

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra Psychologie

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Psychologické aspekty interrupce z pohledu odborníků  
Psychological Aspects of Abortion from the Perspective of Professionals

Bc. Klára Podrápská

Vedoucí práce: PhDr. Hana Sotáková, Ph.D.

Studijní program: Navazující magisterské studium

Studijní obor: Psychologie

Odevzdáním této diplomové práce na téma Psychologické aspekty interrupce z pohledu odborníků potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Prohlašuji, že jsem při její tvorbě nepoužila nástrojů umělé inteligence jiným způsobem, než je uvedeno ve vyjádření, které je součástí textu práce. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 14.4.2025

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Haně Sotákové, Ph.D., za odborné vedení, trpělivost a citlivý pohled na téma. Poděkování patří také respondentkám a respondentům, kteří byli ochotni se mnou sdílet své zkušenosti a otevřeně hovořit o své práci.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá zkušenostmi odborníků, kteří pracují se ženami v kontextu interrupce. Cílem výzkumu je nahlédnout psychologické aspekty interrupce z perspektivy těch, kteří ženám poskytují podporu – konkrétně lékařů, psychologek a porodních asistentek – a prozkoumat, jak vnímají svou profesní roli v tomto citlivém a společensky diskutovaném kontextu. Práce vychází z kvalitativního výzkumného designu a opírá se o sedm polostrukturovaných rozhovorů s odborníky, které byly analyzovány pomocí tematické analýzy.

Výsledky ukazují, že odborníci vnímají interrupci jako mnohvrstevnatý, individuálně prožívaný fenomén, který nelze redukovat na černobílé morální kategorie. Ve výpovědích respondentů se odráží respekt k autonomii ženy, důraz na vytvoření bezpečného prostoru pro sdílení emocí i vědomí nároků, které na ně klade profesní role. Významnou roli hrají osobní i profesní zkušenosti, vnitřní hodnoty a představa o tom, co znamená poskytovat „dobrou péči“. Respondenti také reflektují etická dilemata, emoční zátěž i systémové limity, jako je nedostatek času nebo absence supervize.

Práce přispívá k hlubšímu porozumění profesnímu prožívání odborníků v oblasti interrupcí a poukazuje na potřebu systematictější podpory, jak pro ženy, tak pro samotné odborníky.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

interrupce – psychologická podpora – rozhodování – odborník – profesní identita – etické dilema – emoční zátěž

## **ABSTRACT**

This thesis explores the experiences of professionals who work with women in the context of abortion. The aim of the research is to gain insight into the psychological aspects of abortion from the perspective of those who provide support—specifically doctors, psychologists, and midwives—and to examine how they perceive their professional role within this sensitive and socially debated area. The research is based on a qualitative design using six semi-structured interviews with professionals, analyzed through thematic analysis.

The findings reveal that professionals view abortion as a multilayered and individually experienced phenomenon that cannot be reduced to binary moral judgments. Their narratives reflect a strong respect for women's autonomy, an emphasis on creating a safe space for emotional expression, and an awareness of the challenges posed by their professional roles. Personal and professional experiences, inner values, and ideals of “good care” play a crucial role in shaping their approach. Respondents also reflect on ethical dilemmas, emotional strain, and systemic constraints, such as limited time or the absence of supervision.

This work contributes to a deeper understanding of how professionals experience and navigate their roles in the context of abortion. It highlights the need for more systematic support, both for women and for the professionals themselves.

## **KEYWORDS**

abortion – psychological support – decision-making – professional – professional identity – ethical dilemma – emotional strain

## Obsah

1	Úvod .....	7
2	Teoretická část .....	8
2.1	Interrupce v České republice .....	8
2.1.1	Legislativa, další dokumenty a normy .....	9
2.1.2	Dostupnost interrupce v Česku .....	9
2.1.3	Vybrané eticko-právní aspekty .....	11
2.1.4	Historický kontext interrupcí na území České republiky .....	13
2.2	Psychologické aspekty interrupce .....	14
2.2.1	Těhotenství jako biopsychosociální fenomén .....	14
2.2.2	Interrupce a proces rozhodování .....	18
2.3	Psychologické pojetí interrupce .....	28
2.3.1	Interrupce jako krize .....	28
2.3.2	Interrupce jako ztráta a proces truchlení .....	31
2.4	Pomáhající profese .....	33
2.4.1	Sebepojetí v pomáhajících profesích .....	33
2.4.2	Vliv osobní zkušenosti v pomáhajících profesích .....	33
2.4.3	Emoční dopad na odborníky .....	34
2.4.4	Sebepéče v pomáhajících profesích .....	35
2.4.5	Odborníci a péče o ženu v kontextu interrupce .....	35
2.5	Aktuální systém péče o ženy zvažující interrupci .....	39
2.5.1	Zdravotnická a nezdravotnická složka péče .....	39
2.5.2	Státní a soukromý sektor .....	40
2.5.3	Hodnotové a ideové ukotvení forem pomoci .....	41
2.5.4	Zhodnocení aktuálního systému péče .....	43

3	Empirická část .....	45
3.1	Výzkumný cíl a výzkumné otázky.....	45
3.2	Metodologie.....	45
3.2.1	Výzkumný soubor .....	45
3.2.2	Metody sběru dat .....	46
3.2.3	Tematická analýza .....	47
3.2.4	Etika výzkumu.....	49
3.3	Analýza .....	50
3.3.1	Postoj odborníka v dialogu s profesní a společenskou normou .....	50
3.3.2	Vnitřní dimenze odborné identity.....	56
3.3.3	Profesní zkušenost s tématem interrupce .....	62
3.3.4	Profesní vztah a komunikace se ženou v kontextu interrupce.....	69
3.3.5	Emoční zátěž a strategie jejího zvládní .....	73
4	Diskuse .....	82
4.1	Limity výzkumu.....	85
5	Závěr.....	87
	Seznam použitých informačních zdrojů .....	88
	Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence .....	102
	Seznam příloh.....	103

## 1 Úvod

Rozhodování o umělém ukončení těhotenství je komplexní a citlivý proces, který je formován řadou osobních, vztahových i společenských faktorů. V posledních letech se přitom interrupce opět stává politizovaným tématem, a to nejen v globálním, ale i českém kontextu. Veřejná a mediální debata se často zaměřuje především na právní rámec a morální dimenze interrupce, zatímco samotné psychologické prožívání žen a role odborníků, kteří je v tomto období provázejí, zůstávají na okraji diskuse.

Tato diplomová práce se proto zaměřuje na zkušenosti odborníků, kteří ženám v kontextu interrupce poskytují podporu – konkrétně psychologů, lékařů a porodních asistentek. Cílem výzkumu je prozkoumat, jak odborníci vnímají psychologické aspekty interrupce, jaké faktory ovlivňují jejich práci a jak sami sebe chápou v rámci své profesní role. Práce tak nabízí psychologický pohled na téma, které je nejen veřejně exponované, ale především hluboce lidské.

Výzkum je postaven na kvalitativní metodologii a opírá se o polostrukturované rozhovory s odborníky z různých profesních oblastí. Analýza dat byla vedena tematickým přístupem, který umožňuje postihnout různé dimenze jejich zkušeností a postojů. Přestože výzkum sleduje primárně perspektivu odborníků, teoretická část zohledňuje i poznatky o psychologických aspektech interrupce z pohledu žen, a vytváří tak rámec, který lépe ukotvuje profesní realitu zkoumaných respondentů.

Výsledky výzkumu ukazují, že odborníci chápou interrupci jako mnohvrstevnatý fenomén, který nelze redukovat na jednoznačné morální hodnocení. Jejich výpovědi se vymezují vůči černobílému pohledu a zdůrazňují důležitost respektu, empatie a podpory autonomie ženy. Zároveň reflektují vlastní limity, systémová omezení a nároky kladené na jejich profesní roli. Tato práce si neklade za cíl předkládat jednoznačné odpovědi, ale zprostředkovat komplexitu a hloubku profesní zkušenosti v kontextu, který je nejen odborně náročný, ale i citlivě lidský.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Interrupce v České republice

Podle platné definice vycházející ze Závazných pokynů Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) se pod pojmem potrat rozumí ukončení těhotenství ženy: „Při němž plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 500g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů“ nebo „z dělohy ženy bylo vyňato vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.“ (*Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [ÚZIS], 2022, s. 6*) Potratem se rozumí též ukončen mimoděložního těhotenství a umělé přerušeni těhotenství. Právě posledního zmíněnému se věnujeme v naší práci. Společně s termínem *umělé přerušeni těhotenství* (UPT), budeme používat i synonyma *umělé ukončení těhotenství* a *interrupce*.

UPT se provádí na základě písemné žádosti ženy. Podle publikace Potraty 2021 (ÚZIS, 2022) se rozlišují dva základní typy:

- Miniinterrupce – prováděné do 7. až 8. týdne těhotenství
- Interrupce, prováděny do 12. týdne těhotenství a do 24. týdne u zdravotních důvodů (např. ohrožení života ženy, těžké poškození plodu, plod neschopen života).

Nebudeme zde hovořit ani o samovolných potratech (neboli spontánních), o potratech, které si přivodila žena sama, ani o tzv. kriminálních potratech, tedy takových, které spadají do kategorie Trestných činů proti těhotenství ženy (viz dále).

Podle dat z Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS, 2022) zaznamenáváme jako Česká republika dlouhodobě klesající trend v počtu provedených interrupcí. V roce 2021 bylo zaznamenáno 15 492 UPT, což je nejméně od roku 1960, kdy začala být tato statistika vedena.

Nejčastější formou jsou miniinterrupce, které tvoří téměř 69% UPT (z toho je žena nejčastěji v 6. týdnu těhotenství). Nejvíce interrupcí v přepočtu na obyvatele i na ženy fertilního věku je zaznamenáno v Ústeckém kraji, nejméně naopak v kraji Plzeňském. Nejčastěji ženy podstupují interrupci ve věkové kategorii 30-34 let a ženy se dvěma živě narozenými dětmi před potratem. Statistika uvádí, že nejvíce žen, které podstoupily UPT bylo svobodných, což nicméně nemusí nutně znamenat, že nemají partnera.

Historicky se UPT provádělo metodou kyretáže, kterou postupně nahradila bezpečnější a šetrnější vakuumaspirace (odsátí plodového vejce z děložní dutiny). Dnes se tedy interrupce do 8. týdne těhotenství provádí buď operativně vakuumaspirací, nebo farmakologicky (podáním léků s obsahem mifepristonu a misoprostolu). (ASAP, 2024)

### **2.1.1 Legislativa, další dokumenty a normy**

Interrupce v Česku regulovány aktuálně platnou legislativou, kterou je Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Cílem zákona je: „...upravit umělé přerušení těhotenství a se zřetelem na ochranu života a zdraví ženy a v zájmu plánovaného a odpovědného rodičovství stanovit podmínky pro jeho provádění“ (Zákon č. 66/1986 Sb., 1986).

Zákon stanovuje dvě situace, za kterých se umělé přerušení těhotenství provádí:

- a) Na žádost ženy – na písemnou žádost, pokud nepřesahuje těhotenství 12. týden a pokud tomu nebrání její zdravotní důvody.
- b) Ze zdravotních důvodů – pokud je ohrožen život nebo zdraví ženy, zdravý vývoj plodu, nebo jde o geneticky vadný vývoj plodu, lze těhotenství ukončit se souhlasem ženy nebo na její podnět.

Dále se zákon věnuje několika specifickým kategoriím, kterými jsou ženy mladší 18let a cizinky (viz níže).

Prováděcím předpisem zákona 66/1896 Sb. je Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 75/1986 Sb., který mimo jiné konkretizuje podmínky pro umělé přerušení těhotenství – specifikuje zdravotní stavy, které představují kontraindikaci pro UPT a obsahuje seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou považovány za zdravotní důvody pro UPT.

### **2.1.2 Dostupnost interrupce v Česku**

Ačkoliv jsou interrupce v České republice legálně dostupné na žádost ženy do 12. týdne těhotenství, jejich praktická dostupnost může být ovlivněna řadou faktorů. Patří mezi ně nejen právní rámec a podmínky pro různé skupiny žen, ale také finanční a systémové okolnosti. Následující podkapitola se zaměřuje na konkrétní aspekty dostupnosti interrupcí – především na cenové podmínky, přístup pro ženy mladší 18 let a postavení cizinek.

## **Cenová dostupnost**

Za provedení UPT je podle Zákona č. 66/1986 Sb. příplatek, jeho výši a podmínky placení upraví prováděcí předpis. Tímto prováděcím předpisem je vyhláška č. 75/1986 Sb., která však konkrétní částku nestanovuje. V praxi se ceny za UPT liší v závislosti na konkrétním zdravotnickém zařízení a regionu.

Organizace Abortion Support Alliance Prague (ASAP) vydala v letech 2023 a 2024 zprávy z průzkumu o dostupnosti interrupcí na vlastní žádost v České republice. Analýza cen zákroku přerušení těhotenství z roku 2024 je mediánová cena za miniinterrupci 3 926 Kč, za farmakointerrupci 4 000 Kč a za interrupci po 8. týdnu těhotenství 4 500 Kč. Tato částka se však významně liší v rámci jednotlivých regionů. Nejnižší mediánová cena za interrupci je v Královéhradeckém kraji (2 500 Kč za miniinterrupci), nejvyšší je naopak v Praze (miniinterrupce vyjde na 4 700 Kč) (Abortion Support Alliance Prague [ASAP], 2024).

Cena za interrupci po 8. týdnu těhotenství tak může tvořit pětinu až čtvrtinu minimální mzdy. Podle ASAP (2024) může být interrupce pro některé osoby finančně velmi těžko dostupná. V Česku zároveň v současnosti neexistuje žádná organizace, na níž by bylo možné se obrátit pro finanční pomoc. V některých státech (Velká Británie, Španělsko) je přitom interrupce na vlastní žádost, částečně nebo celkově, hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

## **Ženy mladší 18 let a cizinky**

Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství specifikuje přístup k interrupcím ženám mladším 18 let a cizinkám. Pokud jde o ženu mladší 16 let, je k provedení zákroku nutný souhlas zákonného zástupce. V situaci, kdy je ženě mezi 16 a 18 lety je zákonný zástupce zdravotnickým zařízením o provedeném zákroku pouze informován (Zákon č. 66/1986 Sb., 1986).

Ve stejném zákoně (Zákon č. 66/1986 Sb., 1986) je uvedeno, že se umělé přerušení na žádost neprovádí cizinkám, které se na území České republiky zdržují pouze přechodně.

Obě právní normy však byly přijaty před vznikem Evropské unie a současné legislativní úpravy. Ustanovení proto bylo v praxi předmětem výkladových nejasností, což vedlo k vydání metodických pokynů a aktualizovaných výkladových stanovisek, které upřesňují podmínky pro provádění interrupcí cizinkám na území České republiky.

Ministerstvo zdravotnictví ve svém prohlášení z února 2021 potvrdilo, že občanky Evropské Unie mohou legálně podstoupit umělé přerušování těhotenství v Česku, a to i v případě, že přicestují pouze za tímto účelem a stráví zde jen několik dní (Ministerstvo zdravotnictví České republiky [MZ ČR], 2021). Pro občanky třetích zemí (cizinky ze zemí mimo EU) platí omezení uvedena v zákoně č. 66/1986 Sb. V souvislosti s migrační vlnou z Ukrajiny však vydalo Ministerstvo zdravotnictví v březnu 2022 aktualizované výkladové stanovisko, které říká, že cizinky s oprávněním k dlouhodobému pobytu (např. vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu nebo dočasná ochrana) mohou podstoupit umělé přerušování těhotenství na žádost v České republice (MZ ČR, 2022).

Ve zprávě ASAP (2023) je poukázáno na rozpor mezi výše uvedenými stanovisky Ministerstva zdravotnictví a Českou lékařskou komorou, která vyjádřila odlišný názor na provádění interrupcí ženám ze zemí EU (Česká televize, 2016). Tento nesoulad mezi právními předpisy a jejich aplikací v praxi vytváří překážky pro cizinky hledající interrupční služby v ČR. Výzkum ASAP z roku 2023 ukázal, že z 78 oslovených gynekologických oddělení státních nemocnic v ČR pouze 47 % potvrdilo, že by provedlo interrupci občance EU bez trvalého pobytu. 41 % zařízení uvedlo, že by zákrok neprovedlo, často s odkazem na nejasnosti v legislativě.

### 2.1.3 Vybrané eticko-právní aspekty

#### **Informovaný a svobodný souhlas**

Jedním ze základních principů zdravotnického práva a etiky je *informovaný souhlas*. Ten zajišťuje, že žádný zdravotnický zákrok nemůže být proveden bez svobodného a poučeného souhlasu pacienta. Tento princip je zakotven v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně (Rada Evropy, 1997).

V České republice je informovaný souhlas zakotven v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který stanovuje povinnost zdravotníka poskytnout pacientovi úplné a srozumitelné informace o jeho zdravotním stavu a navrhovaném zákroku (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011). U interrupcí je navíc zákonem stanoveno, že pacientka musí být poučena o možnostech antikoncepce a ochraně proti nechtěnému početí (Zákon č. 66/1986 Sb.).

Aby bylo možné souhlas označit za informovaný, musí být pacientka obeznámena nejen s účelem a povahou zákroku, ale i s jeho možnými zdravotními a psychologickými důsledky. Konkrétně psychologické důsledky interrupce jsou samy o sobě velmi sporným tématem (viz níže) a je tedy otázkou, jak by takové informování mělo být provedeno.

Souhlas se zákrokem musí být také svobodný, tedy bez jakéhokoliv nátlaku, donucení nebo manipulace. V praxi může být svobodný souhlas narušen několika způsoby: a) Nátlak ze strany zdravotnického zařízení. b) Rodinný nebo partnerský nátlak – těhotné ženy mohou být pod psychickým tlakem partnera nebo rodičů, kteří se je snaží přimět k interrupci či naopak k pokračování v těhotenství (Coleman, 2011). c) Společenský tlak – socioekonomická situace, dostupnost podpory pro matky a stigmatizace interrupce mohou ovlivnit vnímání „dobrovolnosti“ rozhodnutí ženy (Kimport, 2021).

### **Povinná doba na rozmyšlenou**

Na základě deklarovaného zájmu o zvýšení informovanosti ženy a možnosti si své rozhodnutí promyslet jsou v některých zemích zavedeny tzv. povinné čekací doby na interrupci. Jde o legislativní opatření, které vyžaduje, aby mezi prvním kontaktem ženy se zdravotnickým zařízením (tedy žádostí o interrupci) a samotným zákrokem uplynula určitá časová perioda. Délka čekací doby se pohybuje v závislosti na konkrétní legislativě, od 24 do 72 hodin. V České republice není tato povinná čekací doba stanovena. To znamená, že pokud žena splňuje zákonné podmínky, může zákrok podstoupit po konzultaci s lékařem bez nuceného čekání.

Delší čas na rozmyšlenou nemusí nutně vést k lepšímu rozhodnutí. Jak píší Rowlands a Thomas (2020) čekací lhůty mohou naopak vyvolat úzkost a znejistění. Stres z čekání může vést k odkládání interrupce na pozdější fázi těhotenství, což zvyšuje zdravotní rizika a komplikace. Čekací lhůty navíc nereflktují lékařské standardy. V jiných oblastech zdravotnictví nejsou podobné umělé prodlevy běžné (Rowlands & Thomas, 2020).

### **Nesouhlas otce**

Dle české legislativy není umělé přerušování těhotenství podmíněno souhlasem otce dítěte. Bez ohledu na to, v jakém právním nebo jiném postavení otec dítěte vůči ženě je, nemá možnosti k otázce interrupce formálně vyjádřit. Podle zákona o zdravotních službách

nemohou být otci dítěte bez výslovného souhlasu pacientky poskytnuty žádné informace týkající se zdravotního stavu těhotné ženy (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011).

Tato skutečnost sobě staví rodičovské právo otce a zájem dalších aktérů v procesu rozhodování proti autonomii ženy (Greenberger & Connor, 1991; Di Nucci, 2014; Purvis, 2015). Dle našeho názoru je otázka nemožnosti formálního zapojení otce důležitá z několika důvodů. Těhotenství a jeho ukončení tím může být vnímáno jako čistě ženská záležitost a může se tak snižovat pocit rodičovského zapojení otce. Současně pak veškerá zodpovědnost za výsledek procesu rozhodování o interrupci (případně pokračování v těhotenství) leží pouze na těhotné ženě, což může být velmi náročné v rámci jejího psychického stavu. Současně s Di Nucci (2014) však dodáváme, že právo ženy na interrupci a její autonomii vnímáme jako nadřazený princip (Di Nucci, 2014).

#### **2.1.4 Historický kontext interrupcí na území České republiky**

Pro tuto kapitolu čerpáme především z knihy Radky Dudové, *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*.

Interrupční politika v České republice prošla v průběhu 20. a 21. století významnými změnami, které reflektovaly širší společensko-politické a zdravotní souvislosti. První legislativní úprava umožňující interrupce v Československu byla přijata v roce 1957 (Dudová, 2012, s. 37–57). Přestože zákon umožnil legální provedení interrupce, přístup k zákroku byl regulován prostřednictvím interrupčních komisí, které posuzovaly individuální žádosti žen. Zákon byl koncipován tak, aby interrupce nebyly vnímány jako právo ženy, ale spíše jako výjimečné opatření schvalované státními orgány. Schvalování interrupcí se mohlo lišit podle regionu nebo sociálního statusu žadatelky (Dudová, 2012, s. 59–69).

Zásadní změna interrupční legislativy nastala v roce 1986, kdy došlo k liberalizaci přístupu k interrupcím. Interrupční komise byly zrušeny, což ženám umožnilo větší autonomii v rozhodování. Zároveň lhůty pro zákrok se přiblížily těm dnešním. Interrupce na vlastní žádost byla umožněna do 12. týdne těhotenství bez nutnosti udání důvodu a zdravotní indikace bylo možné zákrok provést i po 12. týdnu (Dudová, 2012, s. 69–85).

Pád komunistického režimu přinesl nové diskuse o interrupční politice. Na počátku 90. let se objevily pokusy o zpřísnění interrupční legislativy, zejména ze strany konzervativních a

křesťanských politických subjektů (Dudová, 2012, s. 85–113). V roce 1992 bylo zrušeno omezení na počet interrupcí, které mohla žena podstoupit. Po vstupu České republiky do Evropské unie se zvýšil důraz na dodržování lidských práv a standardů zdravotní péče, což vedlo k udržení relativně liberálního přístupu k interrupcím. V posledních desetiletích tak interrupce zůstávají předmětem periodických politických debat. (Dudová, 2012, s. 115–135).

## **2.2 Psychologické aspekty interrupce**

Tématu psychologických aspektů interrupce jsme se podrobněji věnovali v našem dřívějším článku (Sotáková & Podrápská, 2023). V této kapitole proto představíme základní teoretický rámec, který shrnuje klíčové poznatky o tom, jak ženy interrupci prožívají, jaké faktory ovlivňují jejich rozhodování a jaké mohou být psychické dopady tohoto zážitku. Tento přehled slouží jako východisko pro porozumění perspektivám odborníků, kteří s ženami v této situaci pracují.

### **2.2.1 Těhotenství jako biopsychosociální fenomén**

Těhotenství s sebou kromě změn somatických a fyziologických přináší i změny na psychické a sociální rovině. Zvláště první těhotenství je považováno za klíčové období vývoje ženy, kdy dochází k integraci mateřských instinktů, změnám v sebepojetí a přizpůsobování se nové roli matky. Psychické prožívání těhotenství je ovlivněno osobnostními faktory, adaptačními schopnostmi, sociální podporou a kulturními očekáváními. V různých fázích těhotenství se objevují specifické emoční a kognitivní změny, například zvýšená citlivost na tělesné signály, magické myšlení nebo úzkostné tendence (Bjelica et al., 2018).

Těhotenství můžeme také stejně jako někteří autoři vnímat jako přípravu na mateřství. Během této doby probíhají fyzické, psychické a sociální procesy, které by měly vyústit v dosažení mateřské identity (Côté-Arsenault a Denney-Koelsch, 2016).

Různí autoři (např. Attrill, 2002) popisují specifické vývojové úkoly, které žena během těhotenství prochází. Podle Attrilla (2002) mezi klíčové úkoly patří: přijetí těhotenství a navázání vztahu s embryem, vnímání dítěte jako samostatného jedince, utváření vlastní identity matky, psychická příprava na porod. Tyto úkoly se mohou individuálně lišit v závislosti na různých faktorech, které ovlivňují průběh a prožívání těhotenství. Například

proces přijetí těhotenství může být komplikován jeho neplánovaností či nechtěností nebo předchozí zkušeností se ztrátou těhotenství (Attrill, 2002).

Na vztah mezi těhotnou ženou a jejím nenarozeným dítětem se zaměřuje teorie vazby matky a plodu (maternal-fetal attachment). Tento vztah se vyvíjí v závislosti na kognitivní reprezentaci plodu, kterou si žena postupně vytváří. Pokud matka připisuje plodu osobnostní a emocionální charakteristiky, její vazba k dítěti se prohlubuje (Salisbury et al., 2003). Proces budování této vazby je dynamický a nejsilnější posun bývá zaznamenán ve chvíli, kdy žena poprvé cítí pohyby plodu nebo podstoupí ultrazvukové vyšetření. Naopak faktory jako deprese či úzkost v těhotenství mohou narušit vytváření tohoto vztahu. Nízká úroveň vazby nebo její opožděný vývoj může být také psychologickou obranou ženy před potenciálním traumatem spojeným se ztrátou dítěte (Lindgren, 2001; Alhusen, 2008).

Pocit rodičovství a identifikace se svou mateřskou rolí se u některých žen formuje až po porodu, a to v rozmezí několika měsíců, někdy až jednoho roku (Mercer, 1986, cit. podle Deave, 2008). Výzkumy také poukazují na roli hormonů, jako jsou oxytocin, progesteron a testosteron, které ovlivňují mateřské chování a emoční reakce těhotných žen (Bjelica et al., 2018).

Specifická situace nastává v případě letální diagnózy plodu. V tomto kontextu může dojít nejen k potlačení vazby matky a plodu, ale dokonce také k zásadní proměně vývojových úkolů, kterým rodiče čelí (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2016).

Některé ženy mohou v těhotenství prožívat ambivalentní pocity, kdy se střetává mateřská touha s obavami ze ztráty osobní identity, omezení svobody nebo sociálního a ekonomického tlaku (Bjelica et al., 2018).

### **Těhotenství a duševní zdraví**

Těhotenství je často spojováno s výraznými výkyvy nálad, které mohou sahát od euforie a očekávání až po úzkost a depresivní stavy. Mezi nejčastější psychické obtíže patří deprese a úzkost, přičemž zvláště ohrožené jsou ženy, které se v minulosti potýkaly s duševními obtížemi. U nich je riziko rozvoje depresivních stavů významně vyšší. Prenatální deprese zároveň zvyšuje pravděpodobnost poporodní deprese a úzkostných poruch, což může mít

dopad nejen na psychickou pohodu matky, ale i na kvalitu rané interakce s dítětem (Bjelica et al., 2018; Chauhan & Potdar, 2022).

Výzkumy zaměřené na prevalenci depresivních symptomů u těhotných žen a jejich souvislost se sociálními, psychologickými, behaviorálními a porodnickými faktory zdůrazňují klíčovou roli sociální opory. Ženy, které měly silnou podporu rodiny a partnera, vykazovaly nižší pravděpodobnost depresivních symptomů. Naopak izolace, konfliktní vztahy nebo chybějící podpora mohou riziko depresivních stavů výrazně zvýšit (Moraes et al., 2016; Bedaso et al., 2021; Chauhan & Potdar, 2022). Tyto poznatky podtrhují důležitost komplexní péče o duševní zdraví těhotných žen, která by měla zahrnovat jak individuální psychologickou podporu, tak i širší sociální a systémové zázemí.

Mateřství, které je neplánované nebo nechtěné, bývá často spojováno s negativními důsledky pro fyzické i psychické zdraví ženy a může ovlivnit i vývoj dítěte. Pokud se žena ocitne v nechtěném těhotenství a rozhodne se jej donosit, může zažívat smíšené pocity, úzkost a stres, které mohou souviset nejen s její vlastní nejistotou ohledně budoucnosti, ale také s reakcí rodiny, partnera nebo společnosti. Tyto emoce mohou ovlivnit i její vztah k nenarozenému dítěti a celkový průběh těhotenství (Rastislavová, 2008).

Postoj ženy k těhotenství však není statický a může se v jeho průběhu měnit. Jak ukazuje studie Pečené (1999), s postupujícím těhotenstvím roste počet žen, které jej začnou vnímat jako chtěné. Tento proces může být ovlivněn různými faktory, včetně sociální podpory, adaptace na novou situaci a psychologického přijetí mateřské role.

### **Diagnostika plodu v těhotenství**

Prenatální screeningová vyšetření se provádějí za účelem včasné identifikace rizikových faktorů souvisejících s vývojovými vadami a chromozomálními odchylkami plodu. Jedná se o neinvazivní metody, jejichž výsledky stanovují pouze pravděpodobnost výskytu určité abnormality, a v případě pozitivního nálezu mohou vést k doporučení dalších, podrobnějších testů.

Jedním z hlavních screeningových vyšetření je tzv. kombinovaný screening v 1. trimestru, který se provádí mezi 11. a 13. týdnem těhotenství. Tento test hodnotí riziko přítomnosti Downova, Patauova a Edwardsova syndromu. Další etapou je biochemický screening ve 2.

trimestru, realizovaný mezi 16. a 18. týdnem těhotenství, zaměřený na detekci chromozomálních abnormalit.

