syn
<b>KP 2</b>	neuveдено
<b>KP 3</b>	neuveдено
<b>KP 4</b>	dcera
<b>KP 5</b>	přátelé
<b>KP 6</b>	bratr

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 8 zachycuje blízké osoby, od kterých se komunikačním partnerům dostalo pomoci po ztrátě partnera. Komunikační partneři nejčastěji uváděli členy nejužší rodiny.

**KP 1:** „No ale zbyl mi syn, ten mi pomohl.“

**KP 4:** „(...) ta jedna dcera s manželem a s vnukem. Oni mě tenkrát podrželi.“

**KP 6:** „František se jmenoval. On a jeho rodina mě z toho dostali. I jsem u nich chvíli potom bydlela. Starali se o mě.“

Jeden z komunikačních partnerů rovněž uvedl, že neformální pomoci se mu dostalo ze strany přátel.

**KP 5:** „Mám tu hodně kamarádů. Oni mi taky pomáhali, když zemřela žena. Chodili tu za mnou a ptali se. Nechtěl jsem o tom mluvit, ale pomáhalo mi to.“

Tabulka 9 - kategorie využití formalizované pomoci

Komunikační partner	Využití formalizované pomoci
<b>KP 1</b>	lékařská pomoc
<b>KP 2</b>	lékařská pomoc
<b>KP 3</b>	duchovní pomoc
<b>KP 4</b>	lékařská pomoc
<b>KP 5</b>	lékařská pomoc
<b>KP 6</b>	lékařská pomoc, duchovní pomoc

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 9 zachycuje druhy formalizované pomoci, které komunikační partneři po úmrtí životního partnera vyhledali. Jednalo se zejména o lékařskou pomoc, což přímo souvisí se změnou zdravotního stavu, ať už na úrovni fyzické nebo psychické.

Dalším typem formalizované pomoci, který komunikační partneři vyhledali, byla pomoc duchovní.

**KP 3:** „*Já chodím každou sobotu tady na bohoslužbu a vždycky se za něj pomodlím. Já jsem věřící. Od mala. No a tohle mi hodně pomohlo, když muž odešel. Tenkrát jsem do kostela chodila snad každéj den. Někdy jsem tam jen seděla a někdy rozmlouvala s panem farářem, víte.*“

**KP 6:** „*Já tu chodím i na bohoslužby, tam se vždycky za všechny pomodlím. Pan farář je skvělý. On mě chápe a dodává mi odvahu. Jako tenkrát, když se to stalo. Jeho rady jsou zlaté...*“

**Tabulka 10 - kategorie aktivity a zájmy**

<b>Komunikační parter</b>	<b>Aktivity a zájmy</b>
<b>KP 1</b>	kocour
<b>KP 2</b>	zpěv, psaní článků
<b>KP 3</b>	malování
<b>KP 4</b>	kuchařské recepty
<b>KP 5</b>	hra na klávesy
<b>KP 6</b>	neuvedeno

Zdroj: Vlastní výzkum

Jelikož s úmrtím životního partnera je spojena změna životního stylu, musejí pozůstalí často upustit od svých dosavadních zálib a aktivit. Některé aktivity ovšem přetrvávají i po ztrátě partnera. V tabulce 10 jsou zaznamenány aktivity a zájmy, kterým se komunikační partneři po úmrtí partnera věnují.

**KP 1:** „*Jsem samotář s tím kocourem. Paša se jmenuje. Už mu bude letos třináct let. My si vystačíme spolu. Já luštím křížovky a on leží tady na stole a pomáhá mi.*“

**KP 2:** „*(...) zpíváme už 11 let. Píšu taky články a lecos*“ „*(...) já se tu nenudím.*“

**KP 3:** „*Mně vám baví malování pořád. Tady chodím taky malovat. Já miluju umění.*“

**KP 4:** „*(...) dcera mi sem nosí tadydle ty časopisy s receptama. To mě baví. To já si vždycky říkám, že kdybych měla kde, tak to hned uvařím. Takové dobroty samé.*“

