

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

D a n a P o m a j s l o v á

POTŘEBA OPORY U MATEK,

KTERÝM ZEMŘELO DÍTĚ

Obor: sociální práce
Forma studia: prezenční
Akademický rok: 2006/2007
Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Matoušek
Oponent diplomové práce: PhDr. Havránková
Datum obhájení:
Výsledek obhajoby:

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma "Potřeba opory u matek, kterým zemřelo dítě" jsem vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 28. 7. 2007

Podpis:

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Dorcas', is written over a faint circular stamp.

Poděkování

Děkuji Doc. PhDr. Oldřichu Matouškovi za odborné vedení mé práce. Rovněž děkuji Doc. Ing. Daliboru Holdovi Csc. za odborné rady při přípravě a zpracovávání výzkumu. Dále děkuji svému příteli MUDr. Tomáši Janíkovi za pomoc při zorientovávání se v medicínských otázkách, které souvisely s touto prací. Mé díky patří však především matkám, se kterými jsem spolupracovala na rozhovorech. Mají můj obdiv za odvahu, vstřícnost a otevřenost, se kterou mě vpustily do svých životů.

RESUMÉ

Název diplomové práce: Potřeba opory u matek, kterým zemřelo dítě

Jméno a příjmení diplomanta: Dana Pomajslová

Studijní obor: sociální práce

Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Oldřich Matoušek

Datum: 28. 7. 2007

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda matky, kterým zemřelo dítě, pocítují potřebu sociální opory v okolí. Zda tuto oporu hodnotí jako dostatečnou a kde hledají zdroje sociální opory.

Práci jsem rozdělila do několika hlavních statí.

Po krátkém úvodu následuje obsáhlá teoretická část, v níž čerpám informace o tématu z odborné literatury a z internetu. Tato kapitola je zakončena srovnáním možností pomoci, které se v současné době nabízejí truchlícím rodičům v České republice a Velké Británii.

V praktické části jsem se snažila ověřit, jak teoretické poznatky korespondují se zkušenostmi matek, které ztratily své dítě. Předkládám zde materiály, které jsem získala při rozhovorech se čtyřmi matkami a psycholožkou, která pracuje s truchlícími matkami. Vzhledem k malému počtu zkoumaných osob nelze výsledky rozhovorů zobecňovat. Získané informace však mohou naznačovat směr dalšího zaměření pozornosti, protože výpovědi matek i psycholožky se shodují v několika hlavních bodech. Respondentky pocítují potřebu o smrti dítěte mluvit. Matky dále hodnotí jako nedostatečnou především sociální oporu ze strany nejbližších osob (rodina je ztrátou také příliš zasažena), a to v době krátce po smrti dítěte.

V závěrečných kapitolách se nad výsledky zamýšlím, hodnotím je a shrnuji celou diplomovou práci.

Klíčová slova: potřeba, sociální opora, matka, truchlení

SUMMARY

Title of diploma thesis: The need of support for mothers who have lost their child

By: Dana Pomajslová

Field of study: social work

Academic supervisor of diploma thesis:

Doc. PhDr. Oldřich Matoušek

Date: 28. 7. 2007

The aim of this work is to find out if mothers who lost their child will need any social support from their friends and families. If the mothers find that there is not enough support within their family and friends they will need to turn to the professional social support.

This work has been divided into several main parts.

The short introduction is followed by theoretic part, all this information had been gained from the professional literature and internet. This chapter is ended by comparing chances of support for mourning parents in the Czech Republic versus Great Britain.

The practical part is theoretic piece of knowledge which has been compared to the reality of parents who have lost their child. The part of this is also materials which I gain from four mothers and the psychologist who works with there mothers who have lost their child. The results of this work can not be generalized as I had been working with small group but the gained information show that the psychologist and mothers have the same issues which can be improved. The mothers have a strong need to talk about the death of their child. Just after the death of their child the mothers don't feel enough social support from family as a family is affected with the death as well.

The last chapters are a summary of all mine findings.

Key words: need, social support, mother, mourn

OBSAH

1	Úvod.....	3
2	Teoretická část.....	5
2.1	Vymezení stěžejních pojmů	5
2.2	Úmrtí dítěte a zdraví rodičů	9
2.3	Statistiky úmrtnosti dětí	10
2.4	Pohled do historie - odlišné vnímání smrti dítěte v historii a dnes	11
2.5	Truchlení	12
2.5.1	Truchlení jako reakce na ztrátu.....	12
2.5.2	Členění procesu truchlení.....	13
2.5.3	Determinanty truchlení.....	15
2.5.4	Komplikované a nekomplikované truchlení....	17
2.5.5	Anticipované a neanticipované truchlení....	19
2.5.5.1	Anticipované truchlení	20
2.5.5.2	Neanticipované truchlení	21
2.5.6	Zármutek jako krize.....	22
2.5.6.1	Zármutek jako krize osobnosti	23
2.5.6.2	Zármutek jako krize rodiny	23
2.6	Sociální opora	26
2.6.1	Členění sociální opory.....	27
2.6.2	Rizika sociální opory.....	29
2.6.3	Význam sociální opory v procesu truchlení..	29
2.7	Péče o pozůstalé rodiče	31
2.7.1	Formy péče o pozůstalé rodiče v České republice.....	32
2.7.2	Formy péče o pozůstalé rodiče ve Velké Británii.....	36
2.7.3	Srovnání péče o pozůstalé rodiče v České republice a Velké Británii.....	42
3	Praktická část.....	45
3.1	Rozhovory s matkami	45

3.1.1	Výběr vzorku.....	45
3.1.2	Metoda sběru dat.....	46
3.1.3	Analýza první části rozhovorů s matkami....	47
3.1.3.1	Příběh Evy	48
3.1.3.2	Příběh Lýdie	50
3.1.3.3	Příběh Petry	51
3.1.3.4	Příběh Lindy	53
3.1.4	Analýza druhé části rozhovorů s matkami....	55
3.1.5	Zkušenosti matek - shrnutí.....	68
3.2	Rozhovor s psychologkou	70
3.2.1	Analýza rozhovoru s psychologkou.....	71
3.2.2	Zkušenosti psychologky s truchlícími matkami - shrnutí.....	73
4	Diskuse.....	75
5	Závěr.....	76
	Použité zdroje	78
	Soupis bibliografických citací	78
	Internetové zdroje	80
	Filmové a televizní dokumenty	80
	Přílohy	81
	Příloha I. - Tabulky	81
	Příloha II. - Otázky druhé části rozhovorů s matkami	89

1 ÚVOD

Tato práce se zabývá potřebou opory u matek, kterým zemřelo dítě.

Smrt, umírání a s ním spojené truchlení jsou témata tabuizovaná. Dnešní společnost zaměřená na úspěch, zisk a mládí zavírá před takovými tématy oči. Pravděpodobně i díky tomuto postoji společnosti se v České republice péče o truchlící rozvíjí jen velmi pomalu.

Mnoho z nás si nedokáže představit horší ztrátu, než je smrt vlastního dítěte. Ztrátou dítěte trpí oba rodiče, sourozenci i další blízké osoby. Svou práci jsem však zaměřila pouze na truchlící matky. K tomuto omezenému výběru mě vedl dánský výzkum, jehož výsledky předkládám v kapitole „Úmrtí dítěte a zdraví rodičů“.

Cílem práce je zjistit, zda matky, které ztratily své dítě, pociťují potřebu opory okolí a zda tuto oporu hodnotí jako dostačující. Popřípadě kde hledají zdroje opory v jednotlivých fázích truchlení.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí: teoretické a praktické.

První část je teoretická. Nejprve se v ní zabývám vymezením stěžejních pojmů této práce. Každý pojem charakterizují tak, jak jej užívám v práci a cituji charakteristiky z vybraných slovníků. Dále se věnuji vlivu úmrtí dítěte na zdraví rodičů. V této kapitole čerpám data z již zmiňovaného dánského výzkumu.

V následující kapitole se zabývám statistikami úmrtnosti dětí v České republice a snažím se tak zjistit, kolik truchlících rodičů u nás máme. Domnívám se, že zajímavé je také zjistit, z jakých příčin děti umírají, protože způsob smrti dítěte také jistým způsobem spoluurčuje proces truchlení rodičů. Následuje kapitola, která je krátkým pohledem do historie, protože i v dobách poměrně nedávných byla smrt dětí daleko častějším jevem, než je tomu dnes. V několika následujících kapitolách se věnuji procesu truchlení. Informace, které zde uvádím, platí obecně ve větší či menší míře pro všechny truchlící osoby. Matka je vždy součástí nějakého rodinného systému, a proto není možné tento problém uchopit jinak než komplexně. Popisují zde různé druhy zármutku a determinanty truchlení. Dále se věnuji zármutku, který může přerůst v krizi - ať krizi osobnosti či rodiny. Následují kapitoly o sociální opoře. V posledních kapitolách teoretické části se věnuji formám péče o truchlící rodiče, snažím se srovnat možnosti truchlících rodičů v České republice a Velké Británii¹.

Ve druhé, praktické části, popisují a analyzují rozhovory zaměřené na zjištění potřeby podpory u matek, kterým zemřelo dítě, které jsem vedla s matkami, kterým zemřelo dítě. Dále se v této části věnuji rozhovoru s psychologkou, která pracuje s truchlícími rodiči. V této části popisují zvolenou výzkumnou metodu, výzkumný soubor.

V závěrečných kapitolách se nad výsledky zamýšlím a hodnotím je.

1 Poznámka: Dále jako VB

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vymezení stěžejních pojmů

Za stěžejní termíny této práce považuji následující pojmy: potřeba, (sociální) opora, matka a truchlení či zármutek. Každý pojem nejprve vymezuji tak, jak jej užívám v této práci. Následně uvádím definice těchto slovníků: Slovník sociální práce, Psychologický slovník a Slovník spisovného jazyka českého.²

Termín potřeba v práci užívám ve smyslu psychologickém, tj. nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit, a tím si zajistit rovnováhu, bezpečí a pohodu.

Termín potřeba můžeme nalézt v následujících slovnících, kde je charakterizován takto:

SSP - (Matoušek, 2003, s. 157) „Motiv k jednání. Neuspokojená potřeba vede k deprivaci, ke strádání. Většina psychologických typologií lidských potřeb je dělí na okruh vztahující se k tělesné pohodě, k psychické rovnováze a bezpečí, okruh souvisící se vztahy k blízkým lidem (patřit k někomu, milovat někoho, být milován), okruh vztahující se ke společenskému uplatnění a okruh spirituálních potřeb (rozumět sobě, lidem, světu, chápat smysl života). V kontextu sociální práce může být potřeba konstrukt popisující něco, co pociťuje klient nebo definuje expert, resp. agentura nebo stát. Vedle pociťované potřeby existuje ještě vyjadřovaná potřeba reprezentovaná počtem

2 Poznámka: Dále užívám označení: SSP = Slovník sociální práce, PsyS = Psychologický slovník, SSJČ = Slovník spisovného jazyka českého.

klientů, kteří žádají o určitou sociální službu. Normativní potřeba je potřeba, která byla reprezentanty společnosti uznána, jako potřeba opravňující nárok na sociální službu. Komparativní potřeba je pojem užívaný ke srovnání situace skupin již využívajících službu se situací skupin, kterým tatáž služba není dostupná. Pokud služba není dostupná všem lidem se stejnými charakteristikami, pak ti, kterým není dostupná, mají komparativní potřebu. Sociální pojetí potřeb se liší od definice psychologických tím, že je vztahuje k zákonu nebo jinému druhu oprávnění. V sociální práci však má svoje místo i psychologické pojetí potřeb a analýzy překážek v jejím uspokojování - klientem pocítovaná potřeba by měla být ve všech případech, kdy je to možné, východiskem práce s ním."

PsyS - (Hartl a Hartlová, 2000, s. 444) „Nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit. Stav lidského organismu, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti (opakem je stav rovnováhy). Komplementárním pojmem k potřebám jsou hodnoty, jejichž výběrem mohou být potřeby uspokojovány. Zatímco systém potřeb se ve vývoji lidstva podstatně nemění, hodnoty jsou proměnlivé. Jinak řečeno potřeba vzniká při jakékoli fyziologické odchylce od ideální hodnoty, pokud odchylka od ideální hodnoty nemůže být automaticky upravena, je aktivován pud a vybuzený organismus zahájí činnost ke znovuobnovení rovnováhy, na rozdíl od přání jsou potřeby určeny životní nutností člověka jako druhu a jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu dobré pohody.“

V tomto textu užívám slovo opora ve smyslu sociální opory. Míním jí tedy interakci mezi člověkem a jeho okolím, v jejímž procesu si lidé vyměňují informační, emoční i materiální zdroje. Ve starší české literatuře se lze setkat i s termínem sociální podpora. Tento pojem považuji za ekvivalentní, ale méně vhodný, protože vzbuzuje asociace spojené se systémem sociálních dávek.

Termín sociální opora nalezneme pouze v PsyS:

PsyS - (Hartl a Hartlová, 2000, s. 374) „Vztahová opora v prostředí, v němž člověk žije. Zvyšuje odolnost vůči stresu a chuť přežít i životní prohry a krize. Důležitý pilíř duševního zdraví.“

Pojem sociální podpora nalezneme v SSP a v PsyS s následujícími charakteristikami:

SSP - (Matoušek, 2003, s. 211) „Koncept vycházející z představy, že nutnou podmínkou životní spokojenosti a sociální prosperity není pouze osobnostní výbava člověka, ale určitá forma interakce mezi člověkem a jeho prostředím. Terapie, která se zaměřuje jen na vlastnosti individua, nemůže být z tohoto hlediska účinná. Je-li někdo např. vážně duševně nemocen, nestačí léčit jeho „duši“, je třeba posilovat systém jeho sociální podpory, tzn. vytvořit mu příležitost k práci, ke kontaktu s jinými lidmi, zajistit mu základní materiální podmínky života. Sociální podporu mohou a mají poskytovat vyškolení profesionálové, zaškolení dobrovolníci, členové rodiny a širšího příbuzenstva, přátelé, sousedé. Často ji poskytují i pracovníci, kteří pro ni nejsou trénováni, ale dostávají se do styku s množstvím lidí: např. kadeřnice během úpravy klientčina účesu nebo advokáti v průběhu rozvodu. Odhaduje se, že v západních zemích se nejméně třicetkrát více lidí vyrovnává s emočně stresujícími událostmi díky neformální sociální podpoře než díky pomoci profesionála v psychosociálních metodách pomoci. Hlavními složkami sociální pomoci jsou: emocionální podpora, poskytování významných informací a přímá praktická pomoc.“

PsyS - (Hartl a Hartlová, 2000, s. 413) „Vzájemná výměna informačních, emočních i materiálních zdrojů mezi jedinci na základě jejich osobních vazeb.“

Termín matka v této práci používám pro ženu, která porodila dítě. Matka nepřestává být matkou v případě, že její dítě zemřelo.

Termín matka najdeme v SSJČ charakterizován takto:

SSJČ - (Kol. autorů, 1971, s. 1188) „Matka je žena mající dítě. Žena ve vztahu ke svému dítěti.“

Zákon 94/1963 Sb. o rodině v § 50a stanovuje, že: „Matkou dítěte je žena, která dítě porodila.“³ Srp (s. 103) definuje termín porod takto: „Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je podmínkou porodu minimální hmotnost 1000 g. Ukončení těhotenství po narození plodů o nižších než uvedených hmotnostech označuje jako potrat.“

Pojem truchlení užívám v této práci jako název pro proces zpracovávání ztráty blízkého člověka. Jako synonymum termínu truchlení užívám termín zármutek.

