Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zkušenosti žen se spontánním potratem v prvním trimestru těhotenství

Women's experience with miscarriage in the first trimester of pregnancy

Bc. Tereza Lišková

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Presslerová, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

2022

Prohlášení

Odevzdáním této diplomové práce na téma *Zkušenosti žen se spontánním potratem v prvním trimestru těhotenství* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 18. 4. 2022 ……..……

Bc. Tereza Lišková

Poděkování

Ráda bych poděkovala především vedoucí mé diplomové práce za profesionální a podporující vedení celého procesu. Chtěla bych dále poděkovat ženám, které se účastnily výzkumné části této práce za jejich ochotu a odvahu sdílet citlivou a bolestivou událost a podělit se o své zkušenosti. V neposlední řadě děkuji odbornicím věnujícím se tématu spontánních potratů za cenné kontakty a odkazy na literaturu.

Abstrakt

Cílem diplomové práce bylo zmapovat zkušenosti žen se spontánním potratem v prvním trimestru těhotenství. Data pro empirickou část kvalitativního designu byla získána prostřednictvím elektronického dokumentu, ve kterém informantky písemně odpovídaly na otevřené otázky. Výzkumný soubor tvořilo 17 informantek, které zažily spontánní potrat v prvním trimestru ve svém chtěném těhotenství a zároveň ještě neměly žádné děti. Získaná data byla analyzována kvalitativními metodami a zkušenosti žen byly popsány a interpretovány pomocí zakotvené teorie. Byly prozkoumány zkušenosti žen v několika oblastech: prožívání potratu, ztráta a truchlení, potřeby, sdílení, reakce sociálního okolí a protektivní faktory. V prožívání žen po spontánním potratu se objevoval především šok, smutek, strach, hněv, pocity viny a selhání. Mnoho žen prožívalo spontánní potrat jako smrt svého dítěte a truchlilo pro něj. Ženy potřebovaly, aby k nim blízcí lidé i zdravotníci přistupovali s empatií a respektem k jejich prožívání a vnímání jejich zkušenosti. Jako negativní vnímaly především reakce a rady bagatelizující význam jejich ztráty. Možnost sdílet svou zkušenost s širším okolím byla pro některé ženy velice důležitá, jiné ženy sdílely svou zkušenost pouze s partnerem nebo nejbližší rodinou. Ženy vnímaly, že je téma spontánních potratů tabuizované a cítily potřebu toto tabu prolomit. Mnohé z nich se proto rozhodly svou zkušenost s odstupem sdílet. Faktory, které ženám pomáhaly se se svou ztrátou vyrovnat, zahrnují možnost autentického prožívání, sdílení, získávání informací, rozptýlení skrze různé aktivity, časový odstup, následné mateřství včetně péče o dítě a nalezení smyslu celé události.

Klíčová slova

spontánní potrat, časná prenatální ztráta, ztráta dítěte, vyrovnávání se se ztrátou, zármutek, truchlení

Abstract

The aim of the thesis was to map the experiences of women with spontaneous abortion (miscarriage) in the first trimester of pregnancy. The data for the empirical part of the qualitative design was obtained through an electronic document in which the informants answered open-ended questions by writing. The research sample consisted of 17 informants who had experienced spontaneous abortion in the first trimester of their wanted pregnancy and had not yet had any children. The data collected were analysed using qualitative methods and the women's experiences were described and interpreted using grounded theory. Women's experiences were explored in several areas: experiencing abortion, loss and grief, needs, sharing, social environment reactions, and protective factors. Women's experiences of spontaneous abortion included mainly shock, sadness, fear, anger, guilt and feelings of failure. Many women experienced miscarriage as the death of their baby and grieved for it. Women needed to be treated with empathy and respect by those close to them and by health professionals. In particular, they perceived reactions and advice downplaying the significance of their loss as negative. The opportunity to share their experience with the wider community was very important to some women, while others shared their experience only with their partner or immediate family. Women perceived that the topic of spontaneous abortion was taboo and felt the need to break this taboo. Many of them therefore decided to share their experience with distance. Factors that helped women cope with their loss included the opportunity for authentic experiencing, sharing, gaining information, distraction through various activities, time distance, subsequent motherhood including child care, and finding meaning in the event.

Keywords

miscarriage, early pregnancy loss, the loss of a baby, coping with the loss, grief, mourning

Obsah

Obsah **6**

Úvod **8**

1 Teoretická část **9**

1.1 Těhotenství *9*
1.1.1 Prenatální vývoj 9
1.1.2 Psychické změny v těhotenství 9
1.1.3 Rizikové a patologické těhotenství 10

1.2 Spontánní potrat *11*
1.2.1 Vymezení pojmu 11
1.2.2 Klasifikace spontánních potratů 12
1.2.3 Etiologie spontánních potratů 13

1.3 Spontánní potrat jako ztráta *14*
1.3.1 Ztráta jako krizová situace 14
1.3.2 Ztráta dítěte během počátečních fází těhotenství 15
1.3.3 Spontánní potrat jako traumatická událost 19

1.4 Zármutek a truchlení *20*
1.4.1 Vymezení pojmů 20
1.4.2 Zármutek 20
1.4.3 Truchlení 21
1.4.4 Obecný proces truchlení po ztrátě blízké osoby 21
1.4.5 Komplikované truchlení 26

1.5 Zármutek a truchlení v rámci spontánního potratu *29*

1.6 Podpora žen po spontánním potratu *31*
1.6.1 Potřeba pomoci 31
1.6.2 Preferované způsoby pomoci doporučené zasaženými ženami 32

2 Empirická část **35**

2.1 Cíl výzkumu *35*

2.2 Výzkumné otázky *35*

2.3 Metoda výzkumu *35*
2.3.1 Sběr dat 36
2.3.2 Charakteristika výzkumného souboru 37
2.3.3 Jednotlivé informantky 38
2.3.4 Zpracování dat 44

2.4 Závěry výzkumu *49*
2.4.1 Prožívání spontánního potratu 49

2.4.2 Ztráta a truchlení 58
2.4.3 Reakce okolí 62
2.4.4 Potřeby žen procházejících raným potratem 71
2.4.5 Podpůrné faktory zvládání spontánního potratu 77

2.5 Diskuze 85

2.6 Přínosy a limity výzkumu 93

Závěr 95

Seznam literatury a použitých zdrojů 97

Seznam tabulek 103

Seznam schémat 104

Seznam příloh 105

Úvod

Diplomová práce se zabývá zkušenostmi žen se spontánním (samovolným) potratem, který je jednou z nejčastějších komplikací těhotenství. Prožívání žen v souvislosti s časnou prenatální ztrátou je ve společnosti často přehlíženým tématem a oproti ztrátám dítěte v období porodu nebo v pozdějších fázích těhotenství je mu věnována menší pozornost. Práce se zabývá prožíváním spontánního potratu z ženské perspektivy; analyzovány a interpretovány jsou žité zkušenosti žen, které takovou ztrátou prošly, nicméně je potřeba zmínit, že spontánní potrat je ztráta, která se týká obou rodičů.

Práce je dělena na dvě hlavní části: teoretickou a empirickou. Teoretická část vymezuje důležité pojmy a představuje významná témata související se zaměřením práce. Úvodní kapitoly se zaměřují na problematiku související s těhotenstvím. Popsán je prenatální vývoj a psychické změny, ke kterým dochází během gravidity. Následně je stručně vymezeno rizikové a patologické těhotenství. Navazující kapitola se podrobněji zaměřuje na jednu komplikaci patologického těhotenství, kterou je spontánní potrat. Spontánní (či samovolný) potrat je vymezen z medicínského hlediska, představen jako traumatická zkušenost a krizová událost. Uvedeny jsou psychické i fyzické symptomy, které potrat doprovází. V další kapitole je na samovolný potrat nahlíženo jako na ztrátu blízké osoby, se kterou souvisí proces truchlení, který je podrobněji vymezen dle obecných teorií truchlení. Představeny jsou i determinanty komplikovaného truchlení. Následně jsou uvedena specifika truchlení v situaci spontánního potratu. Poslední kapitoly jsou věnovány podpoře žen v situaci samovolného potratu.

Empirická část se zaměřuje na spontánní potrat z pohledu žen a zkoumá charakteristiky prožívání spontánního potratu a důležitá témata, která se v souvislosti s takovou zkušeností objevují. Pozornost bude věnována především emočním reakcím i fyzickým symptomům, jež se u žen při takové zkušenosti vyskytují. Zkoumána bude podoba ztráty a truchlení. Sledováno bude i sdílení zkušenosti a reakce okolí. V souvislosti se všemi zkoumanými tématy se práce zaměřuje i na potřeby žen v době spontánního potratu a po něm a na faktory, které přispívají k vyrovnávání se se ztrátou.

1 Teoretická část

1.1 Těhotenství

1.1.1 Prenatální vývoj

Za prenatální období se označuje časový úsek od početí do narození. Běžně trvá 39-41 týdnů, tedy cca 9 měsíců (3 trimestry pro třech měsících). Vývoj jedince začíná blastogenezí, což je vývoj trvající cca tři týdny od splynutí vajíčka a spermie do vytvoření gastruly. Přibližně okolo 22. dne po oplodnění vajíčka začíná embryogeneze, ve které se vytváří základy srdce a mozku. Embryo měří 2,5 mm. Již ve čtvrtém týdnu se začínají diferencovat cévy. V období kolem cca 6. týdne se vyvíjejí končetiny, které mají viditelné prsty. Dále pak ústa, nos a oční víčka. Embryo měří cca 1,6 cm. Začínají se diferencovat pohlavní žlázy i zevní genitálie. Primitivní srdce již pohání krevní oběh a lze sledovat jeho aktivitu. Dají se rozpoznat všechny vnitřní orgány a vyvíjejí se základy orgánových soustav. Přibližně v období 4. – 8. týdne je vysoká náchylnost k otravám toxickými látkami. Období embryogeneze trvá do cca 10. týdne od oplodnění. Na konci 10. týdne je vyvíjející se jedinec velký cca 9 cm s váhou kolem 14 gramů.

Od poloviny 16. týdne těhotenství je možné pozorovat srdeční aktivitu. Od 17. týdne gravidity se začínají vyvíjet vlasy a nehty a v podkoží dochází k ukládání tuku. Kůže se mění z průhledné na červenou a vrásčitou. Mozek prochází rychlým vývojem. Přibližně kolem 20. týdne dochází k matkou detekovatelným pohybům vyvíjejícího se dítěte. Koncem 28. týdne začínají mizet kožní vrásky a otvírají se oční víčka. U vyvíjejícího se jedince jsou již funkční všechny smysly. Postupně se ukládá tuk do podkoží a v 35. týdnu dosahuje tuková tkáň 15% celkové hmotnosti. Kolem 38. týdne je dítě považováno za donošené. Donošený jedinec postupně ztrácí jemné ochlupení (lanugo) a kůže začíná být růžová a napjatá (Čech et al., 2006; Thorová, 2015).

