E-psychologie
Elektronický časopis ČMPS

2015, roč. 9, č. 2
Výzkumné studie

ZÁRMUTOK U MATIEK PO STRATE DIEŤAŤA V SÚVISLOSTI S ČASOM OD STRATY, TYPOM STRATY A ĎALŠÍM RODIČOVSTVOM

Lucia Martinčeková

Abstrakt
Strata dieťaťa je najzraňujúcejšou skúsenosťou akú môže matka zažiť. Cieľom práce bola analýza faktorov súvisiacich s prežívaním zármutku u matiek po strate dieťaťa: času od straty, typu straty a ďalšieho rodičovstva. Údaje boli analyzované kombináciou kvantitatívneho a kvalitatívneho prístupu. 60 matiek po strate dieťaťa (*M* = 40,0; *SD* = 9,87) vyplnilo Texaský revidovaný inventár zármutku a dotazník demografických charakteristík. S 12-timi matkami po strate dieťaťa vo veku od 28 do 55 rokov bol realizovaný pološtruktúrovaný rozhovor zameraný na hlbšie porozumenie faktorov súvisiacich s prežívaným zármutkom. Údaje boli analyzované konsenzuálnym kvalitatívnym výskumom. U matiek po viac ako troch rokoch od straty je zármutok nižší. Neboli zistené rozdiely v zármutku medzi očakávanou a náhlou stratou dieťaťa. Matky s očakávanou stratou dieťaťa hodnotili náhlu stratu dieťaťa ako náročnejšiu a naopak. Zármutok u matiek, ktoré stratili jediné dieťa, je vyšší ako u matiek, ktoré mali v čase straty ďalšie dieťa. Matky, ktoré nemali ďalšie dieťa nachádzali zmysel života v starostlivosti o druhých.

Kľúčové slová: *zármutok, strata dieťaťa, náhla strata, očakávaná strata, rodičovstvo*

GRIEF IN MOTHERS AFTER LOSS OF A CHILD IN RELATION TO TIME SINCE LOSS, TYPE OF LOSS AND OTHER PARENTHOOD

Abstract
Losing a child is the most devastating experience that a mother can experience. The aim of this study was an analysis of factors associated with maternal grief after losing a child: time since loss, type of loss and parenthood. The data were analyzed through combination of quantitative and qualitative approach. A sample of 60 grieving mothers (M = 40,0; SD = 9,87) completed the Texas Revised Inventory of Grief and demographic characteristics questionnaire. The qualitative part of the research was realized by form of semi-structured interviews with 12 mothers aged from 28 to 55 years, focused on deeper understanding of the factors associated with mothers' grief. The data were analyzed through Consensual Qualitative Research. Grief in mothers after more than three years from the loss is lower. There were found no differences in grief of anticipated and sudden loss. Mothers with anticipated loss perceive sudden loss as more difficult, and conversely. Grief in mothers who lost their only child is higher than in mothers who have had another child in time of the loss. Mothers who lost the only child have found the meaning of life in caring about others.

Keywords: *grief, loss of a child, sudden loss, anticipated loss, parenthood*

Došlo do redakce: 4.12. 2014
Schváleno k publikaci: 14.7. 2015

Úvod

Viacerí autori (napr. Kübler-Ross, Kessler, 2007; Milo, 1997; Worden, 2013) považujú za najzávažnejšiu stratu v živote stratu vlastného dieťaťa. Ako hovorí W. Worden (2013, str. 201): „Stratiť dieťa akéhokoľvek veku môže byť jednou z najdevastujúcejších strát v živote človeka a jej vplyv pretrváva roky“. Hoci umieranie je súčasťou života, strata dieťaťa je špecificky náročná v tom, že je časovo neprimeraná (Grollman, 2011; McLarenová, 2007). Pri strate dieťaťa dochádza k strate budúcnosti (Field, Behrman, 2003; Znojand, Keller, 2002), strata nabúrava pocit vlastnej identity („Ako mám teraz odpovedať na otázku, koľko mám detí?“) a integrity („Moje jediné dieťa zomrelo, som ešte stále matkou?“) (Špatenková, 2013). V slovenskom ako aj anglickom jazyku označujeme ľudí po strate partnera „vdova“ [widow] alebo „vdovec“ [widower], po strate rodiča „sirota“ [orphan]. Pre rodiča, ktorý stratil svoje dieťa, neexistuje jednotné pomenovanie. Už tento samotný fakt naznačuje, že strata dieťaťa je extrémnym zásahom do života rodiča, ktorá má svoje špecifiká oproti iným stratám blízkej osoby.

Zármutok sa vzťahuje k osobnému zážitku straty (Worden, 2013), dotýka sa celej osobnosti, všetkých dimenzií ľudského života (Taročková, 2005). Môžeme ho definovať ako komplex emocionálnych, kognitívnych, behaviorálnych a fyziologických reakcií, ktoré nasledujú po strate milovaného človeka (Bonanno, Field, 2001; Worden, 2013). Niektorí autori (napr. Bonanno, Field, 2001; Dyregrov, 1990; Middleton et al., 1998) sa zaoberali porovnaním zármutku u rôznych typov vzťahových strát, pričom zistili, že zármutok u rodičov po strate dieťaťa je intenzívnejší a dlhšie trvajúci v porovnaní so stratou rodiča či partnera. Naskytuje sa niekoľko vysvetlení. Ako sme už spomínali, strata dieťaťa odporuje biologickému zákonu života, ktorý hovorí, že starší ľudia by mali zomierať skôr ako mladší (McLarenová, 2007), vedie k strate budúcnosti, snov, zmien vo významných rolách a fungovaní (Christ et al., 2003). Byť rodičom je navyše pre mnohých vývinovým cieľom, ktorý vedie k pocitu identity a zmyslu (Rubin, Malkinson, 2001). Keď dieťa zomrie, mnohí rodičia zažívajú smútok nielen kvôli strate dôležitého člena rodiny, ale aj cítia, že časť z nich zomrela tiež (Malkinson, Bar-Tur, 2005). M. Stroebe a H. Schut (2001) vysvetľujú vyšší zármutok po strate dieťaťa tiež prostredníctvom straty investícií, ktoré boli vložené do dieťaťa počas jeho života. Ďalším vysvetlením môže byť strata významnej väzby medzi rodičom a dieťaťom (Bowlby, 2013; Stroebe, Schut, 2001). R. Janoff-Bulman (2006) uvádza, že strata dieťaťa výrazne narúša dovtedy predpovedateľný svet a miesto jednotlivca v ňom.