Tento termín je uveden pouze v SSP:

SSP - (Matoušek, 2003, s. 244) „Psychologické a sociální zpracování ztráty blízkého člověka. Ztráta může mít podobu úmrtí, rozvodu, rozchodu. Náročnější je zpracování ztráty, která přišla náhle (tzv. syndrom nečekané ztráty, např. smrt při dopravním neštěstí), než zpracování ztráty, na niž se pozůstalý mohl připravovat (smrt jako závěr chronického onemocnění). Zpracování ztráty má u některých lidí odlišné fáze, jež by - podle starší odborné literatury - měl člověk poskytující pomoc a podporu respektovat. Modely založené na navazujících stádiích jsou v současnosti kritizovány, protože jednotlivá stadia mohou být

3 <http://portal.gov.cz/wps/portal/s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/0821/.p/8411?PC 8411 p=50a&PC 8411 l=94/1963&PC 8411 ps=10#10821> (13.12.2006)

fakticky promíšena nebo přeskočena. Prosazuje se spíše úkolový model zpracovávání ztráty (J. W. Worden), který vidí jako hlavní cíle intervence akceptování ztráty, zpracování smutku a dalších souvisejících emocí, posílení schopnosti adaptovat se na změny vyvolané ztrátou a odvedení zájmu, energie i emocí do jiných vztahů."

2.2 Úmrtí dítěte a zdraví rodičů

V roce 2003 publikoval časopis The Lancet výzkum dánského lékaře Jorna Olsena. Doktor Olsen si stanovil za cíl vyzkoumat, zda a jak ovlivňuje smrt dítěte zdraví rodičů.

Doktor Olsen analyzoval lékařské záznamy z Dánského národního registru. Jeho výzkumný soubor tvořilo 21 062 rodičů (z toho bylo 47 % otců a 53 % matek), kterým zemřelo dítě do 18ti let věku mezi roky 1980 a 1996. Zdravotní záznamy těchto rodičů srovnával se záznamy 293 745 rodičů (z toho bylo 46 % otců a 54 % matek), kterým žádné dítě nezemřelo a kteří měli žijící děti a jejich životní a rodinná situace odpovídala situaci rodin, v nich zemřelo dítě, v těchto kategoriích: věk rodičů, vzdělání rodičů, počet dětí v rodině, počet rodičů v rodině (rodina s 1 rodičem či se 2 rodiči), místo bydliště rodiny (vesnice nebo město).

Doktor Olsen zjistil, že u truchlících matek je významně zvýšená mortalita ve všech zkoumaných skupinách narozdíl od otců (Tab. 1). Tabulka 2 podrobně zpracovává příčiny smrti rodičů v závislosti na charakteristice úmrtí dítěte. Z tabulky 2 vyplývá, že životy matek zkrátila především:

- náhlá úmrtí dětí,
- úmrtí z jiných příčin než z důvodů nemoci dítěte (tj. úmrtí, která jsou následkem dopravní nehody, sebevraždy a další příčiny),
- dále také vyšší věk dítěte při úmrtí.

2.3 Statistiky úmrtnosti dětí

Abychom věděli, kolik je v ČR truchlících matek, musíme prozkoumat statistiky úmrtnosti dětí. Ze statistik vyplývá, že v ČR ročně zemřou stovky dětí (v roce 2005 zemřelo celkem 855 dětí ve věku 0 - 19 let), což znamená, že každý rok přibude přibližně tolik truchlících matek a otců. Musíme předpokládat, že ne každé zemřelé dítě má matku či truchlící matku, tzn. že počet truchlících matek nebude pravděpodobně zcela shodný s počtem zemřelých dětí.

Z tabulek 3 a 4 je patrné, že v dětském věku častěji umírají chlapci než děvčata. Tento rozdíl je způsoben především výraznými rozdíly hodnot ve věkových skupinách 0 (úmrtí při porodu, mrtvě narozené děti) a ve skupině 15 - 19 let kdy výrazně častěji umírají chlapci než děvčata.

Z tabulek 5 a 6 je možné vysledovat podíl náhlých a anticipovaných úmrtí dětí. Domnívám se, že nejvíce náhlých úmrtí se vyskytuje ve skupině „Poranění a otravy“, které byly příčinou smrti u dětí do 1. roku života pouze u 23 dětí z celkových 348 zemřelých dětí v roce 2005, ale ve věkové skupině 1 - 19 let bylo příčinou smrti poranění či otrava u 277 případů z celkových 507 úmrtí v roce 2005.

2.4 Pohled do historie - odlišné vnímání smrti dítěte v historii a dnes

Smrt bývala vždy v historii velmi běžnou součástí života rodiny. Umíralo se nejen ve stáří, ale velmi časté bylo právě i umírání dětí. Možný v knize „Moderní rodina (mýty a skutečnosti)“, kde se zabývá historií rodiny, mluví o smrti dokonce jako o „členu rodiny“ a dále uvádí, že „v tradičních společnostech se člověk mohl potkat se smrtí ve všech obdobích života a pravděpodobnost tohoto setkání byla rozložena mnohem rovnoměrněji než dnes. Bylo-li v některém věku umírání více soustředěno, bylo to na samém začátku života, nikoli na jeho konci (1990, s. 32, 33).“

Ještě např. na konci 19. století byla z našeho pohledu až neuvěřitelně vysoká úmrtnost novorozeňat. Novorozeňata, která zemřela při porodu a nebo těsně po něm, nebyla někdy ani zapisována do matriky, nezemřela-li při té příležitosti i matka. Ze statistik se dovídáme, že např. v roce 1887 zemřelo v českých zemích dvacet sedm dětí ze sta narozených dříve, než se dožilo jednoho roku. A dále např. že ve stejném roce se patnáctých narozenin dožilo pouze šest chlapců z deseti (Možný, 1990).

Možný (1990, s. 42) píše: „Kdyby smrt dítěte byla pro ně takovou ranou, jakou utrpí rodiče smrtí malého dítěte dnes, překročila by prostě častá smrt jejich lidsky omezenou schopnost snášet utrpení. Musel tedy být jejich vztah k jednotlivým dětem podle našich měřítek méně vřelý a láskyplný.“ Autor se domnívá,

že vysoká úmrtnost dětí byla důvodem, proč rodiče do dětí nemohli investovat tolik, jak je tomu dnes.

2.5 Truchlení

Pozůstalí jsou po smrti blízkého člověka zavaleni různými emocemi, musí se vyrovnávat s novými problémy, s obavami z budoucnosti, se strachem, jak to všechno zvládnou. Někdy může jít o pocity ambivalentní - např. pozůstalý se může cítit po fázi umírání blízkého člověka vyčerpan a zároveň může cítit úlevu, že to trápení již skončilo, ale na druhou stranu nenávratně ztratil někoho, kdo pro něj byl důležitý, a bude se muset vyrovnat s novou životní situací. V případě smrti dítěte může být truchlení komplikováno vnímáním smrti dítěte jako „nepřirozené“, „nespravedlivé“ či „nenormální“. Lidé truchlící pro ztrátu dítěte si mohou říkat: „Měl jsem zemřít já, jsem již starý, mám kus života za sebou, proč muselo zemřít dítě?“

2.5.1 Truchlení jako reakce na ztrátu

Truchlení je normální reakcí na ztrátu milovaného člověka. Pozůstalí v takové situaci prožívají hluboký smutek. Potřebují mnoho času a pochopení okolí, aby měli možnost se vyrovnat se zcela novou životní situací. Ztrátou milované osoby se zcela mění náš svět. V procesu truchlení uzavíráme jednu kapitolu života a připravujeme se tak na další zcela novou část života - život bez ztracené milované osoby.

V následujících kapitolách se budu věnovat zármutku a procesu truchlení, které jsou přirozenými reakcemi na ztrátu někoho blízkého.

2.5.2 Členění procesu truchlení

Truchlení neznamená jen pocit smutku. Je to proces, během něhož se pozůstalý loučí s člověkem, který do jisté míry tvořil jeho svět, oprostuje se od některých citů, vazeb a očekávání, která k němu vztahoval, bojuje s pocity viny, zoufalstvím, bezmocí, zlostí. Je to proces, ve kterém se díra, která vznikla ztrátou blízké osoby, musí znovu zacelit. Do značné míry proces plyne sám, tak jak jde čas, zároveň je to ale i náročná citová práce.

Nad ztrátou blízkého člověka truchlí všichni lidé na světě. V procesu truchlení lze rozlišit několik stádií, kterými procházejí téměř všichni pozůstalí.

Kubíčková (2001, s. 36) uvádí tyto tři fáze truchlení:

- 1) fáze otřesu - konfuse,
- 2) fáze intenzivního zármutku a žalu - exprese,
- 3) fáze rekonvalescence - akceptace.

Ve fázi konfuse, která následuje bezprostředně po smrti, pozůstalí „nevědí, co se s nimi děje, nemohou pochopit, co se stalo a nechtějí si uvědomit následky ztráty svého blízkého (Kubíčková, 2001, s. 37).“ Životem pozůstalých vládne chaos. Pozůstalí se mohou vyhýbat používání pojmů jako smrt, úmrtí, zemřelý, chovat se zmateně a nelogicky nebo apaticky. Fáze může trvat různě dlouho. Někdy končí pohřbem, díky němuž dojde k uznání reality, ale může pokračovat i dále. Většinou je tato fáze delší, když pozůstalí truchlí v důsledku náhlé ztráty, než když je ztráta

anticipována. Lze předpokládat, že toto stádium trvá déle u truchlících po nečekané ztrátě blízkého člověka.

Ve druhé fázi, ve fázi exprese, se pozůstalí již vědomě zabývají smrtí. V tomto období již obvykle realita smrti přešla i do slov truchlícího a truchlící při vyprávění je schopen používat slova jako smrt, úmrtí, zemřel, umřel, zesnulý, mrtvý apod. Truchlící se často snaží nalézt odpověď na otázku „proč?“, mají potřebu o zemřelém mluvit, sdílet svůj žal, emoce se derou na povrch, střídají se období, kdy už to vypadá, že jsou se situací smířeni, s náhlými opětovnými záplavami smutku... Pokud se však truchlící setkávají s odmítavými reakcemi ve svém okolí a nemají možnost své emoce vyjádřit, či si to sami sobě nechtějí nebo nemohou připustit, hrozí zde nebezpečí, že se u nich rozvinou patologické reakce na ztrátu. V tomto období se otevírá také prostor pro přijímání kondolencí. Ačkoliv je tento projev solidarity většinou velmi formalizovaný, může mít důležitý charakter opory a oběma zúčastněným stranám může pomoci v udržování sociálních kontaktů. Toto stádium trvá při nekomplikovaném truchlení zpravidla rok. V průběhu této doby by si měl truchlící odžít všechna významná výročí a svátky bez „milované postrádané osoby“. V době takovýchto příležitostí se žal pozůstalých zpravidla zintenzivňuje. Často se stává, že i v dalších letech při výročím úmrtí je lidem výrazně smutno, přestože během roku již třeba smutek vůbec nepociťují. Velkou útěchou může být v takových dnech rituál (ať církevní či nějaký, který si truchlící vytvoří sám), který umožňuje vzpomenout na zemřelého a vyjádřit, jak byl pro truchlící důležitý. Truchlící v této fázi také

mohou silně pociťovat rozdíly v truchlení např. jednotlivých členů rodiny.

Po projití předchozími dvěma fázemi se pozůstali dostávají do fáze třetí, do fáze akceptace. Někteří autoři se domnívají, že nástup do tohoto stádia si pozůstali musí vědomě zvolit. Nesmí to být příliš brzo, aby byl zármutek opravdu prožit, ale pokud se člověk k tomuto kroku neodhodlá, rozvíjejí se u něj patologické reakce na ztrátu. Je to stádium, kdy si lidé již „budují svou novou identitu nezávislou na zemřelém, nově si organizují svůj život, který je opět těší a přináší jim uspokojení (Kubíčková, 2000, s. 42).“ O zesnulém mohou hovořit bez výrazných emočních projevů, získávají o něm reálný obraz, svoji ztrátu akceptovali.

2.5.3 Determinanty truchlení

Jednotlivci prožívají truchlení velmi rozdílně. Kubíčková (2001) uvádí dvě skupiny determinant, které toto prožívání ovlivňují:

1) Determinanty vztahující se k zesnulému

To jsou především okolnosti úmrtí - je těžší se vyrovnat se smrtí náhlou či násilnou, než se smrtí, která přichází pomalu, např. v důsledku nevléčitelné nemoci (tzv. anticipované úmrtí). Dále je to příbuzenský poměr (zda zemřel rodič, manžel či manželka, dítě, prarodič...), intenzita vztahu zesnulého a pozůstalého (zde platí, že čím byl vztah intenzivnější, tím je i zármutek silnější) a samozřejmě také věk zesnulého (lépe se vyrovnáváme se smrtí

osmdesátileté babičky, která již má „život za sebou“, než se smrtí dítěte).

2) Determinanty vztahující se k truchlícímu

K těmto patří mimo pohlaví truchlícího i věk pozůstalého (úmrť je v každém věku jinak prožíváno a jinak se i vyjadřuje), rodinné faktory - rodina jako systém je úmrtím jednoho jejího člena narušena ve své struktuře, stabilitě i fungování. Důležitou roli hraje, jaké postavení měl zesnulý v rodině, emocionální soudržnost rodiny, zda je v rodině umožněno ventilování pocitů... To vše může procesu truchlení napomoci, ale může mu i bránit. Dalšími determinanty jsou existence či neexistence širší sociální opory, náboženské přesvědčení (lidé věřící se většinou se smrtí vyrovnávají snáz), předcházející zkušenost se smrtí a truchlením, osobnostní faktory (emoční stabilita či labilita, extroverze či introverze), sociokulturní faktory (existence či neexistence pohřebních rituálů).

Všechny tyto determinanty pak vyjadřují vysoce individuální obraz truchlení každého člověka.

2.5.4 Komplikované a nekomplikované truchlení

Smutek, žal a truchlení jsou přirozenými reakcemi na ztrátu blízkého člověka. Je to velmi náročné období, plné bolesti a utrpení, ale nelze se mu v životě vyhnout. Smrt i utrpení jsou součástí našeho života stejně jako radostné okamžiky a pocity štěstí. Prožití obou umožňuje poznat a procítit hloubku života.

Je normální, když člověk projde výše zmíněnými fázemi, se ztrátou se vyrovnává a s postupem času může žít dál relativně spokojeně. V takovém případě hovoříme o nekomplikovaném truchlení. Jak jsem však již naznačovala výše, během procesu se může něco „zašmodrchat“ a člověk začne reagovat způsobem, který brzdí přirozený běh života, jeho reakce jsou atypické obzvláště svojí rozdílnou intenzitou a délkou trvání. Truchlení se stává komplikovaným.

Alespoň stručně zde načrtnu projevy komplikovaného i nekomplikovaného truchlení tak, jak je uvádí a člení Kubíčková (2001). Člověk který chce pracovat s pozůstalými, by je měl znát podrobně, aby byl schopen obě formy truchlení rozlišit a případně navrhnout vhodnou pomoc.

Projevy nekomplikovaného truchlení:

- 1) na emocionální úrovni - smutek, zármutek, žal, sklíčenost, šok, vymizení radosti, strach, úzkost, bezmoc a beznaděj, hněv, žárlivost

- a závist, vina a sebeobviňování, osamělost, pocit omrzlosti životem, otupělost...
- 2) na tělesné úrovni - třes, pocit sevřeného hrdla, dušnost a dechová nedostatečnost, svalová ochablost, únava, nedostatek energie, svírání u srdce, senzoričká přecitlivělost, nespavost, poruchy příjmu potravy, porucha imunitního systému...
 - 3) na úrovni myšlení - depresivní myšlenky, odmítání skutečnosti, dezorientace, zabývání se obrazem zemřelého...
 - 4) v chování a jednání truchlících osob - změna stravovacích návyků, změny v sexuálním životě, rezignace na sociální kontakty, vyhledávání míst nebo předmětů, které zemřelého připomínají, sny o zemřelém, pláč, únikové reakce...