1.1.2 Psychické změny v těhotenství

Od začátku gravidity nastávají u ženy nejen tělesné, ale i psychické reakce. Psychické změny se vyskytují v nějaké míře u většiny těhotných žen a jejich míra závisí na sociálním okolí a osobnostních vlastnostech ženy. Intenzita psychických změn je ovlivněna mírou fyzických reakcí a sociálními a ekonomickými faktory. Těhotenství je jednou z mnoha

vývojových krizí, tedy obdobím, ve kterém dochází k mnoha životním změnám včetně změny rolí. Je to období adaptace na novou životní situaci, která s sebou přináší proměnu určitých způsobů chování, narušení životní stability a nutnost přijetí nové role.

Na počátku těhotenství se mohou se dostavit pocity zmatení, nevyrovnanosti, úzkostí, nejistoty i touha po návratu ke starému způsobu života. Objevuje se vyšší míra nervozity i neadekvátní reagování na stresující podněty. Ženy mohou trpět zvýšenou plačtivostí, poruchami spánku i depresivními symptomy. Emoční reakce ovlivňují tělesné symptomy jako je nauzea, pálení žáhy, zvracení, v pozdějších fázích těhotenství omezená pohyblivost, dušnost, otoky dolních končetin a bolesti zad. Častý bývá strach z potratu a z nezdárného vývoje těhotenství. Úkolem počátku těhotenství a celého prvního trimestru je hlavně přijetí těhotenství a sním i nové životní role. Pro prožívání je charakteristická labilita a kolísání nálad, nejistota a podrážděnost. Druhá etapa těhotenství odpovídající přibližně druhému trimestru začíná tehdy, když žena pocítí pohyby plodu. Ustupuje emoční nestabilita. Žena si uvědomuje své dítě, snaží se ho chránit a podporovat hladký průběh těhotenství. Změnou probíhající v této fázi je akceptace plodu jako samostatného jedince. Ve třetí fázi se může objevovat strach z předčasného porodu a zároveň touha mít porod co nejdříve za sebou. V afektivitě se objevují rozporuplné pocity, strach z nezdárného konce těhotenství a strach z porodu. Častý bývá i strach z neschopnosti se postarat o dítě a být dobrým rodičem. Žena se připravuje na porod a na přijetí nového nezávislého jedince, který již nebude součástí jejího těla (Čech et al., 2006; Roztočil, 2017).

1.1.3 Rizikové a patologické těhotenství

Patologické těhotenství je souhrnné označení pro chorobné stavy během těhotenství, které ohrožují zdraví nebo život ženy, vývoj plodu a narození zdravého jedince. Taková těhotenství vznikají převážně u rizikové skupiny žen, u kterých se vyskytují tzv. rizikové faktory, které nepříznivě působí na graviditu. Tyto ženy řadíme do skupiny rizikových těhotenství. Rizikové těhotenství tedy není onemocnění, ale „stav charakterizovaný biologickými či sociálními rizikovými faktory“ (Roztočil, 2017, s. 244). Tyto faktory zvyšují pravděpodobnost, že v budoucnu vznikne patologická gravidita. Identifikují z rodinné anamnézy, z osobní anamnézy a ze screeningových vyšetření. U otce i matky existuje dědičná predispozice k výskytu některých rizikových faktorů. U obou rodičů se může vyskytovat zátěž přispívající ke vzniku vývojových vad, mentální retardaci a některým

druhům alergií. Na straně matky jde např. o vícečetná těhotenství v minulosti, vysoký tlak, diabetes mellitus, myomatózní dělohu a určité druhy hemoglobinopatií.

Mezi další faktory zvyšující pravděpodobnost patologického těhotenství se řadí nižší věk než 18 let a vyšší věk než 35 let. K rizikové výšce ženy se řadí výška menší než 155 cm, u těchto žen hrozí vyšší riziko předčasných porodů, stejně jako u žen pod 18 let. Vliv může mít i hmotnost matky před otěhotněním, kdy riziková je značná nadváha nebo velmi nízká hmotnost často vedoucí k předčasným porodům. Rizikovým faktorem mohou být také otravy toxickými látkami včetně otravy nikotinem či alkoholem. Na patologie v těhotenství může mít určitý vliv i náročné zaměstnání matky či jiné stresující podněty (Hájek, 2004; Čech et al., 2006; Roztočil, 2017).

1.1.3.1 Poruchy délky těhotenství

Poruchy v délce těhotenství se dělí na dvě skupiny: těhotenství končící předčasně a těhotenství končící opožděně. Do předčasného ukončení těhotenství se řadí potrat, předčasný porod a ektopické těhotenství. Opožděné těhotenství se dále dělí na prodloužené těhotenství a pravé přenášení (Binder, 2015). Tato práce se zabývá skupinou první, konkrétně pak spontánním potratem.

1.2 Spontánní potrat

1.2.1 Vymezení pojmu

Spontánní či samovolný potrat (angl. Miscarriage, Spontaneous Abortion) nebo také časná prenatální ztráta (angl. Early pregnancy loss) je nejběžnější komplikace v těhotenství postihující až 15 % rozpoznaných těhotenství (Nikcevic et al., 1998; Regan & Rai, 2006; Kersting & Wagner, 2012).

Existují různé definice spontánního potratu, jež rozdílně vymezují období, ve kterých k potratu dochází. V české literatuře se někdy spontánní potrat označuje pouze pojmem „potrat“ jako například uvádí Čech (et al., 2006): „Potratem se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500 g nebo jehož hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů.“ (Čech et al., 2006, s. 182). Zegers-Hoschild (et al., 2017) taktéž definuje samovolný potrat jako spontánní ztrátu klinického těhotenství před 22. dokončeným týdnem

gestačního věku, kdy embryo (embrya) nebo plod (plody) nejsou životaschopné. Rai & Regan (2006) uvádí, že se jedná o spontánní ukončení těhotenství od početí do 24 týdnů těhotenství.

Naprostá většina samovolných potratů však proběhne do 12-14 týdne těhotenství. Později se vyskytuje pouze v 1-2 % těhotenství. Výskyt spontánních potratů se u klinicky diagnostikovaných těhotenství ve společnosti uvádí kolem 12-15 %. Odhaduje se však, že spontánním potratem končí až 60 % všech těhotenství. Jsou to ty případy, kdy žena nezjistí, že je těhotná a krvácení pokládá za menstruaci (Rai & Regan, 2006, Binder, 2015; Thorová, 2015).

1.2.2 Klasifikace spontánních potratů

1.2.2.1 Dělení podle opakování

Spontánní potraty se dělí dle četnosti opakování na sporadický a habituální (opakovaný). Sporadickým potratem (Sporadic miscarriage) označujeme situaci, kdy zažije žena spontánní potrat jednou či maximálně dvakrát po sobě. O habituální potrat (Recurrent miscarriage) se jedná, pokud dojde ke spontánnímu ukončení tří a více po sobě následujících těhotenství. Habituální potrat postihuje 1 % žen, zatímco sporadický potrat zažije nejméně 25 % a pravděpodobně až 50 % žen. Někteří lékaři za opakovaný spontánní potrat označují i ty případy, kdy se samovolný potrat objeví dvakrát za sebou. Takových případů je kolem 5 % (Regan & Rai, 2000; Rai & Regan, 2006).

1.2.2.2 Dělení podle komplikovanosti a průběhu

Podle doprovodných komplikací můžeme dělit samovolné potraty na nekomplikované a komplikované. Nekomplikovaný potrat se dále dělí podle průběhu na hrozící potrat, počínající potrat a potrat úplný. Komplikovaný potrat zahrnuje potrat neúplný, protahovaný, zamlklý a septický.

Nekomplikovaný potrat

Hrozící potrat. Je charakterizován mírnou bolest v podbřišku a tzv. špiněním nebo krvácením z uzavřeného děložního hrdla. Krvácení může ustat a vývoj těhotenství

pokračuje. Postihuje až 15 % těhotenství, z nichž pouze v 16–18 % případech dojde k ukončení těhotenství.

Počínající potrat. Přítomná je silná bolest v podbřišku, kontrakce a krvácení z děložního hrdla. Děložní hrdlo je rozšířené a zkrácené. Tento typ potratu vždy znamená ukončení těhotenství.

Potrat úplný. Plodové vejce je potraceno kompletně – děložní dutina je prázdná.

Komplikovaný potrat

Potrat neúplný. Plod je potracen, ale části plodového vejce mohou zůstat v děloze. Může být přítomno silné krvácení.

Protrahovaný potrat. Jedná se o částečné odloučení plodového vejce, které je provázeno dlouhodobým a mnohdy nebezpečným krvácením. Kontrakce nejsou příliš silné.

Zamlklý potrat. Jedná se o takový typ potratu, kdy plodové vejce odumře, ale nejsou přítomny kontrakce, tudíž vejce není vypuzeno dělohou. Projevuje se slabým krvácením, vysokou únavou a zvýšenými teplotami. Děložní hrdlo je uzavřené, a pokud nedojde k umělému odstranění odumřelého vejce, může dojít k infekci. Žena pociťuje, že ustupují některé příznaky těhotenství.

Septický (horečnatý) potrat je charakterizován infekcí plodového vejce, která se může rozšířit na stěny dělohy. Je přítomna zvýšená teplota nebo vysoká horečka, bolest v podbřišku a krvavý výtok (Čech et al., 2006; Roztočil & Bartoš, 2011; Binder, 2015).

1.2.3 Etiologie spontánních potratů

Mezi hlavní nejčastější příčiny spontánního potratu se řadí defektní plodové vejce a příčiny na straně matky. Na výskyt potratu však mohou mít vliv i defekty a patologie související se spermiemi partnera. V 50 % případů není příčina známá (Regan & Rai, 2000).

Příčinou téměř 40 % spontánních potratů je defektní plodové vejce, což je abnormalita na straně plodu. Defekty jsou buď strukturální, chromozomální nebo z důvodu genetických chorob kvůli vrozeným chromozomálním abnormalitám matky nebo otce.