Zistenia viacerých štúdií ukazujú, že rodičia po strate dieťaťa vykazujú vyššiu úroveň depresie, úzkosti, obsedantne-kompulzívnych symptómov (Bolton et al., 2013; Murphy, Johnson, Lohan, 2002), emocionálneho distresu (Dyregrov, Nordanger, Dyregrov, 2003; Wijngaards et al., 2005), hostility (Moriarty, Carroll, Cotroneo, 1996), symptómov posttraumatickej stresovej poruchy (Murphy, Johnson, Lohan, 2002; Znojand, Keller, 2002), nižšie sebahodnotenie (Matthews, Marwit, 2003), vyššiu mieru konkrétnych typov rakoviny ako následok extrémneho stresu (Levav et al., 2000), častejšie psychiatrické hospitalizácie ako aj vyššiu mortalitu (Li et al., 2003) v porovnaní s ostatnými rodičmi.

V porovnaní smútiacich rodičov, matky prežívali intenzívnejší a dlhšie trvajúci zármutok a s tým spojenú vyššiu úroveň distresu (Bohannon, 1991; Dyregrov, 1990; Moriarty, Carroll, Cotroneo, 1996; Murphy, Johnson, Lohan, 2002; Reed, 1998; Stefan et al., 2007), pocitov viny (Bohannon, 1991), depresie a výraznejšie zhoršenie fyzického zdravia (Znojand, Keller, 2002) ako aj vyššiu mortalitu (Li et al., 2003) v porovnaní s otcami po strate dieťaťa. Z hľadiska popísaných špecifík zármutku u matiek po strate dieťaťa vnímame ako dôležité venovať teoretickú ako aj výskumnú pozornosť faktorom súvisiacim so zármutkom u smútiacich matiek.

Faktory súvisiace so zármutkom po strate dieťaťa

Hoci každá strata dieťaťa je bolestivou a náročnou skúsenosťou, ukazuje sa, že určité faktory môžu adaptáciu na stratu uľahčovať alebo naopak, zhoršovať, a tiež súvisieť s nižšou alebo vyššou intenzitou zármutku. V článku, ktorý je časťou väčšej pôvodnej štúdie (Martinčeková, 2014) sa venujeme faktorom ako je čas od straty, typ straty (náhla vs. očakávaná) a ďalšie rodičovstvo.

Ako významný faktor vzhľadom na náš výskumný problém považujeme *typ straty*. Pokiaľ dieťa zomrie po dlhodobej chorobe, hovoríme o *očakávanej strate*, teda zármutok rodiča začína ešte pred stratou (Rando, 2000). Pri diagnostikovaní nevyliečiteľnej choroby rodič už stráca zdravé dieťa (McLarenová, 2007). Opatrovanie umierajúceho dieťaťa je nesmierne osobnou, náročnou a multidimenzionálnou skúsenosťou (Steele, Davies, 2006). Rodič je nútený pozerať sa na to ako jeho vlastné dieťa trpí, zo všetkých síl sa snaží zmierniť jeho utrpenie a zabezpečiť efektívne zvládanie symptómov (Kreicbergs et al., 2005). Prežíva výraznú bezmocnosť, pocity viny, strachu a úzkosť (Vickers, Carlisle, 2000). Je nútený viesť bolestivé, citlivé a stresujúce diskusie, napr. o smrti s umierajúcim dieťaťom alebo jeho súrodencom (Kreicbergs et al., 2004) a rozhodovať o množstve vecí ako napr. o mieste smrti (Vickers, Carlisle, 2000). Pervazívny charakter takejto starostlivosti bol identifikovaný ako faktor, ktorý často vedie k vyčerpaniu rodičov (Edwards et al., 2008; Christ et al., 2003). Dôležitý je však názor J. McLarenovej (2007), že akokoľvek rodičia stratu dieťaťa očakávajú, neznamená to, že ju aj akceptovali. Napriek nepopierateľnej bolestivosti očakávanej straty sa z výskumných štúdií ukazuje, že dĺžka a intenzita prežívaného zármutku po strate negatívne súvisí s očakávaním smrti.

Náhla (neočakávaná) strata (napr. z dôvodu autonehody, zlyhania srdca) teda súvisí s intenzívnejším zármutkom a závažnejšími symptómami smútenia (Keesee, Currier, Neimeyer, 2008; Murphy et al., 2003; Wijngaards et al., 2005), horšími všeobecnými názormi na svet (Matthews, Marwit, 2003), vyššou mortalitou u matiek (Li et al., 2003) či horších zdravotných následkoch pre rodičov, ako je zvýšený výskyt diagnózy rakoviny (Levav et al., 2000). Zaujímavým zistením niektorých štúdií bolo nezistenie rozdielu medzi náhlou stratou z dôvodu napr. autonehody a z dôvodu samovraždy (Dyregrov, Nordanger, Dyregrov, 2003), inde boli dokonca zistené výraznejšie symptómy smútenia po náhlej strate nehodou v porovnaní so stratou v dôsledku samovraždy (Reed, 1998). Možné vysvetlenie intenzívnejšieho zármutku po náhlej strate ponúka G. H. Christ et al. (2003). Uvádza, že rodičia si počas dlhého a náročného ochorenia môžu rozvinúť nezvyčajné stratégie zvládania, aby udržali seba a rodinu po niekoľko mesiacov či rokov, a tieto stratégie im môžu uľahčovať prispôsobovanie sa po strate dieťaťa. Zároveň, prispôsobenie sa zmene potrebuje určitý čas (Lazarus, Folkman, 1984). Čas sa teda ukazuje ako dôležitý faktor v zmiernení zármutku (Murphy et al., 2003; Wijngaards-de Meij et al., 2008; Znojand, Keller, 2002). H. Znojand a D. Keller (2002) podobne zistili, že kratší čas od straty súvisí s intenzívnejším prežívaním zármutku.

Za ďalší významný faktor považujeme, či rodič má alebo nemá ďalšie dieťa okrem zosnulého dieťaťa. Pri strate jediného dieťaťa boli zistené výraznejšie symptómy zármutku (Wijngaards et al., 2005), prítomnosť ďalšieho dieťaťa v rodine výrazne redukovala úroveň zármutku (Diamond et al., 2012; Stefan et al., 2007).