**KP 5:** „*Já jim hrál tady na klávesy. Já totiž hraju. A to mě dává pozitivní energii. Pořád hraju.*“



**Tabulka 11 - kategorie adaptace na změnu a vzpomínání**

Komunikační partner	Adaptace na změnu a vzpomínání
<b>KP 1</b>	noční snění o zesnulém
<b>KP 2</b>	truchlení s rodinou
<b>KP 3</b>	modlitby, mluvení se zemřelým
<b>KP 4</b>	nalezení životní pohody
<b>KP 5</b>	racionalizace
<b>KP 6</b>	sebevražedné myšlenky

Zdroj: Vlastní výzkum

V oblasti adaptace na změnu a vzpomínání na zemřelého se objevuje mnoho individuálních odlišností. Avšak ve všech případech již došlo k vyrovnání se se ztrátou partnera.

**KP 1:** „(...) nejhorší na tom je, že mě se to zdá pomalu noc co noc. Vždycky mě nějaký zemřelý navštíví. Muž skoro každý den. No třeba ani jako nemluví, ale vím, že tam byl, že jsme někde byli společně.“

**KP 2:** „Já bych s ním ale byla pořád, kdyby to šlo. Mám na něj hezký vzpomínky, ale taky se mě nazlobil...Občas si se Stáničkou, to je moje dcera, zapláčeme a na Stánika zavzpomínáme.“

**KP 3:** „(...) chodím každou sobotu tady na bohoslužbu a vždycky se za něj pomodlím...Chodila jsem hodně na Otylku za ním. Tam jsem si s ním povídala. Ale teď už ne.“

**KP 4:** „(...) jinak se mám dobře. Víte, ten život s ním nebyl lehký. A teď je to všechno mnohem lehčí.“

**KP 5:** „Chybí mi tady moc...Ale je to život. Jeden z nás musel umřít první. Mohl jsem to být já, nebo ona. Nakonec to byla ona a já tu zůstal“ „(...) občas si zahraju pro radost a vzpomínám na ten krásnej život s ní. Ale už jsou jen ty vzpomínky. Občas sem přijde ta její dcera s manželem, víte. A třeba vzpomínáme spolu. To se i hodně nasmějeme. Občas si i popláčeme...“

Pouze u jednoho komunikačního partnera se vyskytlo komplikované truchlení. Avšak v tomto konkrétním případě mohlo být komplikované truchlení způsobeno

souhrou okolností, kdy komunikačnímu partnerovi zemřel v krátkém časovém intervalu životní partner a obě děti.

**KP 6:** *„Nebylo to vůbec jednoduchý. Kolikrát jsem i myslela, že už tu nechci být a sama tu nebudu. Měla jsem takový myšlenky. Víte, prostě odejít sama a už se netrápit tady. Ale nešlo to, kvůli nim to nešlo...Jsem sama a čekám. Čekám, až taky odejdu.“*

Během rozhovorů jsem si všimla, že většina komunikačních partnerů má v místnosti vystavené fotografie se svými partnery. Někteří z komunikačních partnerů mi začali fotky sami ukazovat a popisovat okolnosti pořízení fotografie.

U všech komunikačních partnerů bylo zjevné, že jim jejich životní partner stále chybí, ať už od jeho úmrtí uplynula jakákoliv doba. Při několika rozhovorech došlo při vzpomínkách na partnera k uvolnění emocí a komunikační partneři se rozplakali.

## 5. DISKUZE

Cílem této práce bylo zjistit, do jakých oblastí života seniora zasahuje úmrtí životního partnera a dále zjistit, jaký typ konkrétní pomoci by senioři v této obtížné životní situaci potřebovali.