Faktory na straně matky zahrnují hormonální příčiny, které souvisí s hormonální poruchou během cyklu menstruace. Spontánní potrat mohou způsobovat i malformace

dělohy jako např. zdvojená děloha, dvojrohá děloha nebo také nádory či záněty dělohy. Dalšími faktory na straně matky jsou pak různá onemocnění, např. poruchy štítné žlázy a jiné endokrinní onemocnění, plicní, jaterní či kardiovaskulární choroby nebo horečnatá onemocnění. Mezi infekce, které mohou být příčinou samovolného potratu, patří hlavně infekce bakteriální, virové i plísňové a například i choroby přenosné pohlavním stykem. Inkompetence děložního hrdla způsobují potraty nejčastěji v prvním a druhém trimestru těhotenství. Spontánní potrat mohou způsobit také imunologické příčiny, porodní poranění, operace děložního hrdla či traumata jako jsou chirurgické operace během gravidity, různé úrazy břicha apod. Mezi další faktory patří vliv chemických látek například různých léků, dlouhodobější působení těžkých kovů a ionizující záření (Čech et al., 2006; Roztočil & Bartoš, 2011).

1.3 Spontánní potrat jako ztráta

Samovolný potrat je v kapitole vymezen jako traumatická a krizová situace v životě žen, jejímž následkem může být silný zármutek a truchlení. Uvedena jsou specifika ztráty v případě spontánního potratu.

1.3.1 Ztráta jako krizová situace

Ztráta může být definována jako „oddělení od někoho (něčeho) nebo přerušení vazby k někomu (něčemu), výsledkem je změna vztahu.“ (Ratislavová & Hrušková, 2020, s. 26). Jednou ze ztrát, se kterou se v životě potkáváme, je smrt dítěte. Úmrtí nenarozeného dítěte může být spouštěč krize. Krize je určitá nepříjemná událost, kterou člověk prožívá jako nesnesitelnou a nezvladatelnou. Může zažívat i pocity ohrožení svého života. Jedná se aktuálně nepřekonatelný stav či problém, který jedinec nebo určitá sociální skupina v současné chvíli nemůže nebo neumí vyřešit (Špatenková, 2017).

V případě ztráty dítěte se jedná o tzv. krizi situační neboli traumatickou. Spouštěčem krize je určitá neočekávaná událost, která nastane náhle a nelze předvídat. Takovou typickou situací je právě ztráta blízké osoby. Pokud má krize hluboký dopad na člověka, jedná se o krizi traumatickou (Špatenková, 2017).

Charakteristiky krize

- jedná se o intenzivní krizovou událost nebo dlouhodobý stres

- pokud jde o jednorázovou událost, je vnímána jako náhlá, neočekávatelná, zraňující nebo ohrožující
- člověk ji prožívá jako výzvu, ztrátu nebo nebezpečí
- jedinec pociťuje nejistotu ohledně budoucnosti
- snižuje se sebekontrola i kontrola nad situací
- běžně používané mechanismy ke zvládání problémů nefungují
- emoční napětí spuštěné událostí je přítomné delší dobu (dva týdny až několik měsíců)
- událost v sobě zahrnuje nutnost určité životní změny a přizpůsobení se novým podmínkám

(Špatenková, 2017)

Krize může mít u každého jedince odlišný průběh a může dospět do různých fází. Některé krize mohou vyústit v rozvoj posttraumatické stresové poruchy, jiné mohou dospět k posttraumatickému růstu – krize přináší i jedincem pozitivně hodnocené následky a člověk pak vychází z krize silnější. Průběh krize závisí na aktuální situaci jedince i na jeho sociálním okolí (jakou má člověk podporu ve svém blízkém i vzdálenějším sociální okolí) (Špatenková, 2017).

1.3.2 Ztráta dítěte během počátečních fází těhotenství

Pro mnoho žen je těhotenství hluboce emotivní. Může se jednat o realizaci snů a o centrální etapu jejich života. Již během prvního trimestru si žena zvyká na nové fyzické vjemy, symptomy, emoční nestabilitu a praktické dopady na budoucí život, které plynou ze změny životní situace (Gerber-Epstein et al., 2008).

Během těhotenství se žena i její partner starají o blaho svého dítěte a vytvářejí si s ním vztah. Tento vztah se utváří skrze sny a představy o budoucnosti dítěte. Mohou si vytvářet fantazie o tom, jaké dítě bude vypadat, jaké bude jeho dětství, kam půjde do školky, do školy a jaká pravděpodobně bude jeho profese. Partneři si představují, jaké zážitky budou se svým dítětem sdílet. Protože se tyto představy, sny a plány o dítěti už staly součástí jejich života, dochází k přijímání rolí budoucích rodičů.

Ztráta dítěte během těhotenství ukončí tento přirozený proces navazování pouta s dítětem a zároveň zpochybní očekávání pojící se s normálním průběhem těhotenství.

Partneři neztrácí pouze dítě, ale částečně i svou budoucnost, šanci vidět své dítě vyrůstat a prožívat s ním vysněné zážitky (Gerber-Epstein et al., 2008; Davis, 2016).

1.3.2.1 Specifika ztráty v počátcích těhotenství

Mnohonásobná ztráta

Ženy se mohou cítit jako matky už od okamžiku, kdy zjistí, že jsou těhotné. Se spontánním potratem ztrácejí nejen své dítě a představu o něm, ale i roli matky a své sny s touto rolí spojené. Pro některé ženy spontánní potrat přináší i hrozbu ztráty budoucího mateřství a podrývá jejich víru ve schopnost donosit zdravé dítě. Ženy mohou cítit, že se ztrátou dítěte ztratily i část sebe. Stejně tak partner ztrácí svou roli otce. Dohromady pak ztrácí identitu nastávající rodiny, se kterou mizí i představy, naděje, plány a sny spojené s narozením dítěte a jeho výchovou (Harvey et al., 2001; Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2008; van Rensburg et al., 2009; Davis, 2016; Bellhouse et al., 2019).

Tíha odpovědnosti a viny

Partneři se mohou cítit odpovědní za ztrátu svého dítěte, protože často cítí, že ho měli více chránit. Ženy mohou zvažovat, co vše udělaly v těhotenství špatně a zda mohly nějakou svou aktivitou nebo úpravou životního stylu potratu předejít (například kdyby nekouřily, nepily alkohol nebo nechodily běhat). Pocity viny pak mohou zhoršovat emoční zátěž po této zkušenosti a ztěžovat vyrovnávání se s novou životní situací (Kersting & Wagner, 2012; Radford & Hughes, 2015; Davis, 2016).

Některé ženy se domnívaly, že za potrat mohou jejich ambivalentní pocity v době, kdy zjistily, že jsou těhotné. Obávaly se, že svému dítěti vyslaly signál, že je nechtěné a že jejich těla pak zabránila těhotenství. Spontánní potrat může být ženami vnímán jako osobní selhání (Adolfsson et al., 2004; Simmons, 2006).

Tabuizace a neobvyklá smrt

Ve společnosti je obecně téma smrti tabuizováno, neexistuje ani dostatek prostoru pro vhodné sociální rituály a projevy truchlení. Jelikož smrt je téma, o kterém se obecně v moderních společnostech příliš nemluví, lidé pak mohou být zmatení a nejistí v přístupu k truchlícím. Sami truchlící navíc mohou považovat hluboký smutek a žal za projev slabosti a mohou se snažit zármutek potlačovat nebo skrývat. Smrt dítěte během těhotenství je

v kontextu ztrát blízkého člověka takzvanou méněcennou ztrátou. Jedná se o ztrátu, která není sociálně příliš přijímána (Kubíčková, 2001; Quagliata, 2013).

Smrt dítěte během počátečních fází těhotenství je neobvyklou formou smrti, jelikož v takové situaci neexistuje žádný viditelný proces umírání. Takové typy úmrtí bývají pak zařazovány do kategorie „nešťastných událostí“. Často se na ně pohlíží jako na nešťastný zážitek, který se stal matce, neuznávající ztrátu blízkého, který zanechal vzpomínky v životě člověka. Ztráty v prvních měsících těhotenství jsou z velké části podhodnocené a postrádají emoční a sociální podporu podobnou podpoře při jiných typech úmrtí (Lovell, 1983; Field et al., 1997; Adolfsson et al., 2004; Simmons et al., 2006).

Osamělost

S tabuizací a bagatelizací tématu souvisí i pocity osamělosti, které mnozí po prenatální ztrátě pociťují. Většina žen se cítila osamocená, protože u druhých nenašla plné pochopení toho, co prožívá. Porozumění pak často nachází u žen se stejnou zkušeností nebo u svých partnerů (Gerber-Epstein et al., 2008; Bellhouse et al., 2018).

Některé ženy se cítí osamocené, protože ztratily své dítě a cítí jako by je opustil někdo, koho milovaly. Mohou také trpět pocity silné závisti svým kamarádkám, které mají děti. To může vést k vyhýbání se sociálním situacím zahrnujícím děti či těhotné ženy a následně k izolaci a osamělosti (Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2008; Kersting & Wagner, 2012; Aydin et al., 2019).

Nedostatek sociální podpory

Nedostatek sociální podpory souvisí s výše zmíněnými charakteristikami jako je tabuizace a bagatelizace tohoto typu ztráty. Sociální okolí truchlících rodičů nemusí rozpoznat hloubku zármutku ani jí porozumět. Menší prostor i pochopení pro zármutek může být způsobeno nepsaným pravidlem prvního trimestru – neříkat o svém těhotenství blízkým do konce prvního trimestru. Pro blízké, kteří často ani nevěděli o těhotenství svých příbuzných nebo kamarádů, může být pak těžké adekvátně reagovat, pokud se dozví pouze informaci, že těhotenství skončilo. Okolí pak často očekává, že se žena s takovou ztrátou vyrovná rychle (Gerber-Epstein, 2008; Davis, 2016).

Nedostatek vzpomínek, truchlících rituálů a rozloučení

Pokud rodiče nestihli poznat jejich dítě, nemají žádné vzpomínky, a ztratili tak možnost s ním navázat vztah. Vzpomínky mohou pomáhat v procesu truchlení k rozloučení se ztraceným člověkem. Nápomocné jsou i rituály, jako je oficiální rozloučení či pohřeb, které při prenatální ztrátě většinou nejsou běžné. Mnoho rodičů není dostatečně povzbuzováno k tomu, aby pro takové truchlící rituály vytvořili prostor. Trávení času s tělem zemřelého, zorganizování pohřbu a oficiálního veřejného rozloučení se zemřelým v okruhu svých blízkých podporuje zdravé odžití procesu truchlení a vyrovnávání se se ztrátou (Kersting & Wagner, 2012; Davis, 2016).

