

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Markéta Zindulková

**Specifika umírání a truchlení během pandemie**

**Covid-19**

**Specifics of dying and grieving during the Covid-  
19 pandemic**

## Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce PhDr. Markétě Zajícové, Ph.D. za její velkou ochotu za čas mně věnovaný, za téměř okamžité odpovědi a podnětné připomínky, které mi poskytla.

Také chci poděkovat mé mamince, která mě podporuje po celé mé studium a pomáhá mi využívat příležitosti, jež mi tento svět nabízí.

## Prohlášení

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

*V Praze dne 2.5. 2022*



.....  
*Markéta Zindulková*

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou umírání a truchlení během pandemie Covid-19. Jejím cílem je popsat tuto problematiku v českém prostředí a poskytnout souhrn a podklad, který usnadní další zkoumání. Teoretická část popisuje, jaké postoje má ke smrti česká společnost a jak se tyto postoje vyvíjejí. Dále se zaměřuje na to, jak vypadala péče v závěru života právě během pandemie. Nemalá část práce se věnuje truchlícím pozůstalým, procesu truchlení, komplikovanému truchlení a vlivu, který pandemie na tento proces měla. Návrh výzkumu obsahuje jak kvalitativní, tak kvantitativní část a obě tyto části se věnují truchlení u pozůstalých po obětech viru SARS-CoV-2. Kvalitativní část se zaměřuje na aspekty, které s pandemií Covid-19 souvisejí a které mají na proces truchlení dopad.

## **Klíčová slova**

umírání; truchlení; komplikované truchlení; pandemie Covid-19; péče v závěru života

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with the topic of dying and grieving during the Covid-19 pandemic. Its aim is to describe this issue in the Czech environment and to provide summary and background to facilitate further research. The theoretical part describes what attitudes Czech society has towards death and how these attitudes have evolved. It also focuses on end-of-life care during the pandemic. A significant part of the thesis is devoted to bereaved mourners, the process of grieving, complicated grief and the impact that the pandemic had on this process. The research design includes both a qualitative and quantitative section, and both of these sections focus on the grieving process of mourners of SARS-CoV-2 victims. The qualitative part focuses on aspects related to the Covid-19 pandemic that impact the grieving process.

## **Keywords**

Dying; Grieving; Complicated grief; Covid-19 pandemic; End-of-life care

## 1. Obsah

Úvod.....	6
Literárně přehledová část .....	8
1. Smrt a „dobrá smrt“.....	8
2. Proměny pojetí smrti v čase .....	9
2.1. Historické pojetí smrti .....	9
2.2. Aktuální pojetí smrti ve společnosti .....	10
3. Péče v průběhu umírání.....	11
3.1. Hlavní principy a formy paliativní péče .....	11
3.2. Potřeby umírajících.....	13
3.3. Potřeby neformálních pečujících .....	14
4. Specifika umírání během pandemie Covid-19 .....	15
4.1. Mapování specifik péče během pandemie .....	15
4.1.1. Péče se sníženou mírou osobního kontaktu.....	16
4.1.2. Omezení kontaktu s umírajícím .....	17
4.1.3. Elektronická komunikace .....	17
4.2. Viditelná smrt .....	18
5. Truchlení .....	18
5.1. Nekomplikované (normální) truchlení.....	19
5.2. Komplikované truchlení .....	21
5.2.1. Vymezení pojmů .....	21
5.2.2. Porovnání diagnostických kritérií dle MKN-11, DSM-5 a DSM-5-TR22	
5.2.3. Možné podoby komplikovaného truchlení.....	24
5.3. Faktory ovlivňující průběh procesu truchlení .....	25
5.3.1. Rizikové faktory .....	25
5.4. Prevalence komplikovaného truchlení.....	28
5.4.1. Prevalence komplikovaného truchlení v kontextu pandemie.....	28

5.5. Kritika patologizace zármutku.....	29
6. Pohřební rituál.....	30
6.1. Význam pohřbu pro pozůstalé.....	30
Výzkumná část (návrh výzkumu).....	32
7. Výzkumný problém, cíle výzkumu, hypotézy a výzkumné otázky.....	32
8. Design výzkumného projektu.....	33
8.1. Typ výzkumu.....	33
8.2. Výzkumné metody a metody sběru dat.....	33
8.2.1. Kvantitativní část výzkumu.....	33
8.2.2. Kvalitativní část výzkumu.....	34
8.3. Metody zpracování a analýzy dat.....	35
9. Výzkumný soubor.....	36
10. Etika výzkumu.....	37
11. Diskuse.....	38
12. Závěr.....	41
13. Seznam použité literatury.....	42
14. Seznam tabulek.....	53
15. Seznam zkratk.....	54
Příloha 1.....	I

## Úvod

První případy nákazy koronavirem SARS-CoV-2 byly identifikovány v čínském Wu-chanu v prosinci roku 2019. Na českém území byl virus poprvé zaznamenán 1. března následujícího roku. Nákaza se prokázala u tří lidí cestujících z Itálie (Mas, 2020). Začátek pandemie vyvolal u Čechů velkou solidaritu. Byly zasaženy v podstatě všechny oblasti života: práce, volný čas, škola. Pandemie však zasáhla českou populaci ještě na jednom místě. V oblasti zdravotnictví a v návaznosti na to i v oblasti péče o umírající. Podle českého statistického úřadu zemřelo v roce 2020 129 289 obyvatel Česka, což ve srovnání s rokem 2019 představuje nárůst počtu zemřelých o bezmála 17 tisíc. Covid-19 se tak stal v roce 2020 druhou nejčastější příčinou smrti (Český statistický úřad, 2021).

Smrt však k životu nevyhnutelně patří, je jeho jediným možným koncem a jednou potká každého člověka. Otázkou spíše je, jak budou poslední dny člověka vypadat. Tato bakalářská práce se zabývá tím, jakým způsobem pandemie proces umírání proměnila. Dále se zaměřuje na proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou, neboť to, jak vypadají poslední dny člověka, má velký vliv nejen na umírajícího, ale také na pozůstalé. Dále se práce zabývá vlivem pandemické situace na rozvoj komplikovaného truchlení či prolongovaného smutku. Část práce je pak zaměřena na rituály vázající se ke smrti, protože byl omezen nejen kontakt s umírajícím, ale i další způsoby rozloučení se, jmenovitě pohřby. Je téměř nemožné si představit, že tato omezení neměla na umírání a na pozůstalé žádný vliv. V odborných kruzích se mluví o návaznosti další, tzv. „stínové pandemie,“ kterou bude pandemie komplikovaného truchlení (Tucci & Doka, 2021).

Cílem mé práce je dát problematice komplikovaného truchlení v návaznosti na pandemii lepší vědecké ukotvení v rámci České republiky, protože se domnívám, že v našem prostředí zatím nebyl tomuto tématu věnována dostatečná pozornost z řad odborníků, a to i přes to, že smrt blízkého je jednou z nejméně stresujících událostí v životě člověka a může vést k rozvoji nejrůznějších zdravotních problémů (Hobson et al., 1998; Stroebe et al., 2007).

Teoretická část se věnuje historickému vnímání smrti ve společnosti a jeho vývoji, dále pak současnému přístupu k umírání. Velká část práce je věnována pozůstalým, procesu truchlení. Práce se zabývá také komplikovaným truchlením a faktory, které ho ovlivňují. Návrh výzkumu se zabývá právě komplikovaným truchlením u pozůstalých po viru SARS-CoV-2. Kvantitativní část výzkumu má za cíl zjistit, zda pozůstalí, kteří měli možnost osobního kontaktu s umírajícím, budou méně často komplikovaně truchlit než ti, kteří tuto



možnost neměli. Kvalitativní část má za cíl explorovat faktory, které s pandemií souvisejí a měly vliv na proces truchlení.

Protože se jedná o velmi aktuální a stále se vyvíjející téma, je v práci čerpáno z velké části ze zahraničních výzkumů, neboť v česku zatím není téma dostatečně popsáno. V práci je citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2020).

# Literárně přehledová část

## 1. Smrt a „dobrá smrt“

Co je vlastně smrt? Špatenková (2014) uvádí, že klíčové je medicínské vymezení smrti, neboť jedině lékař je v současné společnosti kompetentní k tomu, aby konstatoval smrt. Špatenková (tamtéž) rozlišuje okamžik smrti, jenž můžeme definovat jako srdeční zástavu a smrt mozku, která je ekvivalentem smrti individua, protože mozek jako jediný reprezentuje osobnost a identitu člověka.

Podoba toho, co lidé vnímali jako dobrou smrt, se v průběhu historie výrazně proměňovala. Ariés (2000) píše o tom, že náhlá smrt byla ve středověku brána jako hanba a potupa, znak božího hněvu. Lidé si tedy náhlou smrt nepřáli. Tento postoj je naprosto opačný k současnému postoji české společnosti, kdy je náhlá smrt často považovaná za smrt dobrou (Špatenková, 2014). Pojem náhlá smrt označuje situaci, kdy dojde ke smrti bez předchozích chorobných pocitů a příznaků a kdy smrt nastává obvykle v krátké době (tamtéž). Pokud se však zaměříme na pozůstalé, několik výzkumů dospělo ke shodnému závěru, že v případě náhlé smrti je pro pozůstalé proces truchlení náročnější a může přejít až do tzv. komplikovaného truchlení nebo také prolongovaného zármutku, tedy patologického stavu, který znesnadňuje jedinci fungování (Burke & Neimeyer, 2013; Kristensen et al., 2012).

Jak je řečeno v mnohých publikacích, (Špatenková, 2014; Kupka, 2014) smrt se stala postupem času tabuizovanou záležitostí. Dnešní moderní medicína je charakteristická tím, že velmi intenzivně bojuje o ohrožený život každého člověka (Kupka, 2014). V současnosti je představa o dobré smrti taková, že by měla přijít na konci dlouhého a úspěšného života, a to optimálním způsobem: rychle, bezbolestně a s pomocí profesionálů, kteří vědí, co mají udělat (Haškovcová, 2007).

Ve spojení s představou o dobré smrti můžeme též hovořit o smrti důstojné. Kupka (2014, s. 20) píše: „Každý z nás touží po dobré, důstojné smrti.“ Právě důstojnost se stala ústředním tématem paliativní péče v jejím soudobém pojetí.

## 2. Proměny pojetí smrti v čase

Abychom mohli lépe porozumět, jak vypadá umírání dnes, musíme se vydat na chvilku zpět do historie a přiblížit se tak k pochopení toho, jak se vnímání smrti proměňovalo. Oblast, která se péčí o umírající nyní věnuje, se nazývá paliativní péče. Jedná se o takovou péči, která má umírajícímu (a jeho blízkým) ulehčit situaci, kdy se potýká s nevléčitelnou nemocí nebo se z jiného důvodu blíží terminální fáze jeho života. Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží (WHO, 2020).

### 2.1. Historické pojetí smrti

Haškovcová (2007) píše, že před rozvojem medicíny a jejím zpřístupněním většině lidí, bylo samozřejmější zemřít než žít. Upozorňuje nicméně také na to, že představa, kterou o umírání v minulosti máme, je idealizovaná. Ve skutečnosti měli určitou formu lékařské „paliativní péče“ většinou pouze bohatí. Mnoho lidí také umíralo bez jakékoli asistence na veřejných prostranstvích ve špíně, bez pomoci a o hladu. Pokud měl však umírající rodinu, svolal ji a vyslovil svá poslední přání. Následně byl do domu přivolán kněz, který měl za úkol poskytnout potřebnou útěchu. Kvůli nedostatku finančních prostředků nebylo často možné zavolat lékaře, a právě proto nebylo mnoho způsobů, jak zmírnit bolest jinak než slovy (tamtéž).

Historie toho, jak bylo umírání vnímáno v naší zemi je do velké míry spojena (nepřekvapivě) s křesťanstvím. Davies (2007) uvádí, že v křesťanských kulturách převládlo vnímání života jako přípravy na cestu do obce boží, do které člověk přichází až po smrti. Utrpení během života je v křesťanstvím vykládáno do určité míry jako vykoupení hříchů, smrt jako dveře do posmrtného bytí. Haškovcová (2007) zmiňuje, že není možné říci, že by se lidé v minulosti smrti nebáli, ale spíše, že se jí báli jinak.

K přesunu smrti z domova do nemocnic začalo docházet postupně s rozvojem ošetrovatelství obecně. Pro kontext je dobré zmínit, že první ošetrovatelská škola byla na území tehdejšího Rakouska-Uherska založena až v roce 1874. Umírající byli většinou až poslední skupinou, na kterou se dbalo. Neměli soukromí, leželi mezi dalšími nemocnými pacienty a umírali bez specifické péče (Haškovcová, 2007). Díky technickému a vědeckému pokroku se začalo dařit léčit nemoci a zranění, u kterých to dříve možné nebylo, začala se

prodlužovat průměrná délka života a smrt ustoupila do pozadí každodenního života. Koncem 19. století se začalo mluvit o komercializaci smrti a začalo se zdát, že na smrt a na rituály na ní navazující není čas ani peníze (Kupka, 2014). Asi ve 20. letech 20. století se začaly pro zlepšení soukromí umírajících i ostatních pacientů užívat bílé zástěny – pleny. Za umírajícím téměř nechodili blízcí, návštěvy probíhaly pouze v sobotu a v neděli. Smrt se stala osamocenou událostí (Haškovcová, 2007).

## **2.2. Aktuální pojetí smrti ve společnosti**

V západních zemích se lidé se smrtí nepotkávají v průběhu svého běžného každodenního života, ale často se s ní setkají osobně až v době střední dospělosti (Pentaris & Woodthorpe, 2022). Smrt je skrývána, je vhodné o ní mlčet a je žádoucí opakovaně ujišťovat sebe i druhé, že v blízké budoucnosti zvítězíme i nad příčinami dnešních smrtí (Haškovcová, 2007).

Ariès (2000) zmiňuje, že život především ve městech plyne tak, jako by nikdo neumíral, většina lidí ani nepostřehne pohřební vůz. Možná by se dalo říci, že se vlastně umírání stalo nejen tématem tabuizovaným, ale téměř nekorektním.