Projevy komplikovaného truchlení:

- 1) absence truchlení,
- 2) opožděné reakce o celé týdny i léta,
- 3) zkreslené reakce - hyperaktivita bez prožití pocitu ztráty, získání symptomů poslední nemoci zemřelého, lékařsky uznaná nemoc, nepřátelství vůči lidem, dlouhodobá ztráta modelů sociální interakce, činnosti mající negativní vliv na vlastní sociální a ekonomický status, deprese,
- 4) chronické reakce - nekončící smutek, mumifikace prostředí (vše je zachováno tak, jak to zanechal zemřelý),

- 5) excesivní reakce - nezvykle přehnané reakce (přehnanost se netýká délky zármutku, ale spíše povahy reakce na zármutek),
- 6) opožděné reakce - v době truchlení postižená osoba mohla prodělat krátkou reakci, ale ve své plné intenzitě se zármutek rozvíjí až po určitém čase, kdy může být vyvolán např. jinou ztrátou či jiným zážitkem připomínajícím ztrátu,
- 7) skryté reakce - deprese, alkoholismus, hypochondrické sklony, různé formy duševních poruch...

Zatímco při nekomplikovaném truchlení stačí neformální pomoc okolí, případně profesionální poradenství, u komplikovaného zármutku je na místě terapie.

2.5.5 Anticipované a neanticipované truchlení

Smrt milované osoby působí pozůstalým hluboký zármutek. Staví je do zcela nové životní situace, ve které se musejí vyrovnávat s velmi bolestnou ztrátou. Pocity truchlících se však mohou lišit v závislosti na tom, zda šlo o očekávanou či náhlou ztrátu milované osoby.

2.5.5.1 Anticipované truchlení

Anticipovaný zármutek je takový zármutek, který se objevuje u truchlících v souvislosti s úmrtím, které bylo očekáváno. Takoví truchlíci jsou nuceni se již před ztrátou milované osoby vyrovnávat se zármutkem a s ním spojenými nepříjemnými pocity, ale podle Haškovcové (2000, s. 28) „považují příbuzní za nutné a vhodné své obavy, strachy a smutek tajit vzhledem k tradici, společenské konvenci a s ohledem na stav nemocného“. Potlačování zármutku v kombinaci s neustálou nejistotou a obavou příbuzných o milovanou osobu mohou vést u příbuzných k velkému vyčerpání či k vyvolání pocitů viny.

Worden v souvislosti s anticipovanou ztrátou upozorňuje na význam vztahu potenciálního pozůstalého k nemocné osobě. U potenciálních pozůstalých, kteří mají komplikovaný, ambivalentní vztah k nemocnému, se může stát, že se na nemocného velmi silně upnou. Vyžadují pro takového pacienta nejlepší péči, mají přehnané požadavky a nereálné představy. Worden míní, že tímto chováním chtějí příbuzní pravděpodobně předejít pocitům viny (cit. dle Kubíčková, 2001, s. 31 - 32).

Protože u anticipovaného truchlení začíná truchlení dříve než přijde smrt blízkého člověka, je snazší pro pozůstalé akceptovat ztrátu jako realitu. Mnozí truchlíci, kteří o své blízké pečovali v době jejich nemoci, po jejich smrti popisují ambivalentní pocity smutku a zároveň úlevy, že utrpení skončilo. Truchlíci, kteří ztrátu anticipovali, mají většinou

určitý prostor a čas se na ztrátu připravit. Využijí-li potenciální truchlící tento čas plně (byli zapojeni do péče o umírajícího, vyjasnili si vztahy, konflikty apod.) mají takoví truchlící šanci, že se se ztrátou a truchlením vyrovnají snáze, než ti, kteří začali truchlit až po smrti blízkého člověka.

2.5.5.2 Neanticipované truchlení

Neanticipovaná ztráta je ztrátou náhlou, je ránou z čistého nebe. Truchlícím po takové ztrátě často delší dobu trvá, než si připustí, že smrt milované osoby je realitou.

Při náhlém úmrtí musí být provedeno šetření okolností smrti. Do vyšetřování se obvykle zapojují nejen zdravotníci, ale také policie. Skutečnost, že došlo k úmrtí zpravidla oznamuje příbuzným právě policie. Pro mnoho pozůstalých může být proces vyšetřování (např. identifikace těla) velmi traumatizujícím zážitkem. Kubíčková (2001, s. 47) píše, že: „příznaky posttraumatické stresové poruchy jsou mnohem častější u těch, kteří viděli mrtvé tělo svého blízkého přímo při nehodě nebo katastrofě, případně byli požádáni, aby mrtvého identifikovali.“ Kubíčková (2001, s. 47 - 48) se dále domnívá, že jedním z problémů, které neštěstí a katastrofy přinášejí je mimo posttraumatické stresové poruchy a pocitů viny za přežití u přeživších i oslabení sociální opory.

Truchlící po náhlé ztrátě jsou více ohroženi patologickými reakcemi na ztrátu. Stává se, že tito truchlící obrací svůj hněv vůči nějaké osobě. Hledají viníka, podezírají, obviňují, věnují se pátrání. Toto

chování je pro okolí velmi obtížně akceptovatelné, což může vést k sociální izolaci truchlícího jedince. Vzniká tak bludný kruh, kvůli kterému může být obtížnější projít procesem truchlení.

Truchlení po násilné smrti, ačkoli je ztrátou neanticipovanou, většina autorů vyčleňuje jako speciální kategorii.

2.5.6 Zármutek jako krize

Holmes a Rahe sestavili klasifikační systém stresových situací (tab. 7). Každé zásadní životní události přidělili přesnou bodovou hodnotu. Bylo zjištěno, že překročení empiricky stanovené hranice 250 bodů v průběhu jednoho roku má u jedince často za následek tělesné či psychické onemocnění. Pochopitelně záleží na mnoha dalších okolnostech, např. na postoji člověka k dané události, míře sociální opory v tíživé situaci, způsobu přijetí a zacházení s nepříznivými okolnostmi, věkovém období, kdy člověka krize zastihne apod. Tato stupnice může být vodítkem k odhadu míry zátěže a ohrožení jedince v určitém časovém období. Nejvyšší bodové ohodnocení má „úmrtí partnera (partnerky)“ a „úmrtí blízkého člena rodiny“ je ohodnoceno čtvrtou nejvyšší hodnotou. Z uvedeného vyplývá, že smrt blízkého člověka je pro jedince vždy velkou zátěží. Navíc smrt dítěte je vnímána jako „nepřirozená“, což může také významně ovlivnit proces vyrovnávání se se smrtí dítěte.

2.5.6.1 Zármutek jako krize osobnosti

Mnoho truchlících matek, otců, sourozenců popisuje po smrti dítěte pocity podobající se jízdě na horské dráze. Člověk přechodně nechápe svět kolem sebe, cítí se zmatený, musí si hledat nové místo v životě.

Smrt dítěte také velmi silně zasáhne sebepojetí rodičů, a to především v případě, kdy rodičům zemřelo jediné dítě. Přítomnost dalšího dítěte se v tomto případě jeví jako významný motiv k dalšímu životu. Dostálová míní, že největší psychickou pomocí v takové situaci může být povinnost se o někoho starat - nejlépe o dítě, které je „symbolem budoucnosti“ (cit. dle Vorlíček, Adam a kol., 1998, s. 409).

2.5.6.2 Zármutek jako krize rodiny

Celá rodina se po smrti dítěte ocitá ve zcela nové situaci a každý z jejích členů prožívá danou situaci odlišně. Konflikty mohou způsobovat samotné rozdíly ve způsobech truchlení jednotlivých členů rodiny. Jinak prožívají stejnou situaci děti, jinak dospívající, jinak matky a jinak otcové. Pod vlivem těchto rozdílností se mohou příslušníci rodiny cítit nepochopeni, osamoceni, může docházet ke ztrátě důvěry a k odcizení. U manželů může docházet k problémům v sexuálním životě. Kubíčková (2001, s. 81) o rozdílném způsobu truchlení mužů a žen píše: „V Parkesově studii pětatřiceti rodičů, kteří vyhledali psychiatrickou pomoc po smrti svého dítěte, byl poměr mužů a žen 1:7. Žádný z těchto rodičů smrt dítěte neanticipoval a u všech se rozvinuly fenomény patologického

truchlení. Pravděpodobnější se ovšem zdá vysvětlení, že projevy zármutku žen jsou jiné, manifestovanější, zatímco truchlení u mužů je spíše latentní." Smrt dítěte někdy může vyústit v hlubokou krizi manželském vztahu, což může vést až k rozvodu manželů.

Christ, Bonano, Malkinson a Rubin⁴ uvádí tyto hlavní problémy v manželském soužití po smrti dítěte:

- 1) konflikty, vztek a hněv, vzájemné obviňování manželů,
- 2) zlom v komunikaci, vyhýbání se diskusím o smrti a o nedorozuměních okolo smrti dítěte,
- 3) rozdíly v truchlení mezi mužem a ženou. Ženy jsou více emocionální, mluví o svých emocích, dávají je najevo, zatímco muži se pokouší své emoce udržet pod kontrolou a vyrovnat se s nimi o samotě,
- 4) nesoulad v době truchlení partnerů. Manželé obvykle truchlí každý jinak dlouho a jinak intenzivně či v jiných časových obdobích. Ženy obvykle truchlí intenzivněji a po delší dobu než muži,
- 5) různé kombinace těchto problémů mohou vyústit v menší intimitu mezi partnery, která dále může vést k narušení sexuálního života partnerů a k omezení schopnosti manželů být si vzájemnou oporou.

Smrt dítěte vyvolává u všech členů rodiny nepříjemné sekundární stresy. U všech členů rodiny může vyvolávat výčitky nebo pocity viny. Děti se mohou přehnaně snažit rodiče v takové situaci dále

⁴ http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10390&page=563
(3.12.2006) Prac. překlad Pomajslová D.

nezatěžovat a mohou se snažit být „silné a neplakat“, což komplikuje proces jejich truchlení. Často také dochází ke konfliktům s dalšími rodinnými příslušníky, kteří mají někdy jiné představy o tom, jak by měl vypadat proces truchlení, pohřeb apod. Tyto nepříjemné sekundární stresy se mohou nepříznivě odrážet na psychickém stavu rodičů, dětí a na životě celé rodiny a toto vše může vést k destabilizaci rodinného systému.

Špatenková (2004, s. 77) uvádí toto členění krizí rodiny:

- 1) krize vývojové, tranzitorní neboli normativní - jde o úseky životního cyklu. Jde o krize, které v průběhu života normálně přicházejí a zase odcházejí,
- 2) krize nenormativní či paranormativní - takové krize jsou vyvolané specifickými událostmi, které se vztahují k vývojovým krizím, překvapují však svým nečekaným, silným, nárazovým či dlouhotrvajícím průběhem,
- 3) krize kumulované - k normativním vývojovým krizím se připojí nečekané ztráty (např. úmrtí v rodině, závažná diagnóza, znásilnění),
- 4) krize endogenní, vnitřní krize rodiny - vznikají patologickým fungováním rodinného systému (např. násilí či závislost na alkoholu v rodině).

2.6 Sociální opora

Sociální integrace člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví. Prostřednictvím sociálních vazeb k druhým osobám, skupinám a širší společnosti je jedinci přístupná sociální opora, kterou lze vnímat jako jakýsi sociální fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby. Opora, která se jedinci dostává či nedostává, může ovlivnit způsob, jakým se vyrovnává s náročnými situacemi, a tím i jeho duševní pohodu a zdraví.

Jako příklad vlivu sociální opory na jedince můžeme uvést např. tzv. Philipsův efekt či vyšší úmrtnost vdov či vdovců do jednoho roku po ovdovění. Mohapl (1992, s. 63) píše: „Jako Philippsův efekt se označuje skutečnost, že v rozsáhlých statistikách úmrtí je možno zjistit časovou lokalizaci data úmrtního dne spíše po datu narozenin než ve dnech před narozeninami. Tento fenomén však byl popsán jen u sociálně dobře integrovaných lidí a je interpretován jako důsledek sociální opory - pacient sám i jeho blízcí jako by se snažili, aby „vydržel“ alespoň do svého nejbližšího jubilea. Zvýšené riziko úmrtí vdov nebo vdovců, především během prvního roku po ovdovění, se uvádí bez ohledu na druh onemocnění. Častěji umírají muži - vdovci, což se obvykle vysvětluje tím, že muži mají méně nosných sociálních vztahů než ženy, takových, jež by jim mohly poskytnout náhradu za ztrátu klíčového vztahu k partnerce.“

V 80. letech bylo provedeno mnoho výzkumů vlivu sociální opory na řadu nemocí (např. deprese, artróza,

kardiovaskulární onemocnění), které prokázaly, že opora pozitivních interpersonálních vztahů pomáhá lidem zvládat nemoci a absence takové opory naopak vytváří jakýsi předpoklad pro zhoršení zdravotního stavu jedince. Některé studie dokonce přinesly zjištění, že mortalita z různých příčin je vyšší u lidí s relativně nízkou úrovní pozitivních sociálních interakcí (Šolcová, Kebza, 1999). Systém sociální opory se jeví jako významný projektivní faktor chránící lidi před škodlivými účinky stresu.

2.6.1 Členění sociální opory

Existuje několik druhů sociální opory. „House (1981) rozlišil čtyři základní složky obsahu sociální opory:

- 1) emocionální oporu (poskytování důležitých emocí jako např. lásky, víry, empatie),
- 2) hodnotící oporu (hodnocení komunikace, jež je relevantní pro sebehodnocení),
- 3) informační oporu (zprostředkování informací nebo rad, jež pomáhají vyrovnat se s osobními problémy),
- 4) instrumentální oporu (praktické druhy pomoci nebo hmotná, materiální pomoc) (cit. dle Šolcová, Kebza, 1999, s. 25).“

Šolcová a Kebza (2003, s. 220 - 221) upozorňují, že při zkoumání sociální opory je nutné rozlišovat:

- 1) anticipovanou sociální oporu (jde o očekávanou oporu, tedy o jakýsi konstrukt, že osoby v našem okolí jsou připraveny pomoci),
- 2) mobilizaci sociální opory,

- 3) získanou sociální oporu (představuje oporu, které se jedinci skutečně dostalo).

Získaná opora se může od anticipované opory značně odlišovat. Příčina může být jak:

- 1) na straně jedince - např. individuální osobní charakteristiky (např. osoba s vysokým sebevědomím může mít tendenci k přeceňování očekávané úrovně sociální opory), komunikační schopnosti jedince,
- 2) v okolí jedince - např. možné podporující osoby mohou mít své vlastní potíže se zvládním stresogenní situace, čímž může být snížena jejich schopnost pomoci. Především tam, kde jde o působení chronického stresu, se může pomoc proměňovat v čase.

Zásadní roli hraje také skutečnost, kdo oporu poskytuje. Podle Laireitera (1997) se osoby, které poskytují sociální oporu, rekrutují:

- 1) z rodiny a přátel (nejbližší lidé),
- 2) z osob, které se výrazně podobají svými charakteristikami (věk, pohlaví),
- 3) z osob, které znají příslušný stresor a jeho situační kontext (cit. dle Šolcová, Kebza, 1999, s. 28).

2.6.2 Rizika sociální opory

Aby byla získaná opora účinná, musí splňovat některá kritéria - především musí vyhovovat potřebám „adresáta“.

Sociální kontakty však mohou být stejně tak ztrátou jako přínosem. Některé interpersonální kontakty jsou pro nás nepříjemné - např. konflikty, odmítnutí, nesouhlas, kritika, útočné aktivity, manipulace apod. A i s takovými interakcemi se nepochybně setkávají truchlící matky.

2.6.3 Význam sociální opory v procesu truchlení

Sociální podpora není jen radou či poskytnutím „ramene k vyplakání“, ale v procesu „zdravého“ truchlení je důležitou součástí. Pro truchlíciho je důležité dát průchod svým emocím skrze vyprávění o zážitcích, pocitech a myšlenkách. Je důležité mít s kým sdílet svůj příběh. Pocity derealizace, dezorientace a ztráty kontroly se mohou pomalu tišit díky vyprávění příběhu. Tím, že truchlíci opakovaně vypráví o své situaci, stávají se pro něj vyprávěné události reálnější, přivyká si na realitu.