Věk seniorů, se kterými byly uskutečněny rozhovory, se pohyboval mezi 73 a 96 lety. Přičemž věk, ve kterém tyto osoby ztratily životního partnera, se pohyboval mezi 52 a 86 lety. Vodáková (1996 in Špatenková, 2005) uvádí, že věk, ve kterém dojde k ovdovění, ovlivňuje, zda bude ovdovění krátkodobý, dlouhodobý či trvalý vztah. Špatenková (2005) dodává, že dalším faktorem, který tuto skutečnost ovlivní je pohlaví pozůstalého. Z výzkumu vyplývá, že věk v této oblasti pravděpodobně nehraje roli. Ani jeden ze seniorů, který se stal součástí výzkumu, neuzavřel nové manželství a rovněž si nenašel ani nového partnera. Jelikož převážnou většinu komunikačních partnerů tvořily ženy, může být tento výsledek důsledkem jevu, který se nazývá mužská nadúmrtnost. Působením tohoto jevu počet žen v důchodovém věku razantně převyšuje počet mužů a v populaci je tedy více vdov než vdovců. Špatenková (2005) toto potvrzuje výrokem, že vdovství je především ženská zkušenost. Dle Špatenkové (2005) bývá vdovství v případě seniorů často stavem trvalým a doživotním. Dle Vágnerové (2000) bývá postoj seniorů k novému partnerství často ambivalentní až zcela odmítavý. Vágnerová (2000) uvádí, že zejména staré ženy si chtějí zachovat svou nezávislost a vyhnout se tomu, že by se znovu vystavily zátěži péče o nemocného partnera. Dalším důvodem může být dle Vágnerové (2000) například to, že postoj společnosti k novému partnerství starých lidí bývá spíše odmítavý. Jeden z komunikačních partnerů, žena, které bylo v době úmrtí životního partnera 52 let, jako hlavní důvod toho, proč si nenašla nového partnera, uvedla své syny. Tito synové již předem zaujímali odmítavý postoj ke všem případným novým partnerům své matky. Vágnerová (2000) uvádí, že společnost má tendenci vnímat staré lidi jako asexuální jedince. Takovým způsobem je posuzují i jejich dospělé děti a snaží se milostné touhy starých lidí aspoň omezit (Vágnerová, 2000).

Jev mužské nadúmrtnosti může být rovněž příčinou toho, že ve výběrovém souboru se objevuje pouze jeden muž. Vrátime-li se k navazování nových partnerských vztahů, skutečnost, že senior nový partnerský vztah nenaváže, může významně posilovat sociální izolaci. Ta se také u několika komunikačních partnerů objevila.

Z toho vyplývá, že úmrtí životního partnera zasahuje v první řadě do oblasti sociálních vztahů.

Kubičková (2001) uvádí, že úmrtí některého člena rodinného systému mění strukturu a narušuje stabilitu a fungování celého tohoto systému. U jednoho ze seniorů, se kterým byl uskutečněn rozhovor, se tato situace opravdu objevila. Bezprostředně po úmrtí manžela došlo k vážnému narušení vztahu mezi matkou a dcerami. Kubičková (2001) má za to, že úmrtí člena rodiny může aktivovat již existující problémy a zhoršená úroveň komunikace nebo porušené vztahy mezi členy rodiny mohou vyústit v somatické, psychické a psychosociální problémy. U tohoto komunikačního partnera se v návaznosti na úmrtí partnera a s tím spojeného narušení rodinných vztahů opravdu objevily vážné zdravotní problémy. Zdravotní problémy se ovšem objevily u převážné většiny komunikačních partnerů, a proto lze říci, že další oblastí, kterou úmrtí životního partnera výrazně ovlivní, je oblast zdravotní. Špatenková (2005) uvádí, že truchlení se projevuje nejen na úrovni nálady, myšlení a chování, ale také na úrovni tělesných projevů. Z rozhovorů je zřejmé, že zdravotní problémy s ukončením procesu truchlení nevymizí, nýbrž přetrvávají a v některých případech se i stupňují. Kubičková (2001) uvádí, že velkým nebezpečím truchlení ve stáří je to, že smutek může velmi snadno přejít do své patologické formy - deprese. Autorka zároveň dodává, že jednou z příčin může být multiplicita ztrát. Ve výzkumném souboru se opravdu objevil komunikační partner, u kterého se po několikanásobné ztrátě rozvinuly vážné psychické problémy, které vygradovaly až k myšlenkám na ukončení vlastního života.