Ačkoli se přístup k umírání za poslední roky posouvá a vyvíjí a současně se téma dobrého umírání dostává do popředí v odborných kruzích, pro veřejnost je smrt stále velkým tabu. Napovídají tomu data zveřejněná Agenturou STEM/MARK ve spolupráci s domácím hospicem Cesta domů. Podle výsledků průzkumu Cesty domů, celkem 70% dotázaných už někdy přemýšlelo o tom, jak by měli vypadat jejich poslední dny. Pouze 36% však o svých představách s někým mluvilo (Cesta domů, 2013). I posmrtná péče spadá většinou pod odborníky nebo profesionály, kteří se o tělo zemřelého postarají. Data z let 2011 – 2017 zároveň ukazují, že ve zdravotnických zařízeních zemřelo přes 67% lidí. Na druhém místě je podle počtu zemřelých sice uváděn domov, ale pod tento číselný údaj spadají i zařízení sociálních služeb (Švancara et al., 2016). Tato skutečnost je o to podstatnější, že dle statistik neodpovídá našim přáním. Doma by si přálo zemřít 78% dotázaných, 7% pak uvedlo, že si doma umřít nepřeje (Cesta domů, 2013).

### 3. Péče v průběhu umírání

Paliativní péče je řazena spíše mezi „mladé“ obory a má tedy poměrně krátkou historii. I přesto prošla značným vývojem. Již zmiňovaný důraz na vítěznou medicínu, která se rozvinula především ve 2. polovině 20. století, způsobil opomíjení potřeb umírajících. Souběžně s tím a do velké míry v reakci na tento nedostatek lékařství, došlo ke vzniku hospicového hnutí, jehož hlavní protagonistkou byla Dame Cicely Saundersová (Vorlíček et al., 2004). Ta se zasloužila o otevření prvního Londýnského hospice s názvem St. Christopher's Hospice (Haškovcová, 2007), který byl založen v roce 1967 a jehož vznik lze považovat za milník počátku moderní paliativní péče (Bužgová, 2015). Na základě inspirace filozofií hospicové péče vzniklo v roce 1975 v kanadském Montrealu první oddělení paliativní péče, založené doktorem Balfourem Mountem (Vorlíček et al., 2004). Co se týče území České republiky, zde bylo otevřeno první oddělení paliativní péče 2.11.1992 na Moravě, nacházelo se v Babicích nad Svitavou u Brna. Průkopnicí hospicové péče v ČR je velmi známá Marie Svatošová (Haškovcová, 2007). Sláma & Vorlíček (2011) dále uvádějí další významný milník pro českou paliativní péči, kterým bylo v roce 2004 uznání samostatného oboru Paliativní medicína a léčba bolesti.

#### 3.1. Hlavní principy a formy paliativní péče

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.“ (Sláma & Vorlíček, 2011, s. 25) Na rozdíl od tzv. vítězné – kurativní medicíny, která klade důraz na vítězství nad nemocí a prodloužení života, chápe paliativní péče umírání jako jeho součást (Sláma & Vorlíček, 2011). Což ovšem neznamená, že se smrt snaží urychlit. Využití paliativní péče je ve skutečnosti prospěšné i v časně fázi onemocnění, souběžně s postupy léčení, které jsou primárně zaměřeny na vyléčení nemoci, jako je radioterapie či chemoterapie (Haškovcová, 2007). Většina autorů věnujících se této problematice také zdůrazňuje, že paliativa klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální přístup (Sláma & Vorlíček, 2011; Haškovcová, 2007; Kupka, 2014). Svou podstatou je interdisciplinární. Do péče se zapojují lékaři – specialisté, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, případně duchovní. Také se předpokládá zapojení rodiny (Sláma & Vorlíček, 2011; Haškovcová, 2007).

Největší důraz je v oblasti paliativní péče kladen na zachování důstojnosti člověka. Data ukazují, že obava ze ztráty důstojnosti je nejčastější obavou související s umíráním.

Uvádělo ji celkem 51% respondentů laické populace z řad veřejnosti. Z výzkumného vzorku zdravotníků ji uvedlo dokonce 81% (Cesta domů, 2011).

Dalším velmi důležitým cílem paliativní péče je zmírnění, ideálně eliminace pacientových bolestí. V dokumentu Standardy paliativní péče vydaném Českou společností paliativní medicíny je uvedeno, že „Cílem je bezpečné a včasné odstranění bolesti a dalších závažných symptomů, případně jejich omezení na úroveň pro pacienta přijatelnou po celou dobu poskytované péče“ (Sláma et al., 2013, s. 11). Obava z bolesti při procesu umírání je druhou nejčastější obavou pacientů. Uvedlo ji 46% dotázaných z řad veřejnosti a 74% dotazovaných zdravotníků (Cesta domů, 2011). Zjištění, že se tolik zdravotníků obává bolesti, je překvapivé a je třeba se ptát, proč tomu tak je, když jsou to často právě oni, kdo mají za úkol bolest zmírňovat (Dorková, 2014).

Všechny výše zmiňované principy vycházejí z potřeb umírajících. Ty Dorková (2014) rozděluje do kategorií biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb. Mezi biologické potřeby řadí Dorková mimo jiné i potřebu dotyku. Dále zdůrazňuje potřebu umírajících nebýt osamělý a v izolaci. Píše: „...člověk je tvor společenský a tak jak izolovaně nechce žít, tak nechce ani izolovaně trpět a umírat“ Dorková (2014, s. 84). Obavy spojené s izolací následují hned na 3. a 4. místě za již výše zmíněnými obavami ze ztráty důstojnosti a z bolesti. Jsou jimi obava z odloučení od blízkých (35% dotázaných) a obava z osamocení (26% dotázaných) (Cesta domů, 2011). Potřebám umírajících se podrobněji věnuje další část mé práce.

Paliativní péče navíc nepracuje pouze s umírajícím, ale i s doprovázejícími a její součástí je i následná péče o truchlící. Standardy uvádějí, že „Podpora a péče v období zármutku a truchlení je poskytována všem pacientům a jejich rodinám v rozsahu, který vychází z jejich potřeb.“ (Sláma et al., 2013, s. 12).

Velkou a nelehkou otázkou je, kdy se má léčba s důrazem na vyléčení překloupat do péče o umírajícího. Haškovcová (2007) uvádí, že obecně platí, že paliativní péče má být zahájena tehdy, když jsou negativní důsledky kurativní terapie větší než očekávaný přínos. Zdůrazňuje také, že každý obor medicíny by měl mít vypracovanou „svou strategii“ paliativní péče.

Sláma & Vorlíček (2011) rozlišují obecnou a specializovanou paliativní péči. Tu obecnou charakterizují jako dobrou klinickou péči o pacienta v situaci pokročilého

onemocnění a zdůrazňují, že by ji měli být schopni vykonávat lékaři všech odborností jakož součást své odborné práce. Specializovanou paliativní péči poskytuje tým odborníků, kteří se paliativní péčí profesně zabývají a jsou v jejích principech vyškoleni. Tito autoři uvádějí rozdělení paliativní péče takto: domácí paliativní péče, lůžkový hospic, stacionární paliativní či hospicová péče, konziliární tým paliativní péče a oddělení paliativní péče, přičemž dvě poslední formy bývají součástí péče ve zdravotnických zařízeních (tamtéž). Dělení péče v závěru života je nicméně různé a někteří odborníci paliativní péči a hospicovou péči více oddělují. V současné době se setkáme s péčí v závěru života v těchto formách: domácí hospicová péče (neboli mobilní hospic), lůžkový hospic a nemocniční paliativní péče, kterou provozují buď konziliární paliativní týmy či lůžková oddělení paliativní péče (Centrum paliativní péče, n.d.).

### **3.2. Potřeby umírajících**

Dorková (2014) definuje potřebu jako něco, bez čeho se člověk nemůže obejít. Při nemožnosti její realizace dochází k neuspokojování až frustraci, která porušuje rovnováhu i vztah k hodnotám. Dále upozorňuje, že v důsledku blížící se smrti dochází často k přehodnocení důležitosti jednotlivých potřeb a změně jejich hierarchie.

Dorková (tamtéž) rozděluje potřeby do čtyř skupin – na biologické, psychické, sociální a spirituální. Mezi biologické řadí potřeby příjmu potravy a tekutin, spánku, vylučování, hygieny, pohybu, zajištění čerstvého vzduchu, zajištění přiměřeného životního prostoru, mírnění bolesti a utrpení a potřebu doteku (Dorková, 2008, s. 30, citováno dle Dorková, 2014, s. 82).

U psychických potřeb výslovně zdůrazňuje potřebu zachování důstojnosti, která byla již zmiňována v předchozích kapitolách. Důstojnost je ostatně skutečně ústředním tématem paliativní péče. Dále zmiňuje potřebu autonomie, jistoty a bezpečí, spolupatříčnosti, informovanosti, nalezení klidu, seberealizace a estetična (Dorková, 2014).

K sociálním potřebám již bylo v této práci leccos naznačeno, zde nicméně poskytují celkový souhrn. Haškovcová (2007) uvádí jako základní potřeby umírajících potřebu nezůstat sám, komunikovat s druhými a při zhoršení stavu být alespoň v přítomnosti druhých. To však neznamená, že bude s umírajícím někdo nepřetržitě. Musí být zachováno právo pacienta určovat si, kdy si přeje přítomnost dalšího člověka a na jak dlouho (Svatošová, 2012). Bužgová (2015) uvádí výsledky svého výzkumu, kdy nejčastěji uvedenou důležitou sociální potřebou byla přítomnost druhého člověka, kterou považovalo

za důležitou 83% hospitalizovaných pacientů. Nejde však pouze o přítomnost rodiny. Tato potřeba může být naplněna mimo jiné i zdravotnickými pracovníky. Uspokojování sociálních potřeb může ovlivňovat v mnoha případech i to, jaké má člověk ekonomické zázemí, jestli si vyřídil své majetkové a vztahové záležitosti a vyřešil mnohé další problémy, které souvisí se sociální situací člověka (Dorková, 2014).

O spirituálních potřebách uvedla Svatošová (2012), že se stále mnoho lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že jde o uspokojování potřeb věřících. Ona však oponuje, že je tomu spíše naopak, a to z toho důvodu, že věřící člověk na konci svého života má sice duchovní potřeby, avšak ví, jak se má zachovat. Naopak lidé, kteří s vírou nikdy nežili, se začínají na konci života ptát po jeho smyslu. Pro pacienta může být důležité bavit se o smyslu života, který prožil a může se pokoušet najít odpověď na otázku, zda má nějaký smysl jeho utrpení a zda existuje nějaká naděje (Bužgová, 2015). Dorková (2014) uvádí v transcendentálních potřebách kromě potřeby smyslu ještě hluboké pochopení života jako takového, pochopení nového smyslu sama sebe, opuštění všeho světského, uzavření se do sebe, soustředění myšlenek a zklidnění citů, meditaci či modlitbu. Zdůrazňuje však také obtížnost definování spirituálních potřeb.

### **3.3. Potřeby neformálních pečujících**

Vzhledem k tomu, že si většina lidí přeje zemřít v domácím prostředí, je nutné myslet i na potřeby, které mají pečující. Nejčastějšími pečujícími mimo zdravotní a sociální zařízení jsou nepochybně rodinní příslušníci. Porozumění potřebám, které neformální pečující mají, je důležité pro volbu dobrých a účinných intervenčních postupů, jimiž lze tyto potřeby uspokojovat. Potřebami pečujících o seniory se ve svém výzkumu zabýval Jiří Remr (2018). Celkem uvádí 76 jednotlivých potřeb, které rozdělil do devíti kategorií: vzdělávací, praktické, technické, administrativní, psychologické, emocionální, sociální, zdravotní a finanční. Vzdělávací potřeby se vztahují především k informacím o zdravotním stavu blízkého a dostupné péči, praktické pak k záležitostem běžného života, to je např. péče o domácího mazlíčka či nakupování. Technické potřeby zahrnují např. vhodné vybavení bytu pro péči, administrativní se pak týkají především tzv. „papírování“. Mezi psychologické potřeby řadí autor mimo jiné potřebu účinných copingových strategií, do kategorie emocionálních potřeb např. ocenění od seniora. Můžeme se domnívat, že tato potřeba bude podobná i u pečujících o neseniovní blízké. Sociální potřeby se vážou ke vztahovým vazbám, které pečující má, zdravotními potřebami se rozumí takové, jež podporují zdraví pečujícího a mezi finanční se řadí kromě nutnosti mít dostatek peněz na péči také např. udržení vlastní



práce pečujícího (Remr, 2018). Uvedené rozčlenění potřeb je jen jedno z mnoha. Z prací českých autorů stojí za zmínku ještě dělení, které uvádí Dorková. Do potřeb pečujících řadí potřebu doprovázení umírajícího, potřebu být prospěšný umírajícímu, potřebu být ujištěn, že je zajištěno pohodlí, potřebu být informován o stavu umírajícího, potřebu být informován o blížící se smrti, potřebu ventilovat emoce, potřebu být podporován členy rodiny (Dorková, 2008, s. 34, citováno dle Dorková, 2014, s. 86).

#### **4. Specifika umírání během pandemie Covid-19**

Toto téma je stále zcela aktuální a živé, opatření se průběžně mění a situace se dále vyvíjí. Nelze proto vyvozovat závěry, které by byly aplikovatelné na celou pandemickou situaci, jež byla a stále je velmi proměnlivá. V této kapitole vycházím z informací dostupných nyní – v polovině roku 2022.

Pandemie proměnila (alespoň na nějakou dobu) to, jak vypadá konec života člověka. A to nejen toho, který umírá z důvodu nakažení virem Covid – 19. Médii dominovaly titulky o zákazech návštěv v nemocnicích, o kontaktu rodin s pacientem či klientem pomocí moderních technologií a o dalších způsobech, kterými se snažili lékaři, politici i ostatní zamezit šíření nákazy. Kvůli používání ochranných pomůcek byla omezena také kvalita kontaktu mezi pacientem a zdravotníky. Někteří zdravotníci tyto skutečnosti sami verbalizovali v médiích (Jilemnický, 2021; Strakatý, 2020).