Riches a Dawson (2000, s. 59) uvádějí, že „podporující“ (tj. lidé, kteří tvoří síť sociální opory okolo truchlících rodičů) by měli truchlícím rodičům poskytovat oporu především v následujících bodech:

- truchlícím rodičům pomoci akceptovat to, že se věci již nikdy nevrátí do „normálu“,
- pomoci truchlícím rodičům uvědomit si pocity derealizace, dezorientace, smutku, které někdy může truchlíci pociťovat roky, ale v některých případech i po celý zbytek života,
- pomoci truchlícím rodičům vyjadřovat svůj žal nad ztrátou dítěte, tzn. být připraven mluvit o vzpomínkách na dítě,
- připravit truchlíci poslouchat znovu a znovu detaily vedoucí k úmrtí a následující po smrti dítěte,
- zprostředkovat truchlícím praktické rady jak udržet chod domácnosti v době, kdy jsou rodiče zavaleni byrokratickými a administrativními záležitostmi souvisejícími s úmrtím dítěte (a před smrtí - zemřelo-li dítě na terminální onemocnění),
- podpořit pozůstalé rodiče, aby si po smrti dítěte připomínali důležitá výročí (např. narozeniny dítěte, den úmrtí dítěte a další významné svátky),
- podporující by měl být ochotný udělat první krok (toho je třeba zvláště u truchlících otců, zejména projevují-li se tak, že říkají, že žádnou pomoc nechtějí a nepotřebují),
- pomoci takovému truchlíci najít silné pocity a další myšlenky, které mu umožní pocítit, že ztrácí duševní rovnováhu,
- pomoci truchlícím citlivě zhodnotit, jak se ztrátou vyrovnává zbytek rodiny, případně napomoci v řešení sporů, které vznikají mezi členy rodiny,

- být s truchlícím - není nutné něco říkat či dělat, ale je důležité být spolehlivý, důvěryhodný, naslouchat, být laskavý, nehodnotit a neposuzovat,
- projevujte zájem o zemřelé dítě a to i v případě, že jste dítě neznali. Prohlédněte si fotky dítěte, nechte si vyprávět příběhy ze života dítěte,
- pomozte truchlícím důkladně zmapovat možnosti pomoci: svépomocné skupiny, literatura o truchlení, poradenská centra, poradny. Referujte o způsobech pomoci a snažte se rozšířit paletu jejich možností.

2.7 Péče o pozůstalé rodiče

Úmrtí dítěte je pro rodiče velmi silným, traumatickým a zlomovým okamžikem v životě. Rodič se musí díky této skutečnosti znovu vymezovat vůči světu. Musí si najít novou roli v životě, novou náplň svého času či smysl svého života.

V této době může dojít k nejrůznějším komplikacím. Pozůstalý rodič může pociťovat zvýšenou potřebu opory, pomoci, pochopení, ujištění.

2.7.1 Formy péče o pozůstalé rodiče v České republice

V ČR se péče o pozůstalé rodiče začíná teprve rozvíjet.

Truchlící rodiče se mohou v ČR obracet o pomoc především k organizacím, které se přímo na tuto klientelu neorientují. Mohou využít služeb celé řady organizací působících v sociální sféře či zdravotnických zařízeních (jako např. krizové helplinky, krizová centra atd.).

Truchlící rodiče však činí specifickou skupinu truchlících a zasluhují speciální péči a pozornost, proto jsem se snažila zmapovat, kdo se v ČR specializuje na poskytování péče truchlícím rodičům. Zde uvádím přehled těchto organizací:

1) Dlouhá cesta, o. s.

Jde o občanské sdružení, které v roce 2005 založily matky, kterým zemřely děti.

V současné době toto sdružení:

- v Praze organizuje pravidelná setkání pro rodiče truchlící nad ztrátou dítěte, které mají charakter svépomocných skupin,
- zprostředkovává osobní setkání jednotlivých členů sdružení,
- zprostředkovává osobní schůzky s psychologkou,
- organizuje procházky truchlících rodičů.

A chystá tyto nové projekty:

- od roku 2008 plánuje organizovat svépomocná setkání truchlících rodičů také v Brně,
- víkendové psychorekondiční pobyty pro ženy a další rodinné příslušníky, které jsou zaměřené na zlepšování psychické a fyzické kondice účastníků,
- v rámci projektu Barevný anděl, zaměřeného na sourozence zemřelých dětí, sdružení za pomoci celé truchlící rodiny představuje dětské pokojíčky a tak přispívá k lepšímu životu rodin, které zažily ztrátu dítěte.

Sama jsem měla příležitost se několikrát účastnit svépomocných setkání truchlících rodičů. Rodiče se scházejí cca jednou za měsíc. Setkávají se zde rodiče, kterým zemřelo dítě v jakémkoliv věku a jakýmkoliv způsobem. Většinou přicházejí jen matky, někdy matky v doprovodu manželů, partnerů či kamarádek. Rodiče zde mají prostor ke sdílení svých zážitků, vyprávějí si své příběhy. Rodiče, kterým zemřelo dítě již před delší dobou, se snaží radit a dávat návrhy těm, kteří jsou teprve na začátku této „dlouhé cesty“ truchlení, jak si pomoci, jak si ulevit. Vyprávějí, co se jim v procesu truchlení osvědčilo a co ne. Setkání mají velmi intimní atmosféru. Na účastnících je znát, že je pro ně velmi úlevné se moci svobodně vyjádřit, moci svobodně sdílet své pocity v prostředí, kde jsou takové zkušenosti vlastně „běžné a normální“. Je to pro ně velkou příležitostí zastavit se, zjistit, jak se chovají v obdobné situaci ostatní lidé a zvážit své možnosti. Domnívám se, že tato zkušenost může být

pro mnohé rodiče a především pro truchlící matky v době krátce po smrti dítěte velmi přínosná.

2) Součást hospicové péče post finem

Hospicová péče post finem zahrnuje kromě péče o tělo zemřelého i poskytování opory pozůstalým, která může být podle potřeby i dlouhodobá, zpravidla se však jedná o dobu jednoho roku. O tom, zda bude hospic s pozůstalými dále pracovat, se rozhoduje při uzavírání ošetrovatelské dokumentace zemřelého. Sociální pracovník musí zhodnotit situaci pozůstalých a rozhodne, zda, s kým a jakou formou bude dále hospic udržovat kontakt. Možnosti jsou různé - korespondence, telefonáty, osobní návštěvy, zprostředkovávání kontaktů a pomoci apod. Mnoho pozůstalých rádo přijíždí na nejrůznější vzpomínkové akce, setkání a obřady pořádané hospici. Svatošová (2005, s. 207) k tomuto uvádí, že „...každý dětský hospic všude na světě naprosto přirozeně nabízí své služby celé rodině a jeho péče úmrtím dítěte nekončí. Tento přístup ostře kontrastuje se zavedenou praxí v řadě našich zdravotnických zařízení, kde jsou hospitalizované děti stále ještě izolovány od svých blízkých a kde rodiče mívají minimální možnost vstupovat jako aktivní partner do péče o vlastní dítě.“ Dále Svatošová (2005, s. 206) píše, že: „V našich českých podmínkách se ukazuje, že přibližně dvěma třetinám pozůstalých stačí jednorázová, lidsky upřímná podpora bezprostředně po ztrátě blízké osoby. Tu jim v hospicích formou rozhovoru, poskytnutím praktických rad, ale hlavně empatickým nasloucháním nejčastěji poskytují speciálně

vyškolené zdravotní sestry nebo lékař, ale mohl by to být i sociální pracovník."

V ČR existuje jeden dětský hospic v Malejovicích, který byl vybudován z prostředků nadačního fondu Klíček. V tomto hospici vznikla spontánně podpůrná skupina truchlících rodičů, která není organizována hospicem, ale samotnými rodiči.⁵ Z této aktivity rodičů lze vyčíst jejich „hlad“ po nějaké formě pomoci a opory v době truchlení.

Domnívám se, že péče post finem o pozůstalé organizovaná samotnými hospici není až tak častá, jak by se dalo očekávat. Většina hospiců poskytuje nějakou formu péče o truchlící pozůstalé, jedná se především o konzultace a rozhovory s nejrůznějšími odborníky - zaměstnanci hospiců. Situace v dětském hospici v Malejovicích však naznačuje, že truchlící pozůstalí potřebují více péče a opory. Myslím si, že některé hospice mají tendenci tuto formu péče podceňovat. Pro pozůstalé by bylo určitě přínosné, kdyby byla nabídka možných forem péče po smrti dítěte bohatší.

Lze předpokládat, že většina dětí však zemře v nemocnicích, kde většinou neexistuje žádná snaha o péči o pozůstalé. Toto dobře dokreslují i odpovědi respondentek na mé otázky v druhé části rozhovorů.

5 Poznámka: Dětský hospic Plamienok na Slovensku pravidelně organizuje svépomocné skupiny pro rodiče. Podle ředitelky MUDr. Jasenkové je nutné rodiče především v počátečních fázích truchlení pravidelně a opakovaně vyzývat ke spolupráci (navštěvovat je a telefonicky je kontaktovat). MUDr. Jasenková se domnívá, že pro rodiče v této fázi truchlení je extrémně obtížné vyvinout vlastní aktivitu a vyhledávat aktivně zdroje pomoci, protože jsou celou situací velmi vyčerpáni.

Takoví pozůstalí se ocitají totálně mimo jakýkoli systém péče a jsou odkázáni pouze na své síly a schopnosti najít zdroje možné pomoci a říci si o ni. Vzhledem k tomu, že péče o truchlící je u nás teprve „v plenkách“ je poměrně náročné najít odpovídající pomoc.

3) Cesta domů, o. s.

Toto sdružení provozuje především domácí hospic.

Pozůstalým rodičům může nabídnout tyto služby:

- portál www.umirani.cz, kde předkládá informace o umírání i o truchlení. Součástí portálu je také fórum a internetová poradna,
- knihovna s literaturou o smrti a umírání,
- informační letáky a internetový zpravodaj, které sdružení vydává,
- klub Podvečer, který organizuje pro pozůstalé.

2.7.2 Formy péče o pozůstalé rodiče ve Velké Británii

Péče o pozůstalé obecně má ve VB poměrně dlouhou tradici a tomu odpovídá i síť organizací nabízejících pomoc truchlícím rodičům po ztrátě dítěte a i paleta nabízených služeb. Většina organizací zabývajících se ve VB péčí o pozůstalé poskytuje i nějakou formu pomoci specializovanou na pozůstalé rodiče.

Mezi hlavní organizace, které pracují s truchlícími rodiči ve VB patří:

1) The Compassionate Friends⁶ (Soucitní přátelé)

Jde o nadnárodní organizaci pro pozůstalé, která působí kromě VB v těchto zemích světa: Austrálie, Belgie, Kanada, Holandsko, Filipíny, Švýcarsko, USA.

Tuto organizaci založila skupina rodičů, kteří se seznámili v nemocnici, kde jim zemřely děti, po jejich smrti v roce 1969. Dnes TCF poskytuje pomoc rodičům a jejich rodinám, kterým zemřel syn či dcera v jakémkoliv věku a z jakékoliv příčiny.

TCF nabízí široké spektrum služeb:

- lokální svépomocné skupiny rodičů, kterým zemřelo dítě, nebo jim taková ztráta hrozí,
- provozují národní telefonní helplinku s každodenním provozem,
- provozují webové stránky včetně fóra a chatu, kde mohou rodiče sdílet své zážitky a zkušenosti,
- zprostředkovávají osobní setkání jednotlivců,
- poskytují oporu skrze emailovou korespondenci,
- vydávají propagační materiály, informační brožury a noviny,
- provozují knihovnu specializující se na knihy o truchlení,
- poskytují právní pomoc,
- organizují setkání a výroční shromáždění.

6 Poznámka: Dále jako TCF

2) Bereaved Parents' Network⁷ (Síť truchlících rodičů)

BPN působí pod záštitou „Care for the Family“ (Pomoc rodině), což je charitativní organizace specializující se na pomoc rodinám v nejrůznějších tíživých situacích.

BPN nabízí tyto služby:

- organizuje víkendová výjezdní setkání rodičů a dospělých truchlících,
- organizuje svépomocná setkání rodičů,
- vydává noviny,
- provozuje internetový obchod s knihami o truchlení,
- vydává internetový zpravodaj.

3) The Child Death Helpline⁸ (Helplinka „Smrt dítěte“)

Spojením dvou regionálních helplinek vznikla v roce 1995 národní helplinka. TCDH zaměstnává dobrovolníky z řad truchlících rodičů, které speciálně školí pro tuto práci. Linka je určena všem, kteří byli zasaženi smrtí dítěte.

7 Poznámka: Dále jako BPN

8 Poznámka: Dále jako TCDH

4) The Cruse Bereavement Care⁹ (The Cruse - péče o pozůstalé)

TCBC existuje již více než 25 let. Se svými 178 pobočkami, více než 6300 dobrovolníky a 100000 klienty za rok největší organizací působící ve VB specializující se na pozůstalé a truchlící osoby. Tato organizace pracuje se všemi truchlícími osobami bez rozdílů.

TCBC:

- nabízí obsáhlé webové stránky s řadou důležitých informací, rad a kontaktů. TCBC se na nich obrací nejen k samotným truchlícím, ale oslovuje a informuje i další osoby, které se mohou dostat do styku s truchlícími (např. jsou zde stránky s informacemi pro učitele),
- provozuje dvě helplinky. Jedna je zdarma a s nonstop provozem a je určena dětem a mladým lidem. Druhá linka „Day by Day“ (Den za dnem) je určena lidem, kteří se snaží vyrovnat se se ztrátou a vrátit se zpět do normálního života,
- poskytuje individuální poradenství a sociální oporu pozůstalým,
- organizuje svépomocné truchlící skupiny,
- vydává odbornou literaturu určenou pomáhajícím poradcům a také populárně naučné informační brožury a letáky pro truchlící,

9 Poznámka: Dále jako TCBC

- provozuje internetový obchod s literaturou o truchlení,
- nyní organizuje celonárodní konferenci o truchlení.

5) Stillbirth and neonatal death charity¹⁰ (Charita „Mrtvě narozené děti a děti, které zemřely krátce po porodu“)

SANDS poskytuje oporu rodičům, kterým se narodilo mrtvé dítě či zemřelo krátce po porodu (tj. v prvních týdnech života) a všem dalším, kteří jsou touto ztrátou zasaženi.

SANDS:

- organizuje svépomocná setkání rodičů,
- poskytuje individuální poradenství a sociální oporu pozůstalým,
- provozuje helplinku,
- na webových stránkách poskytuje obsáhlé informace pro rodiče, provozuje zde také fórum, kde mohou truchlící sdílet své pocity,
- vydává knihy, informační brožury a noviny pro rodiče,
- podporuje výzkumy, jejichž cílem je snížit riziko smrti novorozeňat,
- pořádá konference.

6) Survivors of Bereavement by Suicide¹¹ (Pozůstalí po blízkých, kteří spáchali sebevraždu)

10 Poznámka: Dále jako SANDS

11 Poznámka: Dále jako SOBS

Tato organizace poskytuje pomoc lidem, jejichž blízký spáchal suicidium.

SOBS:

- provozuje helplinku,
- organizuje svépomocné skupiny,
- organizuje víkendová pobytová rekondiční setkání pozůstalých,
- poskytuje obsáhlé informace na webových stránkách,
- nabízí možnost konzultací emailem,
- vydává noviny pro pozůstalé,
- organizuje konference.

7) Mothers Against Murder and Agression¹² (Matky proti vraždění a agresí)

MAMAA je nezisková organizace podporující pozůstalé rodiny a přátele zavražděných obětí. V organizaci pracuje mnoho rodičů, kterým bylo zavražděno dítě.

MAMAA:

- vede kampaně proti agresivitě ve společnosti,
- pořádá výchovné přednášky pro děti,
- lobuje za změny zákonů,
- spolupracuje s policií, lékaři, soudními znalci, psychology, dalšími úřady státní správy a neziskovými organizacemi na vytvoření podpůrného systému,

12 Poznámka: Dále jako MAMAA

- na webových stránkách poskytuje mnoho cenných informací pro pozůstalé po obětech vražd,
- na webových stránkách provozuje fórum a album s příběhy obětí vražd a jejich rodin,
- provozuje internetový obchod s knihami s touto tématikou.