Nedostatek informací

Jelikož ve společnosti není příliš velké povědomí o zkušenostech spontánních potratů, ženy často nevědí, jaké fyzické a psychické symptomy takový zážitek obnáší. Mohou být v šoku ze silného krvácení i pochybovat o normalitě svých pocitů. Ženy většinou nemají od zdravotníků základní informace o spontánních potratech i o tom, co mohou po takovém zážitku očekávat například v emoční rovině (Simmons et al., 2006; Radford & Hughes, 2015; Aydin et al., 2019; Emond et al., 2019).

Příčiny spontánních potratů jsou cca v 50 % neznámé (Regan & Rai, 2000) a ženám proto mnohdy nebývá sdělováno, co jejich ztrátu mohlo způsobit. Nicméně většina žen touží poznat pravděpodobné důvody jejich ztráty. Pokud jsou obeznámeny alespoň s možnými příčinami a s faktem, že nemohly nic udělat, aby potratu předešly, zmírňují se případné pocity viny a odpovědnosti za potrat. Zároveň ženy, které neznají frekvenci výskytu samovolných potratů, se často mohou cítit „nenormální“ a mít dojem, že jsou jediné, komu se taková zkušenost stala (Nikcevic et al., 1998; Nikcevic et al., 2000; Regan & Rai, 2000; Simmons et al., 2006; Meaney et al., 2017).

V neposlední řadě nebývají ženy většinou informovány o tom, na jaké odborníky se mohou obrátit a kde hledat profesionální pomoc, pokud cítí, že takovou pomoc potřebují (Emond et al., 2019).

Strach z dalších těhotenství a další ztrát

U žen se po zkušenosti samovolného potratu objevuje strach z dalších podobných ztrát v budoucnosti i strach z mateřství v pokročilejším věku. Některé ženy se bojí, že ztratí

také schopnost počít dítě a s tím i možnost stát se matkou. Mnohé z nich cítí, že mateřství je součást ženství, a pokud se tedy nestanou matkami, nebudou kompletní (Gerber-Epstein et al., 2008; Aydin et al., 2019).

1.3.3 Spontánní potrat jako traumatická událost

Traumatická je taková zkušenost, kdy člověk zažívá emočně bolestivou situaci, nad kterou nemá kontrolu a která zanechává trvalý otisk v jeho paměti. Je to určité zranění, které se může projevit na psychické i fyzické rovině (Davis, 2016; Ratislavová & Hrušková, 2020). Na spontánní potrat je možné nahlížet jako na traumatickou událost a jako na ztrátu podobnou úmrtí blízké osoby. Emoční otřes je pak odpovědí na toto úmrtí a objevují se pocity časté při procesu truchlení po zemřelém blízkém (Davis, 2016; Ratislavová & Hrušková, 2020).

Ztráta těhotenství ponechává ženu s hlubokou bolestí, která je prohloubená náhlostí a nesmyslností prožívané situace. Nese s sebou pocity bezmoci, hlubokého zármutku a silné bolesti. V reakcích se objevuje obrovský smutek, častý pláč, stažení se ze sociálních situací a nedostatek energie. Některé ženy popisují, že se cítily ztracené, vystrašené a bez pocitu kontroly. Takové symptomy odpovídají symptomům vyskytujícím se po prožitku traumatické události (Harvey et al., 2001; Adolfsson et al., 2004; Gerber-Epstein et al., 2008; van Rensburg et al., 2009; Bellhouse et al., 2019).

Ve studii zabývající se psychickými reakcemi na spontánní potrat bylo zjištěno, že 70 % žen vykazovalo symptomy prožitého traumatu, jako je například úzkost, strach, pocity bezmoci, potíže s usínáním a opakované vzpomínání na traumatický zážitek (Walker & Davidson, 2001).

Spontánní potrat může být traumatickou událostí kvůli výrazným psychickým a emočním dopadům, ale také z důvodu silné fyzické bolesti a dalších fyzických symptomů doprovázejících spontánní potrat. Mezi takové symptomy patří náhlá silná bolest, kontrakce dělohy a ztráta velkého množství krve. Plod z těla matky buď odejde samovolně s prvním krvácením nebo trvá i několik týdnů, dokud z těla sám neodejde. Obvykle je nutné podstoupit kyretáž, při které je plod z dělohy vyňat uměle. Ke stresu a úzkostnému prožívání pak přispívá i stres a strach z operačních zákroků a nutné hospitalizace (Neugebauer et al., 1992; Prettyman et al., 1994; Lee & Slade, 1996; Wong et al., 2003; Robinson, 2013). Když

se u žen objeví krvácení a křeče, mohou zažívat rovněž silnou úzkost a strach. Mezi psychické symptomy spontánního potratu dále patří pocity viny, bezmoc a pocit ztráty kontroly. Klinicky významný výskyt depresivních a úzkostných symptomů přítomných po časné prenatální ztrátě jsou popsány i v dalších studiích (Neugebauer et al., 1992; Prettyman et al., 1994; Sham et al., 2010; Farren et al., 2018).

Ženy mohou prožívat silný zármutek a truchlit nad svou ztrátou. Proces truchlení může být podobně intenzivní jako truchlení po jakékoli jiné pro osobu významné ztrátě (Robinson, 2013). Rodiny, které zažijí časnou prenatální ztrátu často prochází stejnými stádii truchlení jako lidé vyrovnávající se se smrtí blízké osoby (Zavotsky et al., 2013). Proces truchlení a zármutek může být podobně intenzivní. Liší se především tím, že se pociťovaný smutek se soustředí spíše na ztracené očekávání a představy směřující do budoucnosti než na vzpomínky na minulost (Robinson, 2013).

1.4 Zármutek a truchlení

1.4.1 Vymezení pojmů

Zármutkem (angl. Grief) se obvykle rozumí emoční bolest, která doprovází prožitou ztrátu. Truchlení (angl. Grieving) zahrnuje soubor biologických, psychologických, behaviorálních a kognitivních reakcí, které jsou spuštěny ztrátou. Je to automatická vnitřní reakce na prožitou ztrátu zahrnující myšlenky, pocity a reakce těla (Graham, 1997).

Proces truchlení (Mourning) je proces vyjádření svého zármutku. V tomto procesu nechává člověk plout své myšlenky, pocity, vjemy a tělesné reakce. Existují různé cesty vyjadřování zármutku, například pláčem, sdílením, psaním deníku, plánováním rozloučení, pohybem, chozením do přírody a podobně. Proces truchlení směřuje k adaptaci na novou životní situaci, transformaci a k zahojení prožité rány (Davis, 2016).

1.4.2 Zármutek

Zármutek je zdravá reakce na prožitou nešťastnou událost, kterou často bývá nějaká ztráta či očekávání ztráty. Člověk, zažívající hluboký smutek, někoho nebo něco ztratil a touží, aby se vrátil zpátky do svého života. Depresivní prožívání nevyhnutelně provází každou situaci ztráty, která je pro nás chaotická. Tento proces prožívání, i když je nesmírně

bolestivý, je zároveň i adaptivní reakcí směřující k vyrovnáním se s novou situací (Bowlby, 2013).

Mezi emoční reakce patří depresivní prožívání, zoufalství, sklíčenost, vztek a hostilita. V kognitivní rovině se objevuje zahlcení myšlenkami souvisejícími se ztrátou, negativní sebehodnocení, pocity beznaděje a bezmoci, pocit nereálnosti, problémy s pamětí a koncentrací. K reakcím v rovině chování patří sociální odtažitost, tendence chovat se roztržitě, vyčerpání a častý pláč. Na rovině tělesné se objevuje snížená chuť k jídlu, narušený spánek, ztráta energie, celkové vyčerpání a somatické bolesti (Brier, 2008).

1.4.3 Truchlení

Truchlení je komplexní emoční stav, který se mění v čase. Je to proces konfrontování se se ztrátou vedoucí k postupnému odpoutávání se od ztracené osoby či objektu (Beutel et al., 1995). Neexistuje žádný „správný“ proces truchlení, každé truchlení je individuální a probíhá jinak, nicméně můžeme pozorovat určitá opakující se stadia vyskytující se u většiny lidí. Povědomí o tom, co zažívají jiní truchlící lidé a co můžeme očekávat, může být nápomocné. Pokud člověk zná proces truchlení, může ho uklidnit, že jeho emoce jsou validní a normální. Může se také cítit méně osamocen a lépe schopen se se svým zármutkem vyrovnat (Davis, 2016).

1.4.4 Obecný proces truchlení po ztrátě blízké osoby

1.4.4.1 Fáze truchlení podle Kast

Smrt milovaného člověka přináší chaos do porozumění sobě samým i světu kolem nás. Tato ztráta zároveň připomíná vlastní smrtelnost a strach ze smrti. Část z nás v určitém smyslu umírá spolu s milovaným, protože z velké části poznáváme sami sebe skrze vztahy k lidem a okolí. Vztah dvou jedinců určitým způsobem utváří společný svět, a pokud jeden z nich zemře, zaniká i část tohoto společného zakoušení světa.

Truchlení nesmí být považováno za slabost, ale za nejdůležitější psychologický proces, který je nutný pro zachování zdraví. V životě každého člověka se totiž objeví nějaké ztráty, i když se nemusí jednat přímo o ztrátu milovaného člověka. Osobně významné ztráty vyvolávají podobné reakce jako ztráta blízkého.

Truchlení stejně jako smrt je ve společnosti tabuizováno a okolí neví, jak se má k truchlícímu člověku chovat, proto po něm vyžaduje po, aby co nejrychleji přestal truchlit. Okolí v přístupu k truchlícímu ztrácí spontánnost a přistupuje k němu opatrně a jiným způsobem než doposud. Stejně tak truchlící najednou prožívá svět jinak, přestává mu rozumět a potýká se s otázkou smyslu života. Truchlení je proces, ve kterém máme možnost nalézt nové sebeprožívání, nový přístup ke světu. Je k tomu ale potřebné, abychom si připustili všechny emoce, které přichází (Kast, 2015).

Čtyři fáze procesu truchlení podle Kast

Fáze, kdy člověk nechce uvěřit

Po první zprávě o smrti blízkého může truchlící člověk ztrácet vnímavost. Dochází ke „strnutí“, které se může jevit jako necitelnost. Takové znecitlivění nepramenní z bezcitnosti, ale je to následek emocionálního šoku. V této fázi truchlící nevěří, že ke ztrátě opravdu došlo. Nejde jen o prosté popření skutečnosti, ale zavalení příliš silným pocitem, se kterým se jedinec nedokáže vypořádat.