Kromě biochemických testů je důležitou součástí prenatální diagnostiky ultrazvukové vyšetření, které se provádí mezi 18. a 22. týdnem těhotenství. Jeho hlavním cílem je odhalit vrozené vývojové vady, včetně srdečních vad, rozštěpových abnormalit, postižení ledvin či mozkových struktur. Další ultrazvukové vyšetření je plánováno mezi 30. a 32. týdnem těhotenství a zaměřuje se na sledování růstu plodu, jeho anatomického vývoje a identifikaci případných komplikací.

V případech, kdy screeningové testy naznačují zvýšené riziko genetických poruch nebo pokud existují jiné rizikové faktory (např. vyšší věk matky, genetická predispozice v rodině), jsou ženám nabídnuta invazivní diagnostická vyšetření. Mezi ně patří amniocentéza (odběr plodové vody), biopsie choria (odběr vzorku placenty) nebo kordocentéza (odběr pupečnickové krve). Tato vyšetření jsou dobrovolná a lze o ně požádat i na základě rozhodnutí samotné těhotné ženy (Skutilová, 2016).

### **Prožívání v těhotenství po zjištění nepříznivé diagnózy**

Sdělení nepříznivé diagnózy zásadně mění psychické prožívání těhotenství. Pokud se žena či pár dozví, že jejich dítě trpí letální diagnózou, tedy onemocněním neslučitelným se životem, stojí před zásadním rozhodnutím, zda v těhotenství pokračovat, či jej ukončit. Pokud se rozhodnou těhotenství donosit, podle Côté-Arsenault a Denney-Koelsch (2016) čelí několika klíčovým výzvám: a) komunikace s okolím, b) pochopení důsledků diagnózy, c) revize cílů těhotenství, d) využití času s dítětem, e) příprava na porod a nevyhnutelnou smrt dítěte, e) obhajoba integrity dítěte, f) přizpůsobení se životu bez přítomnosti dítěte.

Pro účely této práce jsou klíčové zejména první tři oblasti, neboť jsou univerzálně přítomné bez ohledu na to, zda se rodiče rozhodnou v těhotenství pokračovat, či jej ukončit. Naopak zbývající výzvy jsou specifické pro ty, kteří se rozhodnou těhotenství donosit a připravují se na nevyhnutelnou ztrátu dítěte v období před porodem, během něj či krátce po něm (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2016).

Společnost a blízké okolí obvykle automaticky očekávají narození zdravého dítěte, a možnost, že by dítě mohlo zemřít ještě před porodem či krátce po něm, není běžně vnímána

jako pravděpodobná varianta (Smith et al., 2012). Rodiče tak čelí obtížnému úkolu sdělit diagnózu svým blízkým a rozhodnout se, jakým způsobem o situaci budou komunikovat a komu se svěří. Někteří mohou pociťovat strach ze stigmatizace či odsouzení, což může vést k tomu, že se o diagnóze nebudou chtít svěřovat veřejně (Sandelowski, 2005).

Čekání na potvrzení diagnózy bývá pro rodiče extrémně stresující, přičemž mnoho z nich doufá, že došlo k chybě ve vyšetření. Často nevědí, jak se s informací o diagnóze vypořádat nebo co je čeká v následujících týdnech. Nejasnosti a obavy o budoucnost mohou vést k pocitům bezmoci a zoufalství, které ovlivňují jejich rozhodovací proces (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2016).

S prognózou, že dítě nepřežije, se zásadně mění očekávání, která si rodiče v souvislosti s těhotenstvím vytvořili. Ještě před samotnou ztrátou dítěte tak dochází k emocionálnímu zpracování ztráty představ o jeho budoucnosti. Tento proces zahrnuje postupné přijímání reality a případné plánování porodu či rozhodování o perinatální péči (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2016).

Podle Côté-Arsenault a Denney-Koelsch (2016) ženy (či rodiče) vnímají své těhotenství jako rozdělené na dvě odlišné fáze – období před diagnózou a období po jejím sdělení. Tento moment často znamená zásadní zlom v jejich prožívání těhotenství, který ovlivňuje další rozhodování i psychické přizpůsobení se nové situaci.

## **2.2.2 Interrupce a proces rozhodování**

### **Rozhodování jako psychologický fenomén**

Výzkumy sociálně psychologických aspektů rozhodování dochází k závěru, že se jedná o poměrně systematický a předvídatelný proces, řízený kognitivními mechanismy, jako je hodnocení dostupných možností a očekávaných výsledků. Lidé mají tendenci volit variantu, kterou vnímají jako nejvýhodnější, přičemž se při rozhodování opírají o své přesvědčení a zkušenosti (Ajzen, 1996).

Podle Ajzena (1996) je lidské chování výsledkem záměru (intention), který je ovlivněn třemi klíčovými faktory:

1. Postoj vůči danému chování – zda chování hodnotíme pozitivně či negativně v souladu s našimi morálními hodnotami a postoji.

2. Subjektivní norma – jaké tlaky či očekávání okolí na nás působí ve vztahu k danému rozhodnutí.

3. Vnímaná behaviorální kontrola – do jaké míry máme pocit, že situaci můžeme ovlivnit (s ohledem na dostupnost, rizika nebo legální možnosti).

Ajzen (1996) rovněž zdůrazňuje, že rozhodování není izolovaný proces. Každý člověk se rozhoduje v určitém sociálním a kulturním kontextu, který může jeho volbu významně ovlivnit. Rozhodování není vždy racionální – může být deformováno sociálními normami, očekáváním druhých či vnějšími omezeními. Tyto faktory mohou pravděpodobnost určitého rozhodnutí zvýšit nebo snížit, a to i v případech, kdy nejde o přímý tlak, ale o implicitní a internalizované normy.

Podle Slovice a kol. (2005) mají lidé při rozhodování v situacích zahrnujících riziko dva základní přístupy. Buď postupují analyticky, tedy zpracovávají informace racionálně a logicky vyhodnocují rizika, nebo se spoléhají na afektivní heuristiky, kdy emoce slouží jako informační zkratky, které ovlivňují jejich volbu (Slovic et al., 2005).

V psychologické literatuře je vliv emocí na rozhodování rozsáhlým tématem. Emoce nejenže vytvářejí kontext našeho jednání, ale mohou být i klíčovým determinantem volby. Rozlišujeme přitom dva typy emocí: Incidenciální emoce – emoce nesouvisející přímo s rozhodováním, které ovšem ovlivňují jeho průběh (např. špatná nálada způsobená jinou situací). A integrální emoce – pocity přímo vycházející z dané volby, které do rozhodovacího procesu aktivně zasahují (Lerner et al., 2014).

Lerner a kol. (2014) ve svém výzkumu identifikovali konkrétní emoce a jejich vliv na rozhodování. Například úzkost související s nejistotou vede k tomu, že lidé volí bezpečnější variantu a snaží se minimalizovat riziko (Lerner et al., 2014; Raghunathan & Pham, 1999). Hněv naopak podporuje aktivní změnu situace a zvyšuje tendenci k riskantnějším volbám (Frijda et al., 1989).

Existuje několik způsobů, jak může člověk snížit dopad emocí na své rozhodování. Mezi hlavní strategie patří:

- a) Časová prodleva – Pokud si jedinec nechá na rozhodnutí dostatek času, emoční reakce se může vrátit do rovnováhy, což zvyšuje pravděpodobnost racionální volby.

Tento přístup však není vždy snadno realizovatelný, protože emoce často podněcují k okamžité reakci (Loewenstein, 2007).

- b) Potlačení emocí – Pokus ignorovat nebo potlačit emoční reakci se ukazuje jako neúčinný. Naopak, takový přístup může paradoxně vést k zesílení emocí, kterým se jedinec snaží vyhnout (Wenzlaff & Wegner, 2000).
- c) Přerámování situace (reframing) – Tato strategie spočívá ve změně perspektivy nebo interpretace situace. Ukazuje se jako nejúčinnější metoda emoční regulace v rozhodování (Gross, 2002).

### **Rozhodování o interrupci**

Rozhodovací proces spojený s interrupcí představuje komplexní psychosociální fenomén, který zahrnuje nejen individualitu těhotné ženy, ale také společenské, kulturní a politické faktory. Na rozdíl od jiných medicínských rozhodnutí je interrupce vysoce zatížena morálními, etickými a emočními aspekty, které mohou ovlivnit nejen samotné rozhodnutí, ale i jeho psychické důsledky.

Rozhodli jsme se proto do následujícího textu zahrnout nejen důvody vedoucí ženu k ukončení těhotenství, ale také další psychologické a společenské vlivy, které utváří kontext celého rozhodovacího procesu.

Rozhodovací proces týkající se interrupce je u každé ženy jedinečný a probíhá odlišným způsobem. Zatímco některé ženy se rozhodnou relativně snadno a nevnímají tuto zkušenost jako traumatizující, pro jiné může být celý proces velmi náročný (Kumar et al., 2004). Rastislavová (2008) navíc uvádí, že většina žen dospěje k rozhodnutí bez výraznějšího vnitřního konfliktu.

Míra zapojení dalších osob či institucí do rozhodovacího procesu o interrupci se může u jednotlivých žen výrazně lišit. Zatímco některé ženy hledají podporu a konzultují své rozhodnutí s blízkými, nejčastěji s partnerem (Kumar et al., 2004), jiné se rozhodují zcela samostatně, aniž by do procesu vtahovaly kohokoliv dalšího. V takových případech se ženy obracejí na zdravotnický systém až ve chvíli, kdy mají své rozhodnutí pevně utvrzené a považují proces rozhodování za ukončený.

## **Důvody ukončení těhotenství**

Maggie Kirkmanová se svým výzkumným týmem (2009) provedla metaanalýzu studií zabývajících se důvody pro umělé přerušování těhotenství. Ty řadí do tří kategorií; důvody osobní, související s druhými a materiální.

Mezi *osobní důvody* k interrupci (tzv. woman-focused) patří situace, ve kterých by pokračování v těhotenství mělo výrazný negativní dopad na život ženy. Tyto důvody mohou být ovlivněny nejen jejími aktuálními životními okolnostmi, ale také dlouhodobými hodnotami, plány a vnímáním vlastní role v mateřství. Mezi nejčastější patří:

- a) Špatné načasování těhotenství – Žena sice plánuje v budoucnu dítě mít, ale nepovažuje současnou dobu za vhodnou. Může se cítit nepřipravená na mateřství. Často jde o situace, kdy těhotenství koliduje s jejím vzděláváním, profesními ambicemi nebo jinými životními plány.
- b) Obavy o fyzické a duševní zdraví – Některé ženy se rozhodnou pro interrupci kvůli strachu ze zdravotních komplikací spojených s těhotenstvím nebo porodem. Mohou vnímat těhotenství jako příliš fyzicky či psychicky náročné, obávat se vyčerpání, dlouhodobých zdravotních následků nebo se domnívat, že s přibývajícím věkem by pro ně těhotenství mohlo být příliš riskantní.
- c) Pocit naplněnosti mateřské role – Žena již má děti a vnímá svou rodinu jako kompletní. Necítí potřebu ani ochotu rozšiřovat ji o dalšího potomka.
- d) Přesvědčení, že mateřství není její cesta – Některé ženy dospějí k rozhodnutí, že nechtějí mít děti vůbec.
- e) Obavy z narození dítěte s postižením – V některých případech hraje roli diagnostika vrozené vývojové vady nebo genetické predispozice.

Důvody interrupce *zaměřené na druhé osoby* (tzv. other-focused) se vztahují k lidem v okolí ženy, kteří by mohli být těhotenstvím a následným mateřstvím ovlivněni. Ženy v těchto případech často berou v úvahu nejen vlastní situaci, ale i dopady svého rozhodnutí na ostatní. Mezi hlavní faktory patří:

- a) Zodpovědnost vůči již narozeným dětem – Žena může cítit, že její současné rodičovské povinnosti jsou natolik náročné, že by další dítě mohlo ohrozit kvalitu péče, kterou je

schopna svým dětem poskytnout. Obavy se mohou týkat jak emocionálních, tak finančních aspektů výchovy.

b) Nedostatečná podpora ze strany partnera – Stabilita vztahu a postoj partnera k rodičovství hrají v rozhodovacím procesu významnou roli. Žena může vnímat, že vztah je příliš čerstvý nebo nejistý, partner není na otcovství připravený, případně si ho za otce svého dítěte nepřeje. Dalším faktorem může být i úplná absence partnera nebo jeho negativní postoj, nátlak či odmítnutí podpory v případě pokračování v těhotenství.

c) Zodpovědnost vůči nenarozenému dítěti – Některé ženy se rozhodnou pro interrupci s přesvědčením, že by narození dítěte nebylo v jeho nejlepším zájmu. Mohou se obávat, že by mu nebyly schopny zajistit dostatečné materiální, emocionální nebo zdravotní podmínky pro kvalitní život. Tento důvod se může týkat i situací, kdy je dítěti diagnostikována vývojová vada nebo jiný závažný zdravotní problém, který by výrazně ovlivnil jeho životní prognózu.

Posledním identifikovaným okruhem důvodů podle Kirkmanové a kol. (2009) jsou důvody materiální. Mezi ty můžeme řadit finanční nejistotu, nedostatečné zajištění bydlení a celkovou socioekonomickou situaci.

Rozhodovací proces každé ženy je zpravidla výsledkem pečlivého zvažování dopadů těhotenství na její život. Jednotlivé důvody se často navzájem prolínají a kombinují, přičemž rozhodnutí není založeno na jediném faktoru, ale spíše na souhře různých osobních, vztahových, sociálních a ekonomických aspektů (Kirkman et al., 2009).

Jednotlivé důvody rozhodnutí o interrupci mohou ovlivnit i to, jak žena celý proces emočně prožívá. Podle Broenové a kol. (2009) například ženy, které se rozhodly pro interrupci s pocitem, že již naplnily svou rodičovskou roli a mají dostatek dětí, vykazují lepší psychickou pohodu ve srovnání s těmi, které čelily nátlaku ze strany partnera. Situace, kdy je žena nucena k rozhodnutí pod vnějším tlakem, patří mezi nejvíce psychicky zatěžující a může vést k výrazně negativním následkům pro její duševní zdraví (Broen et al., 2009).

### **Psychologické aspekty rozhodování o interrupci**

Vzhledem k tomu, jak společensky a politicky citlivé téma umělé ukončení těhotenství představuje, objevují se v debatě o legálním přístupu k interrupci argumenty zaštiťující se vlivem na psychické zdraví žen. Emoční obtíže spojené s interrupcí bývají dle potřeby

zveličované nebo naopak marginalizovány (Kimport et al., 2011). Cílem následujícího textu je přiblížit tuto problematiku z pohledu dostupných empirických studií.

Rozhodování o interrupci je mnohdy psychicky náročný proces, který provází široká škála emocí. Ženy mohou zažívat smutek, strach, lítost či pocity viny, ale zároveň i úlevu (Friedman et al., 1974; Sereno et al., 2013). Podle studie Jenneke Van Ditzhuijzenové a kol. (2015) až 90 % žen, které se rozhodly pro ukončení těhotenství, vnímá své rozhodnutí pozitivně a cítí především úlevu. Většina z nich zároveň věří, že zvolily odpovědné řešení odpovídající jejich životní situaci (Kero et al., 2003).

Na druhé straně však existuje skupina žen, pro které je rozhodovací proces obzvláště obtížný a provázený silnými pocity nejistoty a rozpolcenosti. Tyto ženy mohou zažívat výraznější emocionální konflikty a potřebují zvýšenou míru podpory. Klíčovou roli v tomto ohledu hraje kvalitní poradenství, které jim pomáhá orientovat se ve vlastních emocích a možnostech. Pro efektivní podporu je proto důležité porozumět procesu rozhodování a identifikovat faktory, které zvyšují pravděpodobnost negativních emocí (Van Ditzhuijzen et al., 2019).

Jedním z takových faktorů je situace, kdy žena volí mezi nechtěným těhotenstvím a interrupcí, tedy mezi dvěma pro ni nepříznivými možnostmi (Van Ditzhuijzen et al., 2019). Tento konflikt může být umocněn ambivalencí v různých dimenzích, mezi něž podle Van Ditzhuijzenové (2019) patří:

- Pozitivní postoj k mateřství a přání mít dítě vs. nepříznivá životní situace, která ženu vede k úvahám o interrupci.
- Neschopnost se emocionálně distancovat od těhotenství, což může ztížit proces rozhodování.
- Obavy spojené s interrupcí, například strach z psychických následků, riziko neplodnosti nebo fyzické bolesti.
- Negativní postoje k interrupci, které mohou vycházet z osobních hodnot, kulturních či náboženských přesvědčení.
- Nedostatečná podpora ze strany blízkých nebo naopak tlak okolí na určité rozhodnutí.
- Obecná nerozhodnost jako osobnostní rys, která činí rozhodování složitějším.

At' už je rozhodování provázeno nejistotou, nebo je si žena svým rozhodnutím jistá, jedná se o přirozenou reakci na významnou životní situaci. Podle Van Ditzhuijzenové (2015) míra obtíží při rozhodování nemusí nutně ovlivnit následnou spokojenost s volbou.

Navzdory těmto zjištěním odpůrci práva na interrupci často staví svou rétoriku na negativních emocích, zejména na lítosti. Tvrdí, že mnoho, ne-li většina žen svého rozhodnutí lituje (Siegel, 2008; Kimport et al., 2011). Empirické studie však tato tvrzení nepotvrzují. Výzkumy ukazují, že většina žen pocítuje především úlevu, zatímco pouze malá část zažívá výrazně negativní pocity (Adler et al., 1990; Major et al., 2000; Charles et al., 2008; Robinson et al., 2009). Tyto negativní reakce se navíc objevují především v bezprostředním období po zákroku a s časem se snižují (Friedman et al., 1974; Kero et al., 2003). Je důležité rozlišovat mezi pocity smutku, rozporuplnosti či truchlení a skutečnými výčitkami či lítostí. Interrupce je ženami ve většině případů vnímána jako sociální nutnost nebo osobní odpovědnost (Kero et al., 2003).

Riziko negativní psychické reakce na interrupci zvyšuje především silná nejistota při rozhodování (viz výše), nátlak ze strany okolí nebo zdravotníků, zdravotní indikace interrupce, psychiatrická anamnéza a nedostatečná sociální opora (Friedman et al., 1974; Kimport et al., 2011; Van Ditzhuijzen et al., 2019). Významným faktorem je i délka těhotenství – ukončení těhotenství ve druhém trimestru, obzvláště ze zdravotní indikace, je spojeno s vyšším rizikem deprese, úzkosti a stresu. Rozhodování o interrupci v této fázi bývá pro ženy výrazně konfliktnější (Serenio et al., 2013; Kimport et al., 2011; Van Ditzhuijzen et al., 2019). Pokud ženy vnímají své těhotenství jako hodnotné a mají touhu stát se matkou, mohou se dostávat do hlubokého hodnotového střetu, v němž se střetávají jejich vlastní potřeby a životní situace s přáním mít dítě (Kjelsvik et al., 2018). V těchto případech mohou plod vnímat spíše jako plně vyvinutý život než jako součást vlastního těla (Pines, 1972; Kjelsvik et al., 2018).

Smutek spojený s interrupcí ze zdravotních důvodů se v mnoha ohledech podobá procesu truchlení po spontánním potratu nebo úmrtí novorozence. Klíčovým rozdílem je však přítomnost aktivního rozhodnutí, které činí celé prožívání ještě komplikovanějším a emočně náročnějším (McCoyd, 2007; Rastislavová, 2008). Přesto i v těchto případech litují svého rozhodnutí pouze necelá 3 % žen (Korenromp et al., 2009).

Významnou roli v prožívání interrupce hraje také partnerská podpora. Ženy, které cítí oporu ze strany partnera, vykazují signifikantně nižší úroveň negativních psychických symptomů (Korenromp et al., 2009; Kjelsvik et al., 2018). Celkově platí, že podpora ze strany rodiny a partnera nejvíce ovlivňuje, jak žena tuto situaci zvládne (McCoyd, 2007; Korenromp et al., 2011). Naopak ženy, které čelí nátlaku partnera, vykazují nejhorší psychické výsledky (Kero et al., 2003; Broen et al., 2005). V některých případech se mohou ženy cítit v rozhodování osamělé, protože partner na rozhodování neparticipuje a nesdílí odpovědnost (Aléx & Hammarström, 2004). Tíha volby tak zůstává výhradně na ženě, což může vést k pocitům bezvýchodnosti a zvýšenému stresu (Kimport et al., 2011).

Kromě sociální opory je dalším zásadním faktorem individuální duševní stav ženy před zákrokem. Přítomnost psychických obtíží či duševního onemocnění v anamnéze představuje významný prediktor negativních pocitů po interrupci (Friedman et al., 1974; Major et al., 2000; Steinberg et al., 2011; Van Ditzhuijzen et al., 2019).

Interrupce je často vnímána jako individuální volba ženy, realita je ale daleko složitější. Rozhodování se vždy odehrává v rámci širšího vztahového a sociálního kontextu. Na procesu rozhodování se podílí i vztah s partnerem a rodinou, ale také společenský a politický diskurz (Cotroneo & Krasner, 1977). Vliv na to, jak bude žena interrupci prožívat má i společenský kontext. V zemích, kde je interrupce společensky přijímána, zažívají ženy méně negativních pocitů. Pokud naopak ženy necítí společenskou podporu, mohou častěji zažívat emoce smutku a lítosti (Friedma et al., 1974).

### **Vliv společenského diskurzu na interrupci**

Diskuse o interrupci bývá provázena řadou tvrzení, která se neopírají o vědecké poznatky, ale spíše o ideologické, či emocionální argumenty. Tyto mýty a dezinformace mají významný vliv na veřejné mínění, tvorbu legislativy i na samotné ženy, které o interrupci uvažují. Odpůrci interrupcí se ve veřejném prostoru často odvolávají na údaje, které jsou zastaralé, vytržené z kontextu nebo přímo nepravdivé. Mýty se týkají například psychických dopadů interrupce, její zdravotní rizikovosti, společenských důsledků či etických a právních aspektů. Cílem této kapitoly je podrobit některá z těchto tvrzení kritické analýze na základě dostupných vědeckých výzkumů a empirických dat.

Tradiční protipotratová rétorika vycházela především z argumentace ochrany nenarozeného dítěte (tzv. fetal-centred reasoning). Tu však nyní nahrazuje tzv. woman-protective anti-abortion rationale, tedy argumentace na ochranu žen. Zákaz interrupce v tomto smyslu má být ochranou žen před sebou samými. Klíčovým prvkem této rétoriky je předpoklad, že ženy nejsou schopny racionálně zvážit důsledky svého rozhodnutí. Mají tak být uchráněny před negativními psychickými důsledky interrupce, jako je především lítost z rozhodnutí. Pro takové argumenty nicméně neexistují vědecké podklady a dá se tak předpokládat, že jde především o psychologický nátlakový mechanismus (Manian, 2009; Ahmed, 2015).

Na základě těchto východisek jsou nicméně navrhována restriktivní opatření jako jsou povinné čekací lhůty, informovaný souhlas zahrnující nepotvrzená zdravotní a psychologická rizika UPT, vystavení tlukotu srdce plodu nebo ukazování ultrazvukových snímků (Manian, 2009; Gatter et al., 2013; Thorp et al., 2005; Daniels et al., 2016).

Přehledová studie Thorpa a kol. (2005) zaměřená na fyzické zdravotní důsledky interrupce uvádí, že neexistují jednoznačné důkazy pro rizika často zmiňovaná v informovaných souhlasech, jako jsou budoucí spontánní potrat, placenta previa, mimoděložní těhotenství, předčasný porod, neplodnost nebo zvýšené riziko rakoviny prsu. Studie, které se těmito riziky zabývají, často trpí výraznými metodologickými omezeními a bývají předmětem

Odpůrci interrupcí také tvrdí, že povinnost prohlédnout si ultrazvukové zobrazení plodu před interrupcí povede k posílení vazby matky a plodu (maternal-fetal attachment) a ženy tak odradí od plánovaného ukončení těhotenství (Gatter et al., 2013; Daniels et al., 2016). Podle Gatterové a kol. (2013), která v roce 2011 analyzovala přes 15000 návštěv žen žádajících o interrupci na klinice v Los Angeles se méně než polovina (42%) žen rozhodla na ultrazvuk před zákrokem podívat a z těchto žen 98,4% následně interrupci podstoupilo (Gatter et al., 2013). Ukazuje se, že ultrazvukové zobrazení může mít na rozhodování vliv především v případech, kdy žena necítí jistotu. Vidět snímek plodu by tedy měla být spíše možnost, nežli povinnost (Gatter et al., 2013).

Odpůrci legálního přístupu k interrupci často argumentují existencí takzvaného postinterrupčního syndromu (též postabortivního syndromu), který je prezentován jako specifická forma posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Podle této teorie mohou ženy po interrupci zažívat deprese, znovuprožívání traumatu, obranné reakce či problémy v

sociálních vztazích (Stotland, 1992; Speckhard & Rue, 1992; Zareba et al., 2020). Přestože někteří autoři jeho existenci podporují (Speckhard & Rue, 1992), většina současných výzkumů nenalezla žádné spolehlivé důkazy o jeho reálné přítomnosti. Empirická data ukazují, že jen menšina žen po interrupci vykazuje uvedené symptomy (Adler et al., 1990; Major et al., 2000; Charles et al., 2008; Robinson et al., 2009; Steinberg et al., 2011) a riziko psychických problémů není vyšší než u žen, které se rozhodly nechtěné těhotenství donosit (viz výše). Navíc ženy, které podstoupily interrupci ze zdravotních důvodů, čelí podobnému riziku psychických obtíží jako ty, které zažily spontánní potrat nebo porod mrtvého dítěte (McCoyd, 2007; Rastislavová, 2008; Major et al., 2009).

Psychické prožívání interrupce je individuální a závisí na kontextu rozhodování, míře autonomie a podpoře okolí. Zatímco většina žen své rozhodnutí vnímá pozitivně, negativní emoce se častěji objevují při nátlaku, ambivalenci či zdravotních komplikacích. Diskuse o psychických dopadech interrupce by proto měla vycházet z empirických poznatků, nikoli z ideologických argumentů.

Výše zmíněné faktory ústí v tzv. interrupční stigma, což je podle Franzisky Hanschmidtové a kol. (2016) negativní atribut přiřazovaný ženám, které podstoupily interrupci (Hanschmidt et al., 2016). Takové ženy jsou marginalizovány, označovány za nedostatečně ženské nebo jim je vyčítáno, že nenaplnily ideál mateřství. Ženy, které podstoupily interrupci tak mohou stigma ohledně interrupce samy vnímat a negativní postoje okolí předem očekávat. Negativní názory na ukončení těhotenství se také mohou stát součástí sebepojetí ženy a stigma se tak internalizuje (Hanschmidt et al., 2016).

Ženy, které se se stigmatem ohledně interrupce musí vyrovnávat, volí nejčastěji jednu ze dvou cest; svou zkušenost utajují, nebo rozhodnutí racionalizují (Hanschmidt et al., 2016). Opakovaně se přitom ukazuje, že právě absence možnosti svou zkušenost sdílet s okolím vede k pocitu izolace, omezení a vyšší psychické zátěži (McCoyd, 2007; Kimport et al., 2011; Hanschmidt et al., 2016).

Současná debata o interrupci je často polarizována na dva nesmiřitelné tábory – zastánce „pro-life“ a „pro-choice“. Tato dichotomie však zjednodušuje realitu a odvádí pozornost od skutečné komplexity rozhodovacího procesu a individuálních zkušeností žen (Cotroneo & Krasner, 1977). Výzkumy opakovaně ukazují, že mnohé argumenty odpůrců interrupce

nejsou podloženy vědeckými důkazy, ale spíše ideologickými, morálními či emocionálními přesvědčeními. Přesto mají tato tvrzení zásadní vliv na legislativu, zdravotnickou praxi i na samotné ženy, které se ocitají pod tlakem restriktivních opatření a společenského stigmatizování (Breitbart, 2000; Rubin & Russo, 2004).

Namísto zjednodušených narativů by měla být interrupce vnímána v širším psychosociálním kontextu. Cílem by měla být snaha o destigmatizaci tohoto tématu, což zahrnuje nejen otevřenou diskusi založenou na vědeckých poznatcích, ale i podporu žen v jejich rozhodovacím procesu bez zbytečného tlaku a manipulace (Kero et al., 2003). Jak ukazují výzkumy, normalizace tématu interrupce a snížení stigmatizace může vést ke zlepšení psychického zdraví žen a zároveň podpořit respekt k jejich autonomii a právu na informované rozhodnutí (Kimport et al., 2011; Hanschmidt et al., 2016).

## **2.3 Psychologické pojetí interrupce**

### **2.3.1 Interrupce jako krize**

Krize je podle Špatenkové (2004) přechodným stavem vnitřního rozvratu, který je vyvolán událostmi vyžadujícími zásadní životní proměnu či rozhodnutí a pro který nám nestačí obvyklé zvládací mechanismy. Situace ústící v krizi k lidskému životu patří. Bývají doprovázeny silným emočním nábojem a potřebou nalézt nové způsoby zvládnutí. V tomto smyslu má krize dvojitý charakter – nese v sobě potenciál destabilizace i možnosti proměny. Bez krizových okamžiků by nebylo možné dosáhnout hlubšího vnitřního posunu, osobního růstu, zrání či změny životního směřování. Krize tedy není pouze nebezpečím, ale také příležitostí. Růstový potenciál nemá krize pouze na úrovni individuální, ale také ve vztahu k druhému. Pozitivní dopad však mají pouze ty momenty, které ve svém životě dokážeme překonat (Vymětal, 2008; Vodáčková, 2020; Špatenková, 2004).

Podle modelu René Thoma (1992, in Vodáčková, 2020) existují určité “urychlovače” krizí – tzv. precipitující faktory. Patří mezi ně zejména ztráta (například smrt, rozchod, zklamání, potrat či narušení očekávání), výrazná změna (např. změna zdravotního stavu či rodinného uspořádání) nebo volba mezi dvěma stejně závažnými alternativami. Tyto události mohou vyvolat hlubokou destabilizaci a otevřít cestu ke krizové reakci. V případě interrupce se mohou objevit jednotlivé precipitující faktory zvlášť, nebo v kombinaci. Na základě toho,

který faktor převažuje, můžeme mluvit o situační krizi, nebo krizi zrání a vývoje (Baldwin in Vodáčková, 2020).