Další oblastí, do které bylo úmrtím životního partnera zasaženo, byla oblast finanční. Vágnerová (2000) uvádí, že zhoršení ekonomické situace se objevuje zejména u žen, které mají nižší důchody. Je velice zajímavé, že tuto oblast zmínili pouze senioři, kteří přišli o partnera v poměrně mladém věku. Jednalo se o jedince, ženy, kterým bylo v době úmrtí partnera 52 a 58 let.

Sociální, zdravotní a finanční oblast byla u každého komunikačního partnera zasažena různou měrou a různými způsoby. U většiny komunikačních partnerů se objevily problémy především v oblasti zdravotní a sociální. Pouze v jednom případě se jednalo o kombinaci všech tří oblastí.

Nyní se zaměříme na druhý cíl, a to zjistit, jaký typ konkrétní pomoci by senioři, kteří přišli o svého životního partnera, potřebovali. Kubičková (2001) má za to, že hlavním zdrojem pomoci pozůstalým by měly být především jejich primární členské skupiny, a to rodina, přátelé a sousedé. A právě především neformální pomoci využili

i účastníci tohoto výzkumu. Komunikačním partnerům se dostávalo pomoci a podpory zejména ze strany dětí a nejbližších příbuzných. Tato skutečnost vyvrací závěry výzkumů Vollmanna (1971) a Rosenblatta (1991), o kterých se zmiňuje Kubíčková (2001) a to, že rodina není zpravidla schopna poskytnout truchlícímu adekvátní podporu a pomoc. Tím, že senioři, kteří se výzkumu zúčastnili, využili především neformální pomoci, lze předpokládat, že se naplnilo jejich očekávání od druhých lidí, o kterém se zmiňuje Špatenková (2005). Toto očekávání zahrnuje především představu pomoci a opory ze strany dospělých dětí (Špatenková, 2005).

Ze systému formalizované pomoci byla pozůstalými seniory vyhledána pouze pomoc lékařská a duchovní. Dle Kubíčkové (2001) vyhledávají truchlíci lékařskou pomoc v důsledku dekompenzace jejich zdravotního stavu, a to v oblasti fyzické i psychické. Výše již bylo zmíněno, že téměř u všech komunikačních partnerů se zdravotní stav v důsledku úmrtí partnera zhoršil. Z tohoto důvodu vyhledali tito jedinci lékařskou pomoc.

Ve dvou případech komunikační partneři vyhledali pomoc duchovní. To, že církevní pomoc využili pouze dva senioři, potvrzuje tvrzení Kubíčkové (2001), která uvádí, že v současné době se mnoho lidí k žádnému náboženství nehlásí a v případě potřeby tedy vyhledávají jiné druhy pomoci.

Z výsledků vyplývá, že pozůstalí vyhledali pouze tyto dva druhy formalizované pomoci. Dle Ludačkové (2013) se někteří jedinci mohou domnívat, že jejich žal je projevem slabosti a brání se dát svému zármutku průchod, snaží se jej potlačit a skrývat. Také toto může být důvodem, proč žádný z komunikačních partnerů nevyhledal jiný druh formalizované pomoci než výše zmíněné. Dle mého názoru může být důvodem rovněž nízké povědomí lidí o tom, že existují velice rozmanité druhy pomoci pro pozůstalé. Toto jsou ovšem pouze dohady, které by se mohly stát předmětem dalšího zkoumání.