##### **4.1. Mapování specifík péče během pandemie**

Způsob, jakým umírání během pandemie probíhalo (a probíhá), není vůbec jednotný. Záleželo (a záleží) vždy na vedení nemocnice a daném oddělení, co všechno bylo (a bude) při péči o umírajícího dovoleno a umožněno. Informace o tom, jak vypadá péče o pacienty během pandemie, se k veřejnosti dostávaly skrz články a vyjádření zdravotnických zařízení. V médiích se také objevilo nejedno svědectví o neumožněném nebo pro pozůstalé nedostatečném rozloučení s umírajícím (Lankašová, 2020). Právě takováto (ačkoli primárně bezpečností) opatření mohla mít a do budoucna ještě pravděpodobně budou mít negativní vliv na pozůstalé. Zároveň kvůli výše zmíněným opatřením nemohly být naplněny principy důstojného umírání (John et al., 2020) a některé potřeby umírajících.

Přestože se situace lišila v závislosti na daných zařízeních a odděleních a není v mých silách věnovat se zde nuancím mezi jednotlivými pracovišti a jejich přístupy, pokusím se alespoň popsat hlavní výzvy péče o umírající během pandemie viru Covid-19 ve

zdravotnických zařízeních či v hospicové péči. V této části čerpám ze zahraničních i českých zdrojů, protože podobná opatření jako v ČR byla vydávána i v dalších zemích. Cílem této kapitoly není hodnotit či vyjadřovat soudy nad poskytnutou péčí a opatřeními, která byla přijata. Jejím cílem je pouze popsat podobu péče.

V reakci na pandemickou situaci vznikl mezinárodní projekt „iLive“, jehož úkolem je mapovat nastalý stav a zlepšit paliativní péči. Do tohoto projektu se zapojila i Česká republika prostřednictvím Centra paliativní péče. Zdravotníkům i pozůstalým byly distribuovány dotazníky, které mapovaly jejich zkušenosti s péčí o umírající. Doposud byla zpracována data z dotazníků pro zdravotníky z první a druhé vlny pandemie. Zjištění jsou vzájemně porovnávána.

Během první vlny pandemie vyplnilo dotazník celkem 136 zdravotnických pracovníků, během druhé vlny potom 163, většina z nich byly sestry. Výsledky ukazují, že zdravotníci považovali během obou vln péči sester i péči lékařskou za dostatečnou. Během druhé vlny data nicméně ukazují významný pokles úrovně komfortu pacientů a také pokles míry podpory příslušníkům rodiny umírajícího – a to jak informační, tak emocionální. Během druhé vlny pandemie zdravotníci méně často dostatečně vysvětlili příbuzným stav pacienta a méně často dovolili pozůstalým pomáhat s manipulací těla zemřelého. Signifikantně méně zdravotníků mělo pocit, že jejich pacienti zemřeli „klidně“ („died at the right place“) (Vlčková & Loučka, 2021)

#### **4.1.1. Péče se sníženou mírou osobního kontaktu**

V únoru roku 2020 byly vydány pokyny pro péči o pacienty se suspektním nebo potvrzeným onemocněním Covid-19. V rámci tohoto dokumentu je popsána doporučená minimální sada osobních ochranných pracovních prostředků, která zahrnovala respirátor, obranné brýle či štít, nepropustný plášť a rukavice (ECDC, 2020). Dne 28. 3. 2020 vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí dokument s doporučeným postupem k poskytování pobytových sociálních služeb, mezi které řadíme i domovy pro seniory. Pokud byl zaměstnanec více než 10 minut v kontaktu s člověkem, u kterého se prokázala nákaza virem Covid-19, musel následně nosit při péči o ostatní pacienty ochranný oděv (MPSV, 2020). Byla vydána také Metodická doporučení pro Mobilní specializovanou paliativní péči v době pandemie, která zahrnovala doporučení v co možná největším měřítku přejít na distanční/ambulantní režim, též upozorňovala, že bez ochranných pomůcek není možné

poskytovat péči covid pozitivnímu pacientovi (Závadová et al., 2020). Tyto dokumenty ilustrují, že péče (alespoň před zahájením očkování) byla často velmi odosobněná. Ochrannými prostředky byla velmi omezena neverbální komunikace mezi pečujícími a pacienty a byla také omezena možnost dotyku. Média tento stav ostatně dokumentovala mnohými fotoreportážemi z covid-oddělení. Výzkum, který mapoval zkušenosti sester z oddělení intenzivní péče ukázal, že izolace, minimalizace kontaktu s pacientem a nedostatek blízkosti jsou faktory, které narušují optimální pracovní výkon sester a které, dle výpovědí uvedených ve výzkumu, sestry velmi špatně nesly (Fernández-Castillo et al., 2021).

#### **4.1.2. Omezení kontaktu s umírajícím**

Poprvé byly návštěvy zakázány v březnu roku 2020. Je však nutno zdůraznit, že byl vydán zákaz všech návštěv pacientů v zdravotnických zařízeních s výjimkou nezletilých pacientů, pacientů s omezenou svéprávností, rodiček, pacientů v hospicích a dalších pacientů v terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění (MZČR, 2020). Na stránkách serveru Covidportál je nicméně uvedeno, že nemocnice může sama nastavit pravidla pro návštěvy, a to v případě, že jsou tato pravidla přísnější, než stanovuje mimořádné opatření (MZČR, 2022). Některé nemocnice skutečně nařízení zpřísnily – návštěvy neumožňovaly, nebo je umožnily pouze za dodržení přísných opatření. Pokud měl blízký sám příznaky onemocnění, byla šance na návštěvu v podstatě nulová. Sami blízcí byli navíc vystaveni těžkému rozhodnutí, zda umírajícího navštívit a riskovat tak nákazu.

Jana Daušová se věnovala tématu péče během pandemie ve své diplomové práci. Výsledky nejsou orientované přímo na paliativní péči, ale jsou zaměřeny na vnímání ochranných opatření rezidenty domovů pro seniory. Výsledky autorčina výzkumu ukázaly, že téměř 2/3 respondentů by preferovali nenarušení osobního kontaktu se svými blízkými před izolací z důvodu lepší ochrany zdraví. Její výzkum však také ukázal, že většina respondentů považovala omezení za nezbytná (Daušová, 2022).

#### **4.1.3. Elektronická komunikace**

Elektronická komunikace pomocí tabletů, chytrých telefonů a videohovorů se stala během pandemie mostem pro spojení pacientů s jejich blízkými. Centrum paliativní péče vydalo v dubnu roku 2020 soubor doporučení k jejímu užívání, kde bylo popsáno, jakým způsobem lze tuto formu komunikace využívat, mimo jiné i k rozhodování o cílech péče

(Centrum paliativní péče, 2020). V návaznosti na toto doporučení se poté Centrum zapojilo do pilotního projektu, který využití videokomunikace v paliativní péči zkoumal. V závěrečné zprávě je uvedeno, že všechny zapojené organizace hodnotily videokomunikaci jako pozitivní zkušenost. Zároveň však nebylo možné použít ji ve prospěch všech pacientů, například u pacientů s demencí, afázií, poruchami sluchu, zraku, či u pacientů v delirantním stavu takto komunikovat nelze (Centrum paliativní péče, 2020).

Zdá se, že komunikace na dálku (tedy komunikace se zdravotníky o stavu pacienta či komunikace za využití elektronických technologií) zvyšuje vnímanou kvalitu péče o umírajícího. Pozůstalí, kteří hodnotili komunikaci na dálku jako velmi účinnou, zároveň hodnotili péči o umírajícího jako vynikající signifikantně častěji, než pozůstalí, kteří hodnotili komunikaci pouze jako „většinou účinnou“, „do jisté míry účinnou“ anebo „neúčinnou“ (Ersek et al., 2021).

#### **4.2. Viditelná smrt**

Pentaris a Woodthorpová (2022) upozorňují, že pandemie Covidu-19 spustila ve společnosti vlnu „viditelné“ smrti. Média tematiku pandemie pokrývala do takové míry, že se zprávy o smrti k veřejnosti dostávaly i několikrát denně a lidé byli uvědomováni si vlastní smrtelnosti vystaveni podstatně více, než tomu bylo doposud. Tyto faktory vedly k něčemu, co Pentaris a Woodthorpová (tamtéž) nazývají „politikalizace smrti“, tu zároveň pokládají za již dávno potřebnou. Autoři tímto výrazem míní, že se téma smrti dostalo přímo do projevů a činů politiků.

### **5. Truchlení**

Každá kultura má své specifické zvyky a rituály sloužící k truchlení. Ať už je to Šiva (týden největšího smutku v indické kultuře) nebo smuteční hostina po pohřbu zemřelého, v podstatě všechny tyto zvyky pojí jeden aspekt – sdílení s dalšími lidmi. Sdílení je jednou z časem nejověřenějších cest, jak se vyrovnávat se smutkem. Kvůli omezením spojeným s Covidem - 19 se však často museli truchlící vyrovnávat se ztrátou sami a sociálně izolovaní (Weir, 2020).

Jako je přirozená smrt, je stejně tak přirozené truchlení. Bowlby (1980, s. 15) uvedl: „Ztráta milovaného člověka je jedna z nejbolestivějších zkušeností, kterou může člověk zažít.“ Ačkoli je tato zkušenost u většiny lidí téměř nevyhnutelná, může vést k vážnému psychickému utrpení. A protože smrt je událost, kterou nelze zvrátit, truchlící musí pocity

smutku ustát a dál s nimi žít (Nakajima, 2018). Truchlení je v současnosti chápáno jako komplexní reakce pozůstalých na zásadní ztrátu. Je přirozenou reakcí na ztrátu někoho blízkého, může nabývat rozmanitých podob, ale může být i patologické. Je dobré mít na paměti, že mluvit o trápení je bolestné, ale je to zároveň nutné (Taročková, 1999). Truchlení je obecně považováno za univerzální reakci na ztrátu blízkého (tj. je pozorováno napříč kulturami a historií) a nejen že je nevyhnutelné, je také potřebné. Je to způsob, který nám pomáhá přijmout, že nám někdo milovaný zemřel (Gross, 2018; Špatenková, 2014).

Vymětal (2008) uvádí ve své knize Lékařská psychologie, že v souvislosti s pozůstalými se odborníci mají řídit zásadou, že vyrovnání s úmrtím blízkého člověka je především rodinnou záležitostí. Péče o pozůstalé by podle něj měla následovat až tehdy, jestliže se u nich vyskytnou zdravotní potíže nebo abnormální chování, jež jsou důvodem vyžádání odborné pomoci. „Smrt také významným způsobem zasahuje do struktury i fungování celé rodiny a rodinný systém může být smrtí a truchlením natolik narušen, že se stává dysfunkčním“ (Špatenková, 2008, s. 10). Špatenková (tamtéž) dále uvádí možnost, že rodina nebude zdrojem účinné pomoci, protože sama pomoc potřebuje. A to v případě, že úmrtí vyvolá nové, specifické problémy nebo znovu otevře ty existující a doposud nevyřešené.

### **5.1. Nekomplikované (normální) truchlení**

Normální (nekomplikované) truchlení začíná v podstatě ihned po úmrtí blízké osoby. Některé jeho příznaky jsou stejné jako příznaky truchlení abnormálního, nicméně existují rozdíly, které umožňují stavy rozpoznat. Jedním z nich je skutečnost, že se u normálního truchlení příznaky časem zmírňují a vymizí většinou do půl až jednoho roku od úmrtí. Dále nekomplikované truchlení nezasahuje do fungování v životních rolích (Hosák et al., 2015). Nakajima (2018) uvádí, že je to právě proces truchlení, který brání tomu, aby se truchlení stalo komplikovaným. Proces truchlení byl popsán různými autory pomocí modelů, jimiž se pokusili definovat, jak má zdravé truchlení vypadat. Špatenková (2008, s. 53) píše, že „členění procesu truchlení na fáze je do značné míry iluze, ovšem užitečná iluze, protože pomáhá strukturovat chaotickou diverzitu různých reakcí v čase.“ Možností je mnoho a není možné posoudit, který model je více či méně platný. Někteří autoři dokonce uvádějí až devět stádií truchlení. Dále je nutné zmínit, že truchlící neprochází stádií popořadě a vzniká riziko, že budou stádia chápána příliš doslovně (Worden, 2018). Ve světle těchto skutečností je

dobré zdůraznit, že proces truchlení je vždy vysoce individuální. V psychologii a paliativní péči se nicméně s modely truchlení setkáváme poměrně často.

Jedním z nejznámějších modelů truchlení je model Elisabeth Kübler-Rossové. Stadia, jimiž jsou popřeny, hněv, smlouvání, deprese a akceptace, kopírují tatáž stadia, kterými podle Kübler-Rossové prochází umírající člověk. Každé stadium je charakterizované emocionálními, kognitivními či behaviorálními reakcemi. Sama autorka však podotýká, že u truchlícího nemusí dojít k prožití všech těchto reakcí, dokonce zmiňuje, že truchlící nemusí projít ani všemi zmíněnými stadii (Kübler-Ross & Kessler, 2014). Tento model byl i přes jeho značné rozšíření a oblíbenost kritizován za možnou příliš doslovnou interpretaci, která nedává prostor individualitě (Worden, 2018).

Kabelka a Alexandrová (2011) rozdělují tři obvyklé fáze normálního procesu truchlení. Jsou jimi:

- *Šok*: trvá minuty až dny
- *Akutní reakce na ztrátu*: týdny až měsíce; vyznačuje se intenzivními vzpomínkami na zemřelého, pocity viny, vztekem, bolestmi hlavy
- *Restituce a reorganizace*: měsíce až roky; dochází k nalezení nové „rovnováhy“, nových vztahů, nové role

Podobně rozděluje proces truchlení Kubičková (2001) na fáze

- *Konfuze*: krátké období šoku, otřesu a zmatku
- *Exprese*: intenzivní období ventilace zármutku a žalu
- *Adaptace*: pozůstali se vracejí zpět k „normálnímu“ fungování, přizpůsobují se životu, ve kterém zemřelý už není

Během přechodu z druhé fáze do třetí dochází k obnovování schopnosti regulovat emoce, snižuje se intenzita touhy po zemřelém, ubývá smutku a pocitů osamělosti a navrácí se schopnost cítit radost a uspokojení. Také dochází k přijetí smrti jako nezvratného stavu a jsou redefinovány cíle a plány pozůstalého, jejichž součástí zemřelý již není (Bui, 2018).