Fáze otevřených emocí

V této fázi přichází nával pocitů, které mohou být různé povahy. Emoce bývají shodné s obecným převažujícím laděním člověka. Mohou pociťovat hněv, úzkost, bezmoc, neklid a podobně. Často se střídají návaly hněvu s epizodami hlubokého smutku. Hněv bývá směřován k různým lidem a instancím. Truchlící se mohou snažit najít viníka, a tak obrací hněv proti lékařům či členům rodiny. Někteří nachází viníka v člověku, kterého ztratili a hněvají se na něj za to, že je opustil. Hněv na okolí může být přesměrovaným hněvem, který se truchlící neodváží směřovat přímo proti zemřelému. Často je hněv přirozenou reakcí na náhlou změnu životní situace, který se obrací proti komukoli, kdo zrovna přišel do cesty. Všechny tyto emoce jsou reakcí na námi pociťovanou bezmocnost a nevratnost situace, ve které vyvstává i otázka naší vlastní smrtelnosti a strachu z ní. Nalezení viníka může snižovat úzkost ze smrti jako z osudové nutnosti a smrt se pak nezdá tolik nevypočitatelná. Část pozůstalých nachází viníka v sobě a sužují se tíživými pocity viny.

Návaly vzteku, hněvu a pocitů viny bývají robustnější v případech náhlé nebo předčasné smrti blízkého člověka, protože je smrt vnímána jako ještě více nepochopitelná a nespravedlivá. Pro proces truchlení je důležité, aby se takové emoce vynořily, a to se děje

nejčastěji, pokud se o zemřelém mluví. Neměla by se od jeho smrti odvádět pozornost, truchlícímu člověku vyvracet jeho pocity či se ho snažit rozptýlit jinými tématy.

Fáze hledání zemřelého a odpoutávání se od něj

Fáze hledání znamená, že truchlící stále nějakým způsobem ve svém životě zemřelého hledá. Čeká, že ho zas například zahlédne po svém boku. Že uslyší motor jeho auta a on se jednoho dne vrátí domů. Jedná se tedy o neustálé hledání a nenacházení zemřelého, tedy proces, ve kterém pozůstalý stále znovu zažívá ztrátu blízkého. Truchlící si více všímá míst a věcí, které zemřelý miloval a kde rád pobýval. Fáze hledání je určitou formou zpracovávání, opětovného vyrovnávání se se ztrátou a postupný proces připravující člověka k akceptaci ztráty blízkého.

Hledání zemřelého člověka se může projevovat i vnitřními dialogy. V rozhovoru pozůstalý svého blízkého znovu nalézá. Skrze dialog může docházet k proměně obrazu zemřelého i ke změně vztahování se k němu. Dochází tedy k odpoutání se od blízkého takového, jaký byl kdysi, a dochází k určitému rozloučení a opuštění. K odpoutání se od blízkého dochází, když je pozůstalý schopen nalézat blízkého v sobě, například nalezením hodnot, které obsahoval vztah se zemřelým člověkem.

V přístupu k pozůstalému je vhodné nenutit ho, aby se vzdal hledání blízkého v podobě zaměření pozornosti na činnosti a místa, která měl zesnulý rád. Pro člověka v procesu truchlení je důležité, aby měl možnost své představy, příběhy a teorie o zemřelém opakovaně vyprávět a skrze ně vyjadřovat a zpracovávat své rozporuplné emoce.

Fáze nového vztahu k sobě a ke světu

Fáze nastává, pokud se zemřelý stane vnitřní postavou pozůstalého nebo jakýmsi průvodcem. Truchlící se pomalu vžívá do jiných rolí a rozvíjí nové vlastnosti, čímž opět získává sebedůvěru a sebeúctu. V této fázi už pro truchlícího člověka nejsou tolik důležité podporující osoby, obzvlášť pokud nepřijímají jeho nově nabytou samostatnost. Nový vztah k sobě a ke světu také znamená, že truchlící už akceptoval ztrátu a opustil nebo pozměnil různé vzorce, které se naučil ve vztahu se zemřelým a které byly charakteristické pro minulý způsob života. Mohou také přicházet různé regrese do předchozích fází procesu truchlení. To se stává zejména tehdy, pokud se v životě pozůstalého vyskytne jakýkoli jiný typ ztráty,

na který pak zpravidla velmi citlivě reaguje. Tyto regrese nebo návraty do minulých fází však umožňují zážitek ztráty opětovně zpracovávat.

Teprve, když se objeví nové prožívání sebe a vztahu ke světu a pozůstalý zároveň zjistí, že mu smrt blízkého nejen mnoho vzala, ale také dala, může znovu zažít, že život má určitý smysl. Aby truchlící mohl do této fáze dojít, je potřeba, aby byl připraven on i jeho okolí akceptovat hluboký smutek i smrt. Aby byl schopen přijmout veškeré podoby bolesti a zoufalství, které ztráta přináší, je důležité mít možnost o všech svých pocitech a svém zážitku i opakovaně mluvit (Kast, 2015).

1.4.4.2 Proces truchlení podle Kübler-Ross

Kübler-Ross (2015) dělí proces truchlení a vyrovnávání do pěti stadií: popření, hněv, smlouvání, deprese a akceptace. Jde o reakce na ztrátu, které má většina lidí, což ale neznamená, že všichni lidé truchlí stejným způsobem. Stejně jako je každá ztráta individuální, každý proces truchlení je také jedinečný. Stádia nejsou lineární, člověk může prožívat určitou fázi a poté se vracet do minulé, jelikož se jedná o reakce na pocity, které se objevují náhle a trvají různou dobu (Kübler-Ross & Kessler, 2005; Kübler-Ross, 2015).

Popření

Pro první stadium je charakteristický šok a odmítání nastalé reality. Typické je úzkostné popírání proběhlé ztráty. Popírání reality je přirozenou reakcí, která pomáhá přežít traumatický zážitek a tlumit bolest. Dopřává člověku čas na zpracování bolestivé situace, aby mohlo dojít alespoň k částečnému přijetí nové skutečnosti. Pokud by nedocházelo k popírání, mohlo by dojít k neúnosnému emočnímu zahlcení. Popírání ztráty a s ní i bolesti umožňuje pomalu přejít k postupnému přijímání reality. V této fázi truchlící potřebuje často pouze mlčenlivou přítomnost blízkého a chápajícího člověka.

Hněv

Ve druhém stadiu po částečném přijetí nové reality je typickou emocí zlost. Objevuje frustrace projevující se hněvem a vztekem, který může být obrácen proti nejbližší rodině, přátelům, zdravotníkům nebo i proti nějaké vyšší moci například „osudu“ či Bohu. Časté jsou otázky typu: „Proč zrovna já?“ Hněv se může obrátit i proti sobě samotnému. Hněv je důležitou etapou celého procesu. Dobré je nesnažit se hněv potlačovat jako nevhodnou

emoci, protože za hněvem mohou být skryté další důležité pocity jako je smutek, panika, zranění a osamělost, které je také potřeba projevit, aby mohlo dojít k přijetí ztráty. Důležité je, aby si pečující osoby a okolí nebraly útoky truchlícího osobně a vztahovačně, neodsuzovaly tyto projevy a neoplácely je vlastním hněvem. Docházelo by pouze ke zvýšení hněvu truchlícího. Pokud okolí chápe a respektuje hněv truchlící osoby, věnují mu pozornost i prostor pro vyjádření všech pocitů, často dochází k zmírnění zlosti truchlícího.

Smlouvání

Ve třetím stadiu se objevuje smlouvání. Jedná se o hledání způsobu, jak zvrátit nastalou ztrátu. Smlouvání je určitým pokusem o odložení skličující reality. Může docházet ke smlouvání s bolestí – člověk přemýšlí, že by udělal cokoli, aby necítil takovou bolest. Je to stádium, které člověku dává potřebný čas k přizpůsobení se nové situaci. Pomáhá věřit, že můžeme nastavit určitý řád v pociťovaném chaosu. Často dochází k uzavírání smluv s Bohem. Někdy si pozůstalý může přát, aby zemřel místo svého milovaného člověka. Ke konci může docházet ke smlouvání směřujícímu do budoucnosti, např. k přáním, aby se pozůstalý setkal se zemřelým v nebi nebo aby neztratil někoho z dalších blízkých.

Deprese

Ve čtvrtém stadium popírání reality přichází hluboký smutek, pocit velké ztráty a uvědomění si plné reality. Pozornost se přesune do přítomnosti. Může se zdát, že smutek bude trvat věčně. Tento typ depresivního prožívání je již odlišný od depresivních stavů první fáze. Člověk cítí, že život postrádá smysl. Nejedná se však o psychické onemocnění, ale o normální reakci na významnou ztrátu. K depresivnímu prožívání dochází i kvůli uvědomění si souvisejících ztrát směřujících do budoucna. V takové chvíli je důležité truchlícímu dovolit projevit smutek a nesnažit se ho rozveselovat či odrazovat od prožívaného zármutku. Truchlící se totiž vyjadřováním svých pocitů připravuje na plné smíření s novou skutečností a životní změnou.

Akceptace

K pátému stadiu dochází, pokud měl truchlící dostatek času a prostoru projít všemi předchozími stadii a pokud směl plně vyjádřit své pocity (i ty, které nejsou společností přijímané jako je závist druhým, hněv a zlost na svět, obviňování okolí apod.). Akceptace nemůže být považována za šťastné stadium, jedná se spíše o dobu, ve které dochází k útlumu

všech pocitů a zvykání si na novou životní situaci. Tato fáze znamená přijetí reality, že blízká osoba je navždy pryč a pozůstalý to nemůže změnit. Člověk dokáže přijmout novou životní situaci a začne se v ní učit žít. Dochází k uvědomění, že jeho cesta stále pokračuje a že se vztah se zemřelým proměnil. Místo potlačování svých pocitů je potřeba jim naslouchat a odhalovat své potřeby, aby mohlo dojít k opětovnému nalezení smysluplnosti života (Kübler-Ross & Kessler, 2005; Kübler-Ross, 2015).

1.4.5 Komplikované truchlení

Jako komplikované truchlení se označuje truchlení zahrnující neobvyklou míru zármutku, která může trvat i několik let. Zármutek může přecházet až v různé psychické poruchy a významně narušovat život člověka.

Mezi hlavní znaky komplikovaného zármutku se obecně řadí:

- pocit vnitřní prázdnoty nebo pocit, že část sebe samého zemřela spolu se ztrátou blízkého
- potíže přijmout ztrátu jako realitu, která se stala
- vyhýbání se všemu a všem, kdo připomínají ztrátu
- neschopnost důvěřovat druhým
- extrémní zatrpklost či vztek související se ztrátou
- neschopnost posunout se v životě dál
- přetrvávající necitlivost, chybění emocí
- sociální stažení od doby ztráty
- pocit, že život je prázdný a budoucnost ponurá a bezútěšná
- pocit omráčení, zmatení, omámení či šoku přetrvávajícího od ztráty

(Parkes & Prigerson, 2010)

Jako další symptomy komplikovaného zármutku byly identifikovány přetrvávající úzkost, panické ataky, fobie, deprese, obviňování se za ztrátu a somatické stížnosti bez zřetelného nálezu (Parkes & Prigerson, 2010). Komplikovaný zármutek může vyústit i do posttraumatické stresové poruchy, depresivních a úzkostných poruch (Ratislavová, 2016).