Toto je přehled jen nejvýznamnějších organizací, které poskytují služby pro pozůstalé rodiče ve VB. V zemi existuje velké množství malých regionálních organizací, které pracují s pozůstalými rodiči. Mimo organizace, které se specializují na pomoc truchlícím rodičům existuje množství organizací zabývajících se pomocí pozůstalým obecně či se specializují na pomoc jiné skupině pozůstalých (např. dětem) a s rodiči pracují pouze okrajově, takové organizace zde neuvádím.

2.7.3 Srovnání péče o pozůstalé rodiče v České republice a Velké Británii

K porovnání forem péče jsem si vybrala VB, protože je to země, s rozvinutým systémem sociální péče, kde mají neziskové organizace a dobrovolnická práce dlouholetou tradici. Považuji za přínosné srovnávat ČR se zemí, kde je přístup k truchlícím výrazně jiný a péče o tyto osoby rozvinutější.

Z předešlých dvou kapitol je patrné, že rozdíl v nabídce služeb a množství organizací věnujících se truchlícím rodičům je mezi těmito dvěma státy značný. Ve VB mají charitativní organizace a dobrovolnická práce dlouholetou tradici i v této

oblasti. V ČR se objevují teprve „první vlaštovky“, které se zaměřují na práci s truchlícími.

Ve VB se péči o truchlící rodiče věnují především neziskové organizace. V ČR jsou rodiče hledající pomoc v době truchlení nejčastěji odkázáni na pomoc do jisté míry institucionalizovanou, zdravotnickou a nesespecializovanou na tento druh klientely.

Velký rozdíl je také v dostupnosti specializované péče v obou srovnávaných zemích. Ve VB působí množství organizací, některé z nich působí pouze regionálně, jiné celostátně a další dokonce nadnárodně. Domnívám se, že dostupnost péče je ve VB výrazně větší než v ČR. Bylo by vhodné, kdyby i v ČR byla taková péče rodičům dostupná a nemuseli za ní dojíždět daleko. Domnívám se, že by bylo vhodné, kdyby svépomocná skupina rodičů působila v každém větším městě. Krokem ke zpřístupnění péče by mohlo být i zřízení specializované helplinky pro truchlící osoby.

Dalším rozdílem je větší specializovanost britských organizací. Ve VB existují organizace specializující se např. na pomoc truchlícím rodičům, kterým se narodilo mrtvé dítě či jim dítě zemřelo krátce po porodu, na pomoc truchlícím, jejichž blízký spáchal sebevraždu či byl zavražděn. Věřím, že tyto okolnosti významně spoluurčují průběh procesu truchlení a mohlo by proto být přínosné, kdyby byla péče o truchlící rodiče ještě více specializovaná, než jak je tomu dnes v ČR. Domnívám se však, že tato užší zaměření může vzniknout až jako jakási nadstavba

na pevném základě, kterým by měla být péče přístupná všem truchlícím.

Ráda bych upozornila na to, že vzniku české Dlouhé cesty a britské TCF předcházely stejné zkušenosti rodičů. Doufám proto, že jsme na začátku cesty, během níž by časem mohla vzniknout také podobně bohatá nabídka forem pomoci, která by byla dostupná širokému spektru truchlících rodičů.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části své diplomové práce jsem shromáždila poznatky a informace o tématu na základě studia odborné literatury. V praktické části diplomové práce jsem se rozhodla zaměřit přímo na matky, kterým zemřely děti. Mým cílem bylo ověřit si, nakolik teoretické modely korespondují s reálným stavem, s tím, jak matky prožívají tuto situaci ve skutečnosti. K dokreslení situace jsem provedla také rozhovor s odbornicí, která pracuje s truchlícími matkami.

3.1 Rozhovory s matkami

Rozhovory s matkami pro mě byly důležitým bodem celé diplomové práce. Kdo se může k tomuto tématu lépe vyslovit, než ty, jichž se to přímo dotýká, které tuto situaci zažívají na vlastní kůži - matky, kterým zemřelo dítě?

3.1.1 Výběr vzorku

Rozhovory jsem uskutečnila se čtyřmi matkami. Snažila jsem se vybrat matky, jejichž situace jsou co nejpodobnější. K tomuto účelu jsem si stanovila tři kritéria, dle kterých jsem vybírala matky k rozhovorům. Všechny respondentky splňovaly následující kritéria:

- všem matkám zemřelo dítě v dětském věku (tj. do 19ti let věku),
- dítě zemřelo po nemoci, tzn. že šlo o anticipovanou ztrátu,
- od úmrtí dítěte uplynul minimálně 1 rok.

Kontakt s matkami jsem navázala díky občanskému sdružení Dlouhá cesta. Dvě matky, se kterými jsem vedla rozhovory, jsou členkami tohoto sdružení.

3.1.2 Metoda sběru dat

Jako techniku sběru dat jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor s prvky narativního rozhovoru. Ke zvolení kvalitativního typu výzkumu a zmíněných technik mne vedla především skutečnost, že počet žen, které splňují kritéria mého výzkumného souboru a na které je možné získat kontakt a přimět je ke spolupráci, je velmi omezený. Může tomu tak být i kvůli zatím nedostatečně rozvinuté péči o tyto matky. Tato sonda představuje první výzkumný vstup do problematiky péče o truchlící matky v ČR, který se může stát východiskem pro další výzkumy.

Před samotnými rozhovory jsem matky vždy oslovila emailem a zeptala se, zda by byly ochotny se mnou hovořit. Představila jsem se jako studentka sociální práce a přiblížila jim téma diplomové práce. Před rozhovory jsem si s matkami většinou vyměnila několik emailů, ve kterých jsme plánovaly naše setkání a vysvětlovaly si veškeré otázky plynoucí z našeho plánovaného setkání. Emaily měly povahu přátelskou. Pro některé respondentky bylo důležité se vzájemně trochu více poznat před rozhovorem, předpokládám, že to pomohlo zmenšit úzkost respondentek z plánovaného rozhovoru. Dvě z respondentek jsem několikrát viděla ještě před samotným rozhovorem a s dalšími dvěma respondentkami jsem se setkala prvně v den rozhovoru.

Rozhovory se uskutečňovaly na jaře roku 2007 většinou v neutrálním prostředí, v jednom případě u respondentky doma. Průměrná délka rozhovorů byla 1,5 hodiny. Po dohodě s respondentkami byly rozhovory nahrávány na diktafon. Respondentky jsem před začátkem rozhovoru také ubezpečila, že výsledky rozhovorů budu v diplomové práci publikovat tak, aby zůstala zachována anonymita. Z těchto důvodů v příloze neuvádím přepisy rozhovorů s matkami, ale rozhovory jsem přepracovala do podoby příběhů.

Rozhovory měly dvě části. V první části jsem se respondentek ptala na jejich příběh. Zajímala jsem se o jejich život a život celé rodiny od doby před onemocněním dítěte, přes období, kdy rodina zjistila, že je dítě nemocné a kdy se léčilo, až po dobu, kdy dítě zemřelo. Zajímala jsem se také o současný život respondentek. Tuto část rozhovoru jsem přepracovala do příběhů, které zde uvádím. Druhá část rozhovoru byla věnována otázkám zaměřeným na zjištění potřeby opory matek v době nemoci dítěte a po smrti dítěte. Tyto otázky jsem kladla shodně všem respondentkám.

3.1.3 Analýza první části rozhovorů s matkami

Rozhovory, které jsem provedla s respondentkami, byly velmi intimní. Z důvodů zachování anonymity respondentek jsem se rozhodla neuvádět přepisy celých rozhovorů, ale přepsala jsem rozhovory formou příběhů tak, aby v nich byly zachovány podstatné informace a zároveň nebyla ohrožena anonymita respondentek.

3.1.3.1 Příběh Evy

V roce 2001 žila rodina Evy (36) spokojeně v rodinném domku na malém městě. Manžel Evy, Marek (43), podnikal, Eva chodila do práce. Měli dvě děti - Kláru (13), která chodila na základní školu, a o dva roky staršího Filipa (15), který akorát končil základní školu a nastoupil na střední školu do vzdálenějšího, velkého města. Filip si s nástupem do nové školy začal stěžovat na únavu a bolesti hlavy. Matka vzala Filipa k lékařce, ale ta řekla, že se jedná o začínající pásový opar. O vánočních svátcích si Filip na krku našel bouli. Rodina pak velmi rychle zjistila, že Filip má onemocnění, které se bude léčit na onkologii. Filip nastoupil do nemocnice Motol na odběr kostní dřeně a na odstranění mízních uzlin (ona boule na krku). Již tehdy lékař rodiče upozornil, že půjde o zhoubné onemocnění a že úspěšnost léčby je závislá na typu onemocnění a jeho stádiu. Zjistilo se, že se jedná o Hodgkinovu chorobu (tj. nádorové onemocnění mízního systému), ve stádiu 3B. Pak následovala řada různých terapií, což znamenalo, že Filip přicházel do nemocnice vždy na 3 až 4 dny a pak šel zase domů. Matka si v té době zkrátila pracovní úvazek a docházela do práce jen na čtyři hodiny denně a zbývající čas trávila s Filipem a rodinou. V dubnu šel Filip na celkové vyšetření, po kterém se musel podrobit ještě dvěma operacím hrudníku. V téhle době matka přestala chodit do práce úplně a věnovala se jen Filipovi. Následující dva měsíce byl Filip bez větších obtíží. V létě ale Filip musel opět do nemocnice, protože měl plicní výpotek a byl odvezen na anesteziologicko resuscitační

kliniku¹³. V té době byly povodně, takže matka Eva byla neustále v nemocnici s ním. Pak se naplánovala autotransplantace kostní dřeně, ale ani ta nepomohla a Filipovi vyskočila další boule na krku, která mu opět byla chirurgicky odstraněna. Za pár měsíců bylo rozhodnuto, že Filip musí podstoupit druhou transplantaci - tentokrát od jiného dárce. Při hledání vhodného dárce se zjistilo, že Klára, sestra Filipa, má vhodnou kostní dřeň. Sestra darovala Filipovi kostní dřeň v dubnu 2003, ale už v červnu se udělala Filipovi další boule... V červenci lékaři rodičům sdělili, že Filipovi již neumějí pomoci a že Filip zemře. Rodiče se museli dohodnout, zda Filipovi řeknou či neřeknou, že umírá. Ti se rozhodli informaci o Filipově umírání udržet před synem v tajnosti. Bylo velmi náročné tuto skutečnost před Filipem tajit. Matka vždy před odjezdem do nemocnice musela do nemocnice zavolat a upozornit ošetřující personál na to, že Filip neví o tom, že umírá. Filipovi bylo v té době 17 let a jemu samotnému se zdálo divné, že nepodstupuje další terapie. Rodičů se ptal: „A co ta boule, proč mi jí nevyndávají...?“ V září 2003 Filip zemřel. Matka Eva byla v té chvíli s ním.

Dnes to bude 4 roky, co Filip zemřel. Eva je stále vdaná za Marka, ale žijí odděleně. Eva si našla přítele a odstěhovala se ze společného domu. Dnes již dospělá dcera Klára žije s otcem. Eva se aktivně snažila se smrtí syna vypořádat, její manžel se ale uzavřel do sebe. Eva dnes připouští, že na manžela možná tehdy moc tlačila. Eva stále dělá práci, kterou dělala, ale začala aktivně působit i v sociální oblasti.

13 Poznámka: Dále jako ARK

3.1.3.2 Příběh Lýdie

Před rokem 2000 žila rodina Lýdie (36) spokojeným, aktivním životem ve větším městě. Lýdie a její manžel Karel (36), měli společně dceru Annu (12). Rodina trávila hodně času sportem. Tři roky před tím, než Anna onemocněla, upadla na lyžích a začala si stěžovat na bolest pravé ruky. Nejprve tomu rodiče nevěnovali pozornost, ale pak vzali dceru k lékaři. Již druhý den odjeli rodiče s Annou do vzdálené nemocnice v Motole. Tam Anně odebrali z ruky vzorky a rodina pak musela týden čekat na výsledky. Zjistilo se, že Anna má rakovinu kostí a že má již metastázy na plicích. Po dvouměsíční léčbě se musela Anna podrobit amputaci ruky. Matka Lýdie byla s dcerou v nemocnici. Otec Karel dál chodil do práce a jezdil za nimi na návštěvu. Lýdie po dobu nemoci dcery pobírala sociální dávky. Pak Anna ještě podstoupila autotransplantaci kostní dřeně. Asi po roce a půl od zahájení léčby se mohla Anna vrátit do školy, Lýdie nastoupila opět do práce. Anička se naučila s jednou rukou samostatně fungovat - uměla se obléknout, udělat si snídani, naučila se psát levou rukou. Za tři měsíce po transplantaci proběhla kontrola v Motole, ale výsledky nebyly dobré a Anička musela jít na operaci plic. Po této operaci lékaři oznámili rodičům, že Aničce již nemohou pomoci. Rodiče se rozhodli, že dceři neřeknou, že umírá. Anně se rakovina šířila - začala metastázovat do nohy a lékaři začali hrozit tím, že budou muset nohu také amputovat. Annin stav se stále zhoršoval, ale i přesto se rodina snažila trávit společně co nejvíce času doma. Když se Aniččin stav zhoršil, rodiče ji vždy museli vzít

zpět do nemocnice. V nemocnici jednou lékařka matce řekla, že by si měla dát k dceři na pokoj válečku a že by tam u ní měla spát. Lýdie znala chod oddělení a věděla, že tohle je rodičům dovoleno jen v momentě, kdy se blíží smrt dítěte. Lýdie pak byla pořád u dcery ... až do konce.

Anna zemřela před pěti lety. Lýdie se po smrti dcery musela vyrovnávat ještě se sebevražednými tendencemi manžela. Lýdie s Karlem jsou stále manželky. Další děti však nemají. Lýdie dělá stále stejnou práci, kterou dělala, ale ve svém volném čase aktivně působí v sociální sféře.

3.1.3.3 Příběh Petry

V roce 1997 žila rodina Petry (35) na okraji většího města v domku se zahradou. Rodiče chodili do práce, děti na základní školu. Když bylo Honzovi 12 let onemocněl angínou, na kterou mu opakovaně nezabírala antibiotika. Později se zjistilo, že Honza má leukémii. Lékaři používali rodiče jako tlumočníky - chtěli, aby rodiče svým dvěma dětem vysvětlili, co Honzovi je a jaká bude léčba. Matka Petra s Honzou pak odjela na půl roku do Motola. Otec Ivan (38) byl doma s dcerou Blankou (10), a o víkendech přijížděli na návštěvy do Motola. Ivan se musel sám starat o Blanku, dům, zahradu a psa. Honzovi první dávka cytostatik nezabrala, a proto musela následovat druhá. Po druhém cyklu cytostatické léčby se dostavila progresse choroby, která vyústila ve funkční selhání plic, což vedlo k přijetí Honzy na ARK. Petra na tomto oddělení nemohla být společně s Honzou, proto odjela domů. Rodiče do nemocnice volali a dožadovali

se informací. Jednoho dne zavolala sama nemocnice rodiče a informovala je o tom, že se Honzův stav zhoršil. Rodiče se rozjeli do nemocnice, ale opět jim byl odmítnut přístup k Honzovi. Matka odmítla z nemocnice odjet a na opakované naléhání na lékaře jí bylo povoleno s Honzou v nemocnici zůstat. Na víkendy za nimi jezdili i Ivan s Blankou. Honza na ARK strávil měsíc v umělém spánku. Postupně se Honzův stav zlepšoval a rodina mohla odjet domů i s ním. Chod domácnosti musela celá rodina přizpůsobit Honzovu zdravotnímu stavu. Bylo velmi důležité celou domácnost udržovat hygienicky čistou. Petře zabralo mnoho času domácnost uklidit, vydezinfikovat. Honza byl po měsíčním ležení na ARK tak zesláblý, že se pak musel učit znova jíst, chodit apod. Pak žila rodina nějakou dobu relativně normálně. Když končil Honza devátou třídu základní školy, začal si stěžovat na bolesti hlavy. Rodiče vzali Honzu na kontrolu do nemocnice, kde lékaři zjistili, že má Honza opět leukémii. Lékaři usoudili, že v tomhle stádiu nemoci by Honzovi mohla pomoci transplantace kostní dřeně. K transplantaci bylo nutné, aby Honza opět podstoupil další léčbu cytostatiky. Po jedné dávce cytostatik byl Honza v noci převezen z hematologie na ARK, kam matka opět nebyla vpuštěna. Honza v noci na ARK zemřel. Matka spala na hematologii, odkud Honzu v noci převezli, tam za ní ráno přišel lékař z ARK oznámit jí, že Honza v noci zemřel. Do dnes vyčítá tamním lékařům, že ji na ARK nevpustili a že nemohla být do poslední chvíle s Honzou.