Existují genderové rozdíly mezi oblastmi života, které smrt partnera zasáhne? Tuto otázku nelze na základě výzkumu zcela objektivně zodpovědět. Jak již bylo výše zmíněno, ve výzkumném souboru se objevil pouze jeden komunikační partner mužského pohlaví. Lze ovšem potvrdit některé genderově zakotvené teorie, které uvádí literatura. Vágnerová (2000) například uvádí, že ženy vdovy kompenzují své pocity osamělosti vytvářením izo-sexuálních společenství. Taková společenství dávají význam mnoha aktivitám, umožňují projevit generační solidaritu a sdílet určité, většinou podobné záliby, prožitky i zkušenosti. Tento jev se u jedné z žen, které se staly součástí

výzkumu, opravdu objevil. Tato žena začala bezprostředně po úmrtí partnera navštěvovat svaz žen a následně vytvořila ženský pěvecký sbor.

Tvrzení Vágnerové (2001), že muži mají při vyrovnání se s ovdověním větší problémy, nelze spolehlivě potvrdit ani vyvrátit. Dle Vágnerové (2001) muži své emoce často potlačují, jelikož je sociálně nežádoucí, aby muž projevoval smutek navenek ve větší míře. Muž, který se zúčastnil tohoto výzkumu, projevoval své emoce otevřeně a při rozhovoru se mnou se dokonce rozplakal. Lze ovšem říci, že z jeho slov je patrné, že se se smrtí své ženy z velké části již vyrovnal, a to i přes to, že od jejího úmrtí uplynul pouze jeden rok.

Můj výzkum celkově potvrzuje fakt, že fenomén smrti a umírání se v životě jednotlivce projevuje vždy individuálně a výrazný podíl na zpracování a schopnosti přijmout ztrátu životního partnera, ovlivňují individuální přístupy a opora jak ze strany rodiny, tak širšího okolí.

## 6. ZÁVĚR

Smrt, slovo, které v naprosté většině lidí vyvolá strach. Bezprostřední setkání se smrtí přináší nejen nekonečný smutek, ale i zamyšlení nad velkým otazníkem, který smrt představuje. Teorie popisující smrt z lékařského hlediska a filosofické či náboženské pohledy jsou všeobecně známé, ale pohledy "obyčejných" lidí na smrt se liší člověk od člověka. Ve většině společností je téma smrti tabuizované a toho, kdo o ní otevřeně hovoří, považuje společnost přinejmenším za podivína. Zde se nabízí otázka, proč se vlastně společensky nepřijatelným tématem stalo právě něco tak přirozeného, jako je smrt. O smrti je důležité nejen hovořit, ale i o ní přemýšlet, a to nejen v situacích či obdobích, kdy se k ní sami přibližujeme. Nejpravděpodobnější příčinou této tabuizace v hovoru i myšlení by mohlo být to, že lidé se smrti jednoduše bojí. Otázkou ovšem je, zda se lidé bojí smrti samotné nebo bolesti, která s ní může být spojena. Pro člověka je přirozené strachovat se neznámého. Pro mnohé může onen největší strach vycházet z toho, že nikdo neví, kdy si pro nás smrt přijde. Všichni lidé se vlastní smrti či smrti svých blízkých snaží vyhýbat nejrůznějšími prostředky. Mnohdy může být smrt vnímána pozitivně, zejména potom jako vysvobození z lidského utrpení. Smrtí může ovšem utrpení končit, ale také začínat. Ta bolest, kterou cítí lidé, kteří zůstali opuštěni milovaným člověkem, je obrovská. Vyrovnávání se se smrtí blízkého člověka a zvykání si na jeho nepřítomnost je velmi obtížné.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, do jakých oblastí života seniora zasáhne úmrtí životního partnera a jaké typy konkrétní pomoci jsou v této těžké životní situaci seniory využívány. Dále jsem se zaměřila na výskyt genderových rozdílů mezi oblastmi života, které úmrtí životního partnera zasáhne.

Úmrtí životního partnera je pro seniory obrovským zásahem. Senioři se s takovou situací vyrovnávají velice obtížně. Dochází ke změnám, které negativně zasahují do mnohých oblastí života. Narušena je především oblast sociálních vztahů, kdy mnohdy dochází k sociální izolaci jedince. V této těžké životní situaci je pro pozůstalého důležitá především rodina, která může výrazně ovlivnit proces truchlení a zmírnit pocit osamění, který může mít na seniora devastující vliv. Cílem by ovšem mělo být zachování kvality života ve všech rovinách.