1.4.5.1 Determinanty komplikovaného truchlení

Na podobě truchlení se podílí řada faktorů, které mohou ovlivnit, zda se u pacienta rozvine komplikované truchlení, či zda se zvládne se ztrátou dobře vyrovnat. Takové faktory mohou být vztahové, situační, osobností i sociální povahy.

Podoba vztahu

Vliv na podobu truchlení má příbuzenský poměr se zemřelým (např. dítě, rodič, partner), síla a jistota citové vazby, důvěra a angažovanost ve vztahu. Komplikovaný zármutek se často objevuje u vysoce závislých vztahů, ve kterých může při separaci dojít k narušení sebepojetí pozůstalého člověka. V ambivalentních vztazích může také docházet ke komplikovanému zármutku, protože se ve velké míře mohou vyskytovat pocity viny plynoucí z negativního či rozporuplného vztahu k zemřelému (Kubíčková, 2001; Parkes & Prigerson, 2010).

Podoba úmrtí

Proces truchlení může zkomplikovat neobvyklá a traumatická podoba smrti. Mezi rizikové patří náhlá a neočekávaná úmrtí, vícečetná úmrtí, sebevraždy či násilná smrt. V takových případech jsou komplikací například často se vyskytující pocity viny či nemožnost připravit se na hrozící ztrátu a rozloučit se se zemřelým. Hůře jsou snášeny neočekávané ztráty v nízkém věku oproti tzv. přirozeným úmrtím u lidí vysokého věku. Komplikace v truchlení také způsobují nepotvrzená úmrtí či taková, u kterých pozůstalý nemohl vidět tělo (Kubíčková, 2001; Parkes & Prigerson, 2010).

Absence sociální akceptace

Některé ztráty nejsou společností příliš akceptovány. Jsou to ztráty, které nemohou být otevřeně přiznány, nejsou společností uznávány jako plnohodnotné nebo nezahrnují proces společného truchlení. Patří sem i všechny tabuizované ztráty, tedy takové, o kterých se ve společnosti obecně spíše „nemluví“.

Příkladem jsou utajované vztahy jako například nepřiznané homosexuální vztahy, milenecké vztahy nebo vztahy biologických rodičů k adoptovaným dětem, které o svých pravých rodičích neví. Sociální akceptace dále chybí u nepřiznaných ztrát, u kterých je typické negování ztráty, kdy se okolí chová, jako „že se nic nestalo“. Patří sem prenatální

ztráty a umělé potraty. Rizikové mohou být i „psychologické ztráty“ bez úmrtí člověka, například ztráta partnera při Alzheimerově chorobě, kdy jeden ze vztahu druhého nepoznává. Mezi další patří například i sebevraždy, při kterých může být rodina zemřelého stigmatizována.

V těchto situacích se často objevuje nepřiznaný zármutek, který není možné projevit kvůli sociálnímu tlaku a normám ve společnosti. Truchlící člověk je nucen svůj zármutek potlačit nebo skrývat. Tím je vyloučen ze společných truchlících rituálů a nejsou pro něj tolik dostupné systémy sociální podpory. Nedostatek emoční podpory od blízkého okolí, obzvláště od partnera a nejbližších lidí, může mít za následek komplikované truchlení (Kubíčková, 2001; Parkes & Prigerson, 2010; Kersting & Wagner, 2012).

Situační faktory

Různé traumatické vzpomínky či jiné velmi stresující situace předcházející ztrátě jedince mohou zkomplikovat proces truchlení. Komplikací mohou být i jiné zatěžující situační faktory vyskytující zároveň se ztrátou jako například péče o nemocného blízkého člověka, ztráta zaměstnání či vážnější nemoc truchlícího člověka (Kubíčková, 2001; Parkes & Prigerson, 2010).

Osobnostní faktory

Mezi hlavní osobnostní faktory ovlivňující proces truchlení patří sebepojetí, odolnost (resilience), osobnostní vlastnosti a rysy a úroveň tolerance k frustraci. Patří sem i faktory získané z anamnézy a historie psychických onemocnění. Rizikové mohou být například různé poruchy osobnosti, deprese, suicidální myšlenky a úzkostné poruchy. Na formě truchlení se také může podílet gender a věk truchlícího (Parkes & Prigerson, 2010).

Kulturní a náboženské faktory

Mezi kulturní a náboženské vlivy patří různé rituály, kulturní normy a tradice vztahující se ke smrti a umírání. Vliv na truchlení má i náboženské přesvědčení truchlícího a víra v to, co se stane se zemřelým po smrti. Náboženská přesvědčení ovlivňují i způsob, jakým lidé se zemřelým ve svých myšlenkách „komunikují“ a jak na něj vzpomínají.

Jedním z hlavních rituálů je pohřeb. Mezi funkce pohřbívání patří možnost rozloučení se se zemřelým, akceptace ztráty a sdílení zármutku. Zároveň pohřbívání

umožňuje vymezit určité místo, kam může pozůstalý chodit vzpomínat a „komunikovat“ se zemřelým. Taková místa často zmírňují bolest z náhlé separace.

Úpadek tradičních rituálů a postupů zahrnujících umírání a loučení se se zemřelým ovlivňuje i míru povědomí truchlících o tom, jakým způsobem „mají truchlit“ a co vše proces truchlení obnáší. Pozůstalí mohou být nejistí, zda jejich pocity jsou normální součástí zármutku nebo zda se jedná o patologické prožívání. Stejně tak sociální okolí pak nemá zažitý způsob, jak se k truchlícím chovat. Ti se pak můžou cítit opuštění. Ve společnostech, které podporují veřejné a společenské vyjádření zármutku a truchlení, se objevuje méně problémů souvisejících s komplikovaným zármutkem (Parkes & Prigerson, 2010).

1.5 Zármutek a truchlení v rámci spontánního potratu

Brier (2008) srovnáváním studií zabývajících se prožíváním spontánních potratů zjistil, že emoční i behaviorální projevy, které se typicky objevují po spontánním potratu, odpovídají emočním i behaviorálním projevům obvykle se vyskytujícím po zážitku jakékoli významné ztráty. Rozdíl oproti jiným ztrátám je ten, že jedinci lpějí spíše než na vzpomínkách a minulých zkušenostech, na očekávané budoucnosti, nadějích a snech o tom, co se mohlo stát. Stesk a smutek je zaměřen spíše na individuální mentální konstrukci vztahu a budoucnosti než na skutečné, minulé a přímo sdílené zkušenosti. Dle srovnávané literatury se zdá, že zármutek je stejně intenzivní jako u jiných ztrát a stejně jako u jiných typů ztrát zármutek začíná slábnout přibližně po 6 měsících (Brier, 2008).

Zármutek i truchlení se často objevují jako reakce na ztrátu v rámci spontánního potratu a může mít různé podoby. V reakcích se objevuje zklamání, slabost, pocit, že vše je příliš těžké a nezvladatelné. Některé ženy chtějí být samy, jiné potřebují naopak rozptýlení od nesnesitelných myšlenek. Mnohdy si nedovolí projevit své pocity, a proto potlačují vše, co zažívají, nebo své emoce a potlačované pocity projeví pouze o samotě. Některé ženy naopak potřebují sdílet své pocity se svými blízkými a potřebují cítit empatické pochopení jejich trápení (Adolfsson et al., 2004; van Rensburg et al., 2009).

Ve studii (Stirtzinger et al., 1999) zkoumající specifika zármutku až jeden rok po spontánním potratu bylo zjištěno, že u většiny žen se objevovaly významné depresivní symptomy, zvýšený stres a sebeobviňování.

Mnoho lidí podceňuje dobu potřebnou k adaptování se na náhlou vážnou životní krizi. Nevědí, jak druhé v takové situaci adekvátně podpořit. Přátelé a rodina se většinou cítí bezmocní, naštvaní a vyhořelí, pokud osoby truchlí delší dobu, než jim připadá přiměřené. Stejně tak ženy po zážitku spontánního potratu často neví, jak dlouho a zda vůbec ostatní ženy truchlí. Mohou se domnívat, že s nimi něco není v pořádku, pokud truchlí delší dobu, než se jim zdá obvyklé (Stirtzinger et al., 1999).

Některé ženy se po takové zkušenosti vyhýbají sociálním situacím, protože společnost požaduje, aby se ze své ztráty rychle zotavily, zapomenuly a myslely na budoucnost a plánování dalšího těhotenství. Se svou ztrátou se pak mohou cítit osamělé a opuštěné, protože jim společnost neposkytne dostatek prostoru pro prožití jejich ztráty (Gerber-Epstein et al., 2008).

Z lékařského hlediska je spontánní potrat rutinní záležitost, která obvykle není život ohrožující. I když se z medicínského hlediska jedná o běžnou záležitost, pro mnoho žen znamená prenatální ztráta hluboké narušení psychických, fyzických i sociálních funkcí (Graham, 1997). Definice, které označují stádium v prenatálním vývoji jedince jako „plod“ a „embryo“ nebo od určité doby už jako „dítě“, neberou v potaz pocity žen a jejich vnímání a prožívání těchto zkušeností. Nicméně tyto definice pak ovlivňují způsob, jakým jsou pojímány zkušenosti žen prožívajících časnou prenatální ztrátu. Částečně určují určitou „hierarchii smutku“, která naznačuje, že čím dříve těhotenství skončí, tím menší je ztráta. Ve společnosti je potrat (a obzvláště časný potrat) považován za nejméně zasahující úmrtí, ve kterém jsou bagatelizovány zkušenosti a potřeby žen (Abboud & Liamputtong, 2002; Murphy & Merrell, 2009; van Rensburg et al., 2009; Cholette, 2012; Bellhouse et al., 2019).

Časná prenatální ztráta často není považována za „pravou“ ztrátu stejně postavenou jako smrt blízkého člověka. Smrt na počátku života je často opomíjeným tématem. Větší pozornost je věnována ztrátám v konečných fázích těhotenství, jako je například smrt dítěte u porodu nebo smrt novorozence. Spontánní potraty mohou být zlehčovány a považovány za prevenci narození nedokonalého a nezdravého dítěte. Ženy se pak potkávají s negativními a necitlivými přístupy a postoji k jejich ztrátě a často si kvůli těmto reakcím nedovolí prožít svou ztrátu jako úmrtí dítěte. Potlačení adekvátního typu truchlení však může způsobovat další stres a přinášet dlouhodobé psychické následky (Lee & Slade, 1996; Corbert-Owen & Kruger, 2001; Aydin et al., 2019).