Je to již 6 let, co Honza zemřel. Petra ještě za života Honzy začala toužit po změně své profese,

chtěla pracovat s lidmi, pomáhat lidem. Po smrti Honzy Petra vystudovala pedagogiku. Nyní pracuje v azylovém domě. Manžel Petry o smrti Honzy nemluvil. Petra cítila, že jejich rozdílné způsoby truchlení a další problémy, které vznikaly, je od sebe oddalují a domluvila schůzku s psychologem. Již několik let pravidelně navštěvují tohoto psychologa - většinou každý sám, ale někdy i společně.

3.1.3.4 Příběh Lindy

V roce 2001 se Linda (26) rozváděla se svým prvním manželem. V té době se seznámila s Tomášem (26), se kterým brzo otěhotněla. Ten samý týden, co se Linda s Tomášem vzali, se narodil i jejich syn Pepa. Z prvního manželství měla Linda ještě syna Jindru (4), kterého si Tomáš osvojil. V té době rodina žila na malém městě, bydleli v podnájmu a chvíli také u rodičů Lindy. Linda byla na mateřské dovolené a Tomáš pracoval dlouhodobě v zahraničí. Domů přijížděl vždy za několik týdnů či měsíců na delší dobu. Když byly Pepovi dva měsíce, udělaly se mu po celém těle modřiny. Rodiče vzali syna do místní nemocnice, kde si Pepu rovnou nechali na lůžkovém oddělení a v noci ho odtamtud převezli vrtulníkem do nemocnice v Motole. Až v Motole se rodiče dozvěděli, že v regionální nemocnici udělali lékaři chybu a Pepovi píchli nějaký lék, po kterém se jeho stav prudce zhoršil a že musel být do Motola převezen vrtulníkem, protože převoz sanitkou by asi nepřežil. Brzo rodiče zjistili, že Pepa má leukémii. Příštích půl roku byla Linda s Pepou v Motole téměř bez přestávky. Jen občas je pouštěli domů na víkendy. Když byl Pepovi asi rok, tak je z nemocnice propustili domů a do Motola dojížděli jen

občas na kontroly. Lékaři Lindě řekli, že by Pepovi mohla pomoci transplantace kmenových buněk z pupečníku. Tehdy Linda opět otěhotněla a když byl Pepovi asi rok a půl, narodil se Luboš. Linda v té době už opět pobývala v Motole s Pepou. Bylo velmi náročné zajistit chod rodiny a péči o syny, kteří zůstávali doma. Otec Tomáš dokonce musel na nějakou dobu přestat pracovat a zůstal doma s Jindrou a Lubošem. Rodina pak ale strádala nedostatkem financí. Nejen hypotéka, ale především Pepova léčba rodinu finančně vyčerpávala. Transplantace kmenových buněk z pupečníku se nikdy neuskutečnila, protože šlo o nevhodný typ buněk. Dosavadní chemoterapie Pepovi nezabrala a bylo nutné jej připravit na transplantaci kostní dřeně. Už v této době lékaři rodičům řekli, že Pepa nemá naději na uzdravení a že zemře, ať už transplantaci podstoupí nebo nepodstoupí. Rodiče se rozhodli, že chtějí, aby i za těchto podmínek Pepa transplantaci podstoupil. Lékaři rodičům naději na přežití nedávali, ale rodiče se nechtěli vzdát, nechtěli uvěřit, že je situace tak beznadějná. Když Pepovi začali kapat kostní dřeň, upadl do bezvědomí a v noci ho převezli na ARK. Linda byla ve dne s Pepou na ARK (běžně se to neumožňuje, ale bylo jasné, že Pepa zemře brzo) a v noci spala na ubytovně v Motole. Jednou večer byla Linda nervózní, kamarádka na ubytovně se jí snažila uklidnit povídáním a sklenkou vína, ale Lindě to nedalo a musela jít zavolat na ARK. K telefonu dali Lindě lékaře, který ji sdělil, že Pepa právě zemřel.

Dnes jsou to 4 roky, co Pepa zemřel. Matka Linda je na mateřské dovolené, protože se jim narodila ještě další dcera Tereza. Otec stále pracuje v zahraničí

a domů přijíždí jednou za čas na delší dobu. Rodině se podařilo zlepšit finanční situaci a splatit některé půjčky, které díky Pepově nemoci nebyli schopni splácet. Linda se snaží dětem říkat, že měli bratříčka, který zemřel.

3.1.4 Analýza druhé části rozhovorů s matkami

Druhou část rozhovorů s matkami jsem věnovala otázkám, které jsem pokládala všem respondentkám shodně. Tyto otázky jsem rozčlenila do čtyř skupin podle toho, k jaké problematice se vztahují. První skupina otázek zjišťovala psychický stav matek po smrti dítěte, druhá skupina otázek byla zaměřena na pocíťovanou potřebu opory a potřebu sdílet, třetí skupina otázek zjišťovala, zda matky využily nějaké formy odborné pomoci po smrti dítěte, a poslední čtvrtá skupina otázek zjišťovala změny v životě matek po smrti dítěte.

1) Skupina otázek zjišťující psychický stav matek:

Otázka: Uvažovala jste někdy v souvislosti se smrtí dítěte o sebevraždě? Jestli ano, v jaké situaci?

Odpovědi: Eva: „Ne, ne... když mám další dítě, tak si to neumím představit. To už bych musela být nějak psychicky nemocná, abych spáchala něco takového, když mám další dítě. Mám ale dny, kdy se mi vůbec

nechce vstát - když jsou třeba Vánoce, svátky, výročí a tak."

Lýdie: „Ne, ne, to ne.“

Petra: „Ne, ne, neměla.“

Linda: „Ne, právě proto, že jsme měli toho malého Luboše. Nemohla jsem celý den sedět a brečet, ale musela jsem se starat a fungovat. Možná nebýt jeho, tak bychom se s manželem taky rozvedli, péče o malý děti nás ale v té době hodně spojovala.“

Matky shodně negovaly suicidální myšlenky v souvislosti se smrtí dítěte. Dvě matky uvedly, že důvodem, proč by o sebevraždě neuvažovaly, je to, že mají další dítě.

Otázka: Užívala jste někdy v době nemoci dítěte a po jeho smrti antidepresiva?

Odpovědi: Eva: „Ne, já měla jen dvakrát prášky na spaní, když jsme se dozvěděli, že je Filip nemocný. ... Myslím, že je blbý, když lidi v takové situaci berou antidepresiva.“

Lýdie: „Žádná antidepresiva jsem neužívala ani po čas léčby dcery a ani po smrti dcery.“

Petra: „Ne.“

Linda: „Ne, nikdy. Já bych je možná brát ani nemohla, když jsem byla těhotná.“

Respondentky shodně odpověděly, že v době nemoci dítěte a po smrti dítěte neužívaly antidepresiva.

2) Skupina otázek zjišťující pocíťovanou potřebu opory a potřebu sdílet zážitky:

Otázka: Máte (měla jste) potřebu s někým o smrti dítěte mluvit?

Odpovědi: Eva: „Já jsem měla pořád potřebu o tom mluvit. Můj manžel o tom odmítal mluvit. Asi jsem ho rozčilovala, jak jsem o tom třeba s někým telefonovala. On o tom vůbec nechtěl mluvit, přestal se se všemi stýkat.“

Lýdie: „Moc se o tom mluvit nedá a nedalo. Lidé reagují různě. Třeba v práci se o tom mluvit nedalo i v době, kdy už jsem o tom chtěla mluvit. Musela jsem dát kolegyním najevo, že mi nevádí o tom mluvit, třeba tím, že jsem sama začala o Aničce mluvit. Když kolegyně zjistily, že mi to nevádí, že nepláču a nehroučím se, už se tak moc nebojí. Ale stále cítím, že na mě kolegyně v práci berou ohledy - když se baví

o svých dětech, tak si to raději říkají někde mimo mě."

Petra: „Ano. Pomáhá mi vypovídat se někomu nezávislému."

Linda: „Je to spíš tak, že se někdo zeptá, tak mu povím, co chce vědět. Mluvím o tom s manželem. Jednou tady Pepa byl, tak je hloupý dělat, že neexistoval. Naši kamarádi se o tom s námi taky baví, prohlížejí si fotky, i na video s Pepou se kouknou."

Na otázku, zda matky pociťovaly a pociťují potřebu o smrti dítěte mluvit, respondenty opět shodně odpověděly, tentokrát kladně. Všechny respondentky o tématu smrti jejich dítěte potřebovaly a potřebují mluvit. Respondenty se shodují, že narážejí na nejrůznější překážky v tom, jak, kdy a s kým o tomto tématu hovořit.

Otázka: Kdybyste si mohla vybrat, mluvila byste o smrti vašeho dítěte a s tím spojenými pocity raději s blízkou osobou či s někým, ke komu nemáte blízký vztah?

Odpovědi: Eva: „Manžel se po smrti Filipa uzavřel, odmítal o tom, co se stalo, mluvit. Já jsem naopak v téhle době o tom potřebovala mluvit furt. Hodně jsem telefonovala s kamarádkama, se kterýma

mám důvěrný vztah, ale které smrt Filipa nezasáhla až tak jak mého manžela."

Lýdie: „Špatně se mi mluví s lidmi, u kterých cítím, že po smrti Aničky prožívají stejnou bolest jako já, takže bych raději mluvila s někým nezávislým.“

Petra: „Velmi dlouhou dobu nešlo o smrti Honzy mluvit s rodinou. Tehdy jsem potřebovala o tom mluvit s kýmkoliv...“

Linda: „Nevím. Nejvíc jsem o tom mluvila s manželem. Neměla jsem moc na výběr, byla jsem doma s dětma. Ale asi kdybych měla tu možnost s někým jiným mluvit ... mluvila bych.“

Na tuto otázku tři matky uvedly, že určitou dobu po smrti dítěte pro ně bylo obtížné mluvit o smrti dítěte s blízkými osobami, které smrt dítěte prožívaly také jako bolestnou ztrátu. Zbývající matka uvedla, že o tématu mohla mluvit pouze s manželem, protože v jejím okolí nebyla jiná osoba, se kterou by to v té době mohla toto sdílet. Respondenty by v této době uvítaly možnost mluvit i s osobou, ke které nemají blízký vztah.

Otázka: Kdo byl pro vás po smrti vašeho dítěte největší oporou?

Odpovědi: Eva: „Kamarádky z Motola. Jedna za mnou jezdila a s jednou jsem si telefonovala,

ale tu jsem tak moc zatěžovat nemohla, ta měla tehdy nemocnou holčičku. Hodně mi pomáhala moje rodina, moje ségra. Pomáhalo mi cvičení, furt něco dělat a taky vědomí, že mám další dítě, že se kvůli němu nemůžu nějak hroutit. Kdybych byla sama, neměla bych další dítě, tak by to bylo asi hodně těžký. Ne, že by mě rodina podporovala nějak slovně, ale vědomí toho, že tam se mnou jsou..."

Lýdie: „Měla jsem jednu kamarádku, která za mnou chodila domů. Ta mi hodně pomáhala i v době nemoci Aničky. Např. když jsme přišli po transplantaci domů, tak jsme přišli do úplně naklizeného domu - ona to u nás doma úplně vypucovala.“

Petra: „Pomohlo mi mnoho lidí. Velmi mi pomohlo se setkat na jiném místě a za jiných okolností s Honzovým lékařem. Tam jsme zjistila, že i lékaři jsou „lidi“ a že i lékař může oplakávat smrt svého pacienta. Také mi velmi pomohlo několik lidí v tom, abych mohla změnit svou profesi ... Cítila jsem v zádech oporu manžela, rodiny.“

Linda: „Manžel a děti - furt jsem měla pro co žít.“

Odpovědi matek na tuto otázku se lišily. Dvě matky na prvním místě uvedly kamarádky (které měly zkušenost se smrtí dítěte i takové, kterým dítě nezemřelo), dále respondenty uváděly manžely, děti a další rodinné příslušníky, ale také lékaře, kteří léčili zemřelé dítě.

Otázka: Je nějaké téma ohledně smrti vašeho dítěte, o kterém nemůžete mluvit?

Odpovědi: Eva: „Ne.“

Lýdie: „Ne.“

Petra: „Ne.“

Linda: „Není.“

Na tuto otázku respondentky odpověděly shodně, že mohou svobodně mluvit o všech tématech vztahujících se k smrti jejich dítěte.

Otázka: Byla jste v době po smrti dítěte v kontaktu s někým, kdo zažil něco podobného (s někým, komu také zemřelo dítě)?

Odpovědi: Eva: „Telefonovala jsem si občas s jednou kamarádkou z motolské ubytovny, ale tu jsem se svými pocity nechtěla moc zatěžovat, protože sama v té době měla nemocnou holčičku.“

Lýdie: „Ano, dodnes se kamarádím s kamarádkou, kterou jsem poznala na ubytovně v Motole. Zнала jsem to od ní, jak to vypadá po smrti dítěte.“

Petra: „Více vyhledávám kontakt s Honzovými lékaři než s rodiči, kteří zažili podobnou ztrátu. Ale z nemocnice jsem znala maminky, kterým dítě zemřelo.“

Linda: „Jo, telefonovala jsem si s jednou kamarádkou z Motola. Vídat jsem se s ní nemohla, protože bydlí daleko. Tahle kamarádka se mnou byla na ubytovně v Motole tu noc, kdy Pepa umřel.“

Tři matky odpověděly, že po smrti dítěte byly v kontaktu s matkami, které měly zkušenost se smrtí vlastního dítěte. Jedna matka uvedla, že preferovala kontakt s lékaři, kteří léčili její dítě, před kontaktem s rodiči, kteří měli zkušenost se ztrátou dítěte.

3) Skupina otázek zjišťující poptávku matek po odborné pomoci:

Otázka: Vyhledala jste někdy v době po úmrtí dítěte pomoc odborníka (psycholog, psychiatr, terapeut, sociální pracovník, poradenský pracovník...)? Jestli ano, za jakým účelem?

Odpovědi: Eva: „Ne, nebyla jsem na tom tak, že bych si nedokázala pomoci sama. Zaměstnávala jsem se, přihlásila jsem se na různé kurzy.“

Lýdie: „Ne, nevyhledala. Věděla jsem, že to zvládnou. V době léčby dcery jsem prožila tolik traumat a beznaděje, věděla, co znamená stav, když si člověk myslí, že se úzkostí zblázní. Věděla jsem, že tu bolest a ztrátu si musím odžít a nikdo a nic mi nepomůže, že to jen a jen na mě.“

Petra: „Až později, když jsem cítila, že potřebuji pomoci s mým manželstvím, jsem se obrátila na jednoho pana psychologa.“

Linda: „Žádnou pomoc jsme nehledali...“

Jedna matka odpověděla, že za delší dobu po smrti dítěte vyhledala pomoc psychologa z důvodů potřeby pomoci s manželskými problémy. Ostatní matky nevyužily služeb žádného pomáhajícího pracovníka.

Otázka: Byla vám někdy nabídnuta odborná pomoc či zprostředkován kontakt na odborníka, který by vám mohl pomoci v době truchlení?