Situační krize je reakcí na náhlou, nepředvídatelnou událost. Závažnost jejího dopadu závisí nejen na objektivní intenzitě události, ale především na subjektivním hodnocení a na míře dostupné podpory. Klíčové momenty představují ztráta nebo její hrozba, změna či nutnost volby. Druhým typem jsou vývojové či tranzitorní krize, které jsou spojené s přirozenými přechody v životě, jako je partnerství, těhotenství nebo rodičovství. Pokud tyto přechody nemohou proběhnout “zdárně”, může se objevit hlubší dezorganizace (Baldwin in Vodáčková, 2020). Podle Leona (1992) právě přechod k rodičovství jako vývojový milník perinatální ztráta výrazně narušuje. Ženy, které podstoupily interrupci nebo o dítě přišly mohou cítit, že nepatří ani mezi matky ale ani mezi ženy bezdětné.

Pro některé ženy může být krizí i samotné těhotenství. Mladé dívky, které se obávají, že by mohly být těhotné mohou zažívat velký strach odmítnutí partnera, hněvu rodičů, nebo zažívají zoufalství spojené z bezradností co si počít. Mladé těhotné dívky jsou podle Havránkové jednou ze skupin nejvíce ohrožených sebevraždou, protože ze své situace nevidí žádné dobré východisko (Havránková, 2020).

Úzkosti také mohou v ženách vyvolat vyšetření (a jejich výsledky) v období těhotenství. Po sdělení, že by měly podstoupit invazivní vyšetření v podobě aminocentézy mohou ženy pociťovat strach ze samotného zákroku a z jeho důsledků, pokud by se ukázala anomálie plodu. Při čekání na výsledky se mohou u žen objevovat různé reakce od nejistoty přes hrůzu až po otupělost (Havránková, 2020).

Model vývoje krize, jak jej popisuje Caplan (in Vodáčková, 2020), zahrnuje čtyři fáze. V první dochází k rozpoznání ohrožení a aktivaci obvyklých copingových strategií. Pokud tyto mechanismy selhávají, přichází druhá fáze – pocit bezmoci, ztráta kontroly, emoční ochromení. Ve třetí fázi se objevuje možnost predefinování situace, uvědomění si vlastních emocí a rozhodování. Pokud k tomuto posunu nedojde, může dojít ke čtvrté fázi – závažné psychické dezorganizaci, panice a hlubokému narušení fungování. Tato fáze s sebou nese riziko chronifikace krize, pokud nedojde k adekvátní podpoře.

## **Odolnost a adaptivní copingové mechanismy**

Ve vyrovnávání se s náročnými životními situacemi, kterými rozhodování o ukončení těhotenství může být hraje roli celá řada faktorů. Podle Vymětala (2008) závisí odolnost (resilience) na charakteristických osobnostních rysech, konkrétní povaze situace a dostupnosti zdrojů vnější opory. Paulík (2010) charakterizuje resilienci jako schopnost nevypadnout z rovnováhy, rychle obnovit vnitřní stabilitu a využít získanou zkušenost pro budoucí zvládnání stresu. Protektivními faktory, které s odolností úzce souvisejí, jsou například smysl pro humor, víra ve vlastní schopnosti (self-efficacy), pocit kontroly nad vlastním životem (locus of control) a kvalitní vztahy. Zvláštní význam má hodnotový systém jedince, který poskytuje vnitřní stabilitu – zejména pokud není přímo svázán s proměnlivými vnějšími okolnostmi (Vymětal, 2008).

Resilience se může utvářet v průběhu života prostřednictvím mezilidských vztahů a sociálních rolí. Mezi významné sociální role a s ním spojená očekávání patří role genderová. Muži bývají odolnější vůči akutnímu stresu, ženy však lépe zvládají dlouhodobou psychickou zátěž. Ženy také častěji vyhledávají sociální oporu. Podpora okolí zvyšuje významným způsobem nejen jejich odolnost, ale i sebehodnocení (Paulík, 2010).

Sebehodnocení, včetně sebeúcty a víry ve vlastní účinnost, hraje klíčovou roli i v těhotenství. Ovlivňuje nejen to, jak žena zvládá aktuální situaci, ale i její celkovou schopnost vyrovnat se s krizovými momenty (Mihelic et al., 2016; Masopustová et al., 2018; Rastislavová, 2008). Úspěšné zvládnutí krize závisí na schopnosti realisticky zhodnotit situaci, dostupnosti podpůrných vztahů a širí repertoáru copingových strategií (Vodáčková, 2020).

Copingové strategie jsou naučené způsoby zvládnání stresu, které se v těhotenství dělí podle Hamiltona a Lobel (2008) na tři hlavní typy: plánování a příprava, vyhýbání se a pozitivní či spirituální zaměření. Nejčastěji se vyskytuje právě poslední jmenovaný typ, zejména v raných fázích těhotenství nebo při výskytu komplikací. S postupujícím těhotenstvím klesá četnost vyhýbavého chování (např. popírání), protože tělesné změny již nelze ignorovat. Plánování a příprava bývají přítomné napříč celým obdobím gravidity. Zároveň existuje spojitost mezi nižší mírou sociální opory, častějším užíváním vyhýbavých strategií a vyšším výskytem depresivních projevů (Rudnicki et al., 2001). K adaptivním copingovým

strategiím dále patří kontakt s vlastními emocemi, schopnost sdílet, orientovat se v situaci, opřít se o komunitu nebo ritualizované způsoby zpracování bolesti. (Vymětal, 2008).

Podle Vymětala (2008) lze způsoby zvládání rozdělit také podle směru zaměření: na strategie zaměřené na změnu vnější situace a na strategie, které se týkají především zpracování vnitřního prožívání. Oba přístupy mohou být efektivní, pokud jsou funkčně rozvíjeny – ideálně ve spolupráci s odborníkem.

Významnou roli hraje také sociální opora. Ta je spojena s vyšší mírou subjektivní pohody během těhotenství, zatímco její nedostatek je častým ukazatelem výskytu depresivní symptomatiky (Rudnicki et al., 2001). Pokud podpora neodpovídá očekáváním ženy, může vést k pocitům osamělosti a zklamání (Cecil, 1994). Nejdůležitějším opěrným bodem bývá nejbližší rodina – zejména partner a matka. Dále mohou pozitivně působit přátelé a – i když méně často – také pracovní kolektiv (Cecil, 1994; Abboud & Liamputtong, 2005). Je však třeba dodat, že ne každá sociální interakce je skutečně podpůrná. Pokud je pomoc poskytována nevhodným způsobem nebo je nevyžádaná, může vést ke zhoršení psychického stavu (Revenson et al., 1991).

Zátěžová situace však často nepostihuje pouze jednotlivce, ale dopadá i na celou rodinu. V takových případech mluvíme o rodině v krizi (Furlong & Black, 1984; Sobotková in Špatenková, 2004). Nepříznivá diagnóza plodu tak může otrást nejen vnitřní jistotou ženy, ale také rovnováhou rodinného systému (Vágnerová et al., 2009; Špaňhelová, 2015). V těchto situacích je žádoucí přítomnost odborníka, například sociálního pracovníka.

### **2.3.2 Interrupce jako ztráta a proces truchlení**

Ztráta v důsledku interrupce, zejména pokud se jedná o ukončení z důvodu závažné vývojové vady plodu, může znamenat hluboký zásah do psychického i existenciálního prožívání ženy. Může jít nejen o ztrátu dítěte, ale i ztrátu představy o mateřství (McCoyd, 2007; Rastislavová, 2008). Přirozenou reakcí na stav, kdy došlo ke ztrátě něčeho (nebo někoho), co je pro jedince důležité, případně bylo ohroženo jeho sebepojetí, je truchlení (Vymětal, 2008). Truchlení po umělém ukončení těhotenství má však hned několik specifíků. Po interrupci nebývá truchlení tak společensky akceptováno, jako tomu je v případě jiných ztrát (např. úmrtí blízké osoby). Mnoho žen se ocitá ve stavu symbolického mezistupně – necítí se být ani matkou, ani ženou bezdětnou. Ztráta těhotenství, která není plně uznávána

okolím, vede často k sociální izolaci a zpochybňování vlastního práva truchlit (Leon, 1992; Maguire et al., 2015). Zvláště výrazné to bývá u žen, které prožily dilema spojené s rozhodováním v důsledku diagnostikované závažné vývojové vady plodu. V těchto případech je častá přítomnost ambivalentních emocí, včetně obviňování sebe sama či pociťované viny za konečné rozhodnutí (Maguire et al., 2015).

Akutní smutek ženy uvádí především bezprostředně po zákroku. Do tří měsíců z velké části odeznívá a po 1 roce u většiny žen odezněl úplně. Existují nicméně spouštěče (triggers) ve formě určitých zážitků, které představují hmatatelný důkaz toho, že ženy nezažijí očekávanou změnu role těhotné ženy na roli matky. Diagnostika a následné ukončení těhotenství je nutí se přizpůsobit nové roli – pozůstalé matky (Leon, 1992; Maguire et al., 2015). Těmito spouštěči mohou být připomínky těhotenství jako je pohled na dětské oblečení, setkávání se s těhotnými ženami a dětmi nebo plánování budoucího těhotenství. Poslední zmíněný faktor, tedy myšlenky na nové těhotenství sice může u některých žen vyvolávat úzkost, ale pro jiné může hrát naopak pozitivní faktor ve smyslu naděje na překonání zármutku (Maguire et al., 2015).

Zármutek, který dřív ustupoval se může znovu vynořit ve formě tzv. výroční reakce (anniversary reaction). Tu zažívá v nějaké formě až 36 % žen. Jde o emocionální nebo fyzické symptomy, objevující se na výročí termínu interrupce či plánovaného porodu. Tato reakce může probíhat na nevědomé úrovni, manifestována jako somatické obtíže (bolesti hlavy, bolesti břicha, bolest při pohlavním styku, obtíže v oblasti trávicího ústrojí apod.). Vyšší pravděpodobnost, že se u ženy výroční reakce objeví nastává, pokud z nějakého důvodu nemohl proběhnout proces truchlení (Franco et al., 1989; Maguire et al., 2015).

Truchlení po interrupci není patologickým jevem, ale zdravou odpovědí na ztrátu něčeho, co mělo pro ženu hluboký symbolický význam. Zvláště u žen, které těhotenství vnímaly jako vytoužené, ale přesto musely podstoupit interrupci ze zdravotních důvodů, bývá ztráta těžce zpracovatelná právě kvůli společenské neochotě ji uznat jako legitimní smutek. Umožnění tohoto procesu – jak pro ženu samotnou, tak pro její okolí – je důležitým předpokladem pro návrat k psychické rovnováze a schopnosti přijmout novou životní realitu.

## **2.4 Pomáhající profese**

Odborníci v pomáhajících profesích čelí nejen vysokým nárokům na odborné znalosti a dovednosti, ale i intenzivnímu emočnímu zatížení vyplývajícímu z povahy klientských situací. V kontextu rozhodování o interrupci či doprovázení žen při perinatální ztrátě se emoční stránka práce často ukazuje stejně náročná jako ta odborná. Způsob, jakým odborníci v těchto situacích jednájí a jak je emočně prožívají, je ovlivněn nejen jejich profesní identitou, ale také osobními zkušenostmi a schopností pečovat o vlastní duševní rovnováhu (Grant & Kinman, 2014; Dattilio, 2015). Následující podkapitoly se proto zaměří na vybrané aspekty působení v pomáhajících profesích – od sebepojetí odborníků a vlivu osobních zkušeností až po emoční dopady této práce a strategie sebepéče, které pomáhají těmto nárokům čelit.

### **2.4.1 Sebepojetí v pomáhajících profesích**

Sebepojetí odborníků v pomáhajících profesích je formováno nejen jejich profesní rolí, vzděláním a zkušenostmi, ale též vnitřními hodnotami, morálními dilematy a kulturním kontextem, v němž existují určitá očekávání ohledně ideálu „dobrého odborníka“ (Arthur, 1992). Tento ideál bývá často vystaven zkoušce každodenní praxí charakterizovanou omezenými zdroji, emoční zátěží a četnými etickými dilematy. Mnozí pracovníci proto popisují napětí mezi tlakem na výkon a snahou zachovat lidskost a autenticitu (McLeod, 2017).

Profesní identita může být rovněž ovlivněna tím, nakolik a jak odborník reflektuje svou zranitelnost. Například odborníci s vlastní zkušeností duševního onemocnění nebo osobní ztráty se mohou cítit vtaženi do konfliktu mezi požadavkem na objektivitu a touhou být vůči klientovi autentickým průvodcem (Zerubavel & Wright, 2012).

### **2.4.2 Vliv osobní zkušenosti v pomáhajících profesích**

Kromě profesního sebepojetí hrají důležitou roli také osobní zkušenosti odborníků. Ať už jde o dřívější duševní onemocnění, ztrátu blízké osoby, prožité trauma či dlouhodobou péči o nemocného člena rodiny, tyto zkušenosti mohou významně formovat jejich profesní život (Oates et al., 2017). Často se odrážejí v motivaci, která odborníka přivedla k danému oboru,

ve zvýšené citlivosti k určitým skupinám klientů i ve schopnosti navázat hlubší terapeutický vztah.

Prožitá ztráta nebo psychická krize může odborníky přiblížit ke klientům, avšak současně je vystavuje novým dilematům – například zda a jak sdílet vlastní zkušenost, jak nastavit profesní hranice nebo jak se vyrovnat s případným přetížením (Eriksen et al., 2014; Richards et al., 2016). Někteří autoři upozorňují, že otevřené přiznání takové osobní zkušenosti je v profesní kultuře stále stigmatizováno, přestože by mohlo přinést hlubší porozumění a posílit terapeutický vztah (Roennfeldt & Byrne, 2021; Byrne et al., 2016). Nedostatek otevřenosti na pracovišti přitom může vést k vnitřnímu napětí; odborníci se pak obávají ztráty důvěry či ohrožení svého postavení, pokud by jejich osobní zkušenost vyšla najevo (Harris et al., 2016).

Z výzkumů vyplývá, že podpora ze strany profesního prostředí je klíčová k tomu, aby osobní zkušenost mohla být integrální součástí profesní identity, a nikoli zdrojem vyloučení či sebezpochybnování (Sjölvie et al., 2013).

### **2.4.3 Emoční dopad na odborníky**

Bez ohledu na individuální předpoklady a podporu okolí představuje samotná povaha práce v pomáhajících profesích – zejména v situacích ztráty nebo eticky náročných rozhodnutí – značnou emoční zátěž. Odborníci popisují prožitky intenzivního smutku, frustrace, pocitů viny a bezmoci, které mohou dlouhodobě přetrvávat a nepříznivě ovlivňovat jak jejich profesní výkon, tak osobní život (Marcella & Kelley, 2015). V některých případech se objevují projevy sekundární traumatizace nebo tzv. zástupného truchlení (*vicarious grief*), jež se mohou manifestovat například formou vtíravých vzpomínek (flashbacků), podrážděnosti, poruch spánku či emoční otupělosti (Gandino et al., 2017).

Zejména v kontextu perinatální ztráty jsou odborníci často vystaveni situacím, v nichž nemohou naplno projevit své emoční reakce – dochází proto k emočnímu distancování nebo sklouzávání k rutinnímu jednání (Ellis et al., 2016). Způsob, jakým o těchto situacích hovoří, přitom často odhaluje jejich obranné mechanismy – například využívání vágních formulací, pasivního jazyka nebo nepřímého vyjadřování vztahu ke klientovi (Gandino et al., 2017).

Tato emoční zátěž se může promítat také do vztahů na pracovišti a do rozhodovacích procesů – zejména pokud chybějí mechanismy pro sdílení a zpracování emocí, jako je supervize nebo týmový následný rozbor (*debriefing*) (Laurent et al., 2017).

#### **2.4.4 Sebevěče v pomáhajících profesích**

Sebevěče je proto považována za základní předpoklad dlouhodobé udržitelnosti práce v pomáhajících profesích. Nejde přitom jen o individuální odpovědnost každého pracovníka, ale o komplexní soubor postojů, návyků a systémových opatření, které slouží k prevenci vyhoření a zachování profesní integrity (Dattilio, 2015). K významným prvkům sebevěče patří práce s hranicemi, schopnost reflexe vlastních limitů, vyhledávání podpory a systematické využívání supervize. Sebevěče dále zahrnuje schopnost vědomě oddělit pracovní a osobní sféru, nepřetěžovat se a respektovat vlastní možnosti (Vymětal, 2008).

Za klíčovou kompetenci pro zvládnání emoční zátěže a udržení kvalitního vztahu s klientem je považována rezilience, chápaná jako schopnost adaptace na stresové podněty a zotavení po náročných situacích (Zanatta et al., 2020). Výzkumy ukazují, že rezilienci lze posilovat různorodými intervencemi – od vzdělávacích programů a nácviku reflexe až po techniky mindfulness a komunitní podporu. Současně se však ukazuje, že bez institucionální podpory a uznání významu emoční práce se mohou jednotliví pracovníci cítit izolovaně a přetížení (Rogers, 2016). Jako efektivní nástroj pro rozvoj profesní reflexe a lepší orientaci v náročných vztazích s klienty je často zmiňována supervize, zejména ve formě balintovských skupin. Takto zaměřená supervize může napomoci k tomu, aby odborníci nezůstávali se svou zátěží osamoceni a dokázali udržovat rovnováhu mezi lidskostí a odborností (Vymětal, 2008).

Sebevěče by tak měla být vnímána nikoli pouze jako osobní návyk, ale také jako součást profesní etiky a organizační kultury. Systematická podpora odborníků v této oblasti je nezbytná pro zachování lidského rozměru pomáhající profese, a tím i pro udržení kvality péče poskytované klientům.

#### **2.4.5 Odborníci a péče o ženu v kontextu interrupce**

Interrupce představuje z psychologického hlediska mimořádně komplexní a citlivou životní událost, jejíž dopady se výrazně liší v závislosti na osobnostních charakteristikách ženy,

kontextu rozhodování i dostupné podpoře. V celém procesu mohou hrát odborníci klíčovou roli; ať už jde o zdravotníky, psychology, sociální pracovníky nebo pracovníky krizových služeb, právě jejich přístup a míra citlivosti může zásadně ovlivnit to, jak žena svou zkušenost vnímá a zpracovává.

Prožívání interrupce je hluboce individuální a může být spojeno s různorodými emocemi – od úlevy až po smutek, ambivalenci nebo pocity viny. K výrazně negativním pocitům po interrupci mohou vést především situace, kdy žena nevnímá dostatek autonomie při rozhodování. Může cítit tlak nebo nevidí ze situace jiné východisko, což může vést k pocitu, že rozhodnutí nebylo jejich vlastní. Tlak na rozhodnutí jednom nebo druhým směrem obecně snižuje emoční pohodu i přesto, že by se ženy samostatně rozhodly pro stejnou možnost (Kimport et al., 2011). Klíčové proto je, aby odborníci dbali na zachování autonomie ženy a rozhodnutí tak bylo stále její.

Rozhodování o interrupci je multidimenzionální jev, který nemůžeme umístit pouze na škále snadné – obtížné. Odborníci by tak měli brát v úvahu i rozdíl mezi obecnými obavami ženy pramenící z pobytu ve zdravotnickém zařízení a rozhodovacím konfliktem. Ženy, které při rozhodování zažívají větší míru ambivalence potřebují podporu (Van Ditzhuijzen et al., 2019). Ženy, které se dozví, že jsou těhotné jsou „vrženy“ do nové reality a zvažují, zda jsou připravené na mateřství. Kvůli legální lhůtě jsou pak nuceny se rozhodnout v omezeném čase (Kjelsvik et al., 2018). Je proto potřeba, aby s tímto kontextem počítali i odborníci, kteří se se ženou v procesu setkávají.

Moore a kol. (2011) shrnuje hlavní principy poradenské podpory pro ženy, které prochází procesem interrupce. Cílem takové pomoci by mělo být především zajistit, aby žena rozuměla svým možnostem, dostala informace o samotném zákroku a mohla se rozhodnout v empatickém a podpůrném prostředí. Je tedy třeba, aby měl odborník dobré znalosti o samotném zákroku a ke každé ženě by měl přistupovat individuálně. Z výzkumu Moore také vyplývá, že ženy u poradců hledají právě podporu v podobě informací. Mají však obavy ze zpochybňování a odsuzování rozhodnutí. Potřebují naopak ujistit, že jejich rozhodnutí je v pořádku a že nejsou „špatné osoby“ (Moore et al., 2011).

Důležitou složkou psychologické podpory je také normalizace jejich prožitků. Ženy se mohou bát své emoce sdílet ze strachu z odsouzení a stigmatizace, což vede k pocitu izolace.

Zdravotní personál by proto měl vytvořit prostor pro vyjádření (Moore et al., 2011; Kjelsvik et al., 2018).

### **Ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů**

V případě umělého ukončení těhotenství z důvodu diagnostikované vývojové vady plodu hraje role zdravotníků zásadní úlohu, protože jsou často prvními odborníky, kteří ženě tuto informaci sdělují. Těhotné ženy obvykle implicitně očekávají, že jejich dítě je zdravé, a ultrazvuková vyšetření vnímají jako běžnou součást prenatální péče. Proto může být odhalení zdravotního problému během screeningového vyšetření šokující a nečekané (McCoyd, 2007; Hodgson et al., 2016; Lalor et al., 2008).

Následné diagnostické postupy mohou být pro ženu zdrojem intenzivní nejistoty a úzkosti. Klíčovým prvkem v tomto procesu je citlivý a podpůrný přístup zdravotníků, kteří nejen poskytují odborné informace, ale také uznávají a reflektují emoční prožívání pacientky. Empatická komunikace a psychologická podpora mohou významně zmírnit stres spojený s rozhodováním (McCoyd, 2007; Hodgson et al., 2016).

V dnešní době se pro mnoho žen stávají primárním zdrojem informací internetové stránky. Tyto platformy však často obsahují nemoderované a vědecky nepodložené informace, na základě kterých má žena činit rozhodnutí. Výzkumy naznačují, že lékaři již nejsou vždy hlavním a už vůbec ne jediným zdrojem informací během procesu rozhodování. Tato skutečnost zvyšuje význam jejich role při orientaci žen ve spolehlivých zdrojích a poskytování ověřených informací (Hodgson et al., 2016).

Mezi podstatné volby, které je třeba učinit v případě ukončení těhotenství v 2. trimestru je také metoda interrupce. Zda bude UPT provedeno metodou chirurgické dilatace a evakuace nebo bude porod indukován medikamenty. Výzkum Jessici Kerns (2012) ukazuje, že samotná možnost volby mezi těmito metodami hraje významnou roli v prožívání interrupce. Ženy, které mají možnost se samy rozhodnout, vnímají větší kontrolu nad celým procesem a zvolená metoda lépe odpovídá jejich individuálním emočním potřebám (Kerns et al., 2012).

Někteří lékaři se domnívají, že chirurgická metoda interrupce může ženám usnadnit vyrovnání se se ztrátou, neboť celý proces probíhá rychleji a s menší fyzickou

angažovaností. Tato metoda však neumožňuje například přímý kontakt s plodem, což může být pro některé ženy významný aspekt procesu truchlení. Z tohoto důvodu je klíčové přistupovat k ženám individuálně a umožnit jim volbu metody podle jejich osobních potřeb, hodnot a preferencí. Každá žena může vnímat důležité aspekty procesu jinak – zatímco některé preferují co nejrychlejší průběh zákroku, jiné mohou považovat za podstatné mít možnost prožití rozloučení s plodem. Je proto nezbytné, aby zdravotníci zaujíмали nestranný a podpůrný přístup, který ženám poskytne komplexní, relevantní a srozumitelné informace. Pouze na základě takových informací mohou ženy učinit rozhodnutí, které pro ně bude v dané situaci nejpříjemnější. Respektující komunikace a dostatek času na rozhodnutí mohou zásadně přispět k tomu, aby ženy vnímaly svůj podíl na procesu jako aktivní a autonomní (Kerns et al., 2012).

Podle Naomi Hodgson a kol. (2016) by měla, především v situacích, kdy se žena rozhoduje o ukončení těhotenství ze zdravotní indikace, být k dispozici kvalitní poradenská péče, která splňuje základní kritéria:

- Sdělení výsledků ohledně postupů testování a diagnostických postupů by mělo být jasné a strukturované. Aby žena dostala představu o tom, co jí čeká a jaké informace jí diagnostika může přinést. Stejně tak výsledky testů by měly být sdělovány v takové formě, aby jim žena porozuměla.
- Žena by následně měla dostat informace, na základě kterých se bude moci informovaně rozhodnout, zda podstoupí další (invazivní) vyšetření. Tato další diagnostika by pak měla následovat v co nejnižším časovém odstupu.
- Interakce se zdravotnickými službami by měla proběhnout způsobem, který ženu co nejméně zatěžuje, včetně administrativních procesů.
- Ženám může pomoci empatický a neodsuzující přístup odborníků. Podstatné je zejména uznání závažnosti a neočekávanosti celé situace. Odborníci mohou ženě nabídnout diskusi o jejích aktuálních pocitech a potřebách. Klíčové ovšem je, aby jí v jejích rozhodnutích podpořily. Ujistění o správnosti volby totiž může být to, co ženě později pomůže se s rozhodnutím lépe vyrovnat.

Hodgson dokonce považuje za neetické poskytovat prenatalní diagnostiku v momentě, kdy není k dispozici poradenství splňující výše uvedené principy (Hodgson et al., 2016).

## **2.5 Aktuální systém péče o ženy zvažující interrupci**

Systém péče o ženy v kontextu interrupce v České republice zahrnuje zdravotnické a nezdravotnické složky péče, funguje v rámci státního i soukromého sektoru a nabízí různé formy zdravotní, psychologické a sociální pomoci. Jednotlivé služby se navíc liší svým ideologickým ukotvením v závislosti na tom, jak umělé ukončení těhotenství pojmají. Níže mapujeme aktuální stav této péče, upozorňujeme na některá omezení systému a zmiňujeme, co v praxi reálně funguje jako opora pro ženy.

### **2.5.1 Zdravotnická a nezdravotnická složka péče**

Zdravotnická složka zahrnuje především gynekologickou a porodnickou péči. Když se žena dozví, že je těhotná a rozhodne-li se podstoupit interrupci, absolvuje lékařské vyšetření a konzultaci u gynekologa. Ten jí poskytne informace o průběhu zákroku, možných metodách a případných rizicích (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, n.d.). Výkon samotný probíhá na specializovaném zdravotnickém pracovišti; gynekologicko-porodnické oddělení v nemocnici nebo akreditovaná klinika.

Před zákrokem se provedou nutná vyšetření a žena je poučena v rámci informovaného souhlasu. Součástí zdravotnické péče bývá také edukace o formách antikoncepce a nabídka kontroly po výkonu. V případě ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů je potřeba ještě lékařský posudek z genetiky.

Veškerá medicínská péče (od potvrzení těhotenství, přes interrupci, až po řešení případných komplikací) spadá do zdravotnického systému pod dohledem Ministerstva zdravotnictví a profesních institucí. Zdravotníci jsou vedeni povinností respektovat rozhodnutí pacientky a zajistit bezpečný průběh výkonu v souladu s platnými standardy. Například Česká gynekologická a porodnická společnost deklaruje, že cílem je dostupná a kvalitní péče v souladu se zákonem (Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, n.d.).

Nezdravotnická složka péče pak doplňuje medicínský rámec o psychologickou, sociální a praktickou podporu. Tuto péči zajišťují zejména poradny, krizová centra, linky důvěry a neziskové organizace. Jedná se o služby, které pomáhají ženě před procesem interrupce (například v rámci rozhodování), v jeho průběhu i po interrupci. Patří sem například krizová intervence při akutním psychickém rozrušení (tu poskytují např. nonstop linky důvěry či

krizová centra při psychiatrických klinikách), dále sociální poradenství ohledně dostupných sociálních dávek či jiných možností (např. adopce), a zejména psychologická podpora a terapie.

Tyto služby většinou probíhají mimo nemocnice – buď v rámci státem zřizovaných poraden (např. poradny pro rodinu při obcích) nebo prostřednictvím neziskových organizací a soukromých odborníků. Některé větší nemocnice však mají vlastní sociální pracovníky či klinické psychology, na které mohou lékaři ženu odkázat. Typicky pokud lékař zpozoruje, že pacientka před interrupcí váhá, je ve stresu nebo se u ní projevují výraznější emoce, může jí doporučit návštěvu psychologa nebo kontakt na krizovou linku či některou organizaci. Systém zdravotní a nezdravotní složky tedy může spolupracovat – například gynekolog poskytne základní psychologickou podporu a informace, poté případně nasměruje ženu k dalším odborníkům mimo zdravotnické zařízení.

### **2.5.2 Státní a soukromý sektor**

Do péče o ženy řešící interrupci se zapojuje veřejný (státní) i soukromý sektor. Státní sektor zahrnuje státní či krajská zařízení (nemocnice, poradny financované z veřejných rozpočtů) a různé národní politiky či programy. Do soukromého sektoru v tomto kontextu patří soukromé zdravotnické subjekty (kliniky, lékaři) a nestátní neziskové organizace či individuální odborníky mimo státní struktury.

Většina interrupcí v ČR je prováděna ve veřejných nemocnicích a klinikách. Kromě toho ale existují i čistě soukromé kliniky a gynekologické praxe, které interrupci rovněž provádějí. Stát také garantuje dostupnost antikoncepce a gynekologické péče, což přispívá k preventivnímu snížení počtu neplánovaných těhotenství. K veřejnému sektoru náleží i sociální služby: Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) a obce financují síť poraden a zařízení (např. Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, azylové domy pro matky s dětmi). Tyto služby nejsou zaměřeny výhradně na těhotné, ale ženy v tísní je mohou využít. Stát také v některých případech finančně podporuje neziskové iniciativy, které doplňují veřejnou sociální síť.