Předchozí studie prokázaly (Conway & Russell, 2000; Simmons et al., 2006; Gerber-Epstein et al., 2008; Séjourné et al., 2010) že ženy po zkušenosti spontánního potratu prožívají podobné emoce a stavy, které zažívají truchlící ztrátě blízké osoby. Je to zkušenost, která se hluboce dotýká života těchto žen a mění jeho podobu. Ovlivňuje jejich sebevědomí, sebeobraz, víru ve vlastní schopnosti i psychické zdraví.

Ženy často prožívají hluboký zármutek, strach, stres, vinu, izolaci, smutek a zlost. Se ztrátou dítěte ztrácí také své naděje a sny do budoucna. Jedná se o krizi, která může mít hluboký dopad na ženy i jejich partnery a přináší hlubokou bolest, kterou si pamatují i několik let po události (Abboud & Liamputtong, 2002; Murphy & Merrell, 2009; van Rensburg et al., 2009; Cholette, 2012; Bellhouse et al., 2019).

Ženy po spontánním potratu potřebují, aby lidé porozuměli tomu, co všechno ztratily a aby porozuměli jejich potřebě truchlit jako procesu nutnému pro zpracování ztráty (Harvey et al., 2001). Přejí si, aby byl jejich zármutek brán vážně jako reakce na ztrátu, kterou utrpěly, a aby jejich blízcí i zdravotníci pochopili hloubku zármutku a uznali jejich ztrátu jako ztrátu blízké osoby (Adolfsson et al., 2004; Meaney et al., 2017).

1.6 Podpora žen po spontánním potratu

Poznatky následující kapitoly vychází ze studií, které se zabývaly potřebami žen po spontánním potratu a shrnují, jakou podporu ženy po své zkušenosti potřebují, vnímají jako vhodnou a oceňují v situaci spontánního potratu, případně jakou podporu samy měly či využívaly.

1.6.1 Potřeba pomoci

V kvantitativní studii (Séjourné et al., 2010) zkoumající podporu žen po spontánním potratu, které se účastnilo 305 žen, bylo zjištěno, že 95 % z nich cítilo, že nějaká podpora je po zkušenosti spontánního potratu nezbytná a 91 % žen takovou pomoc osobně potřebovalo. Mezi nejpreferovanější způsoby podpory patřil hloubkový rozhovor se svým lékařem, možnost kdykoli kontaktovat zdravotníky, následná zdravotnická péče po potratu a skupinová terapie pro ženy, které prošly stejnou zkušeností. Mezi dále zmiňované užitečné způsoby podpory patří přání dostat brožurku s informacemi, sezení s psychologem nebo psychiatrem nebo alespoň doporučení na takové odborníky.

Nejčastější copingovou strategií (strategií zvládání), kterou uvedlo 93 % žen, bylo vyhledávání informací, kterou uvedlo 93 % žen. Diskuze se svými blízkými byla na druhém místě a uvedlo ji 86 % žen. Mezi další nejčastěji zmiňované copingové strategie patří internetová fóra, čtení o spontánních potratech, snaha se rozptýlit, mluvení s lidmi ze svého blízkého okolí a s ženami, které prošly stejnou zkušeností. Pouze 15 % žen kontaktovalo psychologa nebo psychiatra (Séjourné et al., 2010).

1.6.2 Preferované způsoby pomoci doporučené zasaženými ženami

Přístup zdravotníků

Mnoho žen by preferovalo následnou péči a podporu od zdravotníků. Chtěly by následný termín na následnou kontrolu, při které je doktoři ujistí, že je vše v pořádku (Gerber-Epstein et al., 2008; Bellhouse et al., 2019; Emond et al., 2019). Přejí si, aby měly možnost mluvit s psychologem případně jiným odborníkem na psychické zdraví nebo aby jim byly nabídnuty kontakty, kam se mohou obrátit pro pomoc s psychickými potížemi. Preferovaná podpora také zahrnovala citlivost v přístupu zdravotníků. Citlivost znamená, že uznají jejich ztrátu jako plnohodnotnou a jejich pocity jako přiměřené situaci (Bellhouse et al., 2019). V přístupu by potřebovaly hlavně soucit, empatii a uznání hloubky jejich ztráty (Gerber-Epstein et al., 2008; Emond et al., 2019).

Rituál rozloučení

Mnoho žen vnímalo jako podpůrné, když jim byl od zdravotníků doporučen určitý rituál, který připomínal dítě, které ztratily. Takový rituál ženám pomohl v procesu truchlení s vyrovnáním se se ztrátou (Rowlands & Lee, 2010; Bellhouse et al., 2019). Díky rituálu ženy cítily, že je jejich ztráta uznána jako významná. Takové rituály zahrnovaly například zápisy do deníku, psaní básní nebo písní nebo organizaci pohřbu či podobného obřadu (Meaney et al., 2017).

Informace

Ženy by si přály dostat více informací od svých gynekologů/gynekoložek už během těhotenství nebo případně od zdravotníků v nemocnici při hospitalizaci. Ocenily by také brožuru s informacemi, kde by bylo vysvětleno, co mohou čekat, pokud u nich dojde ke spontánnímu potratu, a která by zahrnovala psychické dopady, fyzické komplikace

a informace o možnostech předcházení komplikací v budoucím těhotenství (Baird et al., 2018; Bellhouse et al., 2019; Emond et al., 2019).

Ve studii (Séjourné et al., 2010 zkoumající preferovanou podporu po spontánním potratu 69 % žen uvedlo, že neměly dostatek informací o tom, jaké psychické aspekty zahrnuje zkušenost potratu. V jiné studii (Evans et al., 2002) zkoumající poskytnutou péči po spontánním potratu, které se účastnilo 109 žen, bylo zjištěno, že pouze 40 % žen bylo informováno zdravotníky, jaké psychické symptomy se mohou po spontánním potratu objevit.

Mnoho žen by ocenilo odborné informace o tom, jaké jsou možné příčiny spontánních potratů a jaká je jejich četnost v populaci (Emond et al., 2019; Harvey et al., 2001). Některé ženy by chtěly po svém potratu dostat informaci, že mají na výběr podstoupit kyretáž nebo nechat plod odejít přirozenou cestou. Ocenily by také možnost podstoupit nějaké testy, které by ukázaly, co mohlo způsobit potrat (Bellhouse et al., 2019). Ve studii (Conway & Russell, 2000) zabývající se podporou po spontánním potratu bylo zjištěno, že pouze 34 % žen dostalo vysvětlení zahrnující důvody, proč se spontánní potrat mohl objevit.

Emoční podpora

V době po potratu chtějí ženy hlavně emoční podporu a přítomnost svého partnera (Bellhouse et al., 2018; Emond et al., 2019). V podpoře rodiny a blízkých ženy potřebují uznání validity ztráty. Pokud se blízcí nevyhýbají tématu ztráty, ženy cítí, že je podporují. Preferují prostou přítomnost a naslouchání, které není hodnotící a které jim dovolí truchlit způsobem, který samy potřebují (Gerber-Epstein et al., 2008; Bellhouse et al., 2018).

Praktická podpora

Některé ženy oceňují praktická gesta od svých blízkých (jako je například pohlídání dětí), která jim vysílají signál, že je jejich ztráta uznána jako plnohodnotná, a zároveň díky nim cítí, že mají podporu během období svého zármutku (Bellhouse et al., 2018).

Co se týká nemocničního prostředí, ženám by pomohla možnost mít vlastní pokoj, ve kterém mají soukromí zpracovat svůj prvotní šok. Pomáhá jim, když nemusí sdílet pokoj s těhotnými ženami nebo s matkami s novorozenci a zároveň mají možnost mluvit se svým partnerem v soukromí (Meaney et al., 2017; Emond et al., 2019).

Společenské téma

Ženy po spontánním potratu vnímají jako vhodné, aby byl spontánní potrat větším společenským tématem, a bylo tak ve společnosti více známé s jakou frekvencí k nim dochází. Podpůrné by pro ně bylo, kdyby byla uznána jejich ztráta jako významná, aby se nemusely ve své situaci cítit osamoceně a bylo pro ně přirozenější a komfortnější o svém zážitku mluvit s ostatními (Rowlands & Lee, 2010; Bellhouse et al., 2018).

Přály by si změnit konvenci, kvůli které se těhotenství v prvním trimestru tají a blízké okolí o těhotenství neví. Měly problém mluvit o svém potratu s blízkými, kteří nevěděli o jejich těhotenství. Cítily, že dostaly větší podporu od blízkých, kteří věděli o jejich těhotenství než od těch, kterým řekly jen o potratu (Bellhouse et al., 2018).

2 Empirická část

Empirická část prezentuje realizovaný výzkum zkoumající zkušenosti žen se spontánním potratem v prvním trimestru těhotenství. Zahrnuty jsou cíle výzkumu, výzkumné otázky, metodologie a limity výzkumu. Výsledky a zjištění výzkumu jsou představeny v pěti hlavních tématech a jednom tématu centrálním. Zkoumáno je prožívání žen, ztráta a truchlení, sdílení zkušenosti, reakce okolí, potřeby žen a protektivní faktory. Interpretovány jsou žité zkušenosti žen, jak je samy popsaly. V závěru výzkumné části je uvedena diskuze, ve které jsou výsledky srovnány s odbornou literaturou a dalšími výzkumy v této oblasti.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je identifikovat a popsat zkušenosti žen, jež prošly samovolným potratem v období do konce 14. týdne těhotenství, které odpovídá přibližně prvnímu trimestru. Cílem je zmapovat osobní prožívání raného samovolného potratu i reakce okolí na něj, prozkoumat truchlení a k němu poskytnutý prostor. Dále pak zmapovat, jaké faktory matkám pomáhaly se ztrátou vyrovnat, co vše pro ně bylo po zkušenosti raného samovolného potratu důležité a jaké měly potřeby.

2.2 Výzkumné otázky

1. **Jak prožívají ženy spontánní potrat v prvním trimestru těhotenství?**
2. **Jakou mají tyto ženy potřebu truchlit a jaký prostor pro takové truchlení mají?**
3. **Jaké jsou potřeby žen v době spontánního potratu a po něm?**
4. **Co přispívalo k přijetí situace a vyrovnávání se se ztrátou v rámci spontánního potratu?**

2.3 Metoda výzkumu

Pro realizovaný výzkum byl zvolen kvalitativní design. Kvalitativní přístup dle Miovského (2006) je definován jako přístup, který „pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“ (Miovský, 2006, str. 17). Ke kvalitativnímu

výzkumu bylo přistoupeno, protože umožňuje podrobné zkoumání a hlubší vhled do zvolené problematiky. Díky těmto vybraným metodám je možné podrobněji popsat individuální zkušenosti informantek a splnit cíl výzkumu.