Postup výskumu

Kritériom účasti vo výskume bolo biologické rodičovstvo, strata dieťaťa vo veku od 1 do 30 rokov, minimálny čas od straty jeden rok. Maximálny čas od straty sme si ako kritérium výberu nestanovili, nakoľko prežívanie straty dieťaťa je celoživotné (Kübler-Ross, Kessler, 2007). Účastníčky sme oslovovali s pomocou viacerých organizácií (ako napr. Dlouhá cesta, Klinika

detskej hematológie a onkológie), webstránok, ďalej osobne alebo elektronicky s uvedeným odkazom na dotazníkovú batériu, kde boli oboznámené s cieľom výskumu v informovanom súhlase. Účastníčky mali možnosť vyplniť dotazník alebo sa zároveň zúčastniť rozhovoru o strate dieťaťa, v prípade záujmu nás kontaktovali. Zber údajov prebiehal od októbra 2013 do februára 2014.

Záujem o osobný rozhovor prejavilo 15 matiek po strate dieťaťa. S každou účastníčkou, ktorá prejavila záujem, sme sa rozprávali. Tri rozhovory sme nespracovali vo výslednej analýze vzhľadom na obsahovú limitovanosť danú rozhovorom cez Skype pre veľkú vzdialenosť a v jednom prípade sa jednalo o stratu dieťaťa do jedného roka.

Z výsledného počtu 12 účastníčok zaradených do konsenzuálnej analýzy, s každou účastníčkou autorka práce uskutočnila pološtruktúrovaný rozhovor, ktorý obsahoval tieto hlavné otázky: *Ako ste prežívali prvý rok po strate? Zmenilo sa niečo vo vašom prežívaní v priebehu času? Ako ste prežívali náhlu / očakávanú stratu dieťaťa? Ako ste prežívali ne/prítomnosť ďalšieho dieťaťa v čase straty dieťaťa?* Niekedy neboli položené všetky otázky, pretože účastníčky sa k nim vyjadrili samé, príp. sa vyjadrili k viacerým súvislostiam s ich zármutkom, ktoré v otázkach neboli explicitne formulované.

Pred začatím rozhovoru si autorka od účastníčok vyžiadala súhlas s nahrávaním rozhovoru na diktafón, s cieľom výskumu a jeho podmienkami. Účastníčky mali možnosť vybrať si miesto rozhovoru, ktorý sa odohrával zväčša u nich doma, príp. v tichej kaviarni. Cestovali sme za nimi na rôzne miesta v rámci Slovenska. Rozhovory trvali v rozmedzí od 1 h. 10 min. do 3 h. 15 min., priemerne 2 h. rozhovoru spolu s nadviazaním kontaktu, vytvorením bezpečnej atmosféry, ukončením a rozlúčením. Dĺžka trvania rozhovoru závisela od miery individuálnej potreby každej účastníčky zdieľať sa. S účastníčkami sme sa dohodli, že zostaneme v kontakte a výskumné údaje, ktoré budú o nich použité, im zašleme najskôr na kontrolu.

Výskumné ciele, hypotézy a otázky

Cieľom nášho výskumu je skúmať odlišnosti v prežívanom zármutku na základe času, typu straty a prítomnosti ďalšieho dieťaťa. Formulovali sme nasledovné výskumné hypotézy a otázky:

H-1: *Predpokladáme,* že *zármutok u matiek po dlhšom čase od straty bude nižší ako zármutok u matiek po kratšom čase od straty.*

H-2: *Predpokladáme,* že *zármutok u matiek s očakávanou stratou dieťaťa bude nižší ako zármutok u matiek s náhlou stratou dieťaťa.*

H-3: *Predpokladáme, že zármutok u matiek, ktoré mali ďalšie dieťa v čase straty dieťaťa bude nižší ako u matiek, ktoré nemali ďalšie dieťa v čase straty dieťaťa*

O-1: *Aké je prežívanie zármutku u matiek po strate dieťaťa z hľadiska času, typu straty a prítomnosti ďalšieho dieťaťa?*

Výskumný súbor

Do výskumu sa zapojilo celkom 65 žien, matiek po strate dieťaťa. Z výskumného súboru sme vyradili dve matky pre neúplné vyplnenie dotazníka a tri matky, ktoré odpovedali k strate dieťaťa z dôvodu potratu. Týmto krokom prirodzene nechceme znížiť závažnosť skúsenosti potratu v živote ženy, avšak táto nespadá do problematiky nášho výskumu, keďže strata už narodeného dieťa má iný charakter a vedie k rozdielnym a intenzívnejším reakciám zármutku (Frøen et al.,

2011; Christiansen, Elklit, Olff, 2013). Konečný výskumný súbor teda pozostával zo 60 žien po strate dieťaťa. Vek účastníčok sa pohyboval v rozmedzí od 21 do 58 rokov (*M* = 40; *SD* = 9.87). V 70 % prípadov išlo o náhlu stratu, v 30 % prípadov očakávanú. Čas od straty sa pohyboval v rozmedzí od 1 až do 24 rokov (*M* = 6; *SD* = 6.56). Vek dieťaťa sa pohyboval v rozmedzí od 2 do 29 rokov (*M* = 10; *SD* = 9,48). 75 % účastníčok malo okrem zosnulého dieťaťa ešte ďalšie deti v čase straty dieťaťa. U 63 % účastníčok išlo o stratu chlapca a u 37 % o stratu dievčaťa. 77 % účastníčok bolo vydatých, 18 % rozvedených a 5 % slobodných. 60 % malo ukončené stredoškolské vzdelanie, 29 % vysokoškolské vzdelanie II. stupňa, 6 % vysokoškolské vzdelanie I. stupňa a 5 % základné vzdelanie. Z hľadiska vierovyznania uviedlo 60 % účastníčok katolícke, 27 % bez vierovyznania, 7 % evanjelické a 6 % iné.