Velkou roli v psychosociální pomoci hrají nevládní neziskové organizace. Patří k nim například Na počátku (Na počátku, n.d.), Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství (Aperio, n.d.), Hnutí Pro život ČR, (Hnutí Pro život ČR, n.d.) Nevypusť duši (Nevypusť

duši, n.d.), proFem (proFem, n.d.) a další. Tyto organizace provozují poradenské linky, psychologické a právní poradny, azylové domy či podpůrné programy pro ženy v různých situacích. Některé se zaměřují na oběti násilí (proFem), jiné na rodiče v náročné situaci (Aperio) nebo přímo na těhotné ženy v tísní (Na počátku, Hnutí Pro život). Z hlediska sektoru jde o soukromé subjekty, avšak mnohdy úzce spolupracující s veřejnou správou – např. ministerstva či obce je zařazují do adresářů pomoci (Ministerstvo vnitra ČR, n.d.). Soukromí jsou také individuální poskytovatelé psychoterapie či psychiatrie, ke kterým ženy docházejí řešit své duševní zdraví.

Velmi podpůrné může být také sdílení zkušeností s ostatními ženami v podobné situaci (McCoyd, 2007). V ČR nejsou moc rozšířené oficiální svépomocné skupiny specificky pro ženy po interrupci, proto ženy hledají pomoc alespoň v online prostředí, které dnes nabízí podpůrné skupiny ve virtuální podobě – ženy mohou své příběhy (i anonymně) sdílet na fórech a sociálních sítích. Tyto příběhy mohou ostatním pomoci cítit se méně osamoceně.

V ideálním případě se veřejný a soukromý sektor doplňují. Například zdravotní pojišťovny mohou uzavřít smlouvy se soukromými poradnami či psychology, aby jejich služby byly hrazeny a staly se tak dostupnější. Systém péče o ženy v kontextu interrupce v současné podobě bohužel není centralizovaný a žena se tak často musí sama zorientovat, na koho se obrátit, a jednotlivé složky (lékařská, psychologická, sociální) propojuje vlastní iniciativou nebo díky neformálním doporučením.

Je třeba také zmínit, že psychosociální pomoc není povinná – žena má právo ji využít, ale také ji odmítnout. Některé ženy prochází interrupcí v pořádku i bez cizí podpory, jiné ji ale velmi uvítají. Je tedy potřeba, aby systém péče nabízel různé formy podpory tak, aby si každá žena mohla najít pro sebe tu vhodnou.

### **2.5.3 Hodnotové a ideové ukotvení forem pomoci**

Organizace a iniciativy pomáhající ženám v souvislosti s interrupcí vycházejí z různých ideologických rámců. Různé postoje mohou ovlivňovat způsob, jakým je pomoc poskytována, i to, jaké cíle sleduje. V českém prostředí lze vysledovat dva hlavní ideologických přístupy:

Přístup tzv. pro-choice (právo volby) klade důraz na autonomii ženy, její právo rozhodnout o svém těle a životě. Pomoc se soustředí na neodsuzující podporu při jakémkoli rozhodnutí. Organizace a skupiny s pro-choice ukotvením zpravidla nevyvíjejí nátlak ani jedním směrem – respektují, pokud se žena rozhodne těhotenství ukončit, a chtějí jí zajistit bezpečný a legální přístup k interrupci a následnou péči. Pomoc pro-choice orientovaných skupin spočívá hlavně v informacích, právní podpoře a logistické pomoci – např. doprovod na kliniku, tlumočení, někdy i finanční výpomoc s úhradou zákroku. Pro-choice rámec se promítá i do státních institucí, které fungují sekulárně – např. státní zdravotnické zařízení by mělo poskytnout nestrannou zdravotní službu dle zákona, bez morálních a hodnotových soudů.

Postoj pro-life (ochrana počatého života) zdůrazňuje právo nenarozeného dítěte na život a snaží se potratům předcházet. Organizace s pro-life ukotvením (typicky konzervativní či nábožensky inspirované) poskytují pomoc zejména ženám, které váhají nebo jsou k potratu tlačeny, a raději by dítě donosily, kdyby měly vhodné podmínky. Hnutí Pro život ČR (HPŽ) je nejvýznamnější takovou organizací u nás. Podle svých slov se snaží jednak předcházet potratům, jednak pomáhat ženám s psychickými potížemi po potratu. Pro-life pomoc má tedy dvě větve: prevence interrupce nabídkou podpory a „léčba“ následků potratu. V prevenci HPŽ provozuje zmíněnou Linku pomoci pro těhotné ženy a kampaň „Nesoudíme. Pomáháme.“, která aktivně oslovuje těhotné ženy v složité situaci. Pro-life organizace často spolupracují s církví a dobrovolníky: zajišťují materiální pomoc (výbavičky, finanční příspěvky), ubytování (azylové domy pro těhotné), doprovod na úřady či k lékaři, psychoterapii apod. – vše s cílem odstranit důvody, které by ženu “nutily” k potratu. Druhá větev – pomoc po potratu – vychází z přesvědčení, že mnoho žen trpí tzv. *postabortivním syndromem* (viz výše).

S ideologií souvisí i náboženské ukotvení. Katolická církev v ČR jednoznačně zastává pro-life stanovisko; skrze farnosti a církevní charity podporuje projekty na pomoc těhotným (např. Charita ČR provozuje několik azylových domů pro matky v tísní, kam se mohou uchýlit i těhotné ženy, aby nemusely volit potrat kvůli zázemí). Nábožensky založené iniciativy zpravidla kladou důraz na alternativy k potratu. Naproti tomu sekulární organizace

(např. Na počátku, Aperio, proFem nebo státní poradny) se snaží postupovat hodnotově neutrálně a vycházet z individuálních potřeb ženy, bez náboženského kontextu.

V realitě se tyto ideologické rámce někdy prolínají. Například státní zařízení mají být neutrální, ale konkrétní lékař může mít osobní pro-life postoje a může (i nevědomky) ovlivnit komunikaci s pacientkou. Podobně pro-life organizace deklarují neodsuzování, ale vycházejí z toho, že nejlepší výsledek je narození dítěte. Pro-choice aktivisté zase zdůrazňují eliminaci překážek, někdy možná méně reflektují pocity smutku.

Přestože jednotlivé organizace zaujímají různý hodnotový a ideologický rámec, nemusí být patrný na první pohled. Při pohledu na informační letáček, webové stránky nebo sociální sítě nemusí být ženě ihned jasné, jaký typ pomoci může očekávat. Domníváme se, že by v této oblasti byla potřeba vyšší míra transparentnosti.

#### **2.5.4 Zhodnocení aktuálního systému péče**

Jak ukazují statistiky, nejčastějším důvodem k interrupci v ČR je složitá životní situace ženy, která již zpravidla vychovává děti a další si nemůže dovolit. Toto zjištění (citované i v Respektu) ukazuje na slabinu sociálního systému. Ženy volí potrat často z ekonomických či sociálních důvodů – nedostatek peněz, nejistota bydlení, absence partnera či podpory. Z jejich pohledu jde někdy o *vynucenou volbu*. Současný systém státní sociální podpory (rodičovské příspěvky, přídavky, alimenty vymáhané státem atd.) sice existuje, ale ne vždy zabráni pocitu ohrožení. Limitací tedy je, že stát dosud nedokázal těmto ženám poskytnout takovou míru jistoty (např. dostupné bydlení pro rodiny, dostatečné dávky), aby ekonomický tlak nebyl důvodem k interrupci. Řešení tohoto problému přesahuje zdravotnictví – je to otázka sociální politiky (MPSV) a podpory rodin.

Základním pozitivem naopak je, že české zdravotnictví zajišťuje bezpečné provedení interrupce kvalifikovanými lékaři v hygienických podmínkách. Díky tomu patří ČR k zemím s velmi nízkým výskytem komplikací a nulovým počtem úmrtí spojených s legálními potraty. Světová zdravotnická organizace varuje, že omezení přístupu vede k nárůstu nebezpečných potratů s fatálními důsledky – tomu se Česko vyhýbá tím, že interrupce jsou legální a dostupné většině žen. Legislativní rámec respektuje ženská reprodukční práva a umožňuje ženě rozhodnout se svobodně. V praxi to znamená, že pokud se žena pro potrat

rozhodne, dostane se jí rychlé a odborné pomoci – často během pár dnů od požádání u gynekologa.

System péče o ženy zvažující či podstupující interrupci v ČR k roku 2025 je tedy poměrně rozvinutý v medicínské rovině a postupně se zlepšuje i v psychosociální podpoře. Přestože stále existují zmíněné mezery, celkově můžeme říci, že má žena na výběr: může se dovolat odborné pomoci a interrupci podstoupit legálně a bezpečně, nebo naopak najde podporu, aby ji nemusela podstupovat z donucení. Klíčové je, že všechny tyto formy péče jsou k dispozici – úkolem do budoucna je zajistit, aby se o nich každá žena dozvěděla a měla k nim snadný přístup ve chvíli, kdy je potřebuje.

## 3 Empirická část

### 3.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Naším *cílem* je nahlédnout a prozkoumat zkušenost odborníků, pracujících s ženami, které se ve svém životě rozhodovaly o umělém ukončení těhotenství, nebo interrupcí prošly. Doufáme v zachycení specifik této práce z psychologické perspektivy.

**Hlavní výzkumná otázka:** *Jaká je zkušenost odborníků s poskytováním podpory ženám v kontextu interrupce?*

- a. **Výzkumná podotázka:** Jaké jsou podle odborníků psychologické aspekty interrupce?
- b. **Výzkumná podotázka:** Co ovlivňuje odborníky při práci se ženami v kontextu interrupce?
- c. **Výzkumná podotázka:** Jak odborníci vnímají svou roli v kontextu své práce?

### 3.2 Metodologie

#### Kvalitativní design

Na základě výzkumné otázky a cíle výzkumu byl zvolen kvalitativní design. Podle Miovského lze kvalitativní výzkum charakterizovat jako přístup, „...*který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*” (Miovský, 2006, s. 17) Zkušenost odborníků pro svoji jedinečnost a neopakovatelnost nekvantifikovatelným fenoménem je. Je silně ovlivněna kontextem, kterým mohou být osobní vlastnosti respondentů, podmínky místa a času. Tyto charakteristiky jsou podle Miovského (2006) pro kvalitativní design charakteristické.

#### 3.2.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor pro tuto práci byl vybrán nepravděpodobnostní metodou účelového (záměrného) výběru (Miovský, 2006). Byli osloveni odborníci, konkrétně psychologové, lékaři (gynekologové), porodní asistentky a zdravotní sestry, kteří se profesně věnují tématu interrupce.

Naším cílem bylo zahrnout do souboru odborníky s různým profesním i institucionálním zázemím, abychom mohli zachytit širší spektrum pohledů na danou problematiku. Snahou bylo oslovit profesionály působící v různých oblastech systému péče – od zdravotnických zařízení přes neziskové organizace až po psychologické služby. Podařilo se nám tak získat vhled do praxe jak ve státním, tak v soukromém sektoru, což umožnilo lépe porozumět různorodým přístupům a zkušenostem odborníků, kteří se s problematikou interrupce setkávají.

Rozhovor byl proveden se sedmi respondenty z různých oborů a typů zařízení (viz Tabulka č. 1). Hovořili jsme se třemi psychologkami, dvěma porodními asistentkami a dvěma lékaři – gynekology.

**Tabulka č. 1** Popis výzkumného souboru

<b>Jméno</b>	<b>Obor</b>	<b>Působíště</b>
Martina	psycholožka	soukromá praxe
Petr	lékař – gynekolog	nemocnice v krajském m.
Dominika	porodní asistentka	nemocnice v menším městě
Lucie	psycholožka	nezisková organizace
Karolína	psycholožka	nemocnice v krajském m.
Romana	lékařka – gynekoložka	nemocnice ve velkém městě
Tereza	porodní asistentka	nemocnice ve velkém městě

### 3.2.2 Metody sběru dat

#### **Polostrukturovaný rozhovor**

Rozhovor představuje interaktivní a zprostředkovaný proces získávání dat. Interaktivnost rozhovoru je dána tím, že výzkumník aktivně vstupuje do situace a ovlivňuje charakter i množství informací, které mu respondent sdělí. Zprostředkovanost spočívá ve specifických záměrech respondentů nebo v jejich jazykové obratnosti. Pro zkoumání názorů, postojů,

přání, záměrů nebo zkušeností, je však rozhovor nenahraditelnou formou získávání dat (Ferjenčík, 2010).

Polostrukturované interview je pak takovou formou rozhovoru, při které si výzkumník předem připraví určité schéma (předem připravené okruhy otázek, nebo přímo seznam otázek), kterého se následně drží. Na základě výzkumných podotázek jsme jako okruhy pro semistrukturovaný rozhovor zvolili: pracovní zkušenosti odborníka v kontextu tématu interrupce, pohled odborníka na psychologické aspekty interrupce, pohled na interrupci jako společenské téma a faktory, které odborník vnímá při své práci jako formující.

### **3.2.3 Tematická analýza**

Tematická analýza je jednou ze základních a klíčových metod kvalitativního výzkumu. Tato metoda je vhodná především pro výzkum, v němž se snažíme zjistit něco o názorech, mínění, znalostech, zkušenostech, hodnotách lidí ze souboru kvalitativních dat. Tematická analýza umožňuje identifikaci a analýzu společných témat, myšlenek a významových vzorců, které se v datech opakovaně objevují (Caulfield, 2023).

*Za téma* se v tematické analýze považuje určitá úroveň vzorové odpovědi, nebo významu v souboru dat. Můžeme také říci, že jde o něco důležitého v datech, ve vztahu k výzkumné otázce (Braun & Clarke, 2006).

K tematické analýze je možné přistupovat různými způsoby. Caulfield (2023) jmenuje induktivní přístup, deduktivní přístup (teoretický), sémantický přístup a latentní přístup. První jmenovaný se vyznačuje tzv. bottom-up postupem (zdola nahoru), tedy, že identifikovaná témata jsou pevně spojena s daty a jsou jimi řízena. Témata nevychází z teoretického zájmu výzkumníka a proces kódování tak není závislý na předem existujících kódových rámcích. Otázkou je, zda takového oproštění od svých teoretických a epistemologických závazků je výzkumník schopný (Braun & Clarke, 2006).

Teoretický přístup (top-down, shora dolů) je naopak veden teoretickým zájmem výzkumníka o dané téma. Kódy jsou vytvářeny pro zcela konkrétní výzkumnou otázku. Tento přístup je volen při snaze velmi podrobně analyzovat některý konkrétní aspekt dat, při podstoupení rizika menší bohatosti celkového popisu dat (Braun & Clarke, 2006).

Na základě úrovně, na které mají být témata identifikována lze rozlišit sémantickou neboli explicitní úroveň a latentní neboli interpretační úroveň (Boyatzis, 1998). Zatímco analytický proces sémantické úrovně zahrnuje postup od popisu (data jsou shrnuta a uspořádána tak, aby ukázala vzorec sémantického obsahu) k interpretaci (teoretické vysvětlení významu vzorců ve vztahu k literatuře), u latentní úrovně se blížíme k diskurzivní analýze. Vychází z konstrukcionistického paradigmatu a zahrnuje identifikaci a zkoumání základních myšlenek, předpokladů, konceptualizací a ideologií, které. Teoreticky utvářejí sémantický obsah dat. Lze tedy říci, že latentní úroveň sémantickou úroveň přesahuje (Braun & Clarke, 2006).

Existují také různé struktury tematické analýzy. Nejběžnější formou je nicméně podle Caulfielda (2023) nebo Brauna a Clarkeho (2006) šesti-krokový proces, který zahrnuje následující fáze: seznámení se s daty, kódování, generování témat, přezkoumání témat, definování a pojmenování témat, a nakonec zápis analýzy. Tento proces byl původně vyvinut právě pro psychologický výzkum Virginii Braun a Victorií Clarke. Důsledné dodržování procesu, může výzkumníkům pomoci vyhnout se tzv. konfirmačnímu zkreslení (confirmation bias), při formulování analýzy (Caulfield, 2023).

- Krok 1: Seznámení
- Krok 2: Generování počátečních kódů
- Krok 3: Hledání témat
- Krok 4: Přezkoumání témat
- Krok 5: Definování a pojmenování témat
- Krok 6: Vypracování zprávy

Pozice tematické analýzy v kvalitativním výzkumu není zcela jednoznačná a nepanuje na ní shoda napříč výzkumníky. Pokusíme se zde proto zmapovat jednotlivé pohledy a přiblížit využití tematické analýzy v našem výzkumu.

Holloway a Todres (2003) považují „tematizaci významů“ za obecnou a společnou charakteristiku veškeré kvalitativní analýzy. Stejně tak Boyatzis (1998) charakterizuje tematickou analýzu nikoliv jako samostatnou metodu, ale jako *nástroj* využívaný napříč metodami. K tomuto pojetí tematické analýzy, jakožto procesu kódování využívanému v rámci všech hlavních analytických metod se připojují i Ryan a Bernard (2000). Jiní autoři

jsou naopak přesvědčeni, že tematická analýza může obstát jako plnohodnotná metoda za podmínky, že jsou dodrženy výše zmíněné kroky napomáhající důvěryhodnosti analýzy (Nowell et al., 2017; Braun & Clarke, 2006; Leininger, 1992; Thorne, 2000).

S vědomým těchto omezení přistupujeme k tematické analýze především pro její největší přednost – flexibilitu (Braun & Clarke, 2006). Pro co nejbohatší a nejkompaktnější popis dat volíme induktivní postup s přidržáním se sémantické úrovně analýzy.

#### **3.2.4 Etika výzkumu**

Výzkum byl realizován v souladu s etickými zásadami kvalitativního výzkumu. Všichni zúčastnění odborníci byli předem informováni o cíli, průběhu a charakteru výzkumu a poskytli informovaný souhlas s účastí v rozhovoru i s jeho nahráváním. Respondenti byli ujištěni, že se mohou kdykoliv během rozhovoru rozhodnout jej přerušit nebo ukončit, a že se nemusí vyjadřovat k žádnému tématu, které by pro ně bylo nekomfortní.

Zaznamenaná data byla po přepisu anonymizována. Jména byla změněna a veškeré další identifikovatelné informace byly z textu odstraněny nebo upraveny tak, aby nebylo možné zpětně identifikovat respondenta ani konkrétní instituci. Přístup k nahrávkám i prepisům mají pouze autoři výzkumu a jsou uchovávány na zabezpečeném úložišti.

#### **Reflexivita výzkumníka**

Tato práce tematicky navazuje na naši předchozí bakalářskou práci, která se zabývala psychologickými aspekty rozhodování o ukončení těhotenství. Téma pro nás tedy není nové – již v rámci předchozího výzkumu se formovalo naše porozumění i postoj. Považujeme proto za důležité krátce vymezit naši výzkumnou pozici.

Téma interrupce je v posledních letech stále více vystaveno společenskému a politickému tlaku. Hlasy usilující o zákaz interrupcí na vlastní žádost vnímáme jako extrémní a nebezpečné. Zachování práva na legální a bezpečnou interrupci jen pro nás jedním ze základních prvků svobodné a demokratické společnosti. Jsme přesvědčeni, že možnost žen rozhodovat o svém těle a reprodukčním zdraví je zároveň nezbytnou součástí rovnosti mezi pohlavími.

Zároveň však věříme, že samotné právo nestačí. Skutečně svobodné rozhodování vyžaduje dostupné a kvalitní antikoncepční metody, podporu žen a párů v krizových situacích,

zajištění sociálních a ekonomických podmínek pro rodičovství, i systémové zohlednění potřeb rodičů dětí s postižením. Svoboda volby totiž předpokládá existenci reálných možností.

### **3.3 Analýza**

Z rozhovorů s odborníky, kteří se věnují tématu interrupce, vzešlo pět hlavních témat: postoj odborníka v dialogu s profesní a společenskou normou, vnitřní dimenze odborné identity, profesní zkušenosti s tématem interrupce, profesní vztah a komunikace se ženou v kontextu interrupce, emoční zátěž a strategie jejího zvládnání. Každé z těchto témat dále zahrnuje dílčí subtémata, která v následující analýze postupně představíme.

#### **3.3.1 Postoj odborníka v dialogu s profesní a společenskou normou**

Z výpovědí oslovených odborníků vyplývá, že jejich postoj k interrupci se utváří v napětí mezi osobními hodnotami, profesní rolí a společenským diskurzem. Téma je vnímáno jako eticky citlivé a komplexní, nikoliv snadno zařaditelné do vyhraněných ideologických pozic. Zkušenosti z praxe přispívají k větší empatii a porozumění individuálním kontextům rozhodování, i když osobní postoje zůstávají různorodé. Respondenti zároveň reflektují nutnost oddělovat vlastní přesvědčení od profesionální podpory. Kriticky vnímají i způsob, jakým je interrupce rámována ve veřejném prostoru – varují před její bagatelizací i démonizací a zdůrazňují význam respektujícího a individuálního přístupu.

#### **Morální dilemata a hodnotové přesvědčení**

Odborníci ve svých výpovědích často tematizují interrupci jako etické dilema a formulují k ní osobní postoj. Nejde přitom nutně o zaujetí jednoznačné pozice v rámci bipolárního ideologického spektra pro-life versus pro-choice. Mnohem častěji se objevuje snaha poukázat na komplexitu rozhodování, vyjádřit pochopení pro různorodé situace žen a zároveň neopomíjet morální rozměr tématu. V některých výpovědích zaznívá akcent na nutnost zodpovědného přístupu, jinde je interrupce nahlížena jako „menší zlo“, případně jako volba, která není snadná, ale v daném kontextu oprávněná.

Psychoterapeutka paní Martina rozumí situacím, kdy žena interrupci zvolí, protože nevidí jinou možnost. Její hodnotový postoj je však pevně zakotven v přesvědčení, že lidský mozek není připraven činit rozhodnutí o bytí a nebytí potenciálního života.

*„Já osobně si myslím, že potrat není dobře, [...] že je to proti přírodě a že to není morálně v pořádku. Ale jsem přesvědčená o tom, že pracujeme v oblasti, kde hledáme menší zlo.“*

Gynekolog Petr připouští, že interrupce může být náročnou zkušeností, přesto nepochybuje o právu ženy rozhodnout.

*„Jako nechci říct, že je teda potrat super, ale já jsem jednoznačně pro.“*

Porodní asistentka Dominika vnímá velkou různorodost situací, které k interrupci mohou vést a považuje za správné, že se žena může o svém mateřství svobodně rozhodnout.

*„[...] takový názor, že je dobře, že tu volby máme a že nemusíme být těhotní. Když nechceme, tak to si myslím, že je správné.“*

Paní Lucie, psychoterapeutka, vnímá morální rozměr interrupce v širších souvislostech, než jak je často prezentují zjednodušené výroky skupin zastávajících pro-choice orientaci – ačkoli se sama k liberálnímu postoji hlásí. Za klíčový považuje aspekt svědomí, které hraje zásadní roli při rozhodovacím procesu.

*„Já se vlastně otevřený člověk. Jsem liberální jakoby, když to takhle řeknu, aby asi si dokážete představit pod tím víc, než když to budu popisovat. Vlastně věřím v člověka, věřím v přírodu, věřím v člověka a věřím v to, že člověk, žena, muž to je jedno, lidi to dělají třeba taková to těžká rozhodnutí. Při nejlepším vědomí a svědomí, protože nevidí jinou možnost. [...] Neříkám, že to jakoby beru, jako že každého tělo, že úplně nejsem ten typ, že moje tělo, moje rozhodnutí, to si úplně nemyslím...“*

### **Změna postoje vlivem profesní zkušenosti**

Profesní zkušenost se v narativech odborníků ukazuje jako zásadní prvek, který ovlivňuje jejich vnímání tématu interrupce. V kontaktu s rozmanitými životními situacemi, příběhy klientek a emočně náročnými momenty se jejich postoje formují a dále proměňují. U některých odborníků přispívá dlouhodobá praxe k větší otevřenosti a empatii – zkušenosti jim umožňují vnímat rozhodnutí pro interrupci jako pochopitelné řešení v určitém kontextu. Jiní naopak vnímají, že se za jednotlivými příběhy často skrývá hluboké dilema a bolest, která zanechává stopy na psychickém stavu žen i jejich vztazích. I přesto, že pak z jejich pohledu interrupce není správnou volbou, je stále jednou z možností.

Paní Dominika se v průběhu své dlouhé praxe porodní asistentky setkala s mnoha ženami, jejichž příběhy a okolnosti, za kterých se rozhodovaly o interrupci se různily natolik, že respondentku vedly k otevřenějšímu pohledu na celé dilema.

*„A fakt i taková moje životní zkušenost mi říká, že fakt nikdy neříkej nikdy...vidím, jak je jako široká škála všech možných situací, které v životě můžu říct. A právě nikdy neříkej, že tobě se tohle nikdy nemůže stát, nebo že jenom tohle je správný, nebo tohle je špatný, protože fakt [...] ty situace životní se můžou vyvinout nepředstavitelné způsobem kombinace a tak. Takže mně, si myslím jakoby věk posouvá spíš k takový jakoby benevolentnosti, otevřenosti, takový větší toleranci.“*

Podobně to vnímá i Lucie, která na základě vlastní profesní zkušenosti postupně proměnila svůj pohled na interrupci. Z původního vnímání interrupce především jako zdravotního výkonu se její porozumění rozšířilo o citlivější vnímání psychologických a vztahových aspektů, které tento zákrok často provázejí. Téma pro ni začalo nabývat hlubších rozměrů, jež přesahují rámec čistě medicínského přístupu.

*„Musím říct, že když jsem třeba byla mladší, tak jsem to takhle vůbec nevnímala. Jo, jakože jsem to nějak asi ani neřešila. A myslela jsem si, že tady tak je prostě zdravotní zákrok. Jo, dneska si to vůbec nemyslím, že je to jenom zdravotní zákrok [...] Mám vlastní zkušenosti, mám zkušenosti prostě klientů, nebo i jako blízkých lidí. Víím, že život je život přináší prostě nečekané výzvy, problémy těžkosti A mám k tomu takový postoj, že věřím fakt, že člověk dělá to nejlepší v té chvíli, co může jo, tak máme nějaké zdroje, schopnosti, možnosti.“*

Podobnou proměnu postoje popisuje i respondentka Martina, která již dlouhodobě nevnímá interrupci pouze jako lékařský zákrok. V průběhu své praxe se její pohled dále posunul – za potratem dnes vidí především bolest a ztrátu, nikoli přínos. Považuje jej za krajní a nouzové řešení, ke kterému člověk sahá, když už nevidí jiné východisko.

*„Čím víc tím pracuji čím víc jako bolesti kolem toho vidím a těch dilemat a těch dramát, které to udělá. A taky opravdu čím víc jsem viděla žen, které se trápí tím, že to dítě nepřichází nebo že ho ztratili, tím víc si myslím, že interrupce je asi tak dobré jako chemoterapie. Jo je super, že tohle máme, že máme tuhle možnost, ale že to není dobré.“*

### **Respekt k volbě ženy vs. osobní názor**

Osobní postoj odborníka k tématu interrupce často utváří jeho představu o tom, jak by se sám v podobné situaci zachoval. Tato představa může být založena na hypotetickém scénáři, ale zároveň bývá zakořeněná v hodnotách, životní zkušenosti nebo osobních přesvědčeních. V některých případech se tak může stát, že odborník porovnává rozhodnutí ženy s tím, jak by jednal sám – což může ovlivnit míru jeho empatie nebo schopnost přijmout odlišnou perspektivu.

Z rozhovorů však vyplývá, že si odborníci své postoje aktivně uvědomují a usilují o jejich oddělení od profesionálního působení. I v situacích, kdy se jejich vnitřní názor liší od rozhodnutí klientky, si zachovávají vědomí své role a snaží se poskytnout podporu bez hodnocení. Reflexe vlastního postoje se tak stává součástí profesionální odpovědnosti – jak ukazují následující výpovědi.

Způsob, jakým Martina vnímá plod – tedy jako víc než pouhý „shluk buněk“ – může do určité míry ovlivňovat její schopnost plně se vcítit do žen, které jej vnímají právě tímto způsobem. Tento rozdíl v chápání může vytvářet určité obtíže v porozumění, ačkoli Martina zdůrazňuje, že na jiný pohled má žena právo.

*„Já myslím, že jakmile žena jednou otěhotní, natož porodí, tak, že už dvě čárky na testu nemůže brát jako že jen tak. Fakt si musí uříznout půl mozku, aby to dokázala brát, že o nic nejde, že je to shluk buněk. Ani já to nemůžu takhle brát. Bych to řekla nějaká premisa, kterou už neumím překročit, takže pokud nějaká žena říká, je to shluk buněk, tak já v tom vidím uříznutou půlku mozku. A jako jed' je to její svaté právo to takhle vidět a nebudu jí to bořit, ale vlastně jí to nevěřím. V hloubi duše.“*

Porodní asistentka Tereza také reflektuje, že ne vždy vnímá situaci stejně jako její pacientky. Přesto považuje za součást své profesionální role schopnost odložit vlastní postoje a pocity stranou a nabídnout ženě podporu v jejím rozhodnutí.

*„[...] ale tak teď už jsem si jako si říkám, ne tak prostě mám jí podpořit v jejím rozhodnutí, ať je jaký chce. No tak jako jsem si říkala, musím odhlédnout od toho, co si obecně myslím, ale prostě mám to tak dělat, tak je to tak v pořádku.“*

Paní Karolína, psychologka v nemocnici, si sama sebe naopak v situaci, kdy by se musela rozhodnout o interrupci představit dokáže. Tato schopnost vnitřního ztotožnění jí podle usnadňuje porozumění ženám, které se ocitají v obdobném dilematu. Nepocítuje v tomto směru hodnotový konflikt, jelikož její postoje vycházejí z přesvědčení o právu jednotlivce rozhodovat o své reprodukci.