## 7. SEZNAM LITERATURY

1. BOWLBY, J., 2013. *Ztráta: smutek a deprese*. Praha: Portál. 420 s. ISBN 978-80-262-0355-1.
2. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
3. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
4. DAHLBERG, L. et al., 2018. Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 75(March - April 2018), 96-103. ISSN 0167-4943.
5. DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
6. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada. 170 s. ISBN 80-247-0197-9.
7. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
8. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
9. HEŘMANOVÁ, E., 2012. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia*. 44(4), 407-25. ISSN 1336-8613.
10. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
11. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
12. KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
13. KARANTZAS, C. G., GILLATH, O., 2017. Stress and wellbeing during chronic illness and partner death in later-life: the role of social support. *Current Opinion in Psychology*. 2017(13), 75-80. ISSN 2352-250.
14. KAST, V., 2015. *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál. 143 s. ISBN 978-80-262-0789-4.
15. KOPŘIVOVÁ, J., 2010. I pozůstali potřebují pomoc a podporu. *Sociální práce*. 10(2), 49-52. ISSN 1213-6204



16. KOPŘIVOVÁ, J., 2010. Laická poradna Alej pomáhá pozůstalým najít novou cestu. *Sociální práce*. 10(2), 21-3. ISSN 1213-6204.
17. KUBÍČKOVÁ, N., 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV Institut sociálních vztahů. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.
18. LUDAČKOVÁ, E. et al., 2013. *Průvodce v čase zármutku*. Prachatice: Hospic sv. Jana Neumanna. 35 s. ISBN 978-80-904587-4-1.
19. MINIBERGOVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
20. PACOVSKÝ, V., 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
21. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
22. SKORUNKOVÁ, R., 2013. *Základy vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. 159 s. ISBN 978-80-7435-253-9.
23. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení podané ruce. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
24. ŠPATENKOVÁ, N., 2005. Fenomén vdovství. In: SÝKOROVÁ, D. et al. (eds.). *Třetí věk trojí optikou*. Olomouc: Univerzita Palackého. 71-88 s. ISBN 80-244-1006-0.
25. ŠPATENKOVÁ, N., 2008. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-247-1740-1.
26. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2010. Konstitucionalizování formalizované péče o pozůstalé. *Sociální práce*. 10(2), 108-14. ISSN 1213-6204.
27. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
28. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
29. VODÁČKOVÁ, D. et al., 2002. *Krizová intervence*. Praha: Portál. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.
30. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. vydání. Praha: Grada. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
31. ZEMAN, M., 2008. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*. 4(1), 140-49. ISSN 1212-4117.

32. ŽUMÁROVÁ, M., 2012. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print. 178 s. ISBN 978-8089295-43-2.

33. *The Quality of Life Model*, ©2017. [online]. University of Toronto. [cit. 2017-12-15]. Dostupné z: [http://sites.utoronto.ca/qol/qol\\_model.htm](http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm).

34. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*, © 2017. [online]. WHO. [cit. 2017-12-13]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>.

## **8. SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ**

Tabulka 1 - model kvality života Centra pro podporu zdraví University Toronto .	16
Tabulka 2 - kategorie identifikace.....	32
Tabulka 3 - kategorie rodina .....	33
Tabulka 4 - kategorie doba od úmrtí partnera .....	34
Tabulka 5 - kategorie okolnosti úmrtí partnera .....	34
Tabulka 6 - kategorie oblasti zasažené úmrtím partnera.....	36
Tabulka 7 - kategorie předchozí zkušenost se smrtí a truchlením .....	37
Tabulka 8 - kategorie využití neformální pomoci.....	38
Tabulka 9 - kategorie využití formalizované pomoci .....	39
Tabulka 10 - kategorie aktivity a zájmy.....	40
Tabulka 11 - kategorie adaptace na změnu a vzpomínání .....	41