Odpovědi: Eva: „V nemocnici byli psychologové, ale byli tam pro děti. ... Když jsme

odcházel z nemocnice, tak nám akorát řekli, kterou pohřební službu nám doporučují, protože je lacinější.“

Lýdie: „Po úmrtí dcery jsem zůstala měsíc doma, než jsem nastoupila do práce, a obvodní doktorka mi nabídla, jestli si nechci zajít k psychiatrovi. Odmítla jsem a taky jsem odmítla antidepressiva.“

Petra: „Ne. Byla jsem v kontaktu jen s dětským psychologem na oddělení hematologie, kde psycholog suploval práci sociální pracovnice. Paní psycholožka nám tam pomáhala vyběhat všechny možné doklady a dávky. Ale v situaci, kdy máma tuší, že přijde smrt jejího dítěte, ona přicházela za námi se slovy: „Nebojte se, všechno bude dobré.“. V celý nemocnici nebyl nikdo, s kým by se dalo mluvit o smrti. Já i syn jsme se po čase začali bránit vstupu psychologů do pokoje, protože jsme cítili, že skutečnost je jiná, než jakou nám ji oni malovali. Snahu měli, ale leckdy to byl optimismus na nepravém místě.“

Linda: „...ani nám ji nikdo nenabídl. Z Motola jsme tak jako utekli.“

Z odpovědí matek vyplývá, že matky byly skoro vždy nějakým způsobem v kontaktu s nějakým pomáhajícím pracovníkem. Jeho služeb však přímo nevyužívaly. Respondenty měly pocit, že služby daného pomáhajícího pracovníka jim nejsou určeny či že služby, které nabízel, neodpovídaly jeho profesi nebo aktuální situaci.

4) Skupina otázek zjišťující změny v životě matek po smrti dítěte:

Otázka: Změnil se nějak po smrti vašeho dítěte váš život? Jak?

Odpovědi: Eva: „Smrt syna naše manželství poznamenala. Rozešli jsme se - nežijeme spolu. Našla jsem si přítele a odstěhovala se od manžela. Rozvedená s manželem nejsem.“ ... „Začala jsem taky psát básničky. Dokonce jsem s nimi vyhrála i nějakou soutěž.“ ... „Žiju teď víc přítomností, dřív jsem strašně plánovala. I když teď se mi postupně tahle schopnost žít přítomností zase pomalu vytrácí.“ ... „Po smrti syna jsem se taky víc zaměřila na dceru. Furt jsem jí sledovala, měřila jí teplotu, kontrolovala jí.“ ... „Začala jsem působit v sociální oblasti a běhat okolo příprav jednoho projektu.“

Lýdie: „Určitě se změnil. Změnil se jak můj přístup k lidem, k věcem, tak

i k vzniklým situacím. Pokora člověka změnil. Veškeré myšlení se obrátilo k jinému chápání různých problémů. Ustoupila nervozita a věčný spěch něco dohnat a stihnout. Časem jsem si uvědomila, že se nebojím umřít, možná bolesti ano, ale ne toho, že tady nebudu. Každá hezká chvíle, nebo prožitek začal pro mě být štěstím. Pociťovala jsem lásku k lidem. Dodnes se snažím chápat jejich problémy a uklidnit je a pomoci jim, pokud to jde.“

Petra: „Řekla jsem si, že jestli chci žít dál, tak musím tuhle špatnou zkušenost někde zúročit. Že z toho musí někde vzniknout něco dobrého. A tak se snažím, aby to tak bylo...“

Linda: „Určitě. Změnil se hodně. Hodně jsem se s manželem hádala, teď už se nehádáme. Taky jsme na tom teď o hodně líp finančně. Hodně hádek bylo právě kvůli financím. Moji rodiče taky dost neuznávali mého manžela, ale pak viděli, že je můj manžel dobrej chlap a že se postará. Tak tohle se hodně vylepšilo. Manžel má teď určitě lepší vztah i se svým bratrem. Myslím, že si to jeho bratr teď vyčítá, že při manželovi nebyl, když prožíval takové těžkosti.“

Všechny respondenty zaznamenaly ve svých životech po smrti dítěte výrazné změny. Tři matky se snaží pomáhat druhým lidem tím, že aktivně působí v sociální oblasti. Všechny respondenty alespoň některé tyto životní změny hodnotily jako pozitivní.

Otázka: Změnil se po smrti vašeho dítěte váš společenský život?

Odpovědi: Eva: „Ne, týden po smrti Filipa jsem zase začala dělat svoji práci, která je pro mne i koníčkem a jsem v ní v kontaktu s lidma. Napsala jsem lidem, se kterými pracuji, sms: „Jestli mi chcete pomoci, tak přijďte ... a chovejte se úplně normálně.“

Lýdie: „Myslím, že tak půl roku se mi nechtělo na žádné společenské akce, ani k přátelům, do divadla a kina. Pak se to trošku zlomilo a volné chvíle strávené v přírodě jsme s manželem doplnili o nějaké kulturní akce.“

Petra: „Změnil se hlavně v tom, s jakými lidmi se stýkám, ale to asi souvisí i se změnou mojí profese.“

Linda: „Během doby, kdy byl syn nemocný, jsem ztratila skoro všechny kamarádky. Neměla jsem čas a peníze na to, abych s nima udržovala kontakt. Po smrti syna jsem se s nima zase začala vídat.“

Jinak jsme hodně společenská rodina, často k nám chodí návštěvy a tak to bylo vždycky."

Odpovědi respondentek na tuto otázku se různí. Spíše to respondenty hodnotí tak, že v době nemoci dítěte či po jeho smrti zažily jakousi „pauzu“ ve společenském životě a pak se vše postupně opět navrátilo do původního stavu. Jedna respondentka zaznamenala změnu v tom, s jakými lidmi je v kontaktu, pravděpodobně se trochu změnil okruh jejích spolupracovníků, přátel a známých.

3.1.5 Zkušenosti matek - shrnutí

Chtěla bych zdůraznit, že z rozhovorů, které jsem provedla, nechci vyvozovat závěry, jejichž platnost bych přisuzovala všem matkám truchlícím po ztrátě dítěte. Bylo by zavádějící výsledky vyplývající ze čtyř rozhovorů zobecňovat a předpokládat, že je tomu tak u všech truchlících matek, protože jde o oblast, kdy je nutný velmi individuální přístup. Situace každé truchlící matky je jiná a každá jednotlivá truchlící matka je odlišná od další, i kdyby byly ve stejné situaci. Mým cílem bylo přiblížit téma na konkrétních případech z praxe.

Nyní bych chtěla vyzvednout některé názory a zkušenosti matek, které během rozhovorů zazněly a které považuji za důležité.

Bylo pro mne obtížné najít matky, kterým zemřelo dítě. Když jsem však získala kontakty na takové matky a oslovila jsem je, byla jsem někdy až zaskočena

vstřícností matek k rozhovoru. Bylo zřejmé, že matky chtějí o tomto tématu hovořit. Někdy pro ně bylo obtížné mluvit o tak těžkých věcech, ale přesto jejich touha své zážitky a zkušenosti sdělit byla silnější. Cítila jsem z respondentek, jak trpí tabuizováním tématu smrti a jak by rády sdílely své zážitky s ostatními. Bohužel, na jejich zkušenosti leckdy okolí není připraveno. Mnoho lidí neví, jak reagovat na truchlící osoby, mohou se cítit být truchlícími a jejich osudy zaskočení, znejištění, vyděšení a neví jak o tomto tématu s pozůstalými mluvit.

Snažila jsem se najít matky v co nejpodobnější životní situaci, přesto musím říci, že situace každé z nich byla v něčem jiná a každá z nich prožívala a prožívá situace spojené se ztrátou dítěte odlišně. Přesto však respondenty na některé otázky v druhé části rozhovorů odpověděly shodně. Matky zcela shodně odpověděly na první skupinu otázek, tj. otázky zjišťující psychický stav matek. Ani jedna z respondentek nezvažovala v souvislosti se smrtí dítěte sebevraždu a ani jedna z nich neužívala v souvislosti s nemocí a smrtí dítěte antidepresiva. Ve druhé skupině otázek se odpovědi matek již trochu lišily. Přesto se shodly v tom, že o smrti dítěte potřebují mluvit, a dále také, že určitou dobu po smrti dítěte bylo obtížné mluvit s nejbližšími příbuznými, tzn. že by v této době rády mluvily i s neznámou osobou. Odpovědi matek se trochu rozcházely v bodě, kdo jim byl největší oporou - často však uváděly kamarádky, což opět naznačuje, že sociální opora v rodině v takové situaci selhává či je nedostatečná. Matky se zcela shodly v tom, že svobodně mohou mluvit

o všem, co souvisí se smrtí dítěte, že nemají tabu spojené s tímto tématem. Matkám pomáhal kontakt s někým, kdo prožil stejnou ztrátu. Jedna respondentka uvedla, že jí pomáhalo udržovat kontakt s lékařem zemřelého dítěte. Ve skupině otázek dotazující se na poptávku matek po odborné pomoci se odpovědi respondentek asi nejvíce různily. Pouze jedna z respondentek vyhledala pomáhajícího pracovníka a využila jeho služeb. Všechny matky však byly v kontaktu s nějakým pomáhajícím pracovníkem, jehož služeb však většinou přímo nevyužívaly, možná proto, že se domnívaly, že tyto služby nejsou určeny přímo jim. Ve skupině otázek dotazujících se na životní změny jsou odpovědi matek také podobné. Matky zaznamenaly po smrti dítěte ve svém životě určité změny, některé z těchto změn hodnotí kladně. Tři z matek začaly po smrti dítěte aktivně pracovat v sociální oblasti. Respondentky se domnívají, že jejich společenský život se po smrti dítěte příliš nezměnil. Zaznamenaly většinou jakousi pauzu v sociálních kontaktech v době, kdy bylo dítě nemocné a pak ještě nějakou dobu po jeho smrti.

3.2 Rozhovor s psychologkou

Rozhovor jsem uskutečnila s psychologkou, která se ve své práci specializuje na psychologickou pomoc rodině, rodinné poradenství a na pomoc při obtížích ve výchově dětí. Spolupracuje s občanským sdružením Dlouhá cesta již od doby jeho založení.

3.2.1 Analýza rozhovoru s psycholožkou

Psycholožky jsem se ptala na tyto otázky:

Otázka: Jaké důvody k vám truchlící matky přivádí?

Odpověď: „Pocit osamělosti a nemožnosti sdělit někomu své pocity, svůj bol a žal. Ve většině případů s nimi o tom nechtějí mluvit manželé a ostatní známí se většinou stáhnou, protože nevědí, jestli o tom mluvit mají, mohou... V mnoha případech ke mně také přicházejí rodiče s tím, že oni sami mají v sobě již problém vyřešený, ale mají problém s druhým dítětem. Dítě se projevuje zvláštním způsobem, je např. více agresivní. V mnoha případech se jedná o tom, že jsou rodiče příliš upnutí k dítěti, které zemřelo, a to, které žije, trochu - nevědomky - odsouvají na další kolej. Setkávám se i s těmi rodiči, kterým zemřelo dítě u porodu, nemohou dál otěhotnět a nemají k tomu žádný fyziologický důvod. Mají v sobě blok, obavu o to, že se dítěti zase něco stane... Tento blok je zapotřebí odstranit terapií.“

Otázka: Domníváte se, že častým motivem matek vedoucím k vaší návštěvě, je

nedostatečná sociální opora v jejich okolí?

Odpověď: „Určitě. Dle mých zkušeností je to tak, že lidé nevědí, jak se k druhému přiblížit, pokud se mu stala tato věc s úmrtím dítěte, a proto raději nekomunikují. Ze zkušeností matek to jsou právě jejich nejbližší - maminka, sestra. Tyto matky s hlubokým prožitkem ztráty mají pocit, že mají tišit ještě svoji matku, ale na to dle jejich slov už "nemají". ... To, co je vede ke mně do poradny je především určité tabuizování smrti. Smrt je nepopulární téma. Nepopulární co do práce s touto problematikou. Často lidé nevědí, jak začít o tom povídat, jak vyjádřit tomu druhému své emoce, svou podporu, svou spoluúčast..."

Otázka: V jaké fázi truchlení vás matky nejčastěji kontaktují?

Odpověď: „Je to naprosto různé. Spíše v průběhu prvního roku po smrti dítěte. Někdy hned po smrti dítěte. Mám ale i rodiče, kteří mě kontaktovali po šesti letech od smrti dítěte.“

Otázka: Navštěvují vás samostatně či přicházejí v doprovodu rodiny, přátel, apod.?

Odpověď: „Samostatně nebo s dítětem nebo s kamarádkou. Zatím se mi stalo jen jednou, že přišli oba rodiče. Samostatně mám na mysli jen ženy.“

Otázka: Kolik setkání průměrně míváte s truchlícími matkami? Jde o jednorázová setkání či spíše jde o trvalejší charakter spolupráce?

Odpověď: „Většinou jsou to tři setkání a další možnost telefonického kontaktu. S některými matkami je to víc setkání - cca dvouměsíční. Je vždy na zvážení rodiče, zda chce dál docházet na terapie.“

3.2.2 Zkušenosti psycholožky s truchlícími matkami - shrnutí

Psycholožka říká, že její pomoc truchlící matky nejčastěji vyhledávají z důvodu nedostatečného sdílení prožitků týkajících se smrti dítěte a z důvodu rodinných problémů souvisejících s touto událostí. Domnívá se, že tabuizováním tématu smrti se pozůstalí ocitají v nelehké situaci. Okolí pozůstalých často neví, jak o tématu komunikovat, díky čemuž mají pozůstalí méně příležitostí myšlenky a pocity související se smrtí dítěte ventilovat. Matky přicházejí většinou samy a činí tak nejčastěji v prvním roce od úmrtí dítěte.

Psycholožka uvedla, že ji matky navštěvují nejčastěji v době do jednoho roku po smrti dítěte. I matky hodnotily jako období krátce po smrti dítěte jako nejtěžší pro komunikaci o tomto tématu, a to především s blízkými osobami, a že se setkávaly s nejrůznějšími překážkami v komunikaci na toto téma ze strany okolí.

Domnívám se, že výpovědi matek a psycholožky jsou v souladu a shodují se v hlavních bodech.

4 DISKUSE

Na tomto místě uvádím některé nedostatky a omezení, které se v práci vyskytují a se kterými jsem se potýkala.

Práce je věnována matkám, kterým zemřelo dítě. V průběhu psaní především teoretické části práce jsem se však neustále potýkala s problémem, že některé informace platí obecně pro všechny truchlící a některé jsou specifické pro truchlící rodiče či jen pro matky.

V průběhu zpracovávání dat jsem zvažovala do jaké míry se věnovat medicínské terminologii, diagnózám a somatické léčbě zemřelých dětí. V průběhu rozhovorů s matkami jsem nabyla dojmu, že zážitky spojené s léčbou dítěte jsou důležité i pro následný průběh truchlení. Přesto jsem se snažila tyto informace v příbězích omezit a zpracovat je jednoduchým způsobem tak, aby dobře ilustrovaly situace, kterými si musely matky v průběhu léčby dětí projít.

5 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zjistit, zda matky, kterým zemřelo dítě, pociťují potřebu opory v okolí. Zda vnímají oporu, které se jim dostává, jako dostatečnou, popřípadě, kde hledají zdroje sociální opory.

V praktické části jsem získala data pomocí rozhovorů s matkami, které ztratily dítě, a s psycholožkou. Domnívám se, že zjištěná data naznačují, že truchlící matky pociťují potřebu opory. Možnost vypovídat se, sdílet své pocity je velmi důležitá pro proces truchlení. Blízké okolí truchlících matek bývá často smrtí dítěte také velmi hluboce zasaženo a není schopno v takové situaci plnit funkci sociální opory. Tato situace může být pro matky velmi tíživá a je pro ně důležité najít si jiné zdroje sociální opory.

Jednou z možností, kde hledat sociální oporu, může být např. setkání s truchlícími rodiči ve svépomocné skupině. U nás se tento systém péče začíná teprve rozvíjet. Doufám však, že brzo bude tato možnost dostupná všem truchlícím matkám, které by chtěly tuto službu využít.