*„Já osobně si dokážu představit, že kdybych byla v nějaký jako fakt blbý situaci. Kdybych měla být bez partnera, nemít peníze, nebo přijít o práci, stěhovat se, a tak tady ty nějak věci dohromady. Že bych taky asi šla na interrupci. Jo, jakože nechtěla bych dítě vychovávat sama a bez peněz a bez nějaký jako opory. Jo. Takže já osobně to jako fakt mám založený na tom, že je to jako svobodná vůle každý ženy. Jako si vlastně o tomhle moct rozhodnout, jestli bude chtít, nebo nebude chtít mít dítě.“*

## **Vliv společenského diskurzu**

Téma interrupce vnímali oslovení odborníci nejen jako individuální rozhodnutí ženy, ale zároveň jako oblast silně rezonující ve společenském a politickém prostoru. Ve svých výpovědích reflektovali způsob, jakým je interrupce veřejně diskutována, a často kritizovali zjednodušené či ideologicky vyhraněné rámce, ve kterých se o ní hovoří. Z pohledu odborníků má interrupce jemnější a vrstevnatější význam – je vázána na kontext konkrétní životní situace, hodnotového nastavení ženy i jejího okolí. Proto by podle nich neměla být vnímána pouze jako banální zdravotní úkon, ale zároveň ani jako morální selhání.

Paní Martina, která vnímá interrupci především jako závažný zásah do psychiky ženy, považuje za problematický diskurz, který interrupci prezentuje jako běžný a snadný zdravotní zákrok. Podle ní takové zjednodušení banalizuje možné psychické dopady a může nepřímo podporovat ženy, aby k interrupci přistupovaly s menší vážností.

*„Za to nemám ty interrupce ráda, že tak, jak jsou u nás nabízené a tak, jak se o nich mluví, že to trochu podporuje. Jít na potrat jako zkratkovité řešení, že jsou jako hodně dostupné a že jsou prodávané asi jako vytržení osmiček, jo prostě jako něco, co je snadný zákrok, minimální rizika. A vlastně to skoro ani nebolí. Ale ten význam je úplně jinej než vytržení osmiček.“*

Karolína naopak nechápe společenské tlaky, které staví interrupci do morálně problematické pozice a prostřednictvím různých praktik v ženách posilují pocity viny.

*„A přijde mi trochu jako zvrácený do toho tahat třeba, jako že je to proti bohu, nebo že je to hřích a skončí za to v pekle a že teda se to nesmí tohle. Jsem jsem šla po [...] přes náměstí a měli tam stánek a podepisovali tam petici takový ty pro-life nebo co to je za hnutí. Že tam měli i ty fotky jako těch embryí a tak. Já jsem kolem toho chtěla jenom projít a ten pán si mě odchytl a fakt se mnou chtěl vést jako vážnou diskuzi o tom, jak teda je to strašný, teda že ty ženy to jako podstupují.“*

Stejně tak i Petr vidí interrupci především jako právo ženy a silné emoce v něm tak vyvolávají snahy některých zemí toto právo omezovat. Ze své lékařské pozice vnímá legislativní omezení interrupcí jen jako cestu k nárůstu nelegálních, výrazně nebezpečných metod vedoucích k potratu.

*„Myslím, že takový Polsko. Tak to si myslím, že je jako středověk, jak to tam je teď. Jo, nechci říct úplně jako že to odsuzují, ale mám k tomu dost jako, jako nenávisťnej postoj. To je to je hrozný, hrozný to je...“*

## **Shrnutí a souvislosti**

Ve výpovědích jednotlivých respondentů lze zaznamenat jemné rozdíly vycházející z jejich profesního zaměření. Lékaři ve svých rozhovorech kladou důraz především na právo ženy rozhodnout se, zda interrupci podstoupí, či nikoliv. Tento postoj často opírají o obavy ze zdravotních rizik spojených s restriktivním přístupem k interrupcím. Umělé ukončení těhotenství vnímají jako součást komplexní gynekologické péče a celkový rámec jejich výpovědí je více ukotven ve zdravotní rovině.

Porodní asistentky vycházejí ve svém přístupu k interrupci především z praktické zkušenosti s různorodými životními příběhy žen. Tento kontakt jim umožňuje zaujímat otevřený a tolerantní postoj, který lze shrnout slovy jedné z respondentek: „nikdy neříkej nikdy“. Přestože si váží mateřství a chápou význam potenciálního života, za nejdůležitější považují nehodnotící podporu žen v jejich individuálním rozhodování.

Psychologický pohled představuje interrupci jako rozhodnutí provázené silným dilematem. Psycholožky a psychoterapeutky vnímají toto téma jako mnohvrstevnaté a odmítají jeho zjednodušení do černobílých kategorií. Jsou si vědomy hodnoty potenciálního života, avšak zároveň chápou osobní, vztahové i sociální důvody, které mohou ženu k interrupci vést. Kriticky nahlíží na společenskou stigmatizaci potratů, ale zároveň zdůrazňují potřebu uchovávat morální a psychologickou komplexitu tohoto tématu. Vlastní postoje aktivně reflektují s cílem, aby jejich hodnotové nastavení nenarušovalo schopnost empatie a podpory vůči ženám v náročné situaci.

Stejně jako jednotliví odborníci, i odborná literatura upozorňuje na iluzornost redukce komplexního a vysoce individuálního prožívání interrupce na bipolární konflikt (Cotroneo & Krasner, 1977). Do rozhodovacího procesu vstupuje řada vzájemně se ovlivňujících faktorů a jeho závěr bývá zpravidla výsledkem pečlivého zvažování osobní situace (Kero et al., 2003; Kirkman et al., 2009). V důsledku politizace tématu bývají psychické dopady interrupce buď zlehčovány, nebo naopak přehnaně akcentovány (Kimport et al., 2011), přesto však rozhodování samo o sobě může představovat náročný proces, který může provázet široké spektrum různorodých emocí (Friedman et al., 1974; Sereno et al., 2013).

### 3.3.2 Vnitřní dimenze odborné identity

Výpovědi odborníků ukazují, že jejich vztah k tématu interrupce je úzce spjat s osobními zkušenostmi, hodnotami i profesními volbami. Vlastní mateřství, perinatální ztráta nebo kontakt se zdravotním a poradenským systémem formují jejich postoj k interrupci a zvyšují citlivost vůči individuálním prožitkům žen. Také zprostředkované zkušenosti z blízkého okolí a obecná reflexe mateřství jako součásti ženské identity prohlubují schopnost empatie, i u těch, kteří interrupci osobně neprožili. Odborníci se k tématu dostávají různými cestami – pro některé je to vědomě zvolená specializace, pro jiné přirozená součást práce v oboru. Všichni však vnímají potřebu poskytovat ženám podporu v náročné situaci, někteří až s vědomím profesního poslání. Práce s tématem interrupce tak odráží nejen jejich odbornost, ale i hlubší vnitřní postoje a motivace, které formují jejich identitu v pomáhající roli.

#### Vlastní prožitá zkušenost

Někteří z oslovených odborníků sdíleli osobní zkušenosti, které pro ně byly v kontextu tématu interrupce výrazně formativní. Nejčastěji šlo o vlastní zkušenost s mateřstvím, perinatální ztrátou nebo hledáním podpory v systému zdravotní či psychologické péče. Tyto prožitky ovlivnily nejen jejich profesní citlivost, ale i postoj k interrupci – a to jak na rovině hodnot, tak v individuálním vztahu k ženám, které se rozhodují v obdobně náročných životních situacích.

Zkušenost mateřství u některých odbornic posílila přesvědčení o nenahraditelné hodnotě života, zatímco zkušenost ztráty nebo selhání systému podpory přinesla hlubší porozumění psychické zátěži, se kterou se ženy mohou potýkat. Osobní příběhy tak formovaly i určité hranice, za které by samy v otázce interrupce nešly – často ale zároveň posílily empatii a respekt k rozhodnutí druhých.

Lucie popisuje svou osobní zkušenost s perinatální ztrátou jako zásadní moment, který významně ovlivnil její další životní i profesní směřování. V této době si uvědomila nejen nedostatečnou podporu ze strany systému, ale především na vlastní kůži zažila, jak hluboký a dlouhodobý dopad může mít ztráta dítěte na psychiku ženy.

*„[...] když jsem státnicovala, tak jsem byla už na mateřské, na začátku mateřské. Ještě jsem byla těhotná. A nedopadlo to dobře a dopadlo to přímo tak, že jsem si prošla porodem vlastně mrtvého dítěte. Jo, takže mě to*

*začalo vlastně potom ovlivňovat jakoby v osobním životě a takhle postupně [...] Protože tehdy, když já jsem hledala pomoc, tak jsem téměř žádnou nenašla.“*

Paní Dominika za klíčový zlom ve svém vnímání interrupce naopak označuje vlastní zkušenost s mateřstvím. Porod prvního dítěte pro ni znamenal výraznou proměnu hodnot a postojů – od té doby si již nedokáže představit, že by sama interrupci podstoupila, pokud by k tomu nevedly vážné zdravotní důvody. Tento zážitek pro ni otevřel hlubší citlivost vůči tématu a proměnil způsob, jakým o interrupci přemýšlí.

*„Já osobně...Neměla jsem tak úplně od mlada, ale potom, co jsem porodila, teda svoje první dítě. Tak vim, že bych na interrupci...Ze zdravotního důvodu asi jo teda... ale z nějakýho jinýho, sociálního, nebo že bych neuživila prostě dítě, nebo že ho zrovna teď nechci, tak vim, že bych nikdy nešla.“*

### **Zprostředkovaná zkušenost**

Někteří odborníci ve svých výpovědích odkazovali na zprostředkované zkušenosti ze svého blízkého okolí – tedy prožitky přátel, partnerů, členů rodiny či známých, které jim umožnily nahlédnout interrupci jinou než čistě profesní optikou. Tyto příběhy konkrétních životních situací, emocí a rozhodnutí přispěly k hlubšímu porozumění individuálním motivacím žen, jejich potřebám a podpořily schopnost empatie, aniž by nutně změnily jejich vlastní postoje.

Zprostředkovaná zkušenost tak často sloužila jako most mezi osobními hodnotami odborníka a jeho schopností porozumět jinému pohledu. V některých případech také umožnila lépe si představit emocionální a praktické důsledky rozhodnutí o interrupci, nebo podpořila vědomí o významu respektujícího přístupu bez hodnocení.

Přestože má Dominika jednoznačně vymezený osobní postoj k interrupci – formovaný především její zkušeností s mateřstvím – ve svém okolí se setkala i s příběhy žen, které se rozhodly jinak. Vnímání těchto rozdílných životních situací jí umožnilo udržet si dlouhodobý respektující přístup.

*„A já bych prostě na interrupci nešla, ale neodsuzuji nikoho, mám i kamarádku [...] která se mi přiznala před pár lety, že postoupila interrupci. A vůbec bych si nedovolala fakt nikoho jako odsuzovat.“*

Gynekoložka Romana čerpá svou zkušenost z osobního rodinného příběhu. Možnost otevřeně hovořit s blízkým člověkem o jeho potřebách jí poskytla cenný vhled z perspektivy druhé strany – tedy pacientky. Díky tomu si dnes dokáže lépe představit, jakou podporu a přístup by od ní ženy v obdobné situaci mohly potřebovat.

*„Mám zkušenost zase takhle třeba s nějakým jako indukovaným potratem. Právě třeba v pokročilém týdnu těhotenství, kdy to jsme měli v rodině, tak to prostě mi přijde, že ještě o to víc potom dokážu třeba jako empatizovat s těma ženama, které s tím musí projít. Zas to jakoby úplně z jiného pohledu, kdy mi vlastně ta osoba řekla, co by pro ni v té chvíli třeba bylo fajn.“*

Petr naopak popisuje, že měl možnost zprostředkovaně poznat zkušenost rodiny, která se rozhodla interrupci nepodstoupit. Právě tato zkušenost mu umožnila představit si, co obnáší každodenní péče o dítě s postižením. Tato představa mu pak pomáhá lépe porozumět rozhodnutím žen, které se po zjištění nepříznivé diagnózy plodu rozhodnou pro ukončení těhotenství.

*„Když jsem to viděl jako, co to je za starost se o člověka takovýho jako starat. Tak to byla taková zkušenost s tím, že vím, že [...] bych to nikdy neudělal a jako při představě, že bych se do té situace jako dostala a ta moje žena by si to chtěla nechat, tak to nevím, co bych dělal. Já nechci říct, že mám to dítě zničit život, ale bude tady dalších 40 let a musíte s ním být prostě asi dvacet čtyři hodin každé den. Pořád.“*

### **Obecná ženská zkušenost**

Některé respondentky tematizují otázky mateřství, reprodukce a rozhodování o dětech jako hluboce zakořeněnou součást ženské zkušenosti. Rozhodnutí o tom, zda mít či nemít děti, se v jejich výpovědích objevuje jako univerzální dilema, které prožívají i ženy bez přímé zkušenosti s interrupcí. Tento proces vnitřního zvažování vnímají jako něco, co ženy napříč životními okolnostmi spojuje – jako součást jejich identity, tělesnosti i společenské role.

Téma mateřství je v jejich vyprávění spojováno s významným životním mezníkem a se zkušeností, která v sobě nese jak radost, tak i ztrátu či pochybnosti. Sounáležitost s ostatními ženami, které obdobnými úvahami procházejí, pak podle některých respondentek prohlubuje schopnost empatie a soucitu, i bez nutnosti vlastního prožitku interrupce.

Respondentka Dominika vnímá mateřství jako neoddělitelnou součást ženské zkušenosti – a to jak ve fázi rozhodování o tom, zda se stát matkou, tak v samotném těhotenství. Věří proto, že interrupce či jiný typ perinatální ztráty představuje událost, která zanechává hluboký otisk v psychice ženy a ovlivňuje její další prožívání.

*„Tak jako ženy o tom přemýšlíme všichni, že jo, docela od mlada o dětech a mít je, nemít je a tak.“*

*„Takže aspoň my si myslím osobně, že každá toho aspoň trošku lituje do konce života. Můj ženský názor. [...] Právě tím, jak jako většina žen jako to mateřství fakt prožívá, že to je takový její zásadní životní jakoby úděl, tak si myslím, že ať o dítě přijdou jakýmkoliv způsobem, že se to prostě v sobě nesou na celý život.“*

Podobný pohled zastává také Karolína. Podle ní se každá žena v určitém momentu života musí nějakým způsobem postavit k otázce mateřství – bez ohledu na to, jaké rozhodnutí nakonec učiní. Právě tato společná zkušenost s rozhodováním může podle ní tvořit základ pro vzájemné porozumění a posilovat empatii mezi ženami.

*„To, jestli ta žena bude těhotná, bude mít dítě, bude ho vychovávat, bude ta mamina, nebo ne, nebo ještě ne, protože nějaký důvody. Že je to takový jako velký rozhodnutí, který vlastně děláte a vlastně si říkám, jako že ho musí udělat jako ale každá žena, i když třeba jako chce bejt těhotná a plánuje to tak stejně, jako musí udělat to rozhodnutí, že jako fakt chce a že to nějak jako přijímá.“*

### **Cesta k profesi a specializaci**

Respondenti popisují různé cesty, kterými se dostali k práci v oblasti interrupcí. Pro některé z nich byla práce s tímto tématem přirozeným vyústěním osobního zájmu nebo vlastní zkušenosti. Vníмали potřebu věnovat se ženám v náročných životních situacích, kde interrupce představuje citlivé a stále nedostatečně ošetřené téma. Motivací jim byla tak snaha zaplnit mezeru v dostupnosti podpory a psychosociálního doprovázení.

Jiní odborníci se k tématu dostali spíše skrze svou profesní dráhu – jejich původní záměr byl pracovat v oblasti zdravotnictví, zejména v gynekologii a porodnictví, a interrupce se pro ně staly jednou z běžných součástí oboru. I přesto, že je někteří vnímají jako „opačný pól“ práce spojené s přiváděním dětí na svět, neoddělují je od celkového rámce své odbornosti – chápou je jako nedílnou součást péče o ženy.

Lucie si na základě vlastní zkušenosti s perinatální ztrátou uvědomila, jak závažné mezery existují v systému podpory ženám v podobně náročné situaci. Právě tato osobní zkušenost ji vedla k rozhodnutí zaměřit svou profesní dráhu do oblasti, kde mohla svým porozuměním a odborností nabídnout skutečně smysluplnou pomoc.

*„A vlastně takové to to, že jsem to prožila. A to, že zároveň. Jsem vystudovala psycholožku a hledala jsem nějaké takovéto jako i zaměření, kam se vydat. Tak mě to táhlo k tomuto, protože fakt jsem si říkala, jako že ty ženy jako teďka sice možností je víc, už jakoby jsem si všimla, že už jsou organizace. Už se tím zabývá stále víc lidí, ale pořád asi to úplně není ono. Jako nestačí to podle mě. Jo, myslím si, že v každém větším městě by možná nějaká taková poradna mohla být. Jo to vlastně vidím, že se nám ozývají jako z celé republiky, že to fakt jakoby je...Je to užitečné no.“*

Dominika se k profesi porodní asistentky dostala víceméně přirozenou cestou – volbu studia ovlivnilo i rodinné zázemí, protože Dominiky maminka byla sestřičkou. V oboru působí od ukončení studia.

*„No po gymnáziu, někam byste měla jít a mě teda zdravotnictví lákalo. Vždycky jsem od základní školy věděla, že jako chci něco ve zdravotnictví podnikat, nebo že by chtěla být sestřičkou více. Maminka dělala sestřičkou. Chodila jsem za ní do práce, takže to jsem věděla určitě. Pak [...] už jsem se dostala na tu zdrávku na tu porodní asistentku, tu ženskou sestru. A tu jsem teda dostudovala a dělám to od roku, teda 93, kdy jsme skončili.“*

Paní Romana se během studia medicíny rozhodla specializovat na gynekologii, protože ji přitahovala možnost být přítomna u příchodu nového života na svět. Interrupce sama o sobě pro ni nepředstavuje stěžejní oblast praxe, vnímá ji však jako přirozenou součást komplexní péče o ženy, která k oboru gynekologie neodmyslitelně patří.

*„Pak jsem se řekla, jako že by se mi to vlastně líbí tohle je jako takový fajn odvětví, kdy je to spíš přesně jako o těch poordech. [...] A takže většina jako mých pracovních dní je, že jako seš u porodu dětí a takže to беру jako takovou pro mě tady jako hlavní část jako toho oboru samotného jako gynekologie, porodnictví, ale zas ty interrupce jsou, i když je to prostě přesný opak, tak prostě to беру jako součást toho oboru.“*

### **Poslání a pracovní motivace**

Někteří odborníci vnímají svou práci s tématem interrupce jako prostor, v němž mohou do systému péče vnášet lidskost, respekt a podporu. V situacích, které jsou pro ženy emočně náročné nebo společensky stigmatizované, vidí možnost vytvořit bezpečné prostředí, ve kterém může být žena provázena procesem rozhodování i následného zpracování. Právě toto doprovázení, jehož výsledkem může být úleva, přijetí nebo zklidnění, je vnímáno jako klíčová hodnota jejich práce. Někteří respondenti mluví o své práci až v termínech vnitřního poslání – ať už jde o podporu jednotlivých žen nebo o širší snahu proměňovat způsob, jakým společnost o interrupci uvažuje. Vnímají potřebu kultivovat citlivější jazyk, bořit mýty a doplňovat veřejný diskurz o odborný, ale empatický pohled. To vše je součástí jejich profesní motivace, která přesahuje běžný výkon role.

Respondentka Martina opakovaně zdůrazňuje, že interrupce představuje významný zásah do psychického světa ženy. Domnívá se, že je důležité, aby tuto vnitřní zátěž dokázala rozpoznat i širší společnost a poskytla ženám prostor k tomu, aby mohly svou zkušenost plně prožít – bez hodnocení, bagatelizace či odsuzování.

*„No, já myslím, že si potřebuji tohle prožít a od truchlit. A v případě těch prvotrimestrálních potratů, jako že na vlastní žádost, tam myslím, že ten smutek je takový jako nelegální. Vlastně jo, že je strašně silný mýtus, že když se tak rozhodla, tak je s tím přece v pohodě [...] takže tam vidím moje jako osobní poslání, abych tak řekla vznešeně. Jako dělat osvětu i v tomhle jo.“*

Dominika vnímá svou roli porodní asistentky v rámci zdravotní péče především jako nositelku lidského přístupu. Péči o ženu se snaží naplňovat nejen odborně, ale i s empatií a respektem. I po mnoha letech praxe o své profesi hovoří s nadšením a zaujetím, což svědčí o hlubokém osobním napojení na tuto práci.

*„A tu svoji práci miluju. Jako hlavně ty porody, samozřejmě, ale je to fakt takový pestrý, jak jsem řekla, tak, že nelituju toho a dělám to fakt moc ráda. [...] To to jako i takovým mým... Nevím, mojí náplní práce. Spoustu přístroje, zajistěj hlídání, že jo ozvy všechno, ale jak to ta holka prožije, tak to je strašně důležitý. A to si myslím, že je v naší moci dost. Ne úplně stoprocentně, ale hodně tak takhle se snažíme“*

Lucie si uvědomuje, že její profesní dráha ji přivádí k mnoha náročným životním příběhům. Přesto ve své práci nachází hluboký smysl – zejména v tom, že může ženám pomoci projít těžkým obdobím, nabídnout jim oporu a vytvořit prostor pro zpracování jejich zkušenosti. Podobně jako Dominika vnímá hodnotu své profese právě v možnosti být ženám lidsky nablízku v citlivých chvílích.

*„Já tu práci mám ráda, takže jakoby možná, že by to mohlo vyznít nějak cynicky, že je to krásná práce, protože jako bych nejradši byla, aby se to, aby se nikdo nemusel na tom rozhodovat, že ale vlastně nakonec. Nakonec je tam většinou ta úleva jo, takže nakonec ta práce je pěkná, protože se něčeho dosáhnu. Prostě někomu je lépe. Takže ano, je to nakonec prostě dobrá práce pěkná.“*

### **Shrnutí a souvislosti**

Ve výpovědích psychologek se odráží především kombinace dlouhodobé práce s tématem interrupce a osobní citlivosti. Jejich pohled je často formován vlastní zkušeností s mateřstvím nebo perinatální ztrátou, což v nich může posilovat pocit hlubšího porozumění ženám v náročné životní situaci. Tyto zkušenosti jim umožňují vnímat dilema rozhodování o interrupci s větší empatií a lidským rozměrem.

Porodní asistentky rovněž čerpají ze své osobní zkušenosti a dlouholeté praxe, která je převážně ukotvena v oblasti mateřství a porodnictví. Sounáležitost se ženami procházejícími rozhodováním o interrupci vnímají často skrze obecné ženské dilema týkající se mateřství.

Díky příběhům svých pacientek i blízkých si udržují respektující přístup a do systému zdravotní péče se snaží vnášet lidskost, empatii a podporu.

Lékaři si prostřednictvím zprostředkovaných zkušeností upevňují realistický a empatický pohled na interrupce, které vnímají jako přirozenou součást oboru gynekologie a porodnictví.

Na význam osobní zkušenosti v profesním životě upozorňují i empirické výzkumy. Prožitek ztráty nebo psychické krize může odborníkovi napomoci navázat hlubší kontakt s klientem a stát se pro něj empatickou a autentickou oporou. Zároveň však tyto zkušenosti přinášejí nové výzvy – především v podobě nutnosti zachovat profesionální odstup a hodnotovou neutralitu (Zerubavel & Wright, 2012; Eriksen et al., 2014; Richards et al., 2016; Oates et al., 2017).

### **3.3.3 Profesionální zkušenost s tématem interrupce**

Respondenti popisují práci s tématem interrupce jako oblast, která klade vysoké nároky nejen na odbornost, ale i na etické uvědomění, sebereflexi a zvládnání nejistoty.

Za zásadní považují respektování autonomie ženy a vědomé nevstupování do jejího rozhodování. Současně však přiznávají, že tlak na jejich expertní roli a očekávání ze strany žen mohou tuto hranici narušovat. Profesionální doprovázení vnímají jako rovnováhu mezi podpůrnou přítomností a záměrnou zdrženlivostí. V situacích, kdy není možné naplnit vlastní představu o „dobré pomoci“, se u nich může objevovat nejistota nebo pochybnost o vlastní kompetenci. Tento pocit se často zesiluje ve strukturálně omezeném kontextu zdravotnického systému, kde je péče limitována časem, procesními kroky a absencí prostoru pro hlubší kontakt.

Kromě toho se odborníci potýkají s etickými dilematy, která souvisejí s jejich osobními postoji a vnitřními hodnotami. I přes snahu o neutralitu si uvědomují, že už samotné profesní setkání může rozhodování žen ovlivnit. Práce s tématem interrupce tak pro ně představuje nejen odbornou, ale i hluboce lidskou a morálně citlivou výzvu.

### **Hranice neovlivňování rozhodnutí**

Respondenti ve svých výpovědích opakovaně zdůrazňují důležitost rozlišování mezi vlastními významy a těmi, které přináší žena, která se na ně obrací. Snaží se vědomě

oddělovat své hodnoty, zkušenosti a názory od podpory, kterou poskytují, a nevstupovat aktivně do rozhodovacího procesu. Je pro ně zásadní, aby žena dospěla k rozhodnutí sama – na základě vlastního uvážení, vnitřních zdrojů a znalosti své životní situace. Tento postoj považují za základ respektujícího přístupu a zachování autonomie klientky. Současně si uvědomují, jak náročné může být toto nezasahování v praxi – obzvlášť v případech, kdy žena čelí výrazné ambivalenci, tlaku okolí nebo časové tísní. Odborníci reflektují vnitřní napětí, které může vznikat mezi profesní odpovědností a lidskou potřebou nabídnout podporu či nasměrování.

Psycholožka Karolína klade ve své práci důraz na zachování rozhodovací autonomie ženy. Snaží se, aby volba, zda těhotenství ukončit či nikoli, zůstala plně v rukou klientky, a aby i proces, který k němu vede byl co nejméně ovlivněn.

*„To, co je tam jako pro mě to komplikovaný, nebo na to se snažím dát největší pozor je to, abych fakt jako do toho nekecala ty pacientce. Abych se to nesnažila nějak jako upracovat za ní. Abych to nechala prostě na ní, protože je to její život, její rozhodnutí, její jako nějaká volba.“*

Zároveň však Karolína reflektuje, že v praxi není vždy snadné tento princip beze zbytku dodržet. Ve své výpovědi zmiňuje konkrétní situaci, kdy pracovala s ženou, která byla velmi nejistá, ambivalentní a současně pod tlakem času. V takové chvíli si sama kladla otázku, zda by nebylo na místě ženu přece jen jemněji vést a nabídnout jí jasnější oporu v podobě vyjádření vlastního pohledu.

*„Ale vlastně tam jsem si nebyla jistá, jestli je to správné rozhodnutí. Jako nějak to ve mě jako zůstalo. Jako takový pocit, jestli. Jestli jsem jí jako neměla, trochu to je blbý říct jo, ale... Vlastně mě napadlo, že jsem jí jako nemohla trochu zmanipulovat k tomu, aby si to miminko nechala. [...] Fakt to bylo takový jako hodně vyrovnaný. Udělat to neudělat to.“*

O podobném aspektu práce se ženami v souvislosti s interrupcí hovoří také Lucie. Ve své praxi klade důraz na to, aby ženy vždy rozuměly základnímu principu jejího přístupu – že jim nabízí různé možnosti a způsoby, jak o situaci přemýšlet, ale neposkytuje rady ani jednoznačná doporučení. Být přítomná v procesu rozhodování, podporovat ženu a zároveň do její volby nevnášet vlastní stanovisko, považuje Lucie za jeden z nejnáročnějších momentů své práce.

*„Častěji opakují té ženě: „To, co vám říkám nejsou rady, to jsou otázky, možnosti, otevírání něčeho. Nerada bych zažila, aby některá žena se řídila podle třeba mojich nějakých rad. [...] Ale, jak říkám, je to taková prostě*

*delikátní práce, takže bych řekla [...] Trošku víc to vyčerpává, protože člověk se musí fakt držet, aby nezasahoval do něj svýma názory nebo něčím takovým. A zároveň na tu citlivost ženy, jak přesně ona na tom je teď v téhle chvíli. “*

### **Autonomie klientky vs. expertní vedení**

Z výpovědí respondentů vyplývá, že se v některých situacích ocitají v pozici, kdy na ně ženy přenášejí zodpovědnost za rozhodnutí o interrupci. Odborníci bývají vnímáni jako autority, jejichž názor může být pro ženu rozhodující – a jsou proto dotazováni na svůj osobní postoj, náhled na situaci i doporučení, jak jednat. Tento moment je vnímán jako vysoce citlivý, protože může snadno dojít k nechtěnému ovlivnění ženy v její volbě. Respondenti reflektují, že v takových chvílích je klíčové zachovat profesní odstup a etické hranice – nepřebírat zodpovědnost, ale zároveň nezvyšovat nejistotu. Odborníci vnímají potřebu poskytnout informace, strukturu nebo podporu v přemýšlení, nikoliv rozhodnutí samotné. Udržet tuto rovnováhu považují za jednu z nejnáročnějších součástí své práce – zvláště když se setkávají s naléhavostí, nejistotou nebo časovým tlakem, v nichž žena hledá jistotu v rozhodnutí „zvenčí“.

Tereza, která působí jako porodní asistentka, se ve své praxi opakovaně setkává se situacemi, kdy ji ženy žádají o radu nebo se zajímají o to, jak by se v jejich situaci rozhodla ona sama. Uvědomuje si však, že pokud chce zachovat profesionální nadhled a respekt k autonomii klientky, nemůže se nechat do takové role vmanipulovat.