Rozhovor sme realizovali s 12 ženami vo veku od 28 do 55 rokov (*M* = 44, *SD* = 8.87). U šiestich žien išlo o náhlu stratu, u šiestich o stratu očakávanú. Čas od straty sa pohyboval v rozmedzí od 2 do 21 rokov (*M* = 5, *SD* = 5.06). Vek dieťaťa sa pohyboval v rozmedzí od 2 do 23 rokov (*M* = 14, *SD* = 7.28). Deväť účastníčok vypovedalo o strate syna, dve o strate dcéry a jedna o strate dvoch detí, syna a dcéry. Respondentky sme do nášho výskumu zaradili príležitostným, lavínovým výberom, ktorý sa používa pri cieľovej populácii, ku ktorej je náročný prístup vzhľadom na citlivú a intímnu tému (Cohen, Manion, Morrison, 2007). Šesť účastníčok bolo vydatých, dve v partnerskom vzťahu, dve rozvedené a súčasne v partnerskom vzťahu, jedna rozvedená bez aktuálneho vzťahu. Deväť účastníčok malo ďalšie deti, tri účastníčky nie.

Metódy

Za účelom získania relevantných odpovedí na formulované výskumné hypotézy a otázky boli zozbierané údaje analyzované kombináciou kvantitatívneho a kvalitatívneho prístupu, ktorá umožňuje elimináciu slabých a využitie silných stránok oboch výskumných stratégií (Hendl, 2005). Podľa C. E. Hillovej (2011), rozhovor nám poskytuje bohatšie údaje ako dotazník, pretože umožňuje komplexnejší opis takých vnútorných zážitkov človeka akou je napríklad strata dieťaťa. Autori (Hill, 2011; Tedeschi, Calhoun, 2008) však neodporúčajú ani vyhýbanie sa vysoko štruktúrovaným, kvantitatívnym metódam vo výskume zármutku. Celkovo sa zdá ako najlepší spôsob vo výskume zármutku integrácia kvalitatívneho a kvantitatívneho prístupu (Carverhill, 2002; Neimeyer, Hogan, 2001).

Na meranie zármutku bol použitý Texaský revidovaný inventár zármutku [TRIG – *Texas Revised Inventory of Grief*] (Faschingbauer, 1987), ktorý patrí k najpoužívanejším nástrojom na meranie zármutku (Futterman et al., 2010). Pozostáva z dvoch subškál, Zármutku v minulosti [TRIG-*Past*] a Súčasného zármutku [TRIG-*Present*]. Subškála Zármutok v minulosti obsahuje 8 položiek, v ktorých má respondent ohodnotiť prežívaný zármutok v období do 3 mesiacov po strate *(„Po strate môjho dieťaťa som nemohla spávať“).* Subškála Súčasného zármutku obsahuje 13 položiek, ktoré sa vzťahujú k hodnoteniu viacerých komponentov súčasného zármutku ako (a) neakceptácia straty *(„Nedokážem sa vyrovnať so stratou svojho dieťaťa“*), (b) túžba a chýbanie zosnulého (*„Veci a ľudia okolo mňa mi neustále pripomínajú moje zosnulé dieťa“*), (c) pocity rozrušenia a hnevu (*„Pri spomienke na moje zosnulé dieťa sa vždy rozrušim“*). Respondent celkovo hodnotí 21 položiek na 5-bodovej škále (1 = vôbec nesúhlasím, 5 = úplne súhlasím). Dotazník sme pre potreby výskumu preložili do slovenčiny. O spätný preklad do angličtiny sme požiadali nezávislého prekladateľa a diskusiou sme dospeli ku konsenzu ohľadne formulácie položiek. Pôvodná vnútorná konzistencia TRIG bola na úrovni α = 0,80; v našom výskumnom súbore bola na porovnateľnej úrovni (α = 0,86). V dotazníku sa nachádzali otázky dotazujúce sa na čas od straty, určenie typu straty a prítomnosti ďalšieho dieťaťa.

Na analýzu kvantitatívnych údajov sme použili štatistický program SPSS. Najskôr bola realizovaná deskriptívna analýza získaných údajov. Pre overenie predpokladov stanovených v hypotézach H-1, H-2 a H-3 bol vzhľadom na malú veľkosť výskumného súboru v oboch skupinách aplikovaný neparametrický Mann-Whitneyho U-test. Pre posúdenie faktickej relevantnosti zistených deskriptívnych rozdielov medzi skupinami sme vypočítali mieru efektu [*effect size*]. Veľkosti korelácií a miery efektu sme následne interpretovali podľa Cohen, Manion a Morrison (2007).

Na analýzu kvalitatívnych údajov pri výskumnej otázke O-1 sme použili konsenzuálny kvalitatívny výskum [CQR – *Consensual Qualitative Research*] (Hill, Thompson, Williams, 1997; Hill et al., 2005). Špecifikom tejto metódy je dosahovanie konsenzu diskusiou v tíme výskumníkov. Predpokladá sa, že takýto postup zabezpečí rozmanitosť perspektívy a zminimalizovanie zaujatosti výskumníka. Umožňuje hĺbkové skúmanie vnútorného prežívania bez toho, aby predurčoval odpovede opýtaných nutnosťou zodpovedať, do akej miery súhlasia s položkou v dotazníku či premýšľaním výskumníka. K porozumeniu výpovedí účastníkov je nevyhnutné brať do úvahy celý kontext rozhovoru. Používa sa malý výskumný súbor, zvyčajne o 10-15 účastníkoch (Hill, 2011).

Záznamy rozhovorov sme doslovne prepísali, označili pauzy, prerieknutia, plač (Hendl, 2005; Hill, 2011). Podľa odporúčaní C. E. Hillovej (1997; Hill, 2011; 2005) boli rozhovory rozdelené na polovicu, takže výskumníci najskôr individuálne analyzovali 5 rozhovorov. Každej účastníčke bol pridelený kód, pod ktorým figurovala počas celej analýzy údajov, mená detí boli zamenené za „syn“ a „dcéra“. Diskusiou sme dospeli ku konsenzu ohľadne názvu domén, kategórií a reprezentatívneho výroku k jednotlivým kategóriám. Audítorka nám poskytla spätnú väzbu a zabezpečila externý pohľad na analýzu údajov.

Výsledky

Hypotéza H-1 bola formulovaná ako špecifický predpoklad o tom, že *zármutok u matiek po dlhšom čase od straty bude nižší ako zármutok u matiek po kratšom čase od straty.*

Podľa mediánu času od straty (*Mdn* = 3) sme rozdelili výskumný súbor na skupinu matiek po viac ako troch rokoch od straty (označenie 1) a skupinu matiek do troch rokov od straty (označenie 2). Vzhľadom na štatisticky malý počet osôb v podskupinách nebolo relevantné testovať normalitu distribúcie údajov a bol aplikovaný neparametrický Mann-Whitneyho U-test, ktorý sa používa pri porovnaní mediánov dvoch nezávislých výberov. Výsledky testovania rozdielov uvádzame v tabuľke 1.