Odlišně se na proces truchlení dívá Worden (2018), který místo fází či stadií truchlení přichází s koncepcí úkolů, které pozůstalý plní, a to ho vede k vyrovnání se se ztrátou. Worden (tamtéž) zmiňuje, že pojetí procesu truchlení jakožto fází či stadií naznačuje pasivitu truchlícího, zatímco model úkolů naznačuje, že truchlící potřebuje být aktivní a „něco

udělat“. Dále uvádí, že tento koncept přímo připouští, že proces truchlení je ovlivnitelný vnější intervencí. Úkoly jsou celkem čtyři:

- Přijetí ztráty jako reality
- Zpracování bolestivé ztráty
- Přizpůsobení se světu bez zemřelého
- Vytvoření nového života při zachování spojení se zemřelým

Worden (2018) dále zmiňuje, že ačkoli není nutné úkoly plnit v daném pořadí, je mezi nimi logická návaznost.

Dalším dnes poměrně často citovaným modelem je Duální model procesu truchlení, jehož autory jsou Stroebeová & Schut (1999). Principem tohoto modelu je oscilace truchlícího mezi dvěma póly procesu, kde jeden pól je chápán jako přizpůsobování se ztrátě (např. vzpomínání, účast na pohřbu) a druhý jako obnovování, tedy přizpůsobování se světu bez přítomnosti zemřelého blízkého (např. nové plány). Pokud se truchlící ustálí pouze na jednom pólu, hrozí komplikace procesu truchlení. Na jedné straně hrozí chronifikace zármutku a na straně druhé potom potlačení nebo oddálení procesu.

Tyto a další podobné modely ukazují, jak velmi individuální je povaha zármutku a připomínají, že úkoly nebo kroky v procesu truchlení nejsou nutně lineární a že každý jednotlivec může mít potíže s jedním nebo více z nich (Doka, 2022).

## **5.2. Komplikované truchlení**

Existuje určité riziko, že se truchlení rozvine do abnormálního, resp. patologického truchlení. Pravda je taková, že pandemická situace samotná přináší mnoho faktorů, které jsou potenciálně rizikové pro vznik komplikovaného truchlení u smrtí zapříčiněných přímo virem Covid-19, i u smrtí z jiných příčin (Doka, 2022).

### **5.2.1. Vymezení pojmů**

Protože terminologie u této problematiky není zcela jednotná, je nutné na začátek kapitoly definovat používané termíny. Asi nejčastěji se v českém prostředí setkáme s pojmem komplikované truchlení (*complicated grief*), který ale stejně jako ostatní pojmy vychází ze zahraniční literatury. Tento pojem používá například Centrum paliativní péče. Termín „*complicated grief*“ není použit v originální verzi žádného z diagnostických manuálů, je ale důležité zmínit, že oficiální český překlad DSM-5 s termínem komplikované

a protahované truchlení pracuje (srov. American Psychiatric Association, 2013; Raboch et al., 2015).

V originálním pátém vydání Diagnostického a statistického manuálu se setkáváme s termínem „Persistent Complex Bereavement Disorder“ – PCBD (American Psychiatric Association, 2013), kterou Bok (2020) přeložil jako „Perzistentní komplexní porucha truchlení“. V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí je pak použit termín „Prolonged Grief Disorder“ – PGD, přeložitelný jako Porucha protahovaného truchlení (World Health Organization, 2019). V březnu roku 2022 byla publikována revidovaná verze DSM-5, tedy DSM-5-TR. V této verzi je nahrazena PCBD termínem „Porucha protahovaného truchlení“ (PGD) (American Psychiatric Association, 2022). Došlo tedy ke sjednocení terminologie. Termíny jsou do českého jazyka volně přeloženy a nelze je brát jako oficiální označení. Proto budu v textu nadále pracovat s originálními anglickými zkratkami.

Pro přehlednění pojmů přikládám tabulku:

Tabulka 1: Současná terminologie

Anglický název	Český překlad	Autor a rok
<b>Complicated Grief</b>	Komplikované truchlení	(Shear et al., 2011)
<b>Prolonged Grief Disorder</b>	Porucha protahovaného truchlení	(World Health Organization, 2019)
<b>Persistent Complex Bereavement Disorder</b>	Perzistentní komplexní porucha truchlení	(American Psychiatric Association, 2013)
<b>Prolonged Grief Disorder</b>	Porucha protahovaného truchlení	(American Psychiatric Association, 2022)

### 5.2.2. Porovnání diagnostických kritérií dle MKN-11, DSM-5 a DSM-5-TR

Nozologické jednotky se neodlišují pouze názvem, ale najdeme rozdíly i mezi jejich diagnostickými kritérii.

Podle DSM-5 je PCBD diagnostikovatelná až ve chvíli, kdy uplynulo 12 měsíců od ztráty (6 měsíců u dětí). Do té doby se podle manuálu nejedná o abnormální truchlení. Časové vymezení „normálního“ truchlení se velmi různí v závislosti na kulturním kontextu. Obvykle tento stav zahrnuje stesk a přetrvávající zaujetí zesnulou osobou, intenzivní emocionální bolest a častý pláč (American Psychiatric Association, 2013). U PCBD se na rozdíl od PGD dle MKN-11 objevují kritéria „přání zemřít, aby mohl jedinec být se



zemřelým“ a „obtíže ve vybavování si příjemných vzpomínek spojených se zemřelou osobou“ (Boelen et al., 2019).

I v revidované verzi je podmínkou pro možnou diagnostiku PGD uplynutí nejméně 12 měsíců od ztráty u dospělých (Gang et al., 2022). V DSM-5-TR je zmíněno, že pocity a myšlenky související se ztrátou blízkého musejí přetrvávat téměř denně a téměř nepřetržitě po dobu měsíce a déle, aby byla diagnostika možná. Nejdůležitějšími kritérii jsou i v tomto vydání manuálu stesk a přetrvávající zaujetí zesnulou osobou, intenzivní emocionální bolest a zneschopňující charakter tohoto stavu. Mezi další diagnostická kritéria se řadí narušení vlastní identity (pocit, jako by umřela část truchlícího samého), pocit neuvěřitelnosti zažitého úmrtí, intenzivní emoční bolest, problém posunout se v životě dál, emoční otupělost (American Psychiatric Association, 2022).

V MKN-11 je časové vymezení pro diagnostiku nejméně 6 měsíců od ztráty. I tento manuál však zároveň upozorňuje na to, že tento časový údaj se může různit na základě kulturního a náboženského kontextu (World Health Organization, 2019). PGD následuje po smrti partnera, rodiče, dítěte nebo jiné blízké osoby a vyznačuje se přetrvávajícím truchlením, které je doprovázeno intenzivní psychickou bolestí, například smutkem, vinou, hněvem, popřením, obviňováním ostatních, pocitem ztráty schopnosti zažívat pozitivní emoce, emoční otupělostí či problémy se zapojováním do sociálních a dalších aktivit. I zde je podmínkou zneschopňující charakter těchto pocitů a myšlenek (World Health Organization, 2019).

U dětí mohou být projevy poněkud odlišné než u dospělých osob. Musíme zde vzít v úvahu i to, jakým způsobem se vyvíjí pojetí a porozumění konceptu smrti v průběhu života (ontogenezi konceptu smrti). Děti často explicitně nepopisují pocity stesku a přetrvávajícího zaujetí zesnulou osobou, ale tyto symptomy se mohou projevit v jejich chování například při hře. Dalšími symptomy může být čekání na návrat zesulé osoby či pobývání na místě, kde naposledy zemřelou osobu spatřily. U některých dětí se může objevit zvýšené zaobírání se strachem z jejich vlastní smrti, magické myšlení, separační úzkost a strach o pečující osoby (World Health Organization, 2019).

### 5.2.3. Možné podoby komplikovaného truchlení

Worden (2018) navrhuje rozdělení 4 možných reakcí komplikovaného truchlení, při kterém vychází ze své klinické praxe. Z anglického originálu bylo využito překladu termínů dle Boka (2020).

- Chronické (též protahované) truchlení

Reakci lze definovat jako trvající příliš dlouhou dobu bez toho, že by došla ke zdárnému konci. Autor zdůrazňuje, že výroční reakce se často objevují po dobu deseti let nebo i déle, ale ty samy o sobě neznačí chronické truchlení. Také zmiňuje, že rozeznat tuto reakci je poměrně snadné, protože truchlící osoba si je sama vědoma toho, že se jí z fáze truchlení nedaří postoupit dál. Je časté, že truchlící potřebuje odbornou pomoc.

- Odložené (též inhibované) truchlení

Pro tuto reakci jsou charakteristické nedostatečně prožité emoce v reakci na ztrátu. V návaznosti na to může následně pozůstalý reagovat nepřiměřeným způsobem na nějakou menší ztrátu. Sám si přehnanost reakce uvědomuje. Worden (2018) dále zmiňuje, že tato reakce je často spojovaná s nedostatečnou sociální oporou v době ztráty.

- Hypertrofované truchlení

Pro hypertrofované truchlení (v originále Exaggerated grief) je charakteristická přehnaná reakce na ztrátu blízkého člověka, při které se truchlící osoba cítí ochromena svými emocemi nebo se uchyluje k maladaptivnímu chování. Podle Wordena (2018) se truchlící prožívající tuto reakci uchylují k vyhledávání odborné pomoci, protože je pro ně situace neúnosně náročná.

- Larvované truchlení

Poslední reakcí, kterou Worden (2018) rozlišuje, je larvované truchlení (v originále Masked grief), pro něž je typické, že truchlící zažívá somatické obtíže či se uchyluje k nežádoucímu chování, ale chybí mu zcela náhled, díky kterému by si uvědomil, že jsou tyto těžkosti způsobeny ztrátou blízkého.

### 5.3. Faktory ovlivňující průběh procesu truchlení

Smrt v kontextu pandemie Covid-19 přináší výzvy pro zdravý proces truchlení (LeRoy et al., 2020). Jak bylo již zmíněno výše, odlišní lidé reagují na ztrátu blízkého odlišným způsobem. Proto je důležité rozlišit faktory, které zvyšují pravděpodobnost rozvoje komplikovaného truchlení. Protektivním faktorům se tato práce podrobněji nevěnuje proto, že často jsou často přímými opaky těch rizikových. Mason et al. (2020) popsali tři protektivní faktory, kterými jsou využití hospicu pro snížení strachu ze smrti, vysokou spiritualitu předcházející úmrtí a spokojenost s paliativní péčí.

#### 5.3.1. Rizikové faktory

Jak již bylo v této práci zmíněno, během pandemie Covid-19 se společnost setkávala s mnoha obtížemi a omezeními. Některá z těchto omezení měla přímo vliv na vznik rizikových faktorů spojených s komplikovaným truchlením. V této kapitole se budu nejprve velmi krátce věnovat rizikovým faktorům obecně – především těm, které byly prokázány jako ty skutečně nejvýznamnější, a následně se podrobněji zaměřím na rizikové faktory související s pandemickou situací.

Burke & Neimeyer (2013) podrobili literaturu spojenou s rizikovými faktory revizi. Jednalo se o metaanalýzu více než 40 studií z let 1980 až 2010 vyhledávaných na databázích PsycINFO a PsycARTICLES. Po provedení analýzy byly získány faktory, které se jevily jako silné indikátory komplikovaného truchlení. Autoři následně zpřísnila kritéria, která musí faktor splňovat – musel se opakovat alespoň ve třech studiích a musel být shledán signifikantním ve více než 50% uvedených případech. Za pomoci této metody bylo potvrzeno 6 rizikových faktorů (*confirmed risk factors*): nízká úroveň sociální opory, úzkostná nebo vyhýbavá citová vazba, objevení nebo identifikace těla zemřelé osoby (v případě násilné smrti), smrt manžela/manželky nebo dítěte, závislý vztah k partnerovi a neuroticismus (Burke & Neimeyer, 2013; překlad dle: Bok, 2020). Zbýlých 9 faktorů autoři považují za potenciální rizikové faktory (*potential risk factors*). Jsou jimi nižší věk truchlícího, ženské pohlaví, násilná smrt, věk zemřelého, nečekaná/náhlá smrt, nižší vzdělání, nízká míra provázanosti rodiny, nízký příjem, nebělošské etnikum (tamtéž). Špatenková (2014) upozorňuje na rozdíl mezi pojmy neočekávaná a náhlá smrt. Rozdíl mezi nimi spočívá v tom, že náhlá smrt není nikým do poslední chvíle předvídaná, zatímco neočekávaná smrti zpravidla předchází změny zdravotního stavu daného jedince. Ačkoli tento výzkum poskytuje základy pro zkoumanou problematiku a některé ze zmíněných faktorů (např. nízká

úroveň sociální opory) mohou charakterizovat ztráty v mnoha kontextech, některé potenciální rizikové faktory jsou specifické pro pandemii Covid-19 (Lee & Neimeyer, 2020). Protože rozsah této práce nedovoluje podrobnou analýzu všech zmíněných rizikových faktorů, bude tato kapitola nyní již zaměřena pouze na faktory, které jsou specifické pro pandemickou situaci.

Autoři Lee & Neimeyer vytvořili škálu pro hodnocení truchlení během pandemické situace (Pandemic grief scale) a následně ji použili k mapování rizikových faktorů spojených s pandemií. Výzkum mapoval výskyt abnormálního smutku u pozůstalých po obětech Covidu-19 a byl v něm použit pojem „*dysfunctional grief*“. Bylo zkoumáno 13 rizikových faktorů unikátních pro situaci pandemie. Ukázalo se, že všech 13 faktorů signifikantně pozitivně koreluje s negativními důsledky ztráty blízkého, a to jak s rozvojem abnormálního smutku, tak se snížením schopnosti běžného fungování (Neimeyer & Lee, 2021). Autoři následně rozdělili rizikové faktory do čtyř tematických skupin, kterými jsou:

- Okolnosti smrti blízkého – Umírající osoba typicky umírala sama, ve fyzické izolaci, aby se zabránilo nákaze, s pouze omezeným a skrz technologie zprostředkovaným kontaktem s rodinou a přáteli.
- Výčitky a vina za to, že blízcí „tam pro umírajícího nebyli“ – Je myšleno jak ve fyzickém, tak v psychickém smyslu. Truchlíci, kteří ztratili blízkého z důvodu pandemie, mohou sami sebe obviňovat za to, že se více a důrazněji nesnažili dostat se ke svému blízkému zatímco byl v nemocnici a/nebo za to, že se nepostarali o komfort a důstojnost svých příbuzných během hospitalizace (Gesi et al., 2020). Pocit viny může přispívat k ruminacím o smrti blízkého, což je faktor, který zhoršuje symptomy protahovaného zármutku (Milman et al., 2019).
- Snížení sociální opory – Pozůstalé často zásadně ovlivnila v tomto kontextu opatření přijatá pro kontrolu šíření nákazy jako například uzavírky a nemožnost cestovat, zákazy setkávání se či omezení počtu osob na pohřbech.
- Vtíravé a zneklidňující představy blízkého, který "bojuje o život na nějakém přístroji" – Jedná se především o bolestivé a přetrvávající představy utrpení milované osoby (Neimeyer & Lee, 2021).