*„Co byste sestřičko dělala? Vy to prostě se nesmí člověk do toho vůbec nechat zatahnout. Já ve vaší situaci nejsem já prostě takhle to nemůžu jako ty lidi, když se mají rozhodovat třeba já vím, že to se nesmí člověk do toho nechat takhle dostat. “*

Dodává ale, že rozumí, proč se na ní, jako na autoritu, ženy v tak těžkých chvílích obrací. A proto usiluje o to, aby ženám poskytla podporu bez hodnocení a pomohla jim najít jistotu ve vlastním postoji.

*„Dřív ty lidi nebyli zvyklí rozhodovat sami, že jo. Co pan doktor řekl, to jsi udělal, takže dneska se staví před tu volbu, že vy se musíte rozhodnout. Já vám to nemůžu přece poradit, jako já vám můžu říct, co všechno možné je možné, ale vy udělejte to rozhodnutí. To je těžké hrozně, že jo rozhodnout se. Když se rozhodnou, tak já jim říkám: „Až se rozhodnete, tak jste se rozhodla a už do toho zpátky nechodte, rozhodla jste se perfektně skvěle. A už protože to byste se uvařila v tom. “ Že jo. “*

Karolína vnímá, že ženy v procesu rozhodování často nehledají jen radu, ale také někoho, kdo by s nimi symbolicky sdílel tíhu odpovědnosti. V takové situaci se může objevit tendence přenést rozhodnutí na odborníka, zejména pokud se žena cítí nejistá nebo pod tlakem. Karolína však považuje za zásadní, aby ženy porozuměly tomu, že ona jako odborník nemůže nést odpovědnost za jejich rozhodnutí.

*„Já vlastně nemůžu být jako zodpovědná za jejich rozhodnutí a oni mi tu zodpovědnosti jako tak trochu dát jo, je to takový to, co byste udělala vy? A co teda mám dělat? Poradte mi jo, ale. Ale to mi jako psychologové udělat, nemůžeme jo jako říct tím, jak a co mají udělat.“*

### **Odpovědnost a kompetence**

Očekávání ohledně podoby a dopadu odborné pomoci nevycházejí pouze od žen, ale formují je i samotní odborníci. Mají určitou představu o tom, jak by jejich podpora měla vypadat, co by měla přinášet, a jakou roli v rozhodovacím procesu sehrávají. Pokud mají pocit, že těmto představám nedokážou dostát, může to v nich vyvolávat nejistotu, pochybnosti o vlastní kompetenci, někdy i úzkost. Tento pocit selhání bývá zvláště silný v situacích, kdy se odborníci cítí za výsledek profesně odpovědní, ale zároveň mají jen omezený vliv na to, jak situace dopadne. Typicky jde o emočně vypjaté nebo ambivalentní momenty, na které se nelze plně připravit.

Petr reflektuje, že v jeho profesi se objevují situace, které nejsou plně v jeho moci, a přesto v něm mohou zanechávat pocit nedostatečnosti. Pokud věci neproběhnou tak, jak by si představoval, má tendenci přemýšlet, zda někde nepochybil. Tato vnitřní zpětná vazba může vést až k pocitu osobního selhání, i když objektivně vzato nemusel mít možnost situaci ovlivnit.

*„Nebat si to osobně. Přece jenom jsme všichni lidi a jo takový to: „Jo, doktor prostě, není to robot a bla bla, není to bůh“. A ale potom, když to člověk zažívá, tak je to něco jiného. A nebat si osobně to, že někdy jako... Ne že něco zkazím, ale že něco někdy prostě neudělám tak jak bych si přál.“*

Také Karolína se ve své praxi setkává se situacemi, na které se nelze dopředu připravit. Na rozdíl od Petra však popisuje, že jí právě přijetí této nejistoty pomáhá lépe zvládat obavy z možného selhání.

*„Strávím tam hodně času a co, když bych to podělala? Nebo je takový nějaký moje jako nejistoty, abych to jako udělala dobře. Ted' už to tolik nemám, protože jako vím, že se na to jako nelze připravit.“*

## **Limity systému a profese**

Odborníci, především ti působící ve zdravotnickém prostředí, se se ženou setkávají v rámci struktury systému, který je vymezen časem, organizací péče a jasně danou profesní rolí. Jejich úkolem může být zajištění praktických aspektů péče – příprava k zákroku, komunikace o organizačních nebo medicínských otázkách – nikoli však vedení rozhovoru, který by umožnil hlubší kontakt nebo práci s emocemi. Prostor pro lidské setkání se tak může ztrácet ve formálních procesech.

Časový tlak, který celý proces interrupce často provází, tento dojem ještě prohlubuje. Rozhodnutí musí být mnohdy učiněno rychle, v prostředí s omezeným časem i intimitou. Takto nastavený rámeček může vést k anonymizaci a odosobnění celé zkušenosti – jak pro ženu, tak pro odborníka.

Při své práci v nemocničním prostředí Karolína často vnímá jako omezující faktor nedostatek času. Vzhledem k provázanosti s dalšími složkami zdravotní péče nemá na individuální rozhovory se ženami tolik prostoru, kolik by sama považovala za potřebné. To pro ni představuje výraznou zátěž především ve chvílích, kdy ženy těsně před zákrokem projevují nejistotu ohledně svého rozhodnutí.

*„A je tam je tam kolikrát i faktor jako toho, že nás tlačí čas jo, protože to aro už je tam připravený. Ten operační tým je tam připravený a ta žena má vlastně jakoby chvíli na to, aby se teda ted' rozhodla, že jo anebo by couvla nemůžou tam na ni čekat jako do nekonečna.“*

Také Dominika vnímá propojení s nemocničním systémem jako určitý limit. Její kontakt se ženou často představuje pouze jeden z dílčích kroků celého procesu, což omezuje možnosti pro hlubší sdílení emocí a myšlenek. Vnímá, že na důvěrnější rozhovor nebo podpůrnou přítomnost nebývá dostatek času.

*„Co se týče žen, který jdou na interrupci, tak pro mě je to jenom takový to procesní jo. Jak je k zákroku připravit a nerozebíráme to s nimi vlastně za tu krátkou dobu. Oni jsou u nás pár hodin, že jo, takže neprobíráme.“*

## **Etické otázky**

Práce s tématem interrupce přináší odborníkům řadu etických dilemat, která souvisejí jak s jejich vnitřními postoji, tak s profesní rolí, kterou v kontextu rozhodování žen zastávají. V některých výpovědích se objevuje napětí mezi osobním názorem na „správnost“ konkrétního rozhodnutí a nutností zachovat respektující a podpůrný přístup. I když odborníci ženu

profesně doprovázejí, nemusí být vždy vnitřně v souladu s tím, co daná situace přináší. Tato rozporuplnost může být zvlášť výrazná v případech, kdy je rozhodnutí ženy opakované nebo je vnímáno jako málo promyšlené.

Současně si respondenti uvědomují vlastní vliv, který mohou na rozhodování ženy mít – a to i v případech, kdy se snaží zůstat neutrální a nehodnotící. Už samotný vstup ženy do poradenského nebo zdravotnického systému, setkání s autoritou a sdílení její situace, může vést k určitému posunu. Odborníci tuto dynamiku reflektují jako obtížně kontrolovatelnou a eticky náročnou, protože hranice mezi podporou a ovlivňováním může být velmi tenká.

V rámci své praxe se Romana setkává i se ženami, které interrupci podstoupily opakovaně. Tyto situace v ní vyvolávají otázky ohledně hranic podpůrného přístupu – zejména tehdy, když se jejich rozhodnutí rozchází s jejím vlastním hodnotovým nastavením. Přesto se snaží zachovat profesionální přístup a ženám nabídnout alespoň edukaci v oblasti antikoncepce či plánovaného rodičovství, aby bylo možné podobným situacím v budoucnu předejít.

*„To, že ta žena jde na interrupci poprvý, tak to úplně tomu jako rozumím. Ale když už pak vidíme, že už postupuje interrupci potřetí nebo počtvrté, tak to už je takový jako trošku, že prostě už jim aspoň jako se snažím jakoby říkat, že by měly zapřemýšlet určitě nad nějakou formou tý antikoncepce.“*

Také pro Dominiku je důležité zachovávat profesionální přístup – zvláště v případech, kdy je její vnitřní porozumění situaci ženy vystaveno zkoušce. Týká se to například situací, kdy se žena rozhoduje o mateřství ve vyšším věku, a zároveň má v anamnéze předchozí interrupci. Přestože může vnímat určité rozpory nebo otázky, snaží se své postoje nepromítat do péče a udržet respektující a podpůrný přístup.

*„No a potom horko těžko kolem čtyřicítky honí, jako aby vůbec mohla mít děti, že jo a jsou to různé metody asistovaný reprodukce darovanými vajíčkami a tak dále. Tak to si člověk tak jakoby řekne. Jo holka, jo, jakoby trošku nějaká kritika, aby tam tak jako někde jakoby byla, ale právě že nikdy nevíme ty důvody.“*

Lucie poukazuje na jiný, neméně náročný aspekt své práce – a tím je nevyhnutelný vliv, který může mít na ženu v procesu rozhodování. Přestože se snaží svou roli neustále reflektovat a být si vědoma svých postojů i způsobu komunikace, připouští, že zcela eliminovat svůj dopad na rozhodování ženy není možné. Tento aspekt péče proto vnímá jako trvalou profesní výzvu.

*„No myslím, že je úplně jasně v tom rozhodování, že to je. Že to je hodně eticky tenký led, protože nikdo z nás nechce být zodpovědný za takovéhle rozhodnutí. Jsem si dávat pozor, neovlivňovala a stejně vím, že ovlivňuji a že když ke mně žena přichází se poradit, tak jde s nějakým očekáváním a možná za mnou jde za nějakou autoritou.“*

### **Shrnutí a souvislosti**

Lékaři ve svých výpovědích často zmiňují tlak vyplývající z jejich expertní role a s tím spojený pocit odpovědnosti za výsledek celého procesu. V takovém kontextu pro ně může být výzvou nebrat si případně selhání osobně. Zároveň se ve své práci dostávají do situací, které vnímají jako eticky sporné – zůstat v těchto momentech podporujícím odborníkem může být psychicky i profesně náročné.

Porodní asistentky působící ve zdravotnickém systému často hovoří o tlaku vyplývajícím z omezeného času, který mají na kontakt se ženou. V rámci tohoto prostoru se snaží kromě nezbytných praktických úkonů poskytnout také základní psychickou podporu. Zároveň se mohou dostávat do situací, kdy od nich ženy očekávají osobní názor, což pro ně představuje zkoušku schopnosti udržet profesní hranice a zachovat neutrální, podporující postoj.

Podobnému dilematu čelí i oslovené psychologičky. Ve své praxi se setkávají se situacemi, kdy ženy mají potřebu s nimi sdílet odpovědnost za rozhodnutí. O to důležitější je pro ně zachovat facilitační přístup a jasně tento princip komunikovat. Vnímají, že se mohou ocítat na „eticky tenkém ledě“, a proto považují za zásadní průběžně reflektovat svůj vliv a aktivně podporovat kompetenci žen rozhodovat na základě vlastních potřeb a hodnot.

Odborníci působící v pomáhajících profesích v sobě často nesou idealizovanou představu „dobrého odborníka“. Tento vnitřní obraz propojuje nároky profesní role, teoretické znalosti, praktické zkušenosti a osobní hodnoty s morálními dilematy a širším kulturně-spoločenským kontextem. V každodenní praxi však bývá tento ideál konfrontován s realitou omezených zdrojů, časového tlaku, vlastních emocí a etických otázek. V důsledku toho se odborníci mohou ocítat v napětí mezi tlakem na výkon a snahou udržet si lidský, autentický přístup (Arthur, 1992).

Systémová omezení dopadají nejen na odborníky, ale i na samotné ženy. Tlak na rozhodování je často umocněn časovými limity, které vyplývají jak ze zákonných lhůt, tak z povahy lékařského procesu. V takto vymezeném rámci mohou ženy vnímat ztrátu autonomie

a prožívat rozhodování jako emočně náročné až negativně zatěžující (Kimport et al., 2011; Kjelsvik et al., 2018).

### **3.3.4 Profesionální vztah a komunikace se ženou v kontextu interrupce**

Z výpovědí odborníků vyplývá, že kvalita vztahu se ženou v kontextu interrupce je považována za klíčový aspekt odborné podpory. Jejich cílem není jen předat informace či zajistit organizační průběh péče, ale vytvořit prostor, ve kterém může být žena psychicky i lidsky podpořena. Empatie a snaha vcítit se do její perspektivy umožňují odborníkům lépe reagovat na individuální potřeby, zároveň ale přináší riziko emočního zahlcení. Komunikační přístupy volí odborníci intuitivně – jako kombinaci klidného naladění, otevřenosti a občasného sdílení vlastních emocí, pokud to situace umožňuje. Vztahová dynamika se přitom může pohybovat mezi důvěrnou aliancí a pozicí zástupce systému, na nějž žena promítá svou frustraci. Tato ambivalence je odborníky vnímána jako náročná, ale zároveň neoddelitelná součást práce, která vyžaduje citlivost, sebereflexi a lidský přístup.

#### **Odborník jako držitel bezpečného prostoru**

Odborníci vnímají jako zásadní součást své práce vytvoření bezpečného prostoru, ve kterém se žena může otevřeně a autenticky vyjádřit. V kontextu rozhodování o interrupci se tento prostor stává nejen prostředím pro sdílení náročných emocí, ale také místem, kde jsou tyto emoce uznány, validovány a uneseny. Možnost „*pustit to naplno*“, projevit smutek, vztek nebo ambivalenci, je podle respondentů klíčová pro psychickou úlevu a pocit podpory.

Současně je tento prostor vnímán jako nástroj orientace – prostřednictvím jasné a strukturované komunikace o tom, co se bude dít, co žena může očekávat a na koho se může obracet. Transparentnost a dostupnost informací napomáhá zmírnit úzkost a přispívá k tomu, že žena má ve své situaci větší pocit kontroly.

Pro Martinu je velmi důležité, aby ženy měly možnost projevit své emoce tak, jak je skutečně cítí, a mohly o tématu mluvit způsobem, který odpovídá jejich momentálním potřebám. Klíčové je podle ní, aby měly po boku člověka, který je nehodnotí, ale svým přijetím jejich prožívání legitimizuje.

*„Ty ženy hodně oceňují, když najdou prostor, kde to můžou říkat, nebo kde to můžou prožívat, kdy to můžou pustit naplno, můžou plakat a můžou se zlobit a můžou. Jako mluvit o tom, jak je to hrozně těžký. A kde je to nějak jako přijaté a kde je to nějak unesené.“*

Tereza zdůrazňuje význam dalšího klíčového prvku pro vytváření bezpečného prostoru – poskytnutí jasných a konstruktivních informací o dalším postupu. Zároveň považuje za důležité ujistit ženu, že v celém procesu není sama a v rámci nemocničního systému má někoho, na koho se může kdykoli obrátit.

*„No tak, jako říkám jim, že právě že třeba jako takový to: „Tady jako spolu vyřešíme, vyřešíme to rychle. Tady prostě přijdete, půjdete druhý den domů. [...] Každá ta paní je jiná, že jo, takže jako já jim řeknu jasně, jako, co se bude dělat a prostě, jak se to udělá tohle. Tak to je pro ně taky důležité v tu chvíli, že se můžu znova kdykoli zeptat na všechno.“*

### **Empatie a vcítění**

Respondenti ve svých výpovědích opakovaně zmiňují, že se v kontaktu se ženou snaží „vžít“ do její situace. Prostřednictvím představivosti a empatického naladění si kladou otázky, co by sami potřebovali, co by cítili, a jaké možnosti by v dané chvíli vnímali jako dostupné. Tato snaha porozumět perspektivě ženy jim umožňuje lépe reagovat na její potřeby, vyhnout se zjednodušujícím úsudkům a nepodléhat tendenci generalizovat její prožívání. Současně si však odborníci uvědomují, že tento proces může být emočně náročný. Představa tíhy rozhodnutí, které žena nese, může v nich vyvolat pocity úzkosti, zranitelnosti nebo vlastní nejistoty. Vcítování se do situace druhého tak přináší nejen hlubší porozumění, ale i riziko vnitřního zahlcení.

Romana ve své výpovědi vyjadřuje ambivalenci, kterou prožívá při snaze vcítit se do prožívání žen čelících rozhodnutí o interrupci. Na jedné straně interrupci chápe jako hluboce osobní a nepřenositelnou zkušenost, jejíž emocionální dopad si jen obtížně dokáže plně představit.

*„A těžko se vžít do té ženy, jako jak to cítí po tom výkonu, no kdy, kdy věřím, že to prostě může bejt takovej jako zvláštní pocit, když víte, že ještě před půl hodinou jakoby ve vás rostlo mimčo a potom...V podstatě jako vašim rozhodnutím už jako ne. Takže to to zas jako věřím, že může bejt potom takovej těžkej pocit, na kterej se třeba jakoby nejde připravit.“*

Zároveň se však snaží nahlédnout situaci očima ženy, která se v těžké chvíli ocitá v kontaktu se zdravotním systémem. Tento přístup jí umožňuje volit takový způsob komunikace, který by – podle jejího úsudku – mohl být v takových chvílích co nejcitlivější a nejpodpůrnější.

*„Když bych se jako do nich vžila, tak si to právě dokážu představit, že ocením to, že se mě už na to nikdo stokrát jako neptá. Že prostě se mnou akorát proberou ty možnosti a já si svobodně vyberu. A to si jakoby myslím, že asi ta žena od toho personálu potřebuje a nic víc. Rozhodně nepotřebuje nějaké jako rady do života.“*

Podobně se snaží porozumět potřebám ženy i Karolína. Představit si, co žena za daných okolností prožívá pro ni však bývá emočně náročné, protože na ní samotnou v takových chvílích dopadá tíha situace a pocit bezvýchodnosti.

*„A tak mě někdy jako napadá: „Ty vogo, kdyby se to stalo i mě, to je fakt strašný.“ Jo, že vlastně jako říkám, když už je to jako takhle na hovno tak. Jako co vlastně jako já pro tu ženu můžu udělat, nebo co bych třeba i chtěla, aby někdo jako udělal pro mě, kdybych já byla jako v podobný situaci.“*

### **Komunikační strategie**

Na základě své profesní zkušenosti odborníci rozvíjejí určité komunikační strategie, které považují za přínosné v kontaktu se ženou rozhodující se o interrupci. Nejde přitom o konkrétní fráze nebo techniky, ale spíše o celkové naladění, způsob přístupu a vědomou práci s atmosférou setkání. Tento přístup může být zaměřený na potřeby ženy – například ve snaze přinášet klid, otevřenost, stabilitu nebo prostor pro emoce. V jiných situacích však vychází i z potřeb samotného odborníka – například snahy vyrovnat se s napětím nebo dát najevo autenticitu a lidskost.

Respondenti popisují, že někdy záměrně volí optimistický nebo uklidňující přístup, aby ženě poskytli podporu a zázemí. Jindy zase vědomě přiznávají vlastní pohnutí – sdílí dojem, vnitřní reakci nebo i slzu, pokud cítí, že je to v dané situaci vhodné. Tento způsob vztahování se ke klientce je vnímán jako nástroj citlivé komunikace i prostředek vzájemného propojení.

Tereza samu sebe vidí jako optimisticky laděného člověka a tento životní přístup považuje za nápomocný při své práci.

*„Taky si myslím, že jsem optimistická celkem no, což pro ty paní je dobrý jako no nebo pro ty pacientky a většinou se mi to daří. [...] No, tak když se na ty lidi mračíte, to vám nijak nepomůže. Tak se snažím bejt jakoby optimistická, no aby to prostě byl ten pozitivní přístup. Ten je důležitý ke všemu.“*

Karolína si uvědomuje, že ne vždy se jí daří zachovat profesní odstup – a ani to nepovažuje za nezbytné. Naopak věří, že projevení lidskosti a sdílení určité míry emočního dopadu může ženě pomoci cítit, že v těžké situaci není sama. Přítomnost a otevřenost, i když nejsou zcela neutrální, vnímá jako přirozenou a často i nejvhodnější formu doprovázení.

*„Vlastně to trochu zažívám s tím člověkem, což je vlastně dobře jo, nebo to jako vlastně bejt bejt s tou ženou? V té situaci je to, co dělá teďko. A a když jako jsem i tím příběhem nějak jako pohnutá. Ať už je to opravdu jako těžký a pak třeba i jako cítit nějakou jako tíhu, jako na hrudi nebo v ramenou, tak i to nějak jako pojmenuju. Nebo se mi zaleskne slza jo, tak to tomu člověku nějak jako sdělím, že se mě to tak nějak tohle dotýká. Taky to se mnou něco dělá.“*

### **Mezi aliancí a reprezentací systému**

Vztahová dynamika mezi odborníkem a ženou v kontextu interrupce může nabývat různých podob – od podpůrného spojenectví až po vnímané zastupování systému, vůči kterému žena cítí bezmoc nebo hněv. Odborník může být vnímán jako ten, kdo stojí po boku ženy v náročném období, nabízí porozumění, bezpečí a lidskou oporu. Zároveň se však může ocitnout v roli představitele instituce – zdravotnického nebo poradenského systému – skrze kterého k ženě přichází nepříjemné zprávy, limity nebo pravidla. V těchto situacích bývá odborník vystaven silným emocím, které žena směřuje „k systému“, ale které dopadají na něj samotného.

Někteří respondenti reflektují obtížnost udržení empatie, pokud čelí otevřenému odporu, podráždění nebo odmítnutí ze strany klientky. Přesto se snaží zachovat vnitřní postoj, který tyto projevy interpretuje jako důsledek krizové situace, nikoliv jako osobní útok. Jiní upozorňují, že pozice spojence může být zároveň citlivá – protože může zpochybnit neutralitu, nebo být vnímána jako stranění.

Ve své praxi se Tereza nevyhne ani kontaktu se ženami, které jí nejsou osobně sympatické, nebo které vůči ní zaujmají odmítavý či vymezující postoj. V takových situacích považuje za zásadní nevztahovat si reakce klientek osobně, ale chápat je v širším kontextu jejich aktuálního psychického rozpoložení a náročnosti situace, v níž se nacházejí. Tento přístup jí pomáhá zachovat profesionální nadhled a podporující postoj i tam, kde je vzájemný kontakt obtížnější.

*„No tak někdy samozřejmě jo vám ta paní protivná a je těžký jakoby podporovat někoho, kdo se vám a priori nelíbí. [...] No samozřejmě, že se musím snažit, musíme snažit to tak jako ale tak. Si si říkám, no vždyť ona chudák je nešťastná, protivná, jo, protože je nešťastná. No ale tak taky to vždycky není úplně nejsnažší.“*

Martina se ve své roli psychoterapeutky často ocitá v pozici, kdy stojí po boku ženy proti něčemu, co je v danou chvíli vnímáno jako nepřítel – může jí být partner, systém zdravotní péče, okolnosti situace nebo samotný osud.

*„Protože když se ženy přijdou popovídat sem, tak se nezlobej na mě, ale na partnera a má lékaře. A já jsem v tom trochu spojenec [...] a možná je to ošemetné v tom být spojenec. Hmm jo na jednu stranu si myslím že je to legitimní, protože dělám terapii tomu, kdo sem přijde.“*

### **Shrnutí a souvislosti**

Pro oslovené psycholožky je zásadní vytvářet prostředí, ve kterém mohou se ženou sdílet tíhu situace a umožnit jí projevat autentické emoce a otevřeně hovořit o svých pocitech. Pokud cítí, že to může ženě pomoci, dovolují si v citlivých momentech projevit i vlastní emoce – zejména tehdy, kdy se jich situace osobně dotýká.

Porodní asistentky, které mohou být ženami vnímány jako součást zdravotnického systému, se někdy ocitají v roli zástupného adresáta frustrace nebo hněvu. I v těchto situacích se však snaží porozumět prožívání ženy a zůstat pro ni oporou – jak po psychické stránce, tak jako průvodkyně celým procesem, která poskytne potřebné informace a jistotu v nejisté situaci.

Oslovení lékaři, podobně jako porodní asistentky, usilují o zachování empatického přístupu a snaží se vnímat individuální potřeby ženy v rámci jejího kontaktu se zdravotnickým systémem.

Za klíčové pro prožívání ženy v kontextu interrupce považuje vytvoření prostoru pro vyjádření i odborná literatura (Kjelsvik, 2018). V citlivé životní situaci, jakou interrupce může představovat, může žena pociťovat obavu ze zpochybnění svého rozhodnutí. Právě proto potřebuje především empatické ujištění, že její volba je legitimní a v pořádku (Moore et al., 2011). Podpora bez tlaku a hodnocení se tak stává důležitým krokem k normalizaci jejího prožitku. Možnost sdílet zkušenost může zároveň výrazně snížit riziko pozdějších psychických obtíží a pocitů izolace (McCoyd, 2007; Kimport et al., 2011; Hanschmidt et al., 2016). Pokud je ženě poskytnut dostatek informací, které jí umožní učinit samostatné rozhodnutí, podporuje to její pocit autonomie i následnou spokojenost s vlastní volbou (Moore et al., 2011).

### **3.3.5 Emoční zátěž a strategie jejího zvládnání**

Téma emoční zátěže představuje významnou součást profesní zkušenosti odborníků pracujících v kontextu interrupcí. Respondenti napříč profesemi popisují situace, které pro ně byly psychicky mimořádně náročné – obzvláště v případech ukončení těhotenství ve vyšším stadiu nebo při rozhodování v důsledku závažné vývojové vady. Emoční vypětí může

souviset jak s konkrétními obrazy a příběhy, tak s konfrontací s vlastními obavami či zranitelností. Tyto zkušenosti otevírají potřebu vnitřního zpracování a reflektování vlastních hranic.

Mnozí odborníci vzpomínají, že zejména v počátcích své praxe zažívali pocity zahlcení, nejistoty a pochybností o vlastní připravenosti situace zvládnout. Postupem času si však osvojili způsoby práce s těmito emocemi – ať už prostřednictvím vnitřní sebereflexe, psychohygienických návyků nebo jasnějšího profesního ukotvení. Jako strategie zvládnání zátěže zmiňují fyzickou aktivitu, humor, racionalizaci, ale i vědomou práci s tělesným prožíváním či emoční odstup. Zároveň však zaznívá, že systémová podpora odborníků – například v podobě supervize – není v prostředí zdravotnických profesí standardem. Tam, kde je dostupná, představuje významný nástroj pro rozvoj profesní reflexe, sdílení náročných situací i udržení psychické stability. Emoční zátěž tak není chápána jako selhání, ale jako přirozená součást práce s citlivým a komplexním tématem – za předpokladu, že ji lze bezpečně integrovat a nést v rámci odborné identity.

### **Náročné příběhy a situace**

Respondenti napříč profesemi se shodují, že nejnáročnější situace, se kterými se ve své práci setkávají, souvisejí s umělým ukončením těhotenství ve vyšším stadiu gravidity. Jde především o případy, kdy se žena rozhoduje na základě vývojové vady plodu, a odborníci tak spolu s ní sdílí tíhu morálního i existenciálního dilematu. Tato zkušenost v nich často otevírá hlubší roviny vlastních obav – ať už jde o úzkost spojenou s tématem smrti, nebo zneklidňující představy týkající se vlastního těhotenství.

Náročnost těchto situací je spojována i s vizuálním aspektem – vzhled plodu ve vyšším stadiu vývoje se blíží lidské podobě, a může tak silněji působit na jejich emocionalitu. Někteří respondenti také zmiňují, že určité úkony spojené s ukončením těhotenství – například přímé technické zásahy – vnímají jako psychicky velmi zatěžující. Přesto zdůrazňují, že i tyto chvíle patří k jejich profesi a je nutné je přijímat s profesionalitou, kterou jejich obor vyžaduje.

Romana vnímá náročné momenty, včetně situací spojených s interrupcí, jako přirozenou součást svého oboru. Přesto přiznává, že některé situace na ni silně působí – zejména pokud se jedná o pozdější fázi těhotenství, kdy je pohled na plod pro ni emocionálně náročný.

*„No potom je to složitější nebo náročnější. Tak to už když prostě se porodí normálně jako vypadající plod nebo, tak je to takový jako těžší. Ale prostě to беру, že to je prostě součást toho u toho oboru, jako toho porodnictví.“*

Lucie se ve své roli psycholožky s přímým pohledem na plod neseťkává. Interrupce v pozdější fázi těhotenství pro ni však představují náročné situace z jiného důvodu – silně vnímá závažnost rozhodnutí, které ženy v takové chvíli činí. Rozhovory v tomto kontextu pro ni bývají emočně nejtěžší, protože cítí hloubku dilemat, jež tyto ženy zvažují.

*„Třeba je tam vyvojová vada nebo jo něco tam se rýsuje nedobrého, tak to jsou vlastně nejtěžší, nejtěžší hovory nebo nejtěžší takové chvíle, kdy vlastně? Já vím, že ta žena se musí nějak rozhodnout.“*

Podobně to vnímá i Karolína, pro kterou jsou tyto situace také emočně velmi náročné. Hovoří o tom, že se jí v takových chvílích dotýkají vlastní představy a obavy – přirozeně si klade otázky, jak by se sama rozhodovala, kdyby se ocitla v podobném dilematu. Téma se jí tím stává osobně blízké, což zvyšuje citlivost, ale i vnitřní zátěž.

*„Z nějakých prostě genetických vad vývojových nebo tak. A no, to je nějaký jako téma, který se nějak jako hodně dotýká nějakýho máho ať už jako strachu nebo úzkosti ze smrti. A i z nějakého jako vlastního těhotenství. Jo že jako když vlastně jdu za tou ženou [...] Tak vlastně někdy mě to někdy víc někdy míň jo, ale nějak mě to jako vlastně napadá, že: „Co kdyby se tohle stalo i mě?“*

Tereza poukazuje na další náročný aspekt své profese – fyzickou přítomnost u samotného procesu interrupce. Uvědomuje si, že tento moment může být emočně zatěžující, a proto považuje za důležité zachovat si určitý vnitřní odstup. Emoce si nedovoluje zcela pustit k tělu, protože by to mohlo ovlivnit její schopnost fungovat profesionálně a poskytnout ženě potřebnou oporu.