Tab. 1: Mann-Whitneyho U – hrubého skóre TRIG - celkový (čas od straty)

	Skupina	n	Medián	*SD*	Rozpätie	Priemerné poradie	*U*	Sig.	*r*
TRIG - celkový	1	28	72	12.94	73	24.41	277.500	0.005	0.39
	2	32	81	7.39	61	35.83			

jednosmerný test signifikancie

Na podklade výsledkov Mann-Whitneyho U-testu je možné konštatovať, že zármutok u matiek po viac ako troch rokoch od straty (*Mdn* = 72) je štatisticky signifikantne nižší ako zármutok u matiek do troch rokov od straty (*Mdn* = 81); $U = 277.500$, $p = 0.011$. Rozdiel medzi skupinami reprezentuje veľký efekt $r = 0.39$. **Hypotéza H-1 bola potvrdená**.

Hypotéza H-2 bola formulovaná ako špecifický predpoklad o tom, že *zármutok u matiek s očakávanou stratou dieťaťa bude nižší ako zármutok u matiek s náhlou stratou dieťaťa.*

Výskumný súbor sme si rozdelili podľa typu straty dieťaťa na skupinu matiek s náhlou stratou dieťaťa (označenie 1) a skupinu matiek s očakávanou stratou dieťaťa (označenie 2). Vzhľadom na štatisticky malý počet a neporovnateľný počet osôb v podskupinách nebolo relevantné testovať normalitu distribúcie údajov a bol aplikovaný neparametrický Mann-Whitneyho U-test, ktorý sa používa pri porovnaní mediánov dvoch nezávislých výberov. Výsledky testovania rozdielov uvádzame v tabuľke 2.

Tab 2: Mann-Whitneyho U – hrubého skóre TRIG – celkový (typ straty)

	Skupina	**n**	**Medián**	***SD***	**Rozpätie**	**Priemerné poradie**	***U***	**Sig.**
TRIG - celkový	1	42	78	16.16	77	31.19	349.000	0.320
	2	18	78	10.84	37	28.89		

jednosmerný test signifikancie

Na podklade výsledkov Mann-Whitneyho U-testu je možné konštatovať, že zármutok u matiek s náhlou stratou dieťaťa (*Mdn* = 78) sa nelíši od zármutku u matiek s očakávanou stratou dieťaťa (*Mdn* = 78); *U* = 349.000, *p* = 0.640. **Hypotéza H-2 bola zamietnutá**.

Hypotéza H-3 bola formulovaná nasledovne: *zármutok u matiek, ktoré mali ďalšie dieťa v čase straty dieťaťa, bude nižší ako u matiek, ktoré nemali ďalšie dieťa v čase straty dieťaťa.*

Výskumný súbor sme si rozdelili podľa prítomnosti ďalšieho dieťaťa na skupinu matiek, ktoré majú ďalšie dieťa (označenie 1) a skupinu matiek, ktoré nemajú ďalšie dieťa (označenie 2).

Vzhľadom na štatisticky malý a nerovnomerný počet osôb v podskupinách nebolo relevantné testovať normalitu distribúcie údajov a bol priamo aplikovaný neparametrický Mann-Whitneyho U-test, ktorý sa používa pri porovnaní mediánov dvoch nezávislých výberov. Výsledky testovania rozdielov uvádzame v tabuľke 3.

Tab. 3: Mann-Whitneyho U – hrubého skóre TRIG – celkový (ďalšie dieťa)

	Skupina	**n**	**Medián**	***SD***	**Rozpätie**	**Priemerné poradie**	***U***	**Sig.**	***r***
TRIG - celkový	1	45	75	15.76	92	27.00	180.000	0.003	- 0.31
	2	15	83	6.96	54	41.00			

jednosmerný test signifikancie

Na podklade výsledkov Mann-Whitneyho U-testu je možné konštatovať, že zármutok u matiek, ktoré mali ďalšie dieťa v čase straty dieťaťa (*Mdn* = 75) je štatisticky signifikantne nižší ako zármutok matiek, ktoré nemali ďalšie dieťa (*Mdn* = 83); *U* = 180.000, *p* = 0.007. Rozdiel v zármutku medzi skupinami reprezentuje stredný efekt *r* = - 0.31. **Hypotéza H-3 bola potvrdená**.

Výskumná otázka O-5 sa týkala toho, aké je prežívanie zármutku u matiek po strate dieťaťa z hľadiska času, typu straty a prítomnosti ďalšieho dieťaťa. Vzhľadom na náš výskumný problém vyberáme iba tie domény, kategórie a výpovede účastníčok výskumu, ktoré sa zaoberajú spomínanými faktormi súvisiacimi so zármutkom.

Z hľadiska faktoru času od straty sme identifikovali prvú doménu *akútny zármutok po strate dieťaťa* a druhú doménu *zmena prežívania zármutku*. Do domény zmena prežívania zármutku sme zaradili kategórie uvedomenie si reality straty, dynamika fáz a proces utvárania zmyslu života. V rámci kategórie uvedomenie si reality straty sme zaradili podkategórie trvalá realita (12/12; *„Potom som si uvedomila, že je to reálne, že tu naozaj nie je“) a* učenie sa žiť so stratou (12/12; *„Človek sa s tým nevyrovná, iba sa s tým musí naučiť žiť“).* V rámci kategórie dynamika fáz sme zaradili podkategórie ťažšie obdobia (12/12; *Ako tak to zvládam, ale nehovorím, že neprídu ťažké chvíľky, hlavne na Vianoce“) a* zmena intenzity bolesti (9/12; *„Nie žeby ten čas úplne všetko zahojil, ale určite tú bolesť zmiernil“).* Do kategórie utváranie zmyslu života sme zaradili podkategórie ako žijúce deti (9/12; *„Kvôli deťom človek žije ďalej“)* a pomoc druhým (8/12; *„Venujem sa pomoci druhým mamičkám, onkologickým deťom“).* Z hľadiska faktoru typ straty sa väčšina účastníčok (7/12) vyjadrila o úteche v uvedomení si, že rodičia po inom type straty to majú ťažšie *(„To musí byť hrozné, stratiť dieťa náhle, tak nepripravene“* pri očakávanej strate*; „Neviem si predstaviť pozerať sa na vlastné dieťa, ako trpí, takto je to aspoň tak naraz“* pri náhlej strate*).*