Názvy jednotlivých tematických skupin jsou volně přeloženy.

Pro přehled zmíněných 13 faktorů přikládám tabulku také s volným překladem.

Tabulka 2: Rizikové faktory Covid-19

#	Rizikový faktor
1	Mrzelo mě, že jsem se nemohl/a se zesnulým řádně rozloučit.
2	Cítil/a jsem se provinile, že jsem nemohl/a být zesnulému nablízku před jeho smrtí.
3	Cítil/a jsem se našťvaný/á kvůli tomu, jak blízký zemřel (např. sám/sama nebo že trpěl/a).
4	Mrzelo mě, že zesnulému nebyl uspořádán řádný pohřeb nebo smuteční obřad.
5	Neustále jsem přemýšlel/a o tom, co jsem mohl/a udělat, abych nemoci zemřelého zabránil/a.
6	Cítil/a jsem, že okolnosti úmrtí mezi námi vytvořily citový odstup.
7	Obával/a jsem se, že kvůli stejné nemoci ztratím další lidi, na kterých mi záleží.
8	Stále se mi v mysli vybavovaly představy zesnulého, jak bojuje o život na nějakém přístroji.
9	Cítil/a jsem se bezmocně z toho, že jsem nemohl/a zesnulého před touto strašnou nemocí ochránit.
10	Vadilo mi, že mě lékaři o stavu zesnulého neinformovali.
11	Cítil/a jsem se ve svém zármutku příliš osamělý/á kvůli sociální izolaci, která měla dopomoci ke zvládnutí pandemie.
12	Kvůli rychlému postupu nemoci jsem se necítil/a připraven/a na tuto ztrátu.
13	Při pomyšlení na zesnulého jsem se ptal/a, proč nás Bůh nebo vesmír takto trestá.

zdroj: Neimeyer & Lee, 2021

I další autoři se vyjádřili k potenciálním rizikovým faktorům ovlivňujícím truchlení. Doka (2022) kromě již zmíněných faktorů také upozorňuje na možné pocity viny pozůstalých z toho, že oni sami mohli být zdrojem nákazy.

Je důležité zmínit, že tato omezení a rizikové faktory neovlivnily pouze pozůstalé po zemřelých, jejichž příčinou smrti byl průkazně virus SARS-CoV-2, ale byli jimi ohroženi i ti, jejichž blízcí zemřeli z jiných důvodů (Eisma et al., 2020). Doka (2022) polemizuje, že v případě úmrtí, která nejsou s onemocněním Covid-19 spojena, se může objevit hněv, že pandemie ovlivnila smrt i pohřeb blízkého a že jejich ztráta je opomíjena, zatímco pozůstalým v důsledku viru se dostává uznání a podpory.

## **5.4. Prevalence komplikovaného truchlení**

Pokud si přejeme mapovat prevalenci komplikovaného truchlení v populaci, je nutné si uvědomit, že je závislá na použitých kritériích a metodách. V různých publikacích nalezneme velmi odlišná odhadovaná procenta. Diagnostika komplikovaného truchlení se navíc nyní s publikací MKN-11 a DSM-5-TR výrazně vyvíjí. Pokusím se zde přiblížit údaje, které jsou v současné době dostupné.

Pro určení prevalence komplikovaného truchlení v populaci je nutné porovnat data získaná použitím obou manuálů. V českém překladu DSM-5 je uvedena prevalence PCBD 2-5 %, s častějším výskytem u žen (Raboch et al., 2015).

Lundorffová et al. (2017) uvádí na základě provedené metaanalýzy prevalenci PGD dle MKN-11 u 9,8% pozůstalých, jejichž blízký nezemřel v důsledku násilné smrti či katastrofy. Boelen et al. (2018) porovnávali prevalenci PCBD dle DSM-5 a PGD podle kritérií MKN-11 a zjistili výrazně nižší prevalenci komplikovaného truchlení za použití kritérií PCBD než kritérií PGD (6,4% vs. 18,0%).

Dá se očekávat, že vzhledem k publikování DSM-5-TR, kde je PGD přijato jako oficiální porucha, budou odborníci nyní využívat diagnostických kritérií dle této nové revize. Dochází tedy k porovnávání prevalencí PGD podle kritérií MKN-11 a podle kritérií DSM-5-TR, nicméně studií zabývajících se touto problematikou je zatím malé množství. Rosner et al. (2021) porovnali prevalenci PGD podle obou verzí manuálů na vzorku německé populace a zjistili velmi vysokou shodu mezi oběma soubory kritérií.

### **5.4.1. Prevalence komplikovaného truchlení v kontextu pandemie**

Od začátku pandemie se množily názory odborníků, kteří upozorňovali, že se v důsledku této obtížné situace prevalence komplikovaného truchlení výrazně zvýší (Eisma et al., 2020; Gesi et al., 2020; Goveas & Shear, 2020).

Eisma et al. (2021) porovnávali míru smutku u truchlících, kteří ztratili blízkého v důsledku nákazy virem Covid-19 s mírou smutku pozůstalých, jejichž ztráta byla důsledkem příčin nesouvisejících s probíhající pandemií. Výsledky ukázaly, že lidé, kteří ztratili blízkého v důsledku virové nákazy, prožívali větší míru akutního smutku než ti, kteří prožili ztrátu blízkého v důsledku přirozených příčin. Jejich smutek ale nebyl intenzivnější

oproti těm, kterým zemřel blízký v důsledku nepřírodných příčin (tj. např. nehoda, sebevražda, vražda). Tyto rozdíly se dají vysvětlit očekávaností smrti (Eisma et al., 2021).

Výzkum v této oblasti je zatím v začátcích. Byla nicméně vyvinuta škála The Pandemic Grief Scale (PGS) sloužící k diagnostice abnormálního smutku v kontextu pandemie. Již při tvorbě škály se ukázalo, že důslednější výzkum v této oblasti je skutečně potřebný, když přibližně 2/3 truchlících z důvodu spojených s pandemií uvedli, že míra jimi prožívaného smutku je spojena se signifikantním omezením jejich schopností fungovat v rámci sociálních, pracovních a rodinných rolí (Neimeyer & Lee, 2020).

### **5.5. Kritika patologizace zármutku**

V rámci této bakalářské práce je nutné položit si otázku, která je v současné době mezi odborníky velmi živá. Je jí otázka, zda by měl být zármutek považován za diagnostikovatelnou poruchu. Ačkoli podobná debata probíhala již v minulosti, nyní ji znovu rozdmýchalo přijetí PGD do DSM-5-TR. Tato kapitola se pokusí nastínit hlavní neshody ohledně zahrnutí zármutku/truchlení do diagnostických manuálů. Špatenková (2008) cituje Banduru (1999), který vyjádřil, že se podle něj právě psychologové truchlení zmocnili a patologizovali ho, tedy popsali jeho „fáze“ a „příznaky“ a určili, co je zdravé a co patologické truchlení.

Jedním z hlavních témat této dlouholeté diskuse je, zda lze zdravý proces truchlení limitovat nějakým pevným časovým údajem. Lze určit, jak dlouhé je „normálně dlouhé“ truchlení? (Bandini, 2015). V období od 6. dubna 2020 do 20. května 2020 byla na internetových stránkách APA zveřejněna výzva k reakci na navrhovaný soubor kritérií PGD, ke kterým bylo následně předloženo více než 53 stran veřejných připomínek. Několik vyjádření ocenilo odložení diagnostikovatelnosti PGD až po uplynutí nejméně 12 měsíců od úmrtí (Prigerson et al., 2021).

Odborníci se nicméně obávají, že budou lidé nespravedlivě diagnostikováni a patologizováni (Cara, 2022; Prigerson et al., 2021) a v důsledku toho stigmatizováni. Například Cacciatore et al. (2014) zjistili, že u více než poloviny rodičů, kteří ztratili dítě, byla splněna některá z kritérií pro diagnostiku PGD i po časovém úseku přesahujícím stanovených 12 měsíců uplynulých od ztráty. Joanne Cacciatore pak následně v rozhovoru pro server Gizmodo uvedla: „Který rodič by netoužil po dítěti, které zemřelo? Intenzivní citová bolest? Který člověk by po takových traumatických ztrátách necítil o rok později intenzivní citovou bolest?“ (Cara, 2022). Nadto výzkum, který se stigmatizací truchlících

zabýval, skutečně ukázal, že u lidí s diagnózou PGD lze očekávat větší míru stigmatizace, než u truchlících, kteří tuto diagnózu nemají (Dennis et al., 2022).

Na obavy, že bude docházet ke zbytečné falešně pozitivní diagnostice truchlících, reagují výzkumníci souhlasící se začleněním PGD do DSM-5-TR tím, že výzkum ukázal spolehlivou měřitelnost PGD a vyskytuje se v malém výseku truchlící populace (kolem 5%) a pomocí těchto výsledků je tedy možné argumentovat, že falešná pozitivita není hrozbou (Prigerson et al., 2021). Dalším spíše pragmatickým argumentem pro začlenění je pak hrazení péče o truchlící ze zdravotního pojištění, pokud bude truchlení vedeno v systému jako nemoc. Boelen et al. (2020) dále uvedli, že vzhledem k prokázání toho, že různé kombinace příznaků PGD splňují definici duševní poruchy, považují přidání PGD mezi poruchy za logické. Zároveň se domnívají, že tento krok podnítl výzkum výskytu a udržovacích mechanismů komplikovaného truchlení, stejně tak výzkum prevence a péče. Jsou přesvědčení, že přínosy převyšují potenciální negativa.

## **6. Pohřební rituál**

K truchlení neodmyslitelně patří akt pohřbu. Ochranná opatření zavedená v průběhu pandemické situace měla vliv na jeho podobu. Pohřby byly povoleny, bylo však opakovaně omezováno množství lidí, kteří se jich mohli účastnit. Stejně tak pokud byl některý blízký sám v době pohřbu Covid-pozitivní, nemohl opustit izolaci a účastnit se této důležité formy posledního rozloučení. Zavřené restaurace navíc omezovaly možnost uspořádání smuteční hostiny, která je v naší kultuře velmi častým zakončením pohřebního rituálu.

### **6.1. Význam pohřbu pro pozůstalé**

„Pohřeb je z psychologického hlediska rituálem, který uvádí pozůstalé do nového života. Jeho role v procesu truchlení je tudíž klíčová.“ (Jarkovská et al., 2011, s. 336). Různé části pohřebního procesu pomáhají naplňovat rozličné psychologické a duchovní potřeby pozůstalých. Zatímco společnost vnímá smrt jako tabuizované téma, pohřby poskytují strukturu a pocit bezpečí, které činí smrt skutečnou, usnadňují a normalizují proces truchlení. Rituál pomáhá zasadit nejbližší truchlící rodinu do kontextu širší rodiny, komunity a v případě věřících do kontextu církve. Pozůstalí netruchlí sami. V průběhu pohřebního rituálu má rodina i ostatní pozůstalí příležitost vyprávět si o zesnulém, vzájemně naslouchat příběhům z jeho života a vytvářet si tak o něm obraz, který si do budoucna zachovají ve své mysli. (Giblin & Hug, 2006).



Pro důležitost pohřebního rituálu hovoří i výsledky výzkumu, které ukázaly, že smuteční rituály po ztrátě blízkých osob obvykle mohou zmírnit zármutek a zvýšit pocit kontroly, a to nejen u jedinců, kteří věří v účinnost rituálů, ale i u těch, kteří účinnosti nevěří (Norton & Gino, 2014). Výzkum, který proběhl v Madridu a který se zabýval umíráním v kontextu pandemie, ukázal, že pokud byla blízkým odepřena možnost se s umírajícím rozloučit buď před nebo po smrti, bylo pro ně obtížné smrt přijmout a uvěřit, že skutečně nastala. Autoři uvádějí, že blízcí požadovali po zdravotnících nějaké důkazy, ať už to byla fotografie, osobní doklad či úmrtní list nebo konkrétní detaily o tom, jak samotná smrt probíhala. Výzkum dále ukázal, že pokud truchlící uspořádali nějakou formu rituálu rozloučení, ulevilo se jim (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021). Tato problematika by zasluhovala extenzivnější zkoumání, obzvlášť proto, že je velmi komplikované oddělit vlivy všech faktorů, které pandemickou situaci provázely.

Je důležité zmínit, že v České republice bylo umožněno i vystavení těla zemřelého a pozůstalí tedy měli přímý důkaz o jeho smrti. Omezení počtu účastníků nicméně mělo bezpochyby velký vliv na to, jak se rodiny a další blízcí domlouvali, komu bude nakonec přístup umožněn a kdo se bude moci takto rozloučit.

## Výzkumná část (návrh výzkumu)

### 7. Výzkumný problém, cíle výzkumu, hypotézy a výzkumné otázky

Pandemie Covid-19 bude mít vliv na společnost ještě dlouho po svém konci. Jak již bylo zmíněno v literární části této práce, mnozí odborníci vyjádřili obavy, že pandemie spustí vlnu komplikovaného truchlení a tyto obavy již byly několika zahraničními výzkumy potvrzeny. Velký vliv na to, jak pozůstalí truchlí, mají okolnosti úmrtí, které byly do velké míry determinovány vládními nařízeními a okolnostmi mimo kontrolu rodin a blízkých. V České republice dosud studie k této problematice publikovány nebyly. V rámci mezinárodního projektu „I Live“ byl zatím vydán pouze jeden poster a výsledky, které prezentoval, budou součástí mezinárodní studie. Předkládaný návrh výzkumu si dává za cíl poskytnout empiricky ověřený podklad k tomu, aby mohla být tato mezera v českém prostředí zaplněna a abychom lépe porozuměli následkům pandemie a přijatých opatření v oblasti péče o umírající. Data, která budou získána by mohla být využita k porovnání pozitiv a negativ přijímaných opatření s větším zřetelem na pozůstalé. Realizace výzkumu by tak mohla vést k větší připravenosti nejen na případné další vlny pandemie viru Covid-19, ale i na jiné epidemie či pandemie, které se mohou v průběhu let objevit. Výzkum si dává za cíl také přitáhnout pozornost k této problematice a přispět ke komplexnímu pohledu na umírání v nemocnicích. Nejvyšším cílem tohoto návrhu výzkumu je upozornění na nadbytečnou traumatizaci pozůstalých.