*„[...] protože třeba když se dělá to ukončení toho těhotenství a je to už větší plod, tak se tam musí prostě zastavit akce srdeční toho plodu, ale to tam já dám vlastní rukou, že? Jehlu ale já už jaksí to nesmíte řešit no.“*

### **Střet s vlastními emocemi**

Odborníci popisují, že práce s tématem interrupce může být emočně velmi náročná, zejména v počátcích jejich profesní dráhy. Setkání s novými, nečekanými nebo zvláště těžkými situacemi v nich vyvolávalo intenzivní emoční reakce, které někdy vedly až k zahlcení. Popsané momenty v nich otvíraly otázky vlastní připravenosti – zda dokážou situaci unést, obstát v roli odborníka a být ženě skutečně oporou. V reakci na tuto zátěž odborníci často zdůrazňují význam profesionality a schopnosti udržet si odstup. Emoce je podle nich potřeba

„zahnat“, aby mohli naplnit svou roli a poskytovat oporu bez přenosu vlastních reakcí. I přesto ale přiznávají, že se některé situace hluboce dotýkají jejich lidské stránky a vyžadují čas na vnitřní zpracování.

Petr se ve své výpovědi vrací ke zkušenostem z počátku své lékařské praxe, kdy se opakovaně ocital v nových a nečekaných situacích. Tyto momenty pro něj často představovaly výraznou zátěž – nejen kvůli absenci zkušeností, ale i kvůli emoční intenzitě, kterou s sebou některé případy nesly.

*„No ze začátku to bylo hrozný. Jsem šel ven za roh a jsem se rozbrečel. To bylo jako to bylo, bylo jako špatný. Hmm, protože jsem nevěděl, že něco takového někdy budu dělat. Potom člověk ve tři ráno stojí s tím třisetgramovým klubkem v ruce, a říká se jako, jak jsem se sem dostal.“*

Podobně jako pro Petra byly i pro Karolínu začátky její profesní dráhy nejnáročnější. V období, kdy se teprve učila pracovat s těžkými tématy, vnímala, že se v ní emoce hromadí a není pro ně dostatečný prostor k uvolnění. Před samotným kontaktem se ženou proto často pociťovala úzkost a obavu z dalšího emočního zatížení, které by mohla situace přinést.

*„Teď už to takový není, ale ze začátku to pro mě bylo jako hodně emočně náročný. Jakože jsem měla pocit, že se to ve mně nějak jako kumuluje, že když už jsem jako stála před dveřmi toho pokoje, tak se mi rozbušilo srdce a vlastně jsem jako měla takový jako očekávání. Bude to zase emočně hodně náročný, zase bude hodně pláče, velký emoce.“*

Tereza ve svém vyprávění opakovaně zmiňuje potřebu zachovávat emoční odstup jako součást profesionálního fungování. Uvědomuje si však, že i přes tuto snahu existují momenty, kdy ji soucit se ženou zasáhne osobně.

*„[...] Když je ta paní nějaká hodně tohle, tak jako taky se vám někdy chce brečet? No ale tak to musíte zahnat. To nejde prostě no.“*

### **Psychohygiena a sebereflexe**

Práce s tématem interrupce podle výpovědí respondentů vyžaduje značnou míru sebereflexe a vědomé práce se sebou samým. Odborníci popisují, že v emočně náročných situacích je důležité znát vlastní silné i slabé stránky, rozumět svým hranicím a aktivně pečovat o vnitřní stabilitu. Vědomí toho, co jim pomáhá zvládat zátěž a udržet si profesní nadhled, je pro ně klíčové pro udržitelný výkon jejich role.

Někteří odborníci zmiňují, že čerpají především ze svého osobnostního nastavení – vnímají se jako realisticky naladěni, psychicky odolní nebo optimističtí. Jiní aktivně využívají konkrétní strategie, které jim pomáhají v emočně vypjatých momentech – například vědomé „*netahání práce domů*“, práce s tělem, kotvení v tělesném prožívání nebo sledování vlastních somatických reakcí.

Tereza ve své výpovědi popisuje osobní nastavení, které jí pomáhá zvládat i náročné situace. Snaží se brát věci tak, jak přicházejí. Sama sebe charakterizuje jako „*reálnou*“, „*od rány*“ nebo „*optimistickou*“, což odráží její přímý, pragmatický přístup. Právě tato kombinace přirozeného nadhledu a životního optimismu jí umožňuje udržet si v práci vnitřní rovnováhu a být oporou pro ženy, které se nacházejí v obtížných životních momentech.

*„No tak já myslím, že jsem taková jako reálná nebo já nevím tak jako nechci říct od rány, ale tak jako prostě od těch holt. Takhle se to musí udělat. Tak tak to jde. Tak si myslím, že jsem optimistická celkem.“*

Romana mluví o důrazném oddělování pracovního a soukromého světa. Těžké emoce se snaží nepřenášet domů, a i když přiznává, že ne vždy se jí to podaří, vnímá tento přístup jako funkční a zatím jí přináší pocit rovnováhy.

*„Zatím se mi to tak nějak jakoby daří, nechat to vždycky v tý práci no. Párkrát si to samozřejmě člověk jako vezme domů, ale jako zatím se jakoby snažím to fakt nechat, jako že když odcházím z tý práce, tak si tu práci netahám jako domů.“*

Pro Karolínu je při práci s emočně náročnými tématy důležité vnímat signály vlastního těla. Všimá si somatických projevů, které mohou naznačovat přetížení, a vědomě s nimi pracuje. Tělo pro ni představuje citlivý ukazatel toho, jak hluboko na ni určitá témata doléhají.

*„Pomáhá mi hodně být jako v těle. Nebo. Tam, kde je to nějaký emočně vypjatý? Tak nějak mi pomáhá se jako kotvit se v tom těle ve smyslu, jak sedím, jestli se třeba nehrbím, jestli mám jako opřený nohy o zem. A víc si uvědomit, když se mi, když třeba jako zachytím, že se mi rozbuší srdce, nebo cítím nějaký jako napětí v těle.“*

### **Copingové mechanismy**

Způsoby, jakými se odborníci vyrovnávají se stresem a emoční zátěží, se mezi jednotlivci liší. Někteří otevřeně přiznávají, že jejich zvládací strategie nejsou ideální – například inklinují k bagatelizaci nebo zlehčování situací, aby si od těžkých emocí ulevili. Jiní naopak vědomě využívají metody, o nichž ví, že jim z dlouhodobého hlediska pomáhají udržet psychickou rovnováhu. Mezi nejčastěji zmiňované způsoby patří fyzická aktivita,

procházky, běh nebo tanec, které pomáhají zejména při zpracování napětí a vzteku. Odborníci také hovoří o humoru a racionalizaci jako prostředcích, které jim umožňují uchopit tíhu situací s jistým odstupem. Některé pomalejší a tišší emoce – například lítost nebo smutek – v jejich pojetí spíše „*nechají odeznít*“, zatímco s přetížením po náročném dni pracují aktivněji.

Petr reflektuje, že se svými emocemi nepracuje vždy ideálním způsobem. Psychickou tenzi obvykle uvolňuje prostřednictvím fyzické aktivity, která mu pomáhá „*vybít se*“. Zároveň přiznává tendenci zlehčovat náročné momenty – humor pro něj představuje obranný mechanismus, který mu umožňuje snížit tíhu prožívání a zachovat si potřebný odstup.

*„Já s tím nakládám velmi nezdravě a vím o tom. Sportuji, běhám hodně běhám. A ten můj ventil těch zážitků, který tady zažívám. No, nebo si z toho dělám dost srandu. Takový ten známý mechanismus, že zlehčujou ty situace, které bych neměl tak.“*

Tereza, podobně jako Petr, nachází úlevu od psychické zátěže prostřednictvím pohybu, který jí pomáhá odreagovat se a vyčistit si hlavu. Zároveň má tendenci si náročné situace racionalizovat – často si v duchu říká, že by se v obdobné situaci zachovala stejně jako žena, se kterou právě pracuje.

*„Prostě odpoledne musíte mít nějakou hezkou vycházku nebo něco, nebo prostě tak jako musíte si říct, že no jasně, vždyť to jako to dítě postižené dítě byste nechtěla. Taky bych ho nechtěla.“*

Pohyb využívá k uvolnění i Lucie, zejména tehdy, když v práci pocítí vztek. V takových chvílích pro ni fyzická aktivita představuje účinný ventil emocí. Oproti tomu tišší, méně výrazné emoce je zvyklá zpracovávat přímo v průběhu kontaktu se ženou – vnímá je, pracuje s nimi a nechává je přirozeně odeznít.

*„Procházka, rychlá chůze mi pomáhá. V případě hlavně toho vzteku třeba jo. Pak mi pomáhá třeba hudba tanec. Taky v případě toho vzteku bych řekla. A ty ostatní emoce jako třeba pokud to narazí u mě na nějakou já nevím, lítost sentiment nebo něco takového, tak to jsou takové ty emoce takové jako pomalejší. To si dokážu jakoby tak nějak nechat odeznít jako to jo to nepotřebuji to úplně ventilovat a spíše tady takový ten vztek, nebo když je toho za ten den moc třeba těch sezení. Jsou závažná, tak je fakt dobré si projít.“*

### **Supervize a odborná podpora**

Možnost využít supervizi či jinou formu odborné podpory stále není v prostředí zdravotnických profesí samozřejmostí. Někteří respondenti uvádějí, že formální struktury

pro profesní sdílení v jejich praxi chybí, a jako alternativu využívají alespoň neformální rozhovory s kolegy. Takové sdílení může přinášet úlevu a pocit porozumění, ale nenahrazuje cílenou odbornou reflexi.

Odborníci, kteří mají přístup k supervizi nebo intervizi, popisují, že tyto formy podpory jim umožňují zpracovat emočně náročné situace, pracovat s vlastními nejistotami a reflektovat hranice profesní role. Témata, která v rámci supervize přinášejí, se často týkají pochybností o vlastním vlivu na rozhodnutí ženy, práce s přenesenými emocemi nebo zvládnání nepříjemných situací v kontaktu s klientkou. Supervize jim tak poskytuje nejen prostor pro uvolnění napětí, ale také nástroj pro udržení profesní integrity a rozvoj sebevědomění.

V průběhu rozhovoru Tereza zmiňuje, že v její profesi chybí supervize nebo jiná systematická forma podpory odborníků. Přestože tuto absenci reflektuje, nevnímá ji jako zásadní nedostatek. Má pocit, že si se zátěží dokáže poradit vlastními prostředky a že ji nedostatek vnější opory výrazně neomezuje při výkonu profese.

*„No, takže bysme měli nějaké supervizní tyhle ty, nebo tak, to nemáme, ale tak já myslím, že to jako nějak to jde.“*

Petr oceňuje možnost se v případě potřeby obrátit na nemocniční psychologku – ať už kvůli pochybnostem ohledně vlastního postupu, nebo kvůli zpracování emočně náročných situací. Tuto možnost vnímá jako cenný zdroj podpory ve své profesní praxi i když s ní častěji mluví jako s kamarádkou.

*„Já vím, že když jako něco potřeboval, takhle tou naší psychologkou, za tou vždycky můžu jít. Jako to mně se s ní povídá. My jsme jako kamarádi, takže se mi s ní dobře povídá.“*

Martina se v průběhu rozhovoru opakovaně vrací k náročným momentům své praxe, které vnímá jako emočně zatěžující. Tato témata chápe jako přirozenou součást své práce, zároveň je ale označuje za vhodný materiál pro supervizi.

*„A to je těžké, no je to je těžké to ustát a je těžké si to jako přebrat. A to je téma třeba do supervizi a tak že jo, takovéhle věci si pak přebrat jako fakt netlačila jsem moc nebyla to nebylo to někde moje. Anebo ustát to, že se zlobí a hledá viníka tak to je myslím.“*

Lucie je na supervizní práci zvyklá a považuje ji za důležitou součást své profesní praxe. Kromě této formální podpory však oceňuje i méně strukturované způsoby, jako je

každodenní kolegiální sdílení. Právě tato běžná výměna zkušeností a emocí s kolegy může představovat klíčový nástroj pro udržení vnitřní rovnováhy a emoční stability.

*„Mám možnost jednak intervize s kolegyněmi. [...] Takže tam třeba můžu říct, že to ve mně něco vyvolalo a tam si to jakoby... Potom supervize týmová to máme taky pravidelně. Tam vždycky některá přinese něco, cokoliv můžeme přinést, takže když něco se mnou zarezonuje, vyvolá to ve mně nějakou jakoby silnou emoci silnější, kterou cítím, že je potřeba se podělit. No tak to tam řešíme. Potom ještě máme individuální supervizi.“*

### **Shrnutí a souvislosti**

Gynekologové, kteří působí jako lékaři v nemocnici, bývají přímými účastníky procesu interrupce. To pro ně může představovat výraznou emoční zátěž, zejména v případech, kdy se jedná o ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů ve vyšším stadiu vývoje plodu. Práce s emocemi však pro lékaře často nebývá samozřejmou součástí profesní psychohygieny, a tak se se zátěží vyrovnávají různými způsoby – od fyzické aktivity přes humor až po snahu důsledně oddělovat pracovní a soukromý život.

Ani porodní asistentky často nemají v rámci zdravotnického systému k dispozici systematickou podporu, například ve formě supervize. Své emoce se proto snaží příliš si nepřipouštět a zaměřují se spíše na úpravu vlastního přístupu. Náročné situace zvládají především díky osobní odolnosti a vědomí potřeby zachovat profesionální postoj.

Oslovené psychologičky naopak vyjadřují snahu o vědomou práci s emocemi, které se u nich během práce objevují. Emoce regulují prostřednictvím práce s tělem a náročná témata zpracovávají formou supervize či intervize, které jsou běžnou součástí jejich profesní praxe.

Odborná literatura rovněž zdůrazňuje význam emocí a jejich zpracování v pomáhajících profesích. Dlouhodobá absence prostoru pro vyjádření a zpracování negativních emocí může vést k jejich postupné kumulaci, což může mít závažné dopady na profesní i osobní život odborníka (Marcella & Kelley, 2015). V praxi se tato zátěž může projevit emočním distancováním a aktivací obranných mechanismů (Ellis et al., 2016; Gandino et al., 2017). Vymětal (2008) proto vyzdvihuje význam sebekpěče, která zahrnuje vědomou práci s profesními hranicemi, reflexi vlastních limitů, oddělování pracovního a osobního života, vyhledávání podpory a systematické využívání supervize. Význam supervize potvrzuje také Laurent a kol. (2007), který ji považuje za klíčový nástroj prevence přenosu emoční zátěže do profesionální práce.

Vedle těchto podpůrných mechanismů hraje roli i individuální odolnost odborníka vůči zátěži, která může vycházet z osobnostních rysů nebo dostupnosti vnější opory (Vymětal, 2008). Paulík (2010) definuje odolnost jako schopnost udržet vnitřní rovnováhu i v náročných situacích. K jejím podpůrným faktorům řadí mimo jiné smysl pro humor, víru ve vlastní schopnosti a pocit kontroly nad situací.

## 4 Diskuse

**Psychologické aspekty interrupce popisují odborníci** jako komplexní, mnohvrstevnatý fenomén, který nelze jednoduše hodnotit. Výrazně se vymezují vůči černobílému pohledu, jenž by rozhodování o interrupci redukoval na morálně správné či špatné řešení. Tento typ zjednodušování vnímají jako rizikový a cíleně se mu snaží ve své praxi vyhýbat. V souladu s odbornou literaturou poukazují na výrazné dilema, které rozhodování o interrupci často provází, a zdůrazňují, že celý proces je hluboce individuální a podmíněný konkrétní životní situací ženy. Výzkumy skutečně potvrzují, že rozhodovací proces může být ambivalentní a emočně náročný (Van Ditzhuijzen et al., 2005; Kumar et al., 2011), nicméně toto prožívání není univerzální. Rastislavová (2008) například upozorňuje, že značná část žen prochází rozhodováním bez výraznějšího vnitřního konfliktu. Tyto ženy se však zpravidla obracejí na odborníky až ve chvíli, kdy své rozhodnutí již učinily (Kumar et al., 2011).

Respondenti rovněž reflektují silnou emocionalitu, která interrupci často provází, a potřebu žen mít prostor pro vyjádření těchto emocí. Rozhodování o interrupci může být náročnou životní zkušeností spojenou s širokou škálou různorodých emocí, od nejistoty a ambivalence až po smutek, úlevu či vztek (Friedman et al., 1974; Sereno et al., 2013). Přestože některé ženy zažívají rozhodování jako obzvlášť zatěžující a nejisté (Van Ditzhuijzen et al., 2005), podle dostupných studií bývá nejčastějším výsledným pocitem úleva (Major et al., 2000; Charles et al., 2008; Robinson et al., 2009). Tento rozpor potvrzují i výpovědi odborníků, kteří poukazují na variabilitu prožívání a význam kontextu, v němž žena rozhodnutí činí.

Odborníci se ve své praxi často setkávají se situací, kdy ženy potřebují sdílet odpovědnost za rozhodnutí o interrupci. Jak uvádí Van Ditzhuijzenová a kol. (2019), právě ženy, které při rozhodování prožívají vyšší míru ambivalence a vnitřního konfliktu, mohou vyhledávat zvýšenou míru odborné podpory. Respondenti však zdůrazňují význam zachování rozhodovací autonomie ženy, neboť právě její posílení může podle Kimportové a kol. (2011) přispět ke zmírnění negativních emocí, které se mohou objevit po zákroku.

Současně odborníci popisují snahu poskytovat ženě podporu v jejím rozhodnutí tak, aby bylo vnímáno jako legitimní. Empatické ujištění, že se žena rozhodla správně, může podle

Mooreové a kol. (2011) pomoci zmírnit obavy ze sdílení vlastních pocitů – zejména pokud žena vnímá riziko nepochopení nebo morálního odsouzení.

Za jedny z nejnáročnějších momentů své praxe označují oslovení odborníci situace, kdy žena přichází v pokročilém stadiu těhotenství a rozhoduje se o interrupci ze zdravotních důvodů. Tuto náročnost často spojují s intenzivním empatickým vcítěním do její situace a tíhou rozhodnutí, které musí žena učinit. Také odborná literatura poukazuje na zvýšenou psychickou zátěž spojenou s délkou těhotenství a zdravotní indikací – a to jak pro samotné ženy, tak pro odborníky, kteří je doprovázejí (McCoyd, 2007; Rastislavová, 2008; Kimport et al., 2011; Van Ditzhuijzen et al., 2019).

**Odborníci působící v kontextu interrupcí jsou ve své práci ovlivňováni** řadou vnitřních i vnějších faktorů. Významnou roli sehrává jak osobní, tak profesní zkušenost, přičemž například perinatální ztráta, mateřství či jiná zásadní životní události může odborníkovi pomoci navázat hlubší kontakt se ženou a stát se pro ni empatickou oporou. Zároveň však s sebou nese nové výzvy – například v podobě napětí mezi požadavkem profesní neutrality a potřebou lidské autenticity (Zerubavel & Wright, 2012; Eriksen et al., 2014; Richards et al., 2016; Oates et al., 2017).

Dalším významným aspektem, který ovlivňuje způsob, jakým odborníci vykonávají svou práci, je jejich schopnost pečovat o vlastní duševní rovnováhu. Respondenti popisují různé přístupy k práci s emocemi – od vědomé psychohygieny až po reflexi somatických signálů či využívání podpory. Kromě adaptivních copingových strategií (Vymětal, 2008) se na odolnosti odborníků podílejí také osobnostní rysy nebo jiné protektivní faktory, jako je smysl pro humor, víra ve vlastní schopnosti či pocit kontroly nad situací (Paulík, 2010).

Většina oslovených odborníků působí v rámci zdravotnického systému a ve svých výpovědích reflektují jeho limity. Mezi nejčastěji zmiňované překážky patří především časové omezení, které zásadním způsobem redukuje prostor věnovaný psychickým potřebám žen. Tento nedostatek může vytvářet tlak jak na odborníky, tak na samotné ženy, a negativně ovlivňovat kvalitu poskytované podpory (Kjelsvik et al., 2018). Přestože ne všichni respondenti vnímali jako nezbytnou systematickou podporu ve formě supervize, její absence představuje další významný faktor, který může zvyšovat riziko přenosu emoční zátěže do profesní práce (Laurent et al., 2017).

Z výpovědí respondentů i dostupné literatury tak vyplývá, že odborníci pracující v kontextu interrupcí čelí kombinaci osobních, profesních i systémových vlivů, které utváří jejich každodenní praxi a způsob, jakým poskytují podporu ženám.

Důležitým aspektem, který formuje způsob práce odborníků, je také to, **jak sami sebe v kontextu své profese vnímají**. Ve svých výpovědích popisují různé momenty a principy, které považují za klíčové, náročné, nebo v nich cítí svou nezastupitelnou roli.

Na základě formativních zkušeností, ať už osobních, nebo profesních, vnímají svou úlohu v podpoře žen procházejících náročným životním obdobím jako významnou – jak v rovině lidské, tak v rámci zdravotnického systému. Usilují o vytvoření bezpečného prostoru pro sdílení emocí a myšlenek spojených s interrupcí, což je v daném kontextu pro ženy mimořádně důležité (Moore et al., 2011; Kjelsvik et al., 2018). Porodní asistentky navíc zdůrazňují svou roli jako těch, na které se ženy mohou v systému obrátit pro informace. Dobrá dostupnost informací pak podle literatury přispívá k pocitu kontroly nad situací a posiluje vnímání autonomie (Moore et al., 2011).

Právě podpora informovaného a samostatného rozhodnutí je odborníky vnímána jako zásadní princip. Snaží se udržovat neutrální a současně podpůrný přístup, který umožňuje ženám dojít k vlastnímu rozhodnutí bez nátlaku. Zároveň ale vnímají potřebu zůstat lidskými a empatickými průvodci, což může být zdrojem vnitřního napětí. Zachování neutrality přitom literatura označuje za jeden z klíčových faktorů prevence psychické zátěže žen spojené s interrupcí (Kimport et al., 2011; Hanschmidt et al., 2016).

Toto napětí, spolu s pocitem nedostatečné kontroly nad výsledkem situace, může vést k pochybnostem o vlastních kompetencích. Idealizovaná představa „dobrého odborníka“ (Arthur, 1992) bývá v každodenní praxi konfrontována s etickými dilematy, omezenými zdroji – zejména časem – a emoční náročností daného kontextu.

Respondenti napříč profesemi popisují emoční zátěž spojenou s těžkými životními příběhy žen, které se jich osobně dotýkají. Rozdílné jsou však způsoby, kterými s touto zátěží pracují. Psychologové uvádějí, že systematická supervize je pro ně běžnou součástí profesní praxe a vnímají ji jako podstatný nástroj péče o sebe (Vymětal, 2008; Laurent et al., 2017). Naproti tomu pracovníci ve zdravotnickém systému, kde není supervize vždy dostupná, spoléhají na

individuální strategie zvládnání zátěže – např. fyzickou aktivitu, důsledné oddělování pracovního a osobního života, či humor. Jak uvádějí Ellis a kol. (2016) a Gandino a kol. (2017), tyto mechanismy mohou být přirozeným způsobem zvládnání emocí v kontextu, kde není prostor pro jejich systematické zpracování.

Výsledky ukazují, že práce odborníků v kontextu interrupcí je citlivou rovnováhou mezi profesní neutralitou a lidskou blízkostí. Rozhodování o interrupci vnímají jako individuální a emočně náročný proces, ve kterém je klíčová respektující podpora a prostor pro autonomii žen. Výpovědi zároveň poukazují na význam osobních zkušeností, systému, ve kterém odborníci působí, i způsobů, jakými o sobě v této profesní roli přemýšlejí – což spoluvytváří charakter jejich odborné identity.

#### **4.1 Limity výzkumu**

Výběr respondentů proběhl metodou záměrného výběru, což mohlo ovlivnit charakteristiky zúčastněných odborníků. Ti, kteří s rozhovorem souhlasili, mohou být těmi, pro něž je téma interrupce v rámci jejich praxe reflektovaným a vědomě zpracovávaným tématem, o němž chtějí mluvit. Zároveň jde o odborníky, kteří jsou ochotni a schopni reflektovat vlastní profesní pozici ve vztahu k ženám rozhodujícím se o interrupci.

Všichni respondenti pocházeli z víceméně ideově podobného prostředí. Přes snahu oslovit i zástupce pro-life organizací se nepodařilo navázat spolupráci, a tak jsou ve vzorku zastoupeni výhradně odborníci ze sekulárního kontextu, kteří zastávají respekt k právu ženy rozhodovat o svém reprodukčním zdraví.

Výzkum dále nezahrnul některé další aktéry, kteří se v rámci péče o ženu mohou na procesu interrupce podílet, jako například zdravotní sestry gynekologicko-porodnických oddělení. Zároveň se nepodařilo získat účastníky z řad lékařů ze soukromých ambulancí, což může ovlivnit některé pohledy na systém poskytované péče.

Specifická může být i skupina žen, se kterou se respondenti – zejména psychologové – ve své praxi setkávají. Pravděpodobně jde častěji o ženy, které při rozhodování o interrupci zažívají větší míru dilematickosti a samy aktivně vyhledávají možnost své zkušenosti sdílet. Tyto ženy však nemusí být reprezentativní pro celou skupinu žen, které interrupci ve svém životě podstoupí.

Téma interrupcí je v současnosti silně přítomné ve veřejném i politickém diskurzu, což se mohlo promítnout i do výpovědí samotných respondentů. Mohli vnímat potřebu své postoje vyjadřovat zřetelněji, než by tomu bylo v méně exponovaném společenském klimatu.

Výsledky tohoto výzkumu zároveň otevírají nové otázky, které by mohly být impulzem pro další výzkumné snahy. Například hlubší zkoumání možností, jak posílit pocit kompetence odborníků, jak podpořit jejich psychickou pohodu nebo jak ženy samotné vnímají kvalitu poskytované podpory, by mohlo přispět ke zlepšení péče v kontextu interrupcí.

## 5 Závěr

Tato práce se zaměřila na zkušenosti odborníků, kteří poskytují podporu ženám v kontextu interrupce, a to prostřednictvím kvalitativního výzkumného designu. Byly analyzovány výpovědi odborníků – psychologů, lékařů a porodních asistentek s využitím poznatků odborné literatury. Přestože výzkum primárně sledoval perspektivu odborníků, součástí teoretického rámce byly také poznatky o psychologických aspektech interrupce. Jejich zahrnutí umožnilo lépe porozumět tomu, s jakými tématy se odborníci ve své praxi setkávají, a jaký význam mají pro jejich profesní roli.

Výsledky výzkumu ukazují, že práce v kontextu interrupcí může být profesně i lidsky náročná. Odborníci rozhodování o interrupci chápou jako individuální a emočně zatížený proces, který často provází ambivalence a nejistota. Jejich výpovědi se vymezují vůči zjednodušujícím morálním soudům a zdůrazňují potřebu citlivého, respektujícího přístupu, který ženám poskytne prostor pro autonomní rozhodování. Zároveň si uvědomují své hranice i vliv, který na ženy mohou mít.

Výkon odborné role je přitom formován řadou faktorů – jak osobními zkušenostmi, postoji a představou o „dobrém odborníkovi“, tak i podmínkami systému, ve kterém působí. Nedostatek času, omezená dostupnost supervize a obecná absence strukturované podpory zvyšují zátěž, kterou odborníci nesou. Způsoby, jak s touto zátěží zacházejí, se mezi profesemi liší – zatímco psychologové častěji využívají supervizi, zdravotníci se opírají spíše o individuální strategie.

Přes tyto odlišnosti je společným jmenovatelem snaha být ženám v citlivé situaci oporou – lidskou, dostupnou a nehodnotící.

## Seznam použitých informačních zdrojů

Abboud L. & Liamputtong P. (2005) When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23:1, 3-18, DOI: [10.1080/02646830512331330974](https://doi.org/10.1080/02646830512331330974)

Abortion Support Alliance Prague. (2023). *Reproductive justice and access to abortion in the Czech Republic*. Dostupné z [https://issuu.com/asap.prague/docs/raport\\_asap\\_2023\\_english](https://issuu.com/asap.prague/docs/raport_asap_2023_english)

Abortion Support Alliance Prague. (2024). *Reprodukční spravedlnost a dostupnost interrupcí v ČR 2024*. Dostupné z [https://issuu.com/asap.prague/docs/report\\_2024\\_cz](https://issuu.com/asap.prague/docs/report_2024_cz)

Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1990). Psychological Responses After Abortion. *Science*, 248(4951), 41–44. <https://doi.org/10.1126/science.2181664>

Ahmed, A. (2015). Informed decision making and abortion: crisis pregnancy centers, informed consent, and the First Amendment. *The Journal of Law Medicine & Ethics*, 43(1), 51–58. <https://doi.org/10.1111/jlme.12195>

Ajzen, I. (1996). The social psychology of decision making. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 297–325). Guilford Press.