Diskusia

Zistili sme, že u matiek po viac ako troch rokoch od straty je zármutok nižší ako u matiek v čase do troch rokov od straty, pričom tento rozdiel predstavoval veľký efekt. Naše zistenie je konzistentné so zisteniami predchádzajúcich výskumov, ktoré zistili negatívny vzťah medzi zármutkom a časom od straty (Murphy et al., 2003; Wijngaards-de Meij et al., 2008; Znojand, Keller, 2002). Rozdielny výsledok sa ukázal v longitudinálnej štúdii Alam et al. (2012), ktorí porovnávali zármutok u rodičov po strate dieťaťa. Prvé týždne po strate prežívali matky aj otcovia intenzívne smútkové reakcie. Zármutok otcov bol časom menej intenzívny a viac intímny, reakcie zármutku u matiek pokračovali vo svojej intenzite v priebehu času. Hoci autori mali možnosť skúmať zármutok u matiek longitudinálne, posledné meranie bolo po roku a pol od straty, kedy rozdiel v prežívanom zármutku nezistili. Výpovede účastníčok dosvedčujú, že v priebehu času sa zmierňuje ich bolesť, hoci pretrváva navždy. Môžeme teda usudzovať, že matky potrebujú dlhší čas na zmiernenie zármutku po strate, v súlade s inými výskumnými zisteniami, že zármutok matiek je intenzívnejší a dlhšie trvajúci (pozri napr.: Dyregrov, 1990; Murphy, Johnson, Lohan, 2002; Reed, 1998; Stefan et al., 2007). J. Li et al. (2003) zistili zvýšenú mortalitu u matiek v dôsledku straty dieťaťa, pričom táto bola najvýraznejšia počas prvých troch rokov od straty. V štúdii S. A. Murphy, L. C. Johnson a J. Lohan (2002), výpovede rodičov po strate dieťaťa naznačili, že potrebujú približne 3 – 4 roky na prispôsobenie sa strate. Napriek tomu, aj po piatich rokoch, väčšina matiek, ako aj väčšina otcov spĺňala kritériá mentálneho distresu. Na základe našich a predošlých zistení sa môžeme domnievať, že čas troch – štyroch rokov od straty sa ukazuje ako významný v zmiernení zármutku, ktorý však naďalej pretrváva vo vysokej intenzite. Toto zistenie najlepšie potvrdzujú výpovede účastníčok o tom, že ich bolesť v priebehu času pretrváva, avšak zmierňuje sa.

Z výsledkov sa ukazuje, že zármutok u matiek po náhlej strate a po očakávanej strate je takmer totožnej intenzity, čo je v rozpore s doterajšími výskumnými zisteniami o intenzívnejšom zármutku a závažnejších symptómoch smútenia u matiek s náhlou stratou dieťaťa (Keesee, Currier, Neimeyer, 2008; Murphy et al., 2003; Wijngaards et al., 2005). Uvedomujeme si však, že faktor zármutku u smútiacich faktorov môže súvisieť s mnohými ďalšími faktormi, ktoré vyžadujú ďalšie skúmanie.

Vzhľadom na naše možnosti tiež nebolo možné dosiahnuť rovnomerné zastúpenie v skupinách z hľadiska počtu, čo mohlo výsledky značne skresliť. Je možné, že pri väčšom výskumnom súbore a rovnomernom zastúpení počtu v skupinách by sa rozdiely v miere zármutku preukázali. Alternatívnym vysvetlením by mohlo byť, že vo výskumoch N. J. Keese, J. M. Currier a R. A. Neimeyer (2008), ako aj Wijngaards et al. (2005), autori považovali za náhlu stratu traumatickú smrť v dôsledku nehody, samovraždy ako aj vraždy. My sme za náhlu stratu považovali neočakávanú smrť, v dôsledku ochorenia, nehody, samovraždy alebo vraždy, v súlade s teóriou E. Kübler-Ross (2007) a tiež výskumami J. Li et al. (2003) a L. T. Matthews a S. J. Marwit (2003). Napriek tomu, L. T. Matthews a S. J. Marwit (2003) zistili výraznejší zármutok u rodičov po náhlej strate v porovnaní s očakávanou a J. Li et al. (2003) zistili tiež zvýšenú mortalitu u matiek po náhlej strate dieťaťa.

Celkovo teda usudzujeme, že pri možnosti rovnomerného zastúpenia účastníčok v jednotlivých skupinách z hľadiska počtu, pri približne rovnakom čase od straty a možnosti porovnania rôznych typov strát (v dôsledku nevyliečiteľnej choroby; samovraždy, vraždy a nehody; náhlej straty zo zdravotných dôvodov) by sa mohlo dospieť k validnejším výsledkom. Na podporu nášho výskumného zistenia však môžeme uvažovať o tom, že strata dieťaťa je veľmi bolestivou skúsenosťou v každom prípade a ani očakávanie straty neznamená, že ju rodičia akceptujú a prežívanie zármutku bude u nich v niečom jednoduchšie (McLarenová, 2007). Domnievame sa, že aj v prípade očakávanej straty je významnou premennou ako dlho bola strata očakávaná, resp. ako dlho prebiehala liečba dieťaťa. Tento čas tak môže súvisieť s lepšou adaptáciou na myšlienku potenciálnej straty, na druhej strane pervazívny charakter starostlivosti o zomierajúce dieťa môže viesť k vyčerpaniu rodičov (Edwards et al., 2008; Christ et al., 2003) súvisiacim s horším zvládaním straty. Zaujímavým zistením bola tendencia matiek hodnotiť iný typ straty dieťaťa ako závažnejší. Matky s náhlou stratou považovali stratu dieťaťa v dôsledku nevyliečiteľnej choroby za horšiu, nevedeli si predstaviť pozerať sa na svoje dieťa ako trpí. Na druhej strane matky s očakávanou stratou hodnotili náhlu stratu bez možnosti rozlúčenia sa s dieťaťom ako nepredstaviteľnú. Je toto porovnávanie adaptívne? Mohli by sme uvažovať aj nad tým, že áno. V ťažkých životných chvíľach môže človek hľadať niekoho, kto prežil niečo „ťažšie, závažnejšie“. Napriek tomu, že je takéto porovnávanie značne subjektívne, pretože každý sa s náročnými životnými situáciami vyrovnáva inak, môže byť zdrojom podpory vo zvládaní. Pravdepodobne by bolo pre človeka v bolestivej životnej situácii veľmi ťažké nadobudnúť dojem, že od toho, čo prežíva, už nemôže byť nič horšie, a teda nikto iný ani nič podobné nezvládol.