Návrh výzkumu má dvě části. První část se bude zabývat otázkou, jaký vliv má odloučení od umírajícího na pravděpodobnost rozvoje komplikovaného truchlení u pozůstalých. Hlavní výzkumnou otázkou tedy je, zda pozůstalí po zemřelém na virus SARS-CoV-2, kteří neměli možnost osobního kontaktu s umírajícím, truchlí komplikovaně častěji než pozůstalí, kteří možnost osobního kontaktu s umírajícím měli. Druhá část bude následně mapovat, jaké faktory, pozitivní i negativní, vnímají pozůstalí jako klíčové pro svůj proces truchlení. Tato sdělení budou následně porovnávána se zjištěními ze zahraničí.

Mou výzkumnou hypotézou pro kvantitativní část je, že lidé, kteří nemohli být v kontaktu s umírajícím, budou častěji truchlit komplikovaně než ti, kteří tuto možnost měli.

## **8. Design výzkumného projektu**

### **8.1. Typ výzkumu**

Návrh výzkumu obsahuje jak kvantitativní, tak kvalitativní část. Cílem kvantitativní části je porovnání prevalence vzniku komplikovaného truchlení u pozůstalých po obětech viru Covid-19, kteří měli, resp. neměli možnost osobního kontaktu s umírajícím. Kvalitativní část výzkumu bude mít formu polostrukturovaných rozhovorů a jejím cílem bude porozumět faktorům, které měly na truchlení pozůstalých vliv. I tato zjištění budou porovnávána se zjištěními ze zahraničí.

### **8.2. Výzkumné metody a metody sběru dat**

V kvantitativní části budou použity dvě škály užívané pro určení komplikovaného truchlení. Sběr dat bude probíhat online formou. Pro sběr dat pro kvalitativní část výzkumu bude použito polostrukturované interview. Metody jsou konkrétněji popsány níže.

#### **8.2.1. Kvantitativní část výzkumu**

Pro získání dat v kvantitativní části výzkumu budou použity dvě škály. První je Inventář komplikovaného truchlení (Inventory of complicated grief, ICG). Tato škála byla vyvinuta Prigersonovou et al. (1995) a je doposud jedním z nejvíce využívaných dotazníků pro určení komplikovaného truchlení. Jedná se o sebeposuzovací dotazník, který obsahuje 19 položek, na které respondent odpovídá pomocí pětibodové Likertovy škály. Vyhodnocuje se součtem hodnot odpovědí, tedy součtem hrubých skóre. Hranice pro komplikované truchlení byla určena nad 25 bodů ( $HS > 25$ ), jelikož se ukázalo, že jedinci, kteří skórovali nad 25 bodů, měli výrazně více problémů v oblasti duševního zdraví, sociálního fungování a vykazovali i více tělesné bolesti (Prigerson et al., 1995).

Inventář byl validován i v dalších zemích a opakovaně ukázal, že jeho překlady mají dobré psychometrické vlastnosti (Carmassi et al., 2014; Ludwikowska & Lachowska, 2019). V českém prostředí zatím tento inventář validován nebyl a nepodařilo se mi nalézt ani jinou diagnostickou metodu pro diagnostiku komplikovaného truchlení, která by měla český překlad a byla validovaná na české populaci. Pro potřeby mé bakalářské práce se mnou ochotně sdíleli český překlad inventáře jeho autoři, kteří ho již využili pro mapování faktorů ovlivňujících proces truchlení. Tato česká verze inventáře ukázala dostatečně uspokojivou míru vnitřní konzistence. Překlad proběhl standardní jazykovou validizací. Nejprve byl inventář přeložen dvěma na sobě nezávislými autory do češtiny a následně byl zpětně

přeložen nezávislým anglickým mluvčím zpět do angličtiny. Poté proběhla komparace a případné nejasnosti byly korigovány (Machů et al., 2019).

Druhou metodou, která bude v této fázi použita, bude již zmiňovaná Škála truchlení v pandemii (Pandemic grief scale) (Lee & Neimeyer, 2020). V případě realizace výzkumu by byla také přeložena výše popsaným standardním překladem. I tuto škálu se již podařilo validovat v několika dalších zemích a vykazuje dobré psychometrické vlastnosti (Ashraf et al., 2022; Caycho-Rodríguez et al., 2021; Evren et al., 2021). Jedná se o screeningovou. Má pouze 5 položek, které jsou hodnoceny na čtyřbodové škále, pomocí které respondent vyjadřuje, jak často zažívá popsané pocity a situace. Stejně jako předchozí škála se i tato vyhodnocuje součtem hrubých skóre, kde hraniční pro diagnostiku komplikovaného truchlení je 7 a více bodů ( $HS \geq 7$ ). Metoda je autory volně přístupná (Lee & Neimeyer, 2020). U této metody by byla před vyhodnocováním výsledků ověřena vnitřní konzistence pomocí Cronbachova  $\alpha$ .

Obě škály budou distribuovány online. Se sběrem odpovědí by mohlo být nápomocné například již zmiňované Centrum paliativní péče nebo organizace Cesta domů. Vedle použití škál budou sledovány demografické údaje, a to věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a etnicita. Součástí formuláře budou též otázky na rodinný/přátelský vztah mezi respondentem a zemřelým, na to před jak dlouhou dobou blízký zemřel a v neposlední řadě budou respondenti dotazováni, jestli vyhledali kvůli ztrátě blízkého odbornou pomoc. Bude také sledováno, zda respondenti měli, či neměli možnost opakovaného kontaktu s umírajícím.

Metodou, kterou zde chci zmínit, ale která nebude v návrhu výzkumu použita, je Strukturované klinické interview pro komplikované truchlení (Structured Clinical Interview for Complicated Grief, SCI-CG) (Bui et al., 2015). Nevyužít tuto metodu jsem se rozhodla z toho důvodu, že by se jednalo teprve o první takovýto výzkum na českém území, a proto je vhodnější zaměřit se na získání dostatečného množství dat. Využití sebesposuzovacích škál, které by navíc byly distribuovány online a vyplňovány elektronicky, bude výrazně časově úspornější a méně nákladné než využití strukturovaného interview.

### **8.2.2. Kvalitativní část výzkumu**

Kvalitativní část výzkumu bude pracovat s nižším počtem respondentů. Specifickým výzkumným designem bude zakotvená teorie. Jejím cílem je explodovat faktory, které měly vliv na proces truchlení v kontextu pandemie a poskytnout ukotvení této problematiky

v českém prostředí. Data pro kvalitativní část výzkumu budou získávána pomocí polostrukturovaného interview, které nabízí oporu a zároveň umožňuje zachytit problematiku v celé její šíři.

Polostrukturované interview se bude zaměřovat jak na faktory, které respondentům pomohly a vnímají je jako přínosné pro svůj proces truchlení, tak na faktory, které respondenti vnímají jako komplikující pro proces truchlení. Část interview bude věnována elektronické komunikaci, protože tento způsob byl během pandemie dominantní a často poskytoval náhradu za komunikaci přímou.

Polostrukturované interview se skládá z 15 hlavních otázek a šesti upřesňujících podotázek. Hlavními okruhy je pak vztah s umírající osobou, průběh onemocnění a péče a subjektivně vnímané faktory ovlivňující truchlení (podrobněji viz. příloha I). Otázky byly vytvořeny na základě výzkumných zjištění týkajících se protektivních a rizikových faktorů ovlivňujících proces truchlení a na základě rešerše literatury týkající se pandemické situace a přijatých ochranných omezení. Zjištění budou porovnávána se závěry zahraničních studií. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, autoři Pandemic grief scale se také věnovali výzkumu komplikovaných faktorů spojených s pandemií (Neimeyer & Lee, 2021). Těchto 13 faktorů bude porovnáváno se zjištěními z polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory budou se souhlasem respondentů nahrávány a následně přepisovány do textové podoby.

Primárně budou respondenti i v této části oslovováni za pomoci některé z organizací zabývajících se péčí o umírajícího, či přes nemocnice. Pokud se nepodaří tímto způsobem oslovit dostatečné množství respondentů, bude použita metoda sněhové koule.

### **8.3. Metody zpracování a analýzy dat**

Pro zpracování dat budou využity programy MS Excel a SPSS. V kvantitativní části výzkumu bude statistická analýza sledovat rozdíly v míře truchlení mezi respondenty, kteří měli (resp. neměli) možnost opakovaného osobního kontaktu s umírajícím. Nejprve bude ověřena normalita rozložení dat. Vzhledem k velikosti vzorku  $N > 100$  (a tedy splnění podmínek pro využití axiomu normality) budou pro zpracování dat použity parametrické metody. Jako nejvhodnější se pak jeví jednostranný test pro dva nezávislé výběry. Hladina významnosti bude stanovena na  $\alpha < 0,05$ .

V kvalitativní části bude použita metoda zakotvené teorie. Rozhovory s respondenty budou nahrávány, následně přepisovány do textové podoby. Prvním krokem bude otevření

kódování, během kterého bude probíhat konceptualizace dat – tedy vytváření většinou jednoslovných kódů. Následně budou data kategorizována. Dalším krokem bude axiální kódování, které umožní zkoumat kategorie a koncepty ve vzájemném vztahu. Na závěr proběhne selektivní kódování (Corbin & Strauss, 1998). Data budou kódována za využití metody triangulace, tedy zpracováním pomocí tří nezávislých hodnotitelů a jejich shody.

## 9. Výzkumný soubor

Pro kvantitativní část výzkumu budou respondenti oslovováni skrze výzvy na sociálních sítích a za pomoci některé z organizací orientovaných na péči v závěru života. Podmínkou vyplnění dotazníků bude osobní zkušenost se smrtí blízkého na virus SARS-CoV-2 od které uběhlo minimálně šest měsíců. Tento časový údaj vychází z diagnostických kritérií MKN-11. Další podmínkou bude to, že ke smrti došlo jinde než doma nebo v hospici. Toto kritérium bylo zvoleno z toho důvodu, že v domácnosti měli truchlící možnost se rozloučit, stejně tak je důvodné očekávat, že hospic (z podstaty svého přístupu k umírání) návštěvy povoloval a péče obecně vypadala velmi odlišně od nemocničních zařízení. Kritériem pro vyloučení respondenta bude opakovaný kontakt za využití elektronické komunikace, neboť kdyby byli zahrnuti do souboru respondenti, kteří tuto možnost měli, mohlo by to mít zkreslující dopad na výsledky. Posledním vylučujícím kritériem bude smrt více než jednoho blízkého člověka na onemocnění SARS-CoV-2.

Respondenti budou rozděleni do dvou skupin podle toho, zda jim byl nebo nebyl umožňován kontakt s umírajícím. Kritériem nebude pouze jeden kontakt těsně před smrtí, ale opakovaně umožňované návštěvy umírajícího. Toto kritérium bylo zvoleno proto, že kontakt až těsně před smrtí s velkou pravděpodobností neposkytne člověku řádný čas na rozloučení. Umírající často nemusí být schopen hovořit či jinak komunikovat. Protože pro vzorek větší než 100 tendují data k normálnímu rozložení, cílem bude sběr dat od nejméně 100 respondentů.

Respondenti pro kvalitativní část budou oslovováni (stejně jako v kvantitativní části) za pomoci některé z organizací zabývajících se péčí v závěru života. Podmínkami pro účast v této části bude smrt blízkého člověka na onemocnění SARS-CoV-2 a to, že tato smrt neproběhla doma ani v hospici. Pro tuto část výzkumu není podstatné, zda pozůstalí truchlí nebo netruchlí komplikovaně a vylučujícím kritériem nebude ani zkušenost s více než jedním úmrtím.

Z právních důvodů bude minimální věk respondentů v obou částech výzkumu stanoven na 18 let.

## **10. Etika výzkumu**

Výzkum proběhne v souladu s etickými normami APA (APA, 2017) a proběhne v souladu s principy beneficence (prospěšnosti) a nonmaleficence (nezpůsobení újmy). Protože je téma skutečně velmi intimní a náročné, je nutné dávat (především během polostrukturovaného interview) pozor na možnou retraumatizaci truchlících. Výsledky dotazníků nebudou respondentům primárně sdělovány, aby nedocházelo k jejich zbytečné patologizaci, v případě jejich zájmu však budou mít možnost kontaktu a výsledky jim budou sděleny.

Všichni účastníci budou před navázáním spolupráce adekvátně informováni a bude jim k podpisu předložen formulář informovaného souhlasu. Všichni účastníci budou seznámeni s možností z výzkumu kdykoli odstoupit. V případě polostrukturovaných rozhovorů bude před každým rozhovorem poskytnut souhrn nejdůležitějších informací včetně možnosti na některé otázky neodpovídat. Data získaná v průběhu výzkumu budou anonymizována a bude s nimi nakládáno dle GDPR. U kvantitativní, i u kvalitativní části budou participanti informováni o možnostech pomoci, kterou mohou v případě potřeby vyhledat. Bude jim předložena nabídka následné péče, která bude předem domluvená s organizacemi zaměřujícími se na poradenství pro truchlící.

Jako autorka tohoto návrhu se domnívám, že výzkum by mohl být prospěšný i pro samotné participanty. Umožnil by jim hovořit o jejich zkušenostech otevřeně a poskytl by naději, že případné pocity zmaru a beznaděje, které mohli a stále mohou někteří z nich prožívat, nejsou nechány bez povšimnutí odbornou veřejností.

Je také důležité zmínit, že výzkum nemá za cíl jakýmkoli způsobem demonizovat péči zdravotníků, kteří byli během pandemie vystaveni extrémně náročné situaci. Otázky nebudou v žádném případě postaveny tak, aby participanty podněcovaly ke stížnostem nebo nenávisti směrem ke zdravotníkům. Nicméně bude samozřejmě umožněno otevřené vyjádření, pokud se participanti sami rozhodnou své postoje verbalizovat.