Aléx, L., & Hammarström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 160–168. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x>

Alhusen, J. L. (2008). A literature update on Maternal-Fetal attachment. *JOGN Nursing*, 37(3), 315–328. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x>

Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství. (n. d.). *Poradna*. Dostupné z <https://www.aperio.cz/poradna>

Nevypusť duši, z. s. (n. d.). *Poradna*. Dostupné z <https://nevypustdusi.cz/poradna/>

Arthur, D. (1992). Measuring the professional self-concept of nurses: a critical review. *Journal of Advanced Nursing*, 17(6), 712–719. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01969.x>

Attrill, B. (2002). The assumption of the maternal role: A developmental process. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(1), 21–25. [https://doi.org/10.1016/s1445-4386\(02\)80019-2](https://doi.org/10.1016/s1445-4386(02)80019-2)

Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>

Bjelica, A., Cetkovic, N., Trinic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy — a psychological view. *Ginekologia Polska*, 89(2), 102–106. <https://doi.org/10.5603/gp.a2018.0017>

Boyatzis, R. E. (1998b). *Transforming qualitative information: thematic analysis and code development*. <http://psycnet.apa.org/record/1998-08155-000>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

Breitbart, V. (2000). Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(2), S26–S33. <https://doi.org/10.1067/mob.2000.107947>

Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ö. (2005). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry*, 27(1), 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.09.009>

Byrne, L., Roper, C., Happell, B., & Reid-Searl, K. (2016). The stigma of identifying as having a lived experience runs before me: challenges for lived experience roles. *Journal of Mental Health*, 28(3), 260–266. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244715>

Caulfield, J. (2023, June 22). How to Do Thematic Analysis | Step-by-Step Guide & Examples. Scribbr. Retrieved July 2, 2024, from <https://www.scribbr.com/methodology/thematic-analysis/>

Cecil, R. (1994). "I wouldn't have minded a wee one running about": Miscarriage and the family. *Social science & medicine*, 38(10), 1415-1422. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90279-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90279-8)

Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 180–186. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230>

Côté-Arsenault, D., & Denney-Koelsch, E. (2016). "Have no regrets:" Parents' experiences and developmental tasks in pregnancy with a lethal fetal diagnosis. *Social Science & Medicine*, 154, 100–109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.033>

Cotroneo, M., & Krasner, B. R. (1977). A study of Abortion and Problems in Decision-Making\*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 3(1), 69–76. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1977.tb00446.x>

Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP. (n. d.). *Oficiální stránky České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Dostupné z <https://cgps.cz/>

Česká televize. (2016, 17. prosince). *Lékaři a úředníci se neshodnou, zda mohou cizinky v České republice podstoupit interrupci*. <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/lekari-a-urednici-se-neshodnou-zda-mohou-cizinky-v-ceske-republice-podstoupit-interrupci-106168>

Daniels, C. R., Ferguson, J., Howard, G., & Roberti, A. (2016). Informed or misinformed consent? Abortion policy in the United States. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 41(2), 181–209. <https://doi.org/10.1215/03616878-3476105>

Dattilio, F. M. (2015). The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals: A Review and Practitioner guide. *Australian Psychologist*, 50(6), 393–399. <https://doi.org/10.1111/ap.12157>

David, H. P. (2006). Born Unwanted, 35 years later: The Prague Study. *Reproductive Health Matters*, 14(27), 181–190. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(06\)27219-7](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(06)27219-7)

- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC pregnancy and childbirth*, 8, 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-30>
- Di Nucci, E. (2014). *Fathers and abortion*. *Journal of Medical Ethics*, 40(12), 832–835. <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101598>
- Dudová, R. (2012). *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Sociologický ústav Akademie věd České republiky.
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell, A., & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>
- Eriksen, K. Å., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B., & Karlsson, B. (2013). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 110–117. <https://doi.org/10.1111/inm.12024>
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (Vyd. 2). Portál.
- Franco, K., Campbell, N., Tamburrino, M., Jurs, S., Pentz, J., & Evans, C. (1989). Anniversary reactions and due date responses following abortion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52(1–3), 151–154. <https://doi.org/10.1159/000288317>
- Friedma, C. M., Greenspan, R., & Mittleman, F. (1974). The Decision-Making Process and the Outcome of Therapeutic Abortion. *American Journal of Psychiatry*, 131(12), 1332–1337. <https://doi.org/10.1176/ajp.1974.131.12.1332>
- Frijda, N. H., Kuipers, P., & Ter Schure, E. (1989). Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 212–228. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.2.212>
- Furlong, R., & Black, R. B. (1984). Pregnancy termination for genetic indications. *Social Work in Health Care*, 10(1), 17–34. [https://doi.org/10.1300/j010v10n01\\_02](https://doi.org/10.1300/j010v10n01_02)

- Gandino, G., Bernaudo, A., Di Fini, G., Vanni, I., & Veglia, F. (2017). Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *Journal of Health Psychology, 24*(1), 65–78. <https://doi.org/10.1177/1359105317705981>
- Gandino, G., Di Fini, G., Bernaudo, A., Paltrinieri, M., Castiglioni, M., & Veglia, F. (2017). The impact of perinatal loss in maternity units: A psycholinguistic analysis of health professionals' reactions. *Journal of Health Psychology, 25*(5), 640–651. <https://doi.org/10.1177/1359105317727841>
- Gatter, M., Kimport, K., Foster, D. G., Weitz, T. A., & Upadhyay, U. D. (2013). Relationship between ultrasound viewing and proceeding to abortion. *Obstetrics and Gynecology, 123*(1), 81–87. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000053>
- Grant, L., & Kinman, G. (2014). Emotional Resilience in the Helping Professions and how it can be Enhanced. *Health and Social Care Education, 3*(1), 23–34. <https://doi.org/10.11120/hsce.2014.00040>
- Greenberger, M. D., & Connor, C. S. (1991). *Parental notice and consent for abortion: Out of step with family law principles and policies*. Brandeis Law Journal, 13, 775–803.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Hamilton, J. G., & Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology, 29*(2), 97–104. <https://doi.org/10.1080/01674820701690624>
- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Heller, S. G. R., & Kersting, A. (2016). Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 48*(4), 169–177. <https://doi.org/10.1363/48e8516>
- Harris, J. I., Leskela, J., & Hoffman-Konn, L. (2016). Provider lived experience and stigma. *American Journal of Orthopsychiatry, 86*(6), 604–609. <https://doi.org/10.1037/ort0000179>

Havránková, O. (2020). Krizová situace v životě ženy. In D. Vodáčková (Ed.), *Krizová intervence* (s. 225–238). Portál.

Hnutí Pro život ČR. (n. d.). *Čekáte dítě*. Dostupné z <https://hnutiprozivot.cz/cekate-dite>

Hodgson, J., Pitt, P., Metcalfe, S., Halliday, J., Menezes, M., Fisher, J., Hickerton, C., Petersen, K., & McClaren, B. (2016). Experiences of prenatal diagnosis and decision-making about termination of pregnancy: A qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 56(6), 605–613. <https://doi.org/10.1111/ajo.12501>

Holloway, I., & Todres, L. (2003). The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative Research*, 3(3), 345–357. <https://doi.org/10.1177/1468794103033004>

Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., & Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436–450. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.07.005>

Chauhan, A., & Potdar, J. (2022). Maternal Mental Health during Pregnancy: A Critical review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.30656>

Jones, R. K., & Jerman, J. (2016). *Time to appointment and delays in accessing care among U.S. abortion patients*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/delays-in-accessing-care-among-us-abortion-patients>

Kerns, J., Vanjani, R., Freedman, L., Meckstroth, K., Drey, E. A., & Steinauer, J. (2011). Women's decision making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 116(3), 244–248. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.10.016>

Kero, A., Högberg, U., & Lalos, A. (2003). Wellbeing and mental growth—long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2559–2569. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.004>

Kimport, K. (2021). *No real choice: How culture and politics matter for reproductive autonomy*. Rutgers University Press.

Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S., & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Archives of Women S Mental Health, 12*(6), 365–378. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0084-3>

Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A., & Gjengedal, E. (2018). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health Care for Women International, 39*(7), 784–807. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>

Kumar, U., Baraitser, P., Morton, S., & Massil, H. (2004). Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 30*(1), 51–54. <https://doi.org/10.1783/147118904322702009>

Lalor, J. G., Begley, C. M., & Galavan, E. (2008). *A grounded theory study of information preference and coping styles following antenatal diagnosis of foetal abnormality. Journal of Advanced Nursing, 64*(2), 185–194. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04778.x

Laurent, A., Bonnet, M., Capellier, G., Aslanian, P., & Hebert, P. (2017). Emotional impact of End-of-Life decisions on professional relationships in the ICU: an obstacle to collegiality?\*. *Critical Care Medicine, 45*(12), 2023–2030. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002710>

Leininger, M. (1992). Current issues, problems, and trends to advance qualitative paradigmatic research methods for the future. *Qualitative Health Research, 2*(4), 392–415. <https://doi.org/10.1177/104973239200200403>

Leon, I. G. (1992). The psychoanalytic conceptualization of perinatal loss: a multidimensional model. *American Journal of Psychiatry, 149*(11), 1464–1472. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.11.1464>

Lerner, J. S., Li, Y., Valdesolo, P., & Kassam, K. S. (2014). Emotion and decision making. *Annual Review of Psychology, 66*(1), 799–823. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115043>

- Lindgren K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in nursing & health*, 24(3), 203–217. <https://doi.org/10.1002/nur.1023>
- Loewenstein, G. (2007). Out of control: Visceral influences on behavior. In *Oxford University Press eBooks* (pp. 523–563). <https://doi.org/10.1093/oso/9780199257072.003.0018>
- Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V. K., Steinauer, J. E., & Kerns, J. L. (2014). Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study. *Contraception*, 91(3), 234–239. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.11.015>
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., & Gramzow, R. H. (2000). Psychological Responses of women after First-Trimester Abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57(8), 777. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.8.777>
- Manian, M. (2009). The Irrational Woman: Informed Consent and Abortion Decision-Making. *Duke Journal of Gender Law & Policy*, 16(2), 223–292. <https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1163&context=djglp>
- Marcella, J., & Kelley, M. L. (2015). “Death is part of the job” in Long-Term care homes. *SAGE Open*, 5(1). <https://doi.org/10.1177/2158244015573912>
- Masopustová, Z., Daňsová, P., & Lacinová, L. (2018). *Jak to mají mámy: psychologický výzkum mateřství*. Brno: Masarykova univerzita.
- McCoyd, J. L. M. (2007). Pregnancy interrupted: loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), 37–48. <https://doi.org/10.1080/01674820601096153>
- McLeod, J. (2017). Science and psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 47(2), 82–101. <https://doi.org/10.1177/0362153717694885>
- Mihelic, M., Filus, A., & Morawaska, A. (2016). *Correlates of Prenatal Parenting Expectations in new Mothers: Is Better Self-Efficacy a Potential Target for Preventing Postnatal Adjustment Difficulties?* *Prevention Science*, 17(8), 949–959. doi:10.1007/s11121-016-0682-z

Ministerstvo vnitra ČR. (n. d.). *Adresář pomoci: Telefonní, informační a krizové linky a online pomoc v České republice*. Dostupné z <https://mv.gov.cz/clanek/adresar-pomoci-telefonni-informacni-a-krizove-linky-a-online-pomoc-v-ceske-republice.aspx>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2011). Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Sbírka zákonů České republiky. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022, březen). Aktualizované výkladové stanovisko k právním aspektům provedení umělého přerušování těhotenství na žádost cizinek přicházejících v rámci současné migrační vlny z Ukrajiny. Dostupné z <https://mzd.gov.cz/vykladove-stanovisko-mz-provedeni-umeleho-preruseni-tehotenstvi-na-zadost-cizinek-ukrajina/>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*.

Moore, A. M., Frohwirth, L., & Blades, N. (2011). What women want from abortion counseling in the United States: A Qualitative study of abortion patients in 2008. *Social Work in Health Care*, 50(6), 424–442. <https://doi.org/10.1080/00981389.2011.575538>

Moraes, E. V., Campos, R. N., & Avelino, M. M. (2016). *Depressive Symptoms in Pregnancy: The Influence of Social, Psychological and Obstetric Aspects*. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 38(6), 293–300. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1585072>

Na počátku, z. ú. (n. d.). *Poradna Na počátku*. Dostupné z <https://napocatku.cz/poradna-na-pocatku/>

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 160940691773384. [doi:10.1177/1609406917733847](https://doi.org/10.1177/1609406917733847)

Oates, J., Drey, N., & Jones, J. (2017). ‘Your experiences were your tools’. How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 471–479. <https://doi.org/10.1111/jpm.12376>

Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.

Pečená, M. (1999). Psychologie těhotenství. In: Čepický, P. (Ed.). (1999). *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS*

Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality\*. *British Journal of Medical Psychology*, 45(4), 333–343. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1972.tb02216.x>

profem – centrum pro oběti domácího a sexuálního násilí, o.p.s. (n. d.). *Hledám pomoc*. Dostupné z <https://www.profem.cz/cs/hledam-pomoc>

Purvis, D. (2015). *Expectant fathers, abortion, and embryos*. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43(3), 404–417. <https://doi.org/10.1111/jlme.12278>

Rada Evropy. (1997). Úmluva o lidských právech a biomedicině (Úmluva o lidských právech a biomedicině, ETS č. 164). Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>

Raghunathan, R., & Pham, M. T. (1999). All negative moods are not equal: motivational influences of anxiety and sadness on decision making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 79(1), 56–77. <https://doi.org/10.1006/obhd.1999.2838>

Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area.

Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, S. D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social science & medicine* (1982), 33(7), 807–813. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90385-p](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90385-p)

Richards, J., Holttum, S., & Springham, N. (2016). How do “Mental health professionals” who are also or have been “Mental health service users” construct their identities? *SAGE Open*, 6(1). <https://doi.org/10.1177/2158244015621348>

- Robinson, G. E., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A., & Occhiogrosso, M. (2009). Is there an “Abortion trauma syndrome”? Critiquing the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(4), 268–290. <https://doi.org/10.1080/10673220903149119>
- Roennfeldt, H., & Byrne, L. (2021). Skin in the game: The professionalization of lived experience roles in mental health. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(S1), 1445–1455. <https://doi.org/10.1111/inm.12898>
- Rogers, D. (2016). Which educational interventions improve healthcare professionals’ resilience? *Medical Teacher*, 38(12), 1236–1241. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2016.1210111>
- Rowlands, S., & Thomas, K. (2020). Mandatory Waiting Periods Before Abortion and Sterilization: Theory and Practice. *International Journal of Women’s Health*, 12, 577–586. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S257178>
- Rubin, L., & Russo, N. F. (2004). Abortion and mental health. *Women & Therapy*, 27(3–4), 69–90. [https://doi.org/10.1300/j015v27n03\\_06](https://doi.org/10.1300/j015v27n03_06)
- Rudnicki, S. R., Graham, J. L., Habboushe, D. F., & Ross, R. D. (2001). Social support and avoidant coping: correlates of depressed mood during pregnancy in minority women. *Women & health*, 34(3), 19–34. [https://doi.org/10.1300/J013v34n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J013v34n03_02)
- Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., & Lester, B. (2003). Maternal-Fetal attachment. *JAMA*, 289(13), 1701. <https://doi.org/10.1001/jama.289.13.1701>
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2005). The travesty of choosing after positive prenatal diagnosis. *JOGN Nursing*, 34(3), 307–318. <https://doi.org/10.1177/0884217505276291>
- Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2013). The role of psychological adjustment in the decision-making process for voluntary termination of pregnancy. *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24163799>
- Siegel R. B. (2008). The right's reasons: constitutional conflict and the spread of woman-protective antiabortion argument. *Duke law journal*, 57(6), 1641–1692.

Sjølie, H., Karlsson, B., & Binder, P. (2013). Professionals' Experiences of the Relations between Personal History and Professional Role. *Nursing Research and Practice*, 2013, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2013/265247>

Skutilová, V. (2013). *Psychologické aspekty a kompliance diagnostických metod v těhotenství*. Olomouc, disertační práce (Ph.D.). Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta

Skutilová, V. (2016). *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada Publishing.

Slovic, P., Peters, E., Finucane, M. L., & MacGregor, D. G. (2005). Affect, risk, and decision making. *Health Psychology*, 24(4, Suppl), S35–S40. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.4.s35>

Smith, S. D., Dietsch, E., & Bonner, A. (2012). Pregnancy as public property: The experience of couples following diagnosis of a foetal anomaly. *Women and Birth*, 26(1), 76–81. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.05.003>

Sotáková, H., & Podrápská, K. (2023). Psychologické aspekty rozhodnutí o ukončení těhotenství. *E-psychologie*, 17(4), 1–17. <https://doi.org/10.29364/epsy.485>

Steinberg, J. R., & Russo, N. F. (2008). Abortion and anxiety: What's the relationship? *Social Science & Medicine*, 67(2), 238–252. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.033>

Steinberg, J. R., Becker, D., & Henderson, J. T. (2011). Does the outcome of a first pregnancy predict depression, suicidal ideation, or lower self-esteem? Data from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 193–201. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01088.x>

Špatenková, N. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada.

Thorne, S. (2000). Data analysis in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*, 3(3), 68–70. <https://doi.org/10.1136/ebn.3.3.68>

Thorp, J. M., Hartmann, K. E., & Shadigan, E. (2005). Long-Term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: A Review of the evidence. *The Linacre Quarterly*, 72(1), 44–69. <https://doi.org/10.1080/20508549.2005.11877742>

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2022). Potraty ČR 2021: Zdravotnická statistika. ÚZIS. Dostupné z <https://www.uzis.cz/res/f/008422/potraty2021.pdf>

Vágnerová, M., Strnadová, I., & Krejčová, L. (2009). *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum.

Van Ditzhuijzen, J., Brauer, M., Boeije, H., & Van Nijnatten, C. H. C. J. (2019). Dimensions of decision difficulty in women's decision-making about abortion: A mixed methods longitudinal study. *PLoS ONE*, *14*(2), e0212611. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212611>

Van Ditzhuijzen, J., Have, M. T., De Graaf, R., Van Nijnatten, C. H. C. J., & Vollebergh, W. a. M. (2015). The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences. *Contraception*, *92*(3), 246–253. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.05.003>

Vodáčková, D. (2020). *Krizová intervence* (4., aktualizované vydání). Praha: Portál.

Vyhláška č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon o umělém přerušení těhotenství. (1986). Sbíрка zákonů České socialistické republiky. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-75>

Vymětal, J. (2008). *Lékařská psychologie: 3., aktualizované vydání*. Portál. <https://www.bookport.cz/kniha/lekarska-psychologie-3173/>

Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, *51*(1), 59–91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>

World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. (1986). Sbíрка zákonů České socialistické republiky. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1986-66>

Zanatta, F., Maffoni, M., & Giardini, A. (2019). Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, *28*(3), 971–978. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05194-1>

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR. (n. d.). *Interrupce*. Dostupné z <https://www.zpmvcr.cz/tehotenstvi-a-porod/tehotenstvi/interrupce#:~:text=Interrupce%20m%C3%A1%20jist%C3%A1%20rizika%20spojen%C3%A1,jsou%20zde%20mo%C5%BE%C3%A9%20psychick%C3%A9%20n%C3%A1sledky>

Zerubavel, N., & Wright, M. O. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482–491. <https://doi.org/10.1037/a0027824>

## **Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence**

Pro účely této závěrečné práce byly využity nástroje umělé inteligence, konkrétně systém ChatGPT, a to v souladu s Opatřením děkana č. 28/2024. Umělá inteligence byla použita jako podpora při vyhledávání odborných zdrojů, korektuře pravopisu a stylistických úpravách textu.

## Seznam příloh

Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2 – Ukázka rozhovoru (Lucie)

## Seznam tabulek

Tabulka 1 – Popis výzkumného souboru

## Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor

Byla bych ráda, kdybychom se v rozhovoru mohly podívat na některé oblasti. Těmi by měly být vaše pracovní zkušenosti, dále váš pohled na psychologické aspekty interrupce, váš pohled na interrupci jako společenské téma a na závěr bych se ráda pobavila o tom, co vás při práci formuje.

1. V jakých kontextech se při své práci s tématem interrupce setkáváte?
2. Jak jste se k vaší práci dostala, jaká byla vaše cesta?
3. Jaké to pro vás je, pracovat s takovými tématy, typy klientů?
4. V jaké situaci ženy nejčastěji potkáváte? V jaké fázi procesu?
5. Jaké jsou podle vás hlavní výzvy při práci s ženami v této situaci?
6. Jaké specifické potřeby žen identifikujete během poradenství o interrupci?
7. Existují nějaké zdroje nebo podpůrné sítě, které doporučujete ženám zvažujícím interrupci?
8. Můžete říct, jaké techniky nebo přístupy se vám osvědčily při práci s těmito tématy?
9. Napadá vás nějaký konkrétní příběh/ případ, který vám utkvěl v paměti?
  - a. Proč?

Ted' bych se zeptala na pár otázek týkajících se obecně psychologických aspektů interrupce. Zajímá mě váš pohled na věc, na základě vašich zkušeností.

10. Jak se podle vás odráží interrupce na psychice ženy?

11. Vnímáte nějaká specifika tohoto tématu na rozdíl od jiných gynekologicko-porodnických témat?
12. Jakým způsobem mohou ženy prožívat proces kolem rozhodování o interrupci?
13. Jakým způsobem ženy obvykle vyjadřují své emoce během rozhodovacího procesu?
14. Jaké jsou obavy nebo strachy, které ženy mohou vyjadřovat/pociťovat kolem interrupce?
15. Co by jim naopak mohlo ulehčit celou situaci? Jaké mohou být protektivní faktory?
16. Jaký vliv mají podpůrné sítě (rodina, přátelé, organizace) na rozhodovací proces žen?
17. Jaké jsou nejčastější copingové strategie, které ženy používají během tohoto procesu?
  - a. Jaké jsou neúčinnější
18. Co by mohli odborníci pro tyto ženy udělat?
19. Zajímalo by mě, jestli máte nějakou představu, jestli může být práce odlišná, pokud jde o ženy různého věku, různého sociálního postavení, vzdělání...?
20. Jaká je vaše zkušenost s interakcí s jinými odborníky (lékaři, sociálními pracovníky) při poskytování podpory ženám kolem interrupce?

Interrupce je společensky citlivé téma, v poslední době nabývá na intenzitě i v politických diskusích.

21. Zajímalo by mě váš osobní postoj k otázce interrupce.
22. Ovlivnila nějak váš postoj vaše profesní zkušenost?
23. Jak se váš postoj k interrupcím vyvíjel v průběhu vašeho života?
24. Jak řešíte situace/byste šel situaci, kdy má klientka odlišný názor na interrupce, než vy?
25. Jaký má vliv legislativa a společenské prostředí na práci s ženami při interrupci?
26. Jak by se k tématu měl postavit zákon/ společnost?

Na závěr bych se ráda zeptala na váš osobní příběh, který vás formoval. Pokud byste na některé otázky nechtěla odpovídat, můžeme je přeskočit.

27. Jaké osobní zkušenosti považujete za nejdůležitější pro svou práci v této oblasti?

28. Jak zvládáte své vlastní emoce a postoje při práci s klientkami, které se rozhodují o interrupci?

29. Jaký vliv mají vaše osobní hodnoty na vaše profesní rozhodování?

Je něco, co byste ráda zmínila v kontextu celého tématu, které jsme spolu probrali? Je nějaká oblast, na kterou jsme zapomněli?

## **Příloha 2 – Ukázka rozhovoru (Lucie)**

**Výzkumník:** A jaký se vám osvědčil přístup při tady těch zakázkách, právě jako pomoc při rozhodování?

**Respondentka:** No tak tam se mi osvědčuje prostě vyslechnout. Bezpodmínečně přijmout tu ženu s tím, jaký má ten svůj zážitek, ten svůj příběh vlastně co jí vede k tomu, že o tomhle uvažuje. A fakt hlídat takový ten bezpečný prostor, kde ujistit ji v tom, že tady může. Tady může říct i ty nejhorší svoje třeba myšlenky a strachy. I to i fakt to co za co se sama stydí. Nikomu to nikdy neřekla. A právě tohle tam často bývá. Jo, to téma, stydím se, cítím se vina, že jenom nad tím přemýšlím. Nechci to udělat, ale nevidím jinou cestu. Takže. Jaká byla otázka?

**Výzkumník:** Jaké přístupy se vám osvědčily při práci s takovými zakázkami?

**Respondentka:** Aby ta žena fakt jakoby necítila tam ani kousíček soudu. Jo nějak prostě, že na ně se dívám jako z nějakého úhlu. A zároveň si dát pozor, abych je neovlivnila svým pohledem na věc, protože je to jejich život a jenom oni znají opravdu to svoje zázemí a tak.

A pak je dobré, ne všechny ženy to chtějí, ale jakoby co je dobré je projít si s nimi tu cestu, jakoby když by byli s dítětem a když by byli bez dítěte a tam vlastně si prožijí emoce. O kterých třeba ani nevědí, že by mohli přijít nebo že přijdou a oni se tam objeví, jako když tuhle cestu si procházíme. Pak mluvíme o tom, proč to přišlo, nebo proč ona si myslí, že to přišlo a tak. A co prožila. A ten člověk vlastně s tím prožitkem, co být eventuelně, mohl přijít potom, tak už se mu lépe pracuje pak s tím, jakoby s tím rozhodováním přece jenom

jo, ale když ta žena nechce, není třeba na tohle připravená. Nebo jsou to často telefonické rozhovory, kde to je, kde je potřeba takový citlivý přístup, že i někdy se neodvážím na tuhle cestu, protože já to řeknu, nevidím v té chvíli, že takže nevidím jako, jak to úplně na ní působí.

A v podstatě nejdřív hodně hodně mapovat, hodně hodně zjistit, jako jaké má zázemí i svoje zdrojové i takovéto... Jestli má za sebou třeba nějaké úzkosti. Jak je citlivá jo a potom teprve třeba navrhuji, pojďme si vyzkoušet tuhle cestu, pokud ne, pokud potřebuje opečovat, tak ji nejdřív opečuju a pak uvidíme v dalším hovoru jo a takhle se to vyvíjí prostě dost. Hodně se mi osvědčuje. Nepřinášet tam svoje, jenom když je to fakt, jako že se to hodí a vnímat tu ženu, co úplně ona konkrétně potřebuje, protože každá je trošku jiná, každá každý příběh fakt je jiný.

**Výzkumník:** Ehm jo, takže, přijmout neodsuzovat a opravdu se držet toho, co je té ženy?

**Respondentka:** Toho, co je té ženy. A ještě potom teda bych řekla tu techniku, to je ta prostě projít si ty cesty, jo, to je ta nejužitečnější, asi v tomto případě technika. A jinak pak jako jak se záleží, jak se rozvíjí ta práce, kam pak ještě jdeme dál, takže asi takto.

**Výzkumník:** Jaká je jaká je ta práce s těmihle tématy pro vás? Vlastně říkáte, že přesně ta žena si projde i nějakými emocemi, tak jste tam vlastně s ní a i vlastně s tím vaším osobním zážitkem, který máte tak, jak jaký to pro vás je pracovat s těmihle tématy?

**Respondentka:** Já tu práci mám ráda, takže jakoby možná, že by to mohlo vyznít nějak cynicky, že je to krásná práce, protože jako bych nejradši byla, aby se to, aby se nikdo nemusel na tom rozhodovat, že ale vlastně nakonec. Nakonec je tam většinou ta úleva jo, takže takže nakonec ta práce je pěkná, protože se něčeho dosáhnu. Prostě někomu je lépe. Takže ano, je to nakonec prostě dobrá práce pěkná.

Je to velmi delikátní práce, protože opravdu hodně žen chce být co nejvíc anonymní v tomhle případě, takže je to často fakt po telefonu. A nejenom, že je to životně důležité téma, protože doslova se rozhoduje o životě nebo ne-životě. Ale ještě vlastně ji nevidíte, že jo u toho, takže je to fakt takové našlapování někdy na tenkém ledě. Někdy někdy vlastně pochybuji, jestli nejsem příliš opatrná. Někdy pochybuji, jestli jsem nezašla daleko, a proto prostě je to taková jakoby náročnější práce než třeba jako s nějakým jiným tématem. Jo? Rozhodování o tak

vážné věci je vlastně. Někdy někdy prostě. Častěji opakují té ženě to, co vám říkám nejsou rady, to jsou otázky možnosti otevírání něčeho. Nerada bych zažila, aby některá žena se řídila podle třeba mojich nějakých rad. Prostě to právě proto jsem tak opatrná tady. A zatím bych řekla, že se to celkem daří. Jo, že jsem ještě tak nějak jakoby ne, neměla nějakou špatnou zpětnou vazbu nebo špatnou zkušenost, že by.... Že by se něco pokazilo. Ale, jak říkám, je to taková prostě delikátní práce, takže bych řekla, že trošku víc vyčerpává, než než taková ta obvyklejší práce. Trošku víc to vyčerpává, protože člověk se musí fakt držet, aby nezasahoval do něj svými názory nebo něčím takovým. A zároveň na tu citlivost ženy, jak přesně ona na tom je teď v téhle chvíli.

**Výzkumník:** Jo je tahleta nějaká jako křehkost toho tématu, kterou popisujete tím specifikem a od jiných témat, kterými se taky zabýváte, nebo tam jsou ještě nějaká další specifika právě toho tématu téma?

**Respondentka:** Je to ta křehkost, a to fakt jako že...Na na tenkém ledu opravdu doslova. Jako se tak cítím až někdy. Ještě tam jsem chtěla něco k tomu říct, ale pak ještě vlastně. Tam je často, často tak fakt jako rozhodovací krize. Jo, pokud je to v běžné práci. Co se týče jiných rozhodnutí, na to je vždycky čas, jo? Na to je vždycky nějaký čas, kdežto tady vás tlačí čas, ještě musíte být opatrná. Ještě většinou klientka nechce, abyste ji viděla, protože se vlastně stydí. Aspoň na začátku a pak je ještě můžeme mít takovou tu rozhodovací paralýzu. Úplně jo, že vlastně absolutně neví, absolutně neví.

A často opakují, že si přejí, aby to nějak skončilo samo, aby to dopadlo nějak samo. Což se někdy stane. Někdy je to úleva. Někdy nastávají další návaly pocitu viny, že jsem si to přála. Takže je to je to. Jak ta křehkost, tak ten časový tlak vlastně často tam je. A pak tam je. Ta rozhodovací krize.