V súlade s predošlými výskumnými zisteniami (Diamond et al., 2012; Stefan et al., 2007; Wijngaards et al., 2005) sme predpokladali, že zármutok u matiek, ktoré stratili jediné dieťa bude vyšší ako u matiek, ktoré majú ďalšie dieťa. Náš predpoklad sa potvrdil, môžeme teda konštatovať, že prítomnosť ďalšieho dieťaťa súvisí s intenzitou zármutku. Jedna účastníčka nám v rozhovore povedala, že prvá otázka, ktorú sa jej opýtali na onkológii bola, či majú ďalšie deti. Túto otázku považovala za nevhodnú pre rodičov, pretože podľa jej slov *„to je jedno, to ďalšie dieťa mi ho predsa nenahradí, bolí to tak či tak“*. Z výpovedí účastníčok sa ukázalo, že všetky matky, ktoré mali ďalšie deti, považovali za svoj zmysel po strate práve deti, ktoré zostali. Kvôli nim to nemohli vzdať, pretože vedeli, že ich deti ich potrebujú. Jedna matka nám povedala, že ona to zvládla, lebo má ešte dcéru, ale jej kamarátka, ktorá nemala partnera ani dieťa, to nezvládla. Iná matka, ktorá po strate nemala ďalšie dieťa, sa zamerala na tehotenstvo a v čase rozhovoru, po narodení dieťaťa, uvádzala, že je jej novým zmyslom. Tri matky, ktoré ďalšie deti nemohli mať, sa začali angažovať v pomoci iným rodinám po strate, v pomoci nevyliečiteľne chorým deťom, čo sa stalo ich novým zmyslom. Ako uvádza V. E. Frankl (2013), nie je dôležité, čo očakávame od života, ale čo život očakáva od nás. V každej životnej situácii je možné hľadať zmysel, aj keď ním nemôžu byť deti.

Záver

Smútiaci rodičia často nadobúdajú po strate dojem, že ich bolesť sa nikdy nezmení. Naše zistenie o zmiernení zármutku v priebehu času považujeme za dôležité a dodávajúce nádej smútiacim rodičom. Prežívanie zármutku nie je lineárnym prechodom od akútneho zármutku k jeho ústupu, ale skôr špirálovitým postupom smerom k miernejšej bolesti so súčasným vracaním sa na niektoré štádiá už prekonané. Usudzujeme, že obdobie troch - štyroch rokov od straty sa ukazuje ako významné v zmiernení zármutku, ktorý však naďalej pretrváva vo vysokej intenzite. Účastníčky subjektívne hodnotili iný typ straty ako náročnejší na zvládanie, my sme však rozdiely v intenzite zármutku u matiek po náhlej a očakávanej strate nezistili. Toto zistenie môže byť tiež podnetom pre ďalší výskum v tejto oblasti, so zohľadnením spomenutých limitácií nášho výskumného súboru, a to špecifickejšie rozdeliť typy straty dieťaťa a zabezpečiť vyššiu homogenitu výskumného súboru. Zistenie nižšieho zármutku u matiek s ďalším dieťaťom potvrdilo predchádzajúce výskumy, avšak zároveň vyššia angažovanosť v pomoci druhým u matiek s jediným dieťaťom dodáva nádej, že zmysel po strate nemusí byť iba v ďalších deťoch. Ďalší výskum by sa tiež mal zamerať na mužov, otcov po strate dieťaťa.

Literatúra

Alam, R., Barrera, M., D'Agostino, N., Nicholas, D. B., & Schneiderman, G. (2012). Bereavement experiences of mothers and fathers over time after the death of a child due to cancer. *Death Studies*, 36, 1-22.

Bohannon, J. R. (1991). Grief responses of spouses following the death of a child: A longitudinal study. *Omega: Journal of Death and Dying*, 22, 109-121.

Bolton, J.M., Au, W., Walld, R., Chateau, D., Martens, P. J., Leslie, W.D., Enns, M.W., & Sareen, J. (2013). Parental bereavement after the death of an offspring in a motor vehicle collision: A population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 179, 177-185.

Bonanno, G. A., & Field, N. P. (2001). Examining the delayed grief hypothesis across 5 years of bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44, 798-816.

Bowlby, J. (2013). *Ztráta. Smutek a deprese*. Praha: Portál.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education*. 6 ed. London: Routledge.

Diamond, H., Llewelyn, S., Relf, M., & Bruce, C. (2012). helpful aspects of bereavement support for adults following an expected death: Volunteers' and bereaved people's perspectives. *Death Studies*, *36*, no. 6, 541-564.

Dyregrov, A. (1990). Parental reactions to the loss of an infant child: a review. *Scandinavian Journal Of Psychology*, vol. *31*, no. 4, pp. 266-280. ISSN 0036-5564.

Dyregrov, K., Nornanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27, 143-156.

Edwards, K. E., Neville, B.A., Cook, E.F., Jr., Aldridge, S.H., Dussel, V., & Wolfe, J. (2008). Understanding of prognosis and goals of care among couples whose child die of cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 1310 - 1315.

Faschinbauer, T. (1987). The Texas revised inventory of grief. In Zisook, S. et al,. *Biopsychosocial Aspects of Bereavement* (111-124). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Frankl, V. E. (2013). *Utrpenie z nezmysluplného života*. Bratislava: Lúč.

Frøen, J. F., Cacciatore, J., McClure, E.M., Kuti, O., Jokhio, A.H., Islam, M., & Shiffman, J. (2011). Stillbirths: why they matter. *The Lancet*, 377, 1353-1366. Dostupné z http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2962232-5/abstract

Field, M. J, & Behrman, R.E. (2003). *When Children Die: Improving Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families*. Washington, DC: National Academies Press.