## 11. Diskuse

Úskalím návrhu jsou samotné metody, protože dosud nedošlo k jejich validizaci na české populaci. Bylo by nesporně lepší, kdyby metody byly validovány na české populaci ještě před tímto výzkumem, nicméně se domnívám, že i takto by data získaná z výzkumu byla přínosná. Vzhledem k nedávnému vývoji Pandemic grief scale je také otázka, jestli má tato škála dobrou schopnost predikovat komplikované truchlení do budoucna. Jedná se o škálu screeningovou, která má pouze pět položek. Její krátkost na jednu stranu umožňuje efektivní distribuci, zároveň ale malé množství položek neumožňuje konstrukty zkoumat v celé jejich šíři. Například suicidální tendence jsou definovány pouze jednou položkou. Vhodná by byla konstrukce vícepoložkové škály, která by umožnila problematiku zkoumat podrobněji. Protože jsou obě škály sebehodnotící, je na místě zvážit vliv, který tato forma sběru dat má, protože získaná data nemusí být zcela objektivní.

Sběr dat online formou přináší určité skutečnosti, kterým je též vhodné věnovat v této diskusi pozornost. Výzkumník také nemůže ovlivnit prostředí, ve kterém bude respondent na škály odpovídat. Roli tedy hrají i distraktory, které mohou během vyplňování participanta ovlivnit. Může jimi být například přítomnost další osoby, nebo ztráta pozornosti kvůli podnětům z respondentova okolí. Využití online distribuce také může mít vliv složení vzorku respondentů, protože škály budou hůře dostupné pro starší populaci, která se v online prostoru tolik nepohybuje. Škály také nebudou kvůli online šíření dostupné pro lidi, kteří nevlastní elektronická zařízení nebo nemají přístup k internetu – pravděpodobně tedy pro chudší populaci. Je možné, že vzorek respondentů nebude dostatečně reprezentativní i z toho důvodu, že do výzkumu se spíše zapojí respondenti, kteří se o problematiku umírání během pandemie zajímají a dotýká se jich. Stejně tak je důvodné se domnívat, že i do polostrukturovaných rozhovorů by se přihlásili spíše respondenti, pro které je téma blízké nebo o něm potřebují hovořit. Je také třeba pamatovat na to, že online forma neumožňuje možnost ošetření emocí respondentů, které mohou během vyplňování škál vyvstat.

Další úskalí výzkumu vidím ve velkém množství faktorů, které proces truchlení ovlivňují. Mimo jiné hraje velkou roli vztah mezi zemřelým a pozůstalým, předchozí zkušenosti se smrtí, přístup k umírání, víra, kterou dotyčný vyznává, sociální vztahy, které má a velké množství osobnostních faktorů. Otázkou je tedy i volba vzorku. Jako autorka návrhu jsem zvažovala velké množství vylučujících kritérií. Lze například očekávat velký rozdíl ve vnímání situace, pokud je obětí nákazy člověk seniorního věku a pokud je jím například dítě či mladý člověk. Všechny tyto faktory ale nelze bohužel během výzkumu vzít



v potaz. S velkou variabilitou participantů se návrh pokouší vypořádat dostatečnou velikostí vzorku. Pokud se nepodaří sehnat dostatečné množství odpovědí, nebude možné výsledky zobecňovat a vztahovat na celou populaci. Získávání dat může být zkomplikováno velkou těžkostí a náročností tématu, kterého se týká. Je možné, že lidé, kteří byli smrtí v pandemii zasaženi, si nebudou přát participovat na výzkumu a odpovídat na otázky týkající se této situace.

Na prožitky respondentů a skrz to i na výsledky výzkumu by mohly mít vliv další aspekty pandemie, které přímo nesouvisí s truchlením a úmrtím blízkého. Pakliže by byly respondenti vystaveni dalším stresorům (jako je například ztráta zaměstnání) mohlo by to mít vliv na jejich celkové rozpoložení a psychické zdraví. V současnosti je navíc populace vystavena dalšímu velkému stresu, kterým je válka na Ukrajině a která nás znovu vystavuje uvědomování si vlastní smrtelnosti a pocitům strachu o sebe i své blízké. Toto také může interferovat do prožívání smutku/truchlení a může to mít dopad na celkové psychické i fyzické zdraví člověka.

I přes všechna úskalí zde zmíněná, jsem přesvědčena, že zjištění výzkumu by byla přínosná pro lepší porozumění problematice komplikovaného truchlení. Vzhledem k tomu, že opatření přijímaná v různých zemích se do velké míry podobala, očekávám, že faktory, které mají vliv na proces truchlení se budou shodovat se zjištěními ze zahraničí. Faktor, který je v našem prostředí nejvíce diskutabilní je faktor víry/spirituality. Vzhledem k tomu, že česká společnost je převážně ateistická, je možné, že víra nebude mít na vnímání smrti velký vliv a neukáže se jako faktor ovlivňující truchlení. Naopak je možné, že se jako faktor ukáže nespokojenost s fungováním vlády během situace pandemie, neboť ta byla opakovaně kritizovaná za chaotičnost přijímaných opatření a jejich proměny ze dne na den. Předpokládám velký vliv osobního kontaktu s umírajícím, což by bylo v souladu se zahraničními zjištěními.

Tématika umírání, truchlení a péče o umírající během pandemie Covid-19 by si rozhodně zasloužovala extenzivnější zkoumání. Bylo by například zajímavé zkoumat, zda se na našem území ukáže vliv etnicity na rozvoj komplikovaného truchlení. Lee & Neimeyer (2020) totiž zjistili, že černoši měli vyšší skóre na PGD než příslušníci jiných minorit. Dále by bylo vhodné zkoumat, jaké osobnostní charakteristiky ovlivňují proces truchlení, jaký vliv mají sociální vztahy a jaké intervence jsou vhodné pro zvládnutí a zmírnění komplikovaného truchlení. Neméně zajímavá je i problematika vlivu víry/spirituality na

vnímání smrti v kontextu pandemie, a to i vzhledem k tomu, že se objevovala porovnání pandemické situace s obrazy z Bible. Pozornost by nepochybně měla být věnována postojům a prožitkům zdravotníků a formálních pečujících, pro které byla situace extrémně zátěžová.

Ideální by bylo zkoumat komplikované truchlení longitudinálně, neboť se jedná o stav, který je charakteristický svým dlouhým trváním. V průběhu longitudinálního výzkumu by bylo vhodné sledovat, zda respondenty potkala nějaká další traumatizující událost či zda je zasáhla další smrt, která mohla truchlení opakovaně zkomplikovat, aby nedošlo ke zkreslení dat. Dále by bylo sledováno, zda respondenti během svého truchlicího procesu vyhledali odbornou pomoc. Domnívám se, že by bylo vhodné měření zopakovat přibližně s pětiletým odstupem. Ten by dovoloval lépe postihnout variabilitu délky procesu truchlení mezi jednotlivci než odstup jednoho či dvou let. I pro longitudinální výzkum by byl vhodný velký vzorek, neboť je při opakovaném měření nutné počítat s výzkumnou úmrtností.

## 12. Závěr

Bakalářská práce se věnovala tématu umírání a truchlení během pandemie Covid-19. Jejím cílem bylo poskytnutí souhrnu dosavadních poznatků z této oblasti a přivedení větší pozornosti k této problematice, která bude mít vliv na celkové zdraví populace ještě dlouhou dobu. Pandemická situace výrazně ovlivnila snahy zlepšit péči o umírající a jejich blízké a spíše představovala v péči o umírající krok zpět. Proto je důležité toto téma neopomenout a přispět ke zlepšení situace umírajících i truchlících do budoucna. Problematika umírání v pandemii je na poli české vědy zatím málo popsána, proto bylo cílem práce poskytnout podklad pro další vědecké zkoumání. To může pomoci nejen pokud se svět bude potýkat s dalšími vlnami Covidu-19, ale i v situaci, že budeme vystaveni v budoucnu jiné pandemii či epidemii.

Velká část práce se zabývala procesem truchlení a vlivem pandemické situace na rozvoj komplikovaného truchlení u pozůstalých, protože náročnost tohoto období a opatření přijatá proti šíření nákazy, představují velkou výzvu pro umírající a jejich blízké. Výzkumy dokázaly, že pozůstalí po obětech viru SARS-CoV-2 truchlí komplikovaně častěji než pozůstalí po lidech, kteří zemřeli z jiných přirozených příčin (Eisma et al., 2020). Mnoho přijatých omezení má přímý vliv na faktory, které byly odborníky popsány jako rizikové pro vznik komplikovaného truchlení.

Práce neopomíná ani diskusi nad diagnostikou komplikovaného truchlení. Otázka, zda lze truchlení rozčlenit na „normální“ a „abnormální“ je významná a ani v odborných kruzích nepanuje shoda názorů. Součástí literární části je proto i shrnutí hlavních argumentů pro a proti označení komplikovaného truchlení jako diagnostikovatelné poruchy.

Návrh výzkumu vycházel především z poznatků shrnutých v literární části práce. Jeho cílem je umožnit zkoumání této problematiky v České republice. Kvantitativní část se věnuje primárně možnosti kontaktu s umírajícím a jejímu vlivu na pozůstalé a kvalitativní část má usnadnit zkoumání dalších faktorů, které měly na truchlení pozůstalých vliv.

Věřím, že data z tohoto výzkumu umožní lepší porozumění dopadu přijímaných opatření a pomohou v hledání možností, které by proces truchlení pozůstalým usnadnily. Také přispějí k motivaci hledat způsoby, jak zlepšit spolupráci mezi rodinou a zdravotnickými zařízeními a osvětlí rizikové a protektivní faktory. V neposlední řadě tato zjištění pomohou ušetřit finanční náklady v rámci zdravotní péče o pozůstalé.

### 13. Seznam použité literatury

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <http://www.apa.org/ethics/code/index.html>

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Ariès, P. (2000). *Dějiny smrti*. Argo.

Ashraf, F., Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Kanwal, T. (2022). Bereavement in Pakistan during the COVID-19 pandemic: Psychometric analysis of the Pandemic Grief Scale-Urdu Version (PGS-UV). *Death Studies*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2048197>

Bandini, J. (2015). The Medicalization of Bereavement: (Ab)normal Grief in the DSM-5. *Death Studies*, 39(6), 347–352. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.951498>

Boelen, P. A., Eisma, M., Smid, G., & Lenferink, L. (2020). Prolonged grief disorder in section II of DSM-5: A commentary. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1771008. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1771008>

Boelen, P. A., Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., & Smid, G. E. (2018). Evaluation of the factor structure, prevalence, and validity of disturbed grief in DSM-5 and ICD-11. *Journal of Affective Disorders*, 240, 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.041>

Boelen, P. A., Spuij, M., & Lenferink, L. I. M. (2019). Comparison of DSM-5 criteria for persistent complex bereavement disorder and ICD-11 criteria for prolonged grief disorder in help-seeking bereaved children. *Journal of Affective Disorders*, 250, 71–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.046>

Bok, T. (2020). Výskyt komplikovaného a protahovaného truchlení a s ním související rizikové skupiny pozůstalých v české populaci. [Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. Theses. [https://theses.cz/id/zdvpfi/#panel\\_text](https://theses.cz/id/zdvpfi/#panel_text)

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. Basic Books.

Bui, E. (2018). Grief: From Normal to Pathological Reactions. In E. Bui (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction, current clinical psychiatry* (s. 85–101). doi:10.1007/978-3-319-65241-2

Bui, E., Mauro, C., Robinaugh, D. J., Skritskaya, N. A., Wang, Y., Gribbin, C., Ghesquiere, A., Horenstein, A., Duan, N., Reynolds, C., Zisook, S., Simon, N. M., & Shear, M. K. (2015). The Structured Clinical Interview for Complicated Grief: Reliability, Validity, and Exploratory Factor Analysis. *Depression and anxiety*, 32(7), 485–492. <https://doi.org/10.1002/da.22385>

Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. In M. Stroebe, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (s. 145–161). Routledge/Taylor & Francis Group.

Bužgová, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: Potřeby, hodnocení, kvalita života*. Grada publishing.

Cacciatore, J., Lacasse, J. R., Lietz, C. A., & McPherson, J. (2014). A Parent's Tears: Primary Results from the Traumatic Experiences and Resiliency Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 68(3), 183–205. <https://doi.org/10.2190/OM.68.3.a>

Cara, E. (2022, 25. březen). *Why „Prolonged Grief Disorder" Has Mental Health Professionals Split*. Gizmodo. <https://gizmodo.com/why-prolonged-grief-disorder-has-mental-health-professi-1848704338>

Carmassi, C., Shear, M. K., Massimetti, G., Wall, M., Mauro, C., Gemignani, S., Conversano, C., & Dell'Osso, L. (2014). Validation of the Italian version Inventory of Complicated Grief (ICG): A study comparing CG patients versus bipolar disorder, PTSD

and healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1322–1329.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.001>

Caycho-Rodríguez, T., Vilca, L. W., Vivanco-Vidal, A., Saroli-Aranibar, D., Carbajal-León, C., Gallegos, W. L. A., White, M., & Lee, S. A. (2021). Assessment of Dysfunctional Grief due to Death from COVID-19 in Peru: Adaptation and Validation of a Spanish Version of the Pandemic Grief Scale. *Trends in Psychology*, 29(4), 595–616.

<https://doi.org/10.1007/s43076-021-00091-1>

Centrum paliativní péče. (2020, 22. října). *Zajištění komunikace umírajících pacientů v karanténě s jejich blízkými*. <https://paliativnicentrum.cz/aktuality/zajisteni-komunikace-umirajicich-pacientu-v-karantene-s-jejich-blizkymi>

Centrum paliativní péče. (2020, 9. dubna). *Doporučení k zajištění komunikace umírajících pacientů v karanténě s jejich blízkými*. <https://paliativnicentrum.cz/aktuality/doporuceni-k-zajisteni-komunikace-umirajicich-pacientu-v-karantene-s-jejich-blizkymi>

Centrum paliativní péče. (n.d.). *Paliativní péče*. <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

Cesta domů. (2011). *Smrt a péče o umírající: Pohled laické i zdravotnické veřejnosti* [Závěrečná zpráva]. <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>

Cesta domů. (2013). *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II* [Závěrečná zpráva]. <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

Corbin, J., & Strauss, A. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. SAGE Publications.