Věřím, že se v ČR bude péče o truchlící osoby dále rozšiřovat, a to především v neziskovém sektoru. Za prioritní úkol tohoto rozšiřování pokládám zpřístupnění péče všem truchlícím osobám, dále vytvoření bohatší nabídky služeb, které by byly

zajímavé pro větší počet truchlících. Věřím, že rozšíří-li se péče o truchlící a pozůstalé obecně, budou mít i pozůstalé matky více možností, kam se obrátit o pomoc v případě, že se jim nebude dostávat sociální opory v jejich okolí.

Chtěla bych na tomto místě ještě jednou poděkovat matkám, se kterými jsem spolupracovala a vyjádřit jim svůj obdiv za jejich upřímnost a otevřenost, se kterou hovořily i o vzpomínkách, které stále bolí. Rozhovory s nimi pro mne nebyly pouhou příležitostí k získání podkladů pro mou práci, ale setkání s těmito výjimečnými ženami mne v mnohém obohatila i osobně. V rozhovorech jsem měla možnost naslouchat vyprávěním o těžkých a smutných osudech. Nezbývalo mi než obdivovat, kde tyto ženy vzaly a berou sílu a energii, aby vše zvládaly. S obdivem jsem těmto ženám naslouchala, protože každá krize či životní tragédie, kterou člověk s úspěchem projde, ho posílí a dodá mu na životní moudrosti.

POUŽITÉ ZDROJE

Soupis bibliografických citací

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000.

HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000.

HONZÁK, R., NOVOTNÁ, V. Krize v životě, život v krizi. Praha: Road, 1994.

KOL. AUTORŮ. Slovník spisovného jazyka českého. Praha: Academia, 1971.

KUBÍČKOVÁ, A. Zármutek a pomoc pozůstalým. Praha: ISV, 2001.

MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003.

MOHAPL, P. Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1992.

MOŽNÝ, I. Moderní rodina (mýty a skutečnosti). Brno: Blok, 1990.

OLSEN, J., MORTENSEN, P. B., PRECHT, D.H., LI, J. Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. (Úmrtnost rodičů po smrti dítěte v Dánsku: celonárodní studie.) The Lancet 361, 2003, February 1, s. 363 - 367. Prac. překlad Pomajslová D.

RICHEs, G., DAWSON, P. An intimate loneliness. Supporting bereaved parents and siblings. (Intimní osamocení. Opora pozůstalých rodičů a sourozenců.) Philadelphia: Open university press, 2000. Prac. překlad Pomajslová D.

SRP, B. A KOL. Porodnictví. Praha: Grada Publishing, 1999.

SVATOŠOVÁ, M. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Predikátory sociální opory u české populace. Československá psychologie 47, 2003, 3, s. 220 - 229.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Sociální opora jako významný protektivní faktor. Československá psychologie 43, 1999, 1, s. 19 - 38.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. Krize. Psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada Publishing, 2004.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing, 1998.

Internetové zdroje

http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10390&page=563 (3.12.2006) Prac. překlad Pomajslová D.

[http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/910022E746/\\$File/0001060416.xls](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/910022E746/$File/0001060416.xls) (25.2.2007)

http://portal.gov.cz/wps/portal/s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_p=50a&PC_8411_l=94/1963&PC_8411_ps=10#10821 (13.12.2006)

<http://www.tcf.org.uk/> (15.7.2007)

<http://www.careforthefamily.org.uk/bpn/> (15.7.2007)

<http://www.childdeathhelpline.org.uk/faq.htm>
(15.7.2007)

<http://www.crusebereavementcare.org.uk/> (15.7.2007)

<http://www.uk-sands.org/> (15.7.2007)

<http://sobs.admin.care4free.net/> (15.7.2007)

<http://www.mamaa.org/index.html> (15.7.2007)

<http://www.dlouhacesta.cz/> (20.7.2007)

<http://www.klicek.org/index2.html> (20.7.2007)

<http://www.plamienok.sk/slovak/index.php> (20.7.2007)

<http://www.cestadomu.cz/> (20.7.2007)

<http://www.umirani.cz/> (20.7.2007)

Filmové a televizní dokumenty

BUREŠOVÁ, Z., NEKVASIL, J., DERZSIOVÁ, A. 13. komnata Markéty Zinnerové.

ČINČEROVÁ, A., DOBIÁŠOVÁ, M., PLOYHAR, D. 13. komnata Venduly Svobodové.

SOMMEROVÁ, O. Přežili jsme svoje děti.

PŘÍLOHY

Příloha I. - Tabulky

Tab. 1

Vliv úmrtí dítěte na úmrtnost rodičů.¹⁴

	Rodiče		Otcové		Matky	
	E	U	E	U	E	U
Úmrtí celkem	2,23	1,89	2,74	2,51	1,90	1,35
Nemoc jako příčina smrti	1,76	1,54	2,12	1,99	1,43	1,16
Rakovina	0,76	0,68	0,76	0,74	0,76	0,63
Nemoci oběhové soustavy	0,48	0,46	0,72	0,72	0,27	0,23
Nemoci trávicí soustavy	0,12	0,10	0,19	0,12	0,07	0,08
Další nemoci	0,40	0,31	0,46	0,40	0,34	0,20
Jiné příčiny smrti	0,53	0,35	0,61	0,52	0,46	0,20
Dopravní nehody	0,11	0,06	0,10	0,09	0,12	0,04
Sebevraždy	0,25	0,17	0,30	0,27	0,21	0,09
Další příčiny	0,17	0,11	0,20	0,16	0,14	0,07

Tabulka ukazuje hodnoty mortality (přepočtené na 1000 osob za 1 rok), kterých dosáhli rodiče, kterým zemřelo dítě (E), v porovnání s hodnotami, kterých dosáhli rodiče, kterým dítě nezemřelo (U). Tabulka ukazuje významné zvýšení hodnot mortality u matek, které ztratily dítě, ne však u otců, kteří prožili stejnou ztrátu. Tabulka také uvádí příčiny smrti rodičů.

¹⁴ OLSEN, J., MORTENSEN, P. B., PRECHT, D.H., LI, J. Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow - up study. (Úmrtnost rodičů po smrti dítěte v Dánsku: celonárodní studie.) The Lancet 361, 2003, February 1, s. 363 - 367. Prac. překlad Pomajslová D.

Tab. 2

Vliv úmrtí dítěte na mortalitu matek.¹⁵

		Celkem		Nemoci ^I		Jiné příčiny ^{II}	
		E	U	E	U	E	U
Věk dítěte	<1 měsíc	1,11	1,35	0,80	1,16	0,26	0,20
	1-11 měsíců	1,22		0,90		0,32	
	1-2 roky	1,40		0,91		0,48	
	3-9 let	1,53		0,77		0,77	
	10-17 let	4,24		3,57		0,67	
Příčina smrti dítěte	nemoc ^I	1,51		1,14		0,37	
	jiná ^{II}	3,57		2,70		0,87	
Úmrtí dítěte	náhlé	2,76		2,03		0,73	
	anticipované	1,51		1,17		0,34	

Tabulka porovnává hodnoty mortality (přepočtené na 1000 obyvatel za 1 rok) matek, kterým zemřelo dítě (E), oproti matkám, kterým dítě nezemřelo (U). Tabulka podrobně rozpracovává mortalitu matek v závislosti na charakteristice smrti dítěte.

Ráda bych zdůraznila především tři výrazné rozdíly v hodnotách:

- 1) u skupiny matek, kterým dítě zemřelo z jiných příčin, je vyšší hodnota mortality, než u skupiny matek, kterým dítě zemřelo z důvodů nemoci,
- 2) u skupiny matek, kterým dítě zemřelo náhle, je vyšší hodnota mortality než u skupiny matek, které prožily anticipované úmrtí dítěte,
- 3) hodnoty mortality matek se zvyšují, zemřelo-li jim dítě starší 1 roku.

15 OLSEN, J., MORTENSEN, P. B., PRECHT, D.H., LI, J. Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow - up study. (Úmrtnost rodičů po smrti dítěte v Dánsku: celonárodní studie.) The Lancet 361, 2003, February 1, s. 363 - 367. Prac. překlad Pomajslová D.

Vysvětlivky:

I - úmrtí jako následek nemoci - rakovina, nemoci oběhové soustavy, onemocnění trávicí soustavy a další nemoci

II - úmrtí, která jsou důsledkem dopravní nehody, sebevraždy a další jiné příčiny

Tab. 3

Úmrtnost mužů podle věku.¹⁶

Věková skupina	Zemřelí				
	2000	2002	2003	2004	2005
Celkem	54882	54377	55880	54190	54072
0	218	216	207	210	211
1-4	53	60	49	41	34
5-9	63	51	42	36	32
10-14	73	54	64	51	56
15-19	243	218	206	211	188
20-24	453	406	394	364	345
25-29	432	455	459	452	420
30-34	436	439	487	447	512
35-39	615	601	634	620	562
40-44	1146	989	903	900	883
45-49	2219	2021	1945	1818	1704
50-54	3590	3442	3424	3286	3086
55-59	4239	4552	4937	4825	4878
60-64	4746	4915	5155	5353	5489
65-69	6677	5988	5894	5638	5538
70-74	8395	8117	8104	7641	7292
75-79	9232	8896	9185	8618	8712
80-84	4934	6493	7597	8082	8265
85-89	5001	4129	3565	3075	3324
90-94	1842	2030	2255	2147	2086
95+	275	305	374	375	455

Tabulka ukazuje, kolik mužů a v jakém věku zemřelo v ČR v letech 2000, 2002, 2003, 2004 a 2005. Z tabulky vyplývá, že v roce 2005 zemřelo v ČR 521 chlapců ve věku 0 - 19 let.

¹⁶ [http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/910022E746/\\$File/0001060416.xls](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/910022E746/$File/0001060416.xls) (25.2.2007)

Tab. 4

Úmrtnost žen podle věku.¹⁷

Věková skupina	Zemřelí				
	2000	2002	2003	2004	2005
Celkem	54119	53866	55408	52987	53866
0	155	169	158	156	136
1-4	46	40	40	35	35
5-9	38	31	25	26	25
10-14	55	37	38	37	51
15-19	106	101	82	84	86
20-24	145	121	115	91	89
25-29	135	147	135	123	136
30-34	150	172	175	149	185
35-39	244	260	263	251	236
40-44	475	415	408	407	391
45-49	990	848	852	800	782
50-54	1568	1454	1475	1345	1372
55-59	1923	2092	2287	2120	2211
60-64	2291	2363	2609	2609	2703
65-69	4053	3566	3461	3335	3318
70-74	6849	6593	6317	5870	5621
75-79	10741	10262	10228	9521	9399
80-84	7421	10094	11735	12529	12829
85-89	10488	8325	7668	6336	6747
90-94	5128	5438	5931	5736	5936
95+	1118	1338	1406	1427	1578

Tato tabulka ukazuje, kolik žen a v jakém věku zemřelo v ČR v letech 2000, 2002, 2003, 2004 a 2005. Z tabulky vyplývá, že v roce 2005 zemřelo v ČR 333 dívek ve věku 0 - 19 let.

¹⁷ [http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/910022E746/\\$File/0001060416.xls](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/910022E746/$File/0001060416.xls) (25.2.2007)

Tab. 5

Počty zemřelých podle příčin smrti ve věku 0 v roce 2005.¹⁸

Název kapitoly MKN-10	Počet zemřelých
Stavy vzniklé v perinatálním období	188
Vrozené vady, deformace, malformace	78
Poranění, otravy	23
Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde	17
Nemoci nervové soustavy	13
Nemoci dýchací soustavy	8
Nemoci endokrinní a metabolické	7
Novotvary	5
Nemoci trávicí soustavy	4
Infekční a parazitární nemoci	2
Nemoci oběhové soustavy	2
Nemoci krve a imunity	1
Zemřelí celkem	348 ¹⁹
Počet osob ve věku 0 celkem	100023

Tabulka uvádí počty zemřelých dětí ve věku 0 podle příčin smrti, které v ČR zemřely v roce 2005. Z tabulky vyplývá, že v této věkové skupině jsou nejčastější příčinou smrti stavy vzniklé v perinatálním období.

18 Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

19 Poznámka: Tabulky 3, 4 a 5 se rozcházejí v celkovém údaji o zemřelých ve věku 0 v roce 2005. Dle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR došlo k chybě v databázi ČSÚ zemřelých podle věku, která byla zjištěna v době, kdy byla již data ČSÚ zpracována a vydána (původně byl zaznamenán zemřelý muž ve věku 100 let, ale později bylo zjištěno, že se jednalo o chlapce zemřelého ve věku 0). Správný údaj je tedy 348 zemřelých dětí do 1 roku (212 chlapců a 136 dívek).

Tab. 6

Počty zemřelých podle příčin smrti ve věku 1 - 19 let v roce 2005.²⁰

Název kapitoly MKN-10	Počet zemřelých
Poranění, otravy	277
Nemoci nervové soustavy	67
Novotvary	49
Nemoci dýchací soustavy	31
Vrozené vady, deformace, malformace	27
Nemoci oběhové soustavy	16
Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde	11
Nemoci endokrinní a metabolické	8
Nemoci trávicí soustavy	7
Infekční a parazitární nemoci	5
Poruchy duševní a poruchy chování	3
Nemoci krve a imunity	2
Nemoci svalové a kosterní soustavy	2
Nemoci močové a pohlavní soustavy	2
Zemřelí celkem	507
Počet osob ve věku 1 - 19 let celkem	2069122

Tabulka uvádí počty zemřelých dětí ve věku 1 - 19 let dle příčin smrti v roce 2005. Z tabulky vyplývá, že v této věkové skupině je nejčastější příčinou úmrtí poranění či otrava.

²⁰ Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Tab. 7

Tabulka životních událostí.²¹

Událost	Body
Úmrtí partnera, partnerky	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření a přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než jeden průměrný roční plat	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem, tchyní, zetěm, snachou	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Manžel, manželka nastupuje či končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problémy a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
Změny stravovacích zvyklostí	15
Dovolená	13
Vánoce	12
Přestupek (např. dopravní) a jeho projednání	11

Tabulka je přehledem stresových situací dle Holmes a Rahe. Součet bodů za poslední rok může orientačně

21 HONZÁK, R., NOVOTNÁ, V. Krize v životě, život v krizi. Praha: Road, 1994, s. 57.

informovat o míře stresu a zátěže. Autoři stanovili za hraniční hodnotu 250 bodů.

Příloha II. - Otázky druhé části rozhovorů s matkami

1) Skupina otázek zjišťující psychický stav matek:

- Uvažovala jste někdy v souvislosti se smrtí dítěte o sebevraždě? Jestli ano, v jaké situaci?
- Užívala jste někdy v době nemoci dítěte a po jeho smrti antidepresiva?

2) Skupina otázek zjišťující pociťovanou potřebu opory a potřebu sdílet zážitky:

- Máte (měla jste) potřebu s někým o smrti dítěte mluvit?
- Kdybyste si mohla vybrat, mluvila byste o smrti vašeho dítěte a s tím spojenými pocity raději s blízkou osobou či s někým, ke komu nemáte blízký vztah?
- Kdo byl pro vás po smrti vašeho dítěte největší oporou?
- Je nějaké téma ohledně smrti vašeho dítěte, o kterém nemůžete mluvit?
- Byla jste v době po smrti dítěte v kontaktu s někým, kdo zažil něco podobného (s někým, komu také zemřelo dítě)?

3) Skupina otázek zjišťující poptávku matek po odborné pomoci:

- Vyhledala jste někdy v době po úmrtí dítěte pomoc odborníka (psycholog, psychiatr, terapeut, sociální pracovník, poradenský pracovník...)? Jestli ano, za jakým účelem?

- Byla vám někdy nabídnuta odborná pomoc či zprostředkován kontakt na odborníka, který by vám mohl pomoci v době truchlení?

4) Skupina otázek zjišťující změny v životě matek po smrti dítěte:

- Změnil se nějak po smrti vašeho dítěte váš život? Jak?
- Změnil se po smrti vašeho dítěte váš společenský život?