Futterman, A., et al. (2010). Factorial validity of the Texas Revised Inventory of Grief—Present scale among bereaved older adults. *Psychological Assessment*, 22, 675-687.

Grollman, E. A. (2011). *Talking about Death: A Dialogue between Parent and Child*. 4 ed. Boston: Beacon Press.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Hill, C. E. (2011). *Consensual Qualitative Research: A Practical Resource for Investigating Social Science Phenomena*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hill, C. E., Thompson, B., & Williams, E. (1997). A Guide to conducting Consensual Qualitative Research. *The Counseling Psychologist*, vol. *25*, no. 4, pp. 517- 572. ISSN 1552-3861.

Hill, C. E., et al. (2005). Consensual Qualitative Research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196-205.

Christ, G. H., et al. (2003). Bereavement experiences after the death of a child. In Field, M. J., & Behrman, R. E et al., *When Children Die: Improving Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families* (553-579). Washington, DC: National Academies Press.

Christiansen, D. M., Elklit, A., & Olff, M. (2013). Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss. *General Hospital Psychiatry*, 35, 605-611.

Janoff-Bulman, R. (2006). Schema change perspectives on posttraumatic growth. In Calhoun, L. G & Tedeschi, R. G. et al., *The Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice* (81-99). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Keese, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1145-1163.

Kreicbergs, U., Valdimarsdóttir, U., Onelöv, E., Björk, O., Steineck, G., & Henter, J.I. (2005). Care related distress: a nationwide study of parents who lost their child to cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 9152–9171. Dostupné z http://jco.ascopubs.org/content/23/36/9162.long

Kreicbergs, U., Valdimarsdóttir, U., Onelöv, E., Henter, J.I., & Steineck, G. (2004). Talking about death with children who have severe malignant disease. *New England Journal of Medicine*, 351, 1175–1186. Dostupné z http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa040366#t=abstract

Kübler-Ross , E, & Kessler, D. (2007). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Scribner.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Levav, I., Kohn, R., Iscovich, J., Abramson, J.H., Tsai, W.Y., & Vigdorovich, D. (2000). Cancer incidence and survival following bereavement. *American Journal of Public Health*, 90, 1601-1607. Dostupné z http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446385/

Li, J., Precht, D.H, Mortensen, P.B, & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet*, 361, 363-367.

Malkinson, R., & Bar-Tur, L. (2005). Long term bereavement processes of older parents: The three phases of grief. *Omega*, 50, 103–129.

Matthews, L. T., & Marwit, S. J. (2003). Examining the assumptive world views of parents bereaved by accident, murder, and illness. *Omega: Journal of Death & Dying*, 48, 115-136.

McLarenová, J. (2007). Smrt dítěte. In Firthová, P., Luffová, G., Oliviere, D., a kol., *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče* (103-118). Brno: Společnost pro odbornou literaturu.

Middleton, W., Raphael, B., Burnett, P., & Martinek, N. (1998). A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 32, 235-241.

Milo, E. M. (1997). Maternal responses to the life and death of a child with a developmental disability: a story of hope. *Death Studies*, 21, 443-476. ISSN 0748-1187.

Moriarty, H. J., Carroll, R., & Cotroneo, M. (1996). Differences in bereavement reactions within couples following death of a child. *Research In Nursing & Health*, 19, 461-469.

Murphy, S. A., Johnson, L. C, & Lohan, J. (2002). The aftermath of the violent death of a child: An integration of the assessments of parents' mental distress and PTSD during the first 5 years of bereavement. *Journal of Loss & Trauma*, 7, 203-222.

Murphy, S. A., Johnson, L.C., Wu, L., Fan, J.J., Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: a comparative study demonstrating differences. *Death Studies*, 27, 39-61.

Rando, T. A. (2000). *Clinical Dimensions of Anticipatory Mourning: Theory and Practice in Working With the Dying, Their Loved Ones, and Their Caregivers*. Champaign, Illinois: Research Press.

Reed, M. D. (1998). Predicting Grief Symptomatology among the Suddenly Bereaved. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28, 285-291.

Rubin, S. S. (1990). Death of the future?: An outcome study of bereaved parents in Israel. *Omega*, 20, 323–339.

Steele, R., & Davies, B. (2006). Impact on parents when a child has a progressive, life-threatening illness. *International Journal of Palliative Nursing*, 12, 576–585.

Stefan, B., Mörgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Hepp, U., Jina, E., Neuhaus, R., Fauchère, J.C., Bucher, H.U., & Sensky, T. (2007). Grief and post-traumatic growth in parents 2–6 years after the death of their extremely premature baby. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 76, 106-114.

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Špatenková, N. (2013). *Poradenství pro pozůstalé. Principy, proces, metody, 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing.

Taročková, T. (2005). *Životné straty a smútenie*. Bratislava: Filozofická fakulta Univerzity Komenského.

Vickers, J., & Carlisle, C. (2000). Choices and control; parental experiences in pediatric terminal home care. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 17, 12-21.

Wijngaards, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2005). Couples at risk following the death of their child: Predictors of grief versus depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 617-623.

Wijngaards, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2008). Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 31-42.

Worden, W. (2013). *Smútkové poradenstvo a smútková terapia. Príručka pre odborníkov z oblasti duševného zdravia.* Trenčín: Vydavateľstvo F.

Znojand, H., & Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death Studies*, 26, 545-565.

Článok vychádza z nepublikovanej diplomovej práce: Martinčeková, L. (2014). Prežívanie zármutku u matiek po strate dieťaťa v súvislosti s odpustením a posttraumatickým rozvojom. Trnava: Trnavská univerzita. Vedoucí: Doc. PhDr. Eva Klčovanská, Ph.D.

Údaje o autorce:
Mgr. Lucia Martinčeková je dennou doktorandkou na Katedre psychológie Filozofickej fakulty Trnavskej univerzity v Trnave. Výskumne sa zameriava na odpustenie, stratu blízkej osoby, utváranie zmyslu života, hanbu a vinu.

Kontaktné údaje:
adresa: Trnavská univerzita v Trnave, Filozofická fakulta, Katedra psychológie, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
email: lmartincekova@gmail.com

Martinčeková, L. (2015). Zármutok u matiek po strate dieťaťa v súvislosti s časom od straty, typom straty a ďalším rodičovstvom. *E- psychologie*, *9*(2), 1-13. Dostupný z http://e-psycholog.eu/pdf/martincekova.pdf.