Český statistický úřad. (2021, 30. června). *Covid 19 byl vloni druhou nejčastější příčinou smrti*. <https://www.czso.cz/csu/czso/covid-19-byl-vloni-druhou-nejcastejsi-pricinou-smrti>

Daušová, B. J. (2022). *Vliv pandemie COVID-19 na seniory žijící v domovech třetího věku* [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK.

<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/171847/120411680.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Davies, D. J. (2007). *Stručné dějiny smrti*. Volvox Globator.

Dennis, H., Eisma, M. C., & Breen, L. J. (2022). Public Stigma of Prolonged Grief Disorder: An Experimental Replication and Extension. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(3), 199–205. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001427>

Doka, J. K. (2022). Grief in the COVID-19 pandemic. In P. Pentaris (Ed.), *Death, grief and loss in the context of covid-19* (s. 29-38). Routledge/Taylor & Francis Group.

Dorková, Z. (2014). Co potřebují umírající a doprovázející v 21. století. In N. Špatenková (Ed.), *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z thanatologie* (s. 81-92). Galén.

Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>

Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of Affective Disorders*, 278, 54–56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>

Ersek, M., Smith, D., Griffin, H., Carpenter, J. G., Feder, S. L., Shreve, S. T., Nelson, F. X., Kinder, D., Thorpe, J. M., & Kutney-Lee, A. (2021). End-Of-Life Care in the Time of COVID-19: Communication Matters More Than Ever. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(2), 213-222.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.024>

European centre for disease prevention and control. (2020, únor). *Pokyny pro nošení a snímání osobních ochranných prostředků ve zdravotnických zařízeních při péči o pacienty se suspektním nebo potvrzeným onemocněním COVID-19*. [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Protective%20equipment\\_CS.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Protective%20equipment_CS.pdf)

Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Topcu, M., & Kutlu, N. (2021). Measuring dysfunctional grief due to a COVID-19 loss: A Turkish validation study of the Pandemic Grief Scale. *Death Studies*, 46(1), 25–33. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1897179>

Fernández-Castillo, R.-J., González-Caro, M.-D., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A.-M., & Garnacho-Montero, J. (2021). Intensive care nurses' experiences during the

COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 397–406.

<https://doi.org/10.1111/nicc.12589>

Gang, J., Falzarano, F., She, W. J., Winoker, H., & Prigerson, H. G. (2022). Are deaths from COVID-19 associated with higher rates of prolonged grief disorder (PGD) than deaths from other causes? *Death Studies*, 0(0), 1–10.

<https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2039326>

Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M., & Dell’Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2020.00489>

Giblin, P., & Hug, A. (2006). The Psychology of Funeral Rituals. *Liturgy*, 21(1), 11–19.

<https://doi.org/10.1080/04580630500285956>

Goveas, J. S., & Shear, M. K. (2020). Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119–1125.

<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>

Gross, R. (2018). *The psychology of grief*. Routledge.

Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Galén.

Hernández-Fernández, C., & Meneses-Falcón, C. (2021). I can’t believe they are dead. Death and mourning in the absence of goodbyes during the COVID-19 pandemic. *Health & Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.13530>

Hobson, C. J., Kamen, J., Szostek, J., Nethercut, C. M., Tiedmann, J. W., & Wojnarowicz, S. (1998). Stressful Life Events: A Revision and Update of the Social Readjustment Rating Scale. *International Journal of Stress Management*, 5(1), 1–23.

<https://doi.org/10.1023/A:1022978019315>

Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. et al. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum.

Jarkovská, O., Kabelka, L., Štěpánková, M. (2011). Sociální problematika v paliativní péči. In O. Sláma, L. Kabelka & J. Vorlíček (Eds.), *Paliativní medicína pro praxi* (2., nezměň. vyd). (s. 333-339). Galén.



Jilemnický, M. S. (2021, 15. března). *Umírání na covid je jiné. Člověk se dusí za plného vědomí, říká vrchní sestra*. Nymburský deník.cz.

[https://nymbursky.denik.cz/zpravy\\_region/umirani-covid-nemocnice-vrchni-sestra-nymburk-nemocnice-20210315.html](https://nymbursky.denik.cz/zpravy_region/umirani-covid-nemocnice-vrchni-sestra-nymburk-nemocnice-20210315.html)

John, S., Booth, S., & Venville, A. (2020). Dying in Hospital during COVID-19: Isolation, Despair, and Moral Distress. *Australian Social Work*, 73(4), 514–515.

<https://doi.org/10.1080/0312407X.2020.1808268>

Kabelka L. & Alexandrová R. (2011). Podpora truchlících pozůstalých. In O. Sláma, L. Kabelka & J. Vorlíček (Eds.), *Paliativní medicína pro praxi* (2., nezměn. vyd). (s. 315-318). Galén.

Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(1), 76–97. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76>

Kubičková N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. ISV.

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Simon & Schuster.

Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Grada.

Lankašová, M. (2020, 16. července). *S umírající babičkou jen čtvrt hodiny. Covid zkrátil poslední rozloučení*. iDNES.cz. [https://www.idnes.cz/brno/zpravy/umirajici-nemocnice-pacient-posledni-rozlouceni-navsteva.A200716\\_559563\\_brno-zpravy\\_mls](https://www.idnes.cz/brno/zpravy/umirajici-nemocnice-pacient-posledni-rozlouceni-navsteva.A200716_559563_brno-zpravy_mls)

Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2020). Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss. *Death Studies*, 46(1), 14–24.

<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1853885>

LeRoy, A. S., Robles, B., Kilpela, L. S., & Garcini, L. M. (2020). Dying in the face of the COVID-19 pandemic: Contextual considerations and clinical recommendations.

*Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S98–S99.

<https://doi.org/10.1037/tra0000818>

Ludwikowska, K., & Lachowska, B. (2019). Polish Version of Inventory of Complicated Grief—Preliminary validation. *Psychiatria Polska*, 53(5), 1069–1086.

<https://doi.org/10.12740/PP/91729>

Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149.

doi:10.1016/j.jad.2017.01.030

Machů, K., Brylová, K., Wihodová, K., Turek, J., Kundrát, J., & Dostál, D. (2019, 21. ledna). *Faktory ovlivňující proces truchlení u pozůstalých osob*. PHD EXISTENCE 2019 "Tělo a mysl" česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech: "Tělo a mysl" Sborník odborných příspěvků, Olomouc, Česká republika.

Mas, A. (2020, 1. března). *V Česku jsou tři lidé nakaženi koronavirem. Předtím byli v Itálii*. Česká televize. <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3056228-v-cesku-jsou-tri-lide-nakazeni-koronavirem>

Mason, T. M., Toftthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(2), 151–174. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>

Milman, E., Neimeyer, R. A., Fitzpatrick, M., MacKinnon, C. J., Muis, K. R., & Cohen, S. R. (2019). Rumination moderates the role of meaning in the development of prolonged grief symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 1047–1065. <https://doi.org/10.1002/jcp.221>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2020, 28. března). *Doporučený postup č. 6/2020: Stanovisko k poskytování pobytových sociálních služeb – domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem při nařízené karanténě*. [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/DP+č.+6\\_Postupy+pri+karantene\\_Verze+3.pdf/](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1443715/DP+č.+6_Postupy+pri+karantene_Verze+3.pdf/)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020, 27. března). *Mimořádné opatření*. <https://www.mzcr.cz/mimoradne-opatreni-zakaz-navstev-pacientu-ve-zdravotnickych-zarizenich-a-zarizenich-socialnich-sluzeb-s-vyjimkami/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022, 14. března). *Návštěvy nemocnic*. Covid-portal. <https://covid.gov.cz/situace/nemocnice-socialni-zarizeni/navstevy-nemocnic>

Nakajima S. (2018). Complicated grief: Recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754):20170273. [DOI:10.1098/rstb.2017.0273]

Neimeyer, R. A., & Lee, S. A. (2021) Circumstances of the death and associated risk factors for severity and impairment of COVID-19 grief, *Death Studies*, 46 (1), 34-42, DOI: [10.1080/07481187.2021.1896459](https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1896459)

Norton, M. I., & Gino, F. (2014). Rituals alleviate grieving for loved ones, lovers, and lotteries. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(1), 266–272. <https://doi.org/10.1037/a0031772>

Pentaris, P., & Woodthorpe, K. (2022). Familiarity with death. In P. Pentaris (Ed.), *Death, grief and loss in the context of covid-19* (s. 17-28). Routledge/Taylor & Francis Group.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)

Prigerson, H., Kakarala, S., Gang, J., & Maciejewski, P. (2021). History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17 (1), 109-126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe – Testcentrum.

Remr, J. (2018). The needs of caregivers. *Fórum Sociální Práce, Special issue*, 21–34.

Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A., & Doering, B. K. (2021). Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal of Affective Disorders*, 287, 301–307. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.058>

Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117. doi:10.1002/da.20780

Sláma, O., & Vorlíček, J. (2011). Základní principy paliativní péče. In O. Sláma, L. Kabelka & J. Vorlíček (Eds.), *Paliativní medicína pro praxi* (2., nezměn. vyd). (s. 25-32). Galén.

Sláma, O., Kabelka, L., & Vorlíček, J. et al. (2011). *Paliativní medicína pro praxi* (2., nezměn. vyd). Galén.

Sláma, O., Špinková, M., Kabelka, L. (2013). *Standardy paliativní péče*. Česká společnost paliativní medicíny. [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf)

Strakatý, Č. (2020, 6. dubna). *Lékařka o umírání v době koronaviru: Smíření se smrtí je pohádka, musíme změnit pohled na život a připravit se*. Reflex. <https://www.reflex.cz/clanek/prostor-x/100588/lekarka-o-umirani-v-dobe-koronaviru-smireni-se-smrti-je-pohadka-musime-zmenit-pohled-na-zivot-a-pripravit-se.html>

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)

Svatošová, M. (2012). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Grada Publishing.

Špatenková, N. (2014). Terminologické vymezení základních pojmů – umírání, smrt, zármutek a truchlení. In N. Špatenková (Ed.), *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z thanatologie*. Galén.

Špatenková, N. (2008). *Poradenství pro pozůstalé*. Grada Publishing.

Švancara J., Sláma O., Kabelka L., Jarkovský J., Klika P., Loučka M., Komenda M., Dušek L. (2016). *Místo úmrtí – detailně*. Národní datová základna paliativní péče. <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/?region=&deathReasonType=1&deathReason=&sex=&ageType=1&ageGroup=&ageFrom=0&ageTo=120&periodFrom=2011&periodTo=2017&deathPlace=&hospitalization=&migration=>

Taročková, T. (1999). K problematice normálního a patologického smútenia. *Československá psychologie*, 43(6), 517-526.

Tucci, A., & Doka, K. (2021). A Call to Action: Facing the Shadow Pandemic of Complicated Forms of Grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 83(1), 164–169. <https://doi.org/10.1177/0030222821998464>

Vlčková, K., & Loučka, M. (2021). An online survey among health care professionals about end-of-life care for patients dying during the first and the second wave of the pandemic of COVID-19: The co-live study-czech national data. *Palliative Medicine*, 210-210. <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1477134>

Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y. et al. (2004). *Paliativní medicína: Druhé, přepracované a doplněné vydání*. Grada Publishing.

Vymětal, J. (2008). *Lékařská psychologie*. Portál.

Weir, K. (2020, 6. dubna). *Grief and COVID-19: Saying goodbye in the age of physical distancing*. Americal psychological association. <https://www.apa.org/topics/covid-19/grief-distance>

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). Springer Publishing Company.

World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>

World Health Organization. (2020, 5. srpna). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Závadová, I., Uhlíř, M., Kosíková, J., Pochmanová, K., Klimeš, P., Marková, M., Svoboda, P., Slámová, R., Lejsal, M., & Štohanzlová, H. (2020). *Metodické doporučení: Mobilní specializovaná paliativní péče v době pandemie COVID-19*. Česká společnost paliativní medicíny & Fórum mobilních hospiců. <https://www.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2020/03/metodicke-doporuceni-covid-1-2.pdf>

## **14. Seznam tabulek**

Tabulka 1: Současná terminologie.....	22
Tabulka 2: Rizikové faktory Covid-19 .....	27

## 15. Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, text revision
ECDC	European centre for disease prevention and control
HS	Hrubý skór
ICG	Inventory of complicated grief
MNK-11	11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PCBD	Persistent complex bereavement disorder
PGD	Prolonged grief disorder
PGS	Pandemic grief scale
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SCI-CG	Structured clinical interview for complicated grief
WHO	World Health Organization



## **Příloha 1.**

### **Polostrukturované interview**

1. Můžete mi prosím popsat, jaký byl Váš vztah k zemřelému?
  - Jedná se o rodinnou nebo přátelskou vazbu? Jakou?
  - Jaký byl charakter vztahu?
2. Můžete mi říct, jaká je Vaše víra? (Nemusí se jednat pouze o náležitost k církvi.)
3. Měl/a jste před touto událostí nějaké předchozí zkušenosti se smrtí? Jaké?
4. Jak byste popsal/a Váš postoj k umírání před touto zkušeností?
5. Popíšete mi prosím, jak vypadal vývoj stavu Vašeho blízkého před a po nákaze?
6. Popíšete mi prosím vývoj péče o Vašeho blízkého těsně před a během jeho nákazy?
  - Jaká byla v době péče o Vašeho blízkého opatření?
7. Jak vypadala komunikace mezi Vámi a Vaším blízkým během jeho nákazy?
  - Byl umožněn osobní kontakt?
  - Docházelo k elektronické komunikaci?
  - Jak často komunikace probíhala?
8. Jaké aspekty péče o Vašeho blízkého v zařízení sociálních služeb/nemocnici vnímáte jako nápomocné?
9. Jaké aspekty péče o Vašeho blízkého v zařízení sociálních služeb/nemocnici vnímáte naopak jako stresující či zatěžující?
10. Existuje něco dalšího, co Vám během umírání Vašeho blízkého ztěžovalo toto už tak těžké období? Co?
11. Co Vám ve vašem životě během této situace pomáhalo, co nesouviselo přímo s péčí o Vašeho blízkého?

12. Existovaly nějaké faktory, které nesouvisely přímo s péčí o Vašeho blízkého, které Vám naopak přitěžovaly?
13. Jak vypadalo Vaše rozloučení s umírajícím?
14. Co Vám v současné době pomáhá se se smrtí vašeho blízkého vyrovnat?
15. Vnímáte nějaké aspekty, které Vám v současnosti proces truchlení ztěžují?