2.3.1 Sběr dat

Výzkumné šetření probíhalo v průběhu roku 2021, a to od února do dubna. K tomuto účelu byl informantkám zaslán dokument ve formátu word, ve kterém bylo možné zvolit jednu ze dvou forem zaznamenání dat (příloha 2). Ženy mohly odpovídat na převážně otevřené otázky, nebo sepisovat o svém zážitku vlastní příběh, který neměl konkrétně zadanou formu ani rozsah.

Sběr dat k výzkumu byl proveden elektronickým písemným zaznamenáváním výpovědí. K výběru písemné formy sběru dat namísto osobních rozhovorů bylo přistoupeno jednak z důvodu pandemie Covid-19, při které bylo doporučeno omezit osobní setkávání, a rovněž i z důvodu citlivosti zkoumaného tématu. Zvolené téma je pro mnohé ženy psychicky náročným zážitkem. Jelikož nebyly dopředu dostupné informace o tom, jak mají ženy zkušenost zpracovanou a jak jsou schopné i ochotné o tématu otevřeně mluvit, byla zvolena písemná forma, která je pro ženy méně invazivní. Mohly se psaní věnovat po částech, během několika dní a v jejich bezpečném prostředí. Tato forma nevyžaduje přímou interakci s cizím výzkumníkem, a proto mohou být jejich výpovědi osobnější. Ženy mohou být více ochotny napsat i citlivé a osobní prožitky, které by se mohly obávat před někým vyslovit nahlas. Psaná forma ženám poskytuje bezpečnější prostor pro sdělování takto osobních informací a svobodu sdělit pouze to, co podle svých možností sdělit mohou a chtějí.

Nevýhodou této formy sběru dat je nemožnost doptat se na odpovědi, které jsou nejasné nebo málo rozvedené. Výpovědi jsou zároveň ochuzené o emoční reakce a neverbální projevy, a výzkumník se tak musí spolehnout na pravdivost popisovaných prožitků, které nemůže doplnit pozorováním chování při výpovědi a případným doptáním se na nejasný význam.

V pokynech nebyl zadán minimální ani maximální rozsah výpovědí, avšak bylo sděleno, že je preferováno, aby se ženy více rozepsaly. Formulář k výzkumu obsahoval část společnou oběma variantám, ve které měly respondentky vyplnit 4 základní údaje (přezdívku

sloužící k identifikaci, věk v době popisované časné ztráty, aktuální věk a informaci o tom, zda žena žije stále s otcem nenarozeného dítěte).

Otázek v první variantě formuláře bylo celkem 25 + 1 doplňková. Ve druhé variantě byl pouze pokyn k sepsání vlastního příběhu formou, kterou ženy samy preferují.

Ani jedna ze 17 zúčastněných žen nezvolila výpověď pouze sepsáním vlastního příběhu. Jedna z žen sepsala obě možnosti. 16 zbývajících žen zvolilo variantu s připravenými otázkami.

Do výzkumu ženy vstupovaly dobrovolně a svou účast stvrzovaly informovaným souhlasem, který zaslaly naskenovaný e-mailem. Přímo do elektronického formuláře se ženy podepisovaly pouze pod zvolenou přezdívkou. Všechna jména byla pro výzkumnou analýzu změněna a v celé práci je zachována anonymita zúčastněných žen.

2.3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnily ženy, které (1) prožily spontánní potrat do konce 14. týdne těhotenství, (2) zároveň ještě neměly žádné děti, (3) jedná se o jejich první těhotenství, které skončilo spontánním potratem a (4) toto těhotenství bylo chtěné.

Časová hranice spontánního potratu do konce 14. týdne těhotenství byla stanovena z důvodu, že se jedná o hranici, do které se spontánní potraty vyskytují nejčastěji a zároveň se jedná o ztrátu, která proběhla v rané fázi, kdy ještě těhotenství na ženě není viditelné. Chtěné těhotenství nemuselo být nutně plánované, ale musela být splněna podmínka, že se žena následně na své dítě začala těšit a těhotenství chtěla zachovat. Zkoumány byly první zkušenosti se spontánním potratem v životě těchto žen.

Ženy byly osloveny inzerátem vysvětlujícím plánovaný výzkum a jeho náležitosti, a to skrze sociální síť Facebook a přes různé facebookové skupiny, které se tematikou potratů zabývají. Díky skupinám a možnosti sdílení se příspěvek rozšířil a na inzerát odpovědělo celkem 35 žen. Těmto ženám byl rozeslán email s podrobnějšími informacemi k výzkumu a chystané diplomové práci s informovaným souhlasem (příloha 3) a se zadáním výzkumu.

Z těchto 35 žen se následně 17 účastnilo výzkumné sondy, souhlasily se všemi podmínkami účasti a podepsaly informovaný souhlas. Ostatních 18 žen se rozhodlo

výzkumu nakonec nezúčastnit nebo na opakovanou výzvu nezaslalo vyplněný formulář výzkumu. Konečný výzkumný soubor proto tvoří 17 žen ve věku od 25 do 58 let s mediánem 27 let.

2.3.3 Jednotlivé informantky

V následující části jsou popsány charakteristiky jednotlivých žen, které se zúčastnily výzkumu a na jejichž datech je výzkumná část postavena. Uvedeny jsou pouze základní informace o jednotlivých informantkách a jejich příbězích. Nejprve je představen základní přehled formou tabulky (tabulka 1), následně je uveden stručný popis každé informantky. Jména jsou změněna a všechna data vedoucí k identifikaci žen jsou vynechána či anonymizována.

Tabulka 1
Základní údaje informantek

Základní údaje o ženách účastnících se výzkumné sondy					
Pořadí	**Jméno**	**Věk v době výzkumu**	**Věk v době popisované ztráty**	**Aktuální stav**	**Počet dětí v době výzkumu**
1.	Anna	32 let	30 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	2
2.	Bernadeta	29 let	26 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	1
3.	Cecílie	29 let	21 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	3
4.	Daniela	27 let	26 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	žádné
5.	Eva	28 let	27 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	žádné

6.	Františka	31 let	28 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	1
7.	Gita	31 let	30 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	1
8.	Hedvika	27 let	25 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	1
9.	Ivana	37 let	29 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	žádné
10.	Johana	29 let	27 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	žádné
11.	Karolína	25 let	24 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	žádné
12.	Laura	41 let	35 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	žádné
13.	Monika	35 let	29 let	Žije s jiným partnerem	Žádné
14.	Nina	48 let	32 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	2
15.	Olga	58 let	23 let	Žije sama	Žádné
16.	Petra	29 let	26 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	1

17.	Rebeka	55 let	28 let	Žije s otcem nenarozeného dítěte	3

Anna

Anně bylo v době účasti ve výzkumu 32 let. Popisovaný samovolný potrat zažila ve svých 30 letech. Žije stále s otcem nenarozeného dítěte. Těhotenství bylo neplánované a přibližně po roce nového vztahu. Anna nejprve zažívala šok a strach z přijetí dítěte partnerem, který prý ještě děti nechtěl. Tyto reakce však netrvaly dlouho a po tom, co bylo těhotenství potvrzeno lékařem, se Anna začala na dítě opravdu těšit a plánovat. Později zažila ještě jeden časný potrat a nyní má šestiměsíční dvojčata.

Bernadeta

V době účasti ve výzkumu bylo Bernadetě 29 let. Ve svém příběhu popisovala spontánní potrat, který zažila ve svých 26 letech. Nyní žije stále s otcem nenarozeného dítěte. Jejich těhotenství nebylo plánované, ale dítěti se nebránili. Těhotenství pro ni byl zpočátku šok, ale jak uvádí, téměř ihned se začala na dítě těšit. Bernadeta zažila ještě jeden raný potrat a v současné době má dvouletou dceru.

Cecílie

Cecílie se účastnila výzkumu ve svých 29 letech a popisovala zážitek spontánního potratu z doby, kdy jí bylo 21 let. Těhotenství bylo neplánované, jelikož doktoři Cecílii potvrdili, že je neplodná. Bylo pro ni nicméně radostným překvapením. Žije stále s otcem nenarozeného dítěte a v současnosti mají tři děti. Spontánní potraty zažila celkem dva.

Daniela

Daniele je nyní 27 let a spontánní potrat zažila přibližně před rokem, ve svých 26 letech. Žije stále s otcem nenarozeného dítěte a její těhotenství bylo neplánované. Daniela uvádí, že jsou s partnerem z křesťanské rodiny a podporují přirozené plánování rodiny, tudíž se dítěti ani nijak nebránili. Daniely partner měl z těhotenství radost ihned, avšak jí samotné trvalo zhruba měsíc, než se na dítě začala těšit. Více spontánních potratů nezažila a v současnosti nemá žádné děti.

Eva

Evě bylo při sepisování zážitku 28 let a popisuje potrat ze svých 27 let. Žije stále s otcem nenarozeného dítěte. O těhotenství s partnerem přemýšleli zhruba půl roku a otěhotnět se jí podařilo již po dvou měsících. Oba měli z těhotenství radost. Eva zažila více spontánních potratů, ale neuvádí kolik přesně. V současné době nemá žádné děti.

Františka

Františce bylo při účasti ve výzkumu 31 let. Spontánní potrat, o kterém píše, zažila ve svých 28 letech. Stále žije s otcem nenarozeného dítěte. Dítě s partnerem chtěla, ale podle svých slov těhotenství přímo neplánovali, spíše „tomu nechávali volný průběh". Otěhotnět se jí podařilo ihned první měsíc. Těhotenství bylo velkým překvapením, protože se domnívala, že by s početím mohli mít problémy. Pocítila nejprve pochybnosti, jestli je na dítě připravená, následně se ale začala a dítě těšit. Františka nezažila více spontánních potratů a nyní má jedno dítě.

Gita

Gitě bylo v době účasti ve výzkumu 31 let a popisovala spontánní potrat, který zažila zhruba před rokem, tedy v jejích 30 letech. Nyní žije stále s otcem nenarozeného dítěte. S partnerem těhotenství plánovali ihned po svatbě a otěhotněla ještě během svatební cesty. Těhotenství nebylo potvrzeno lékařem, ale Gita pocítila mnoho fyziologických změn, takže odhadla, že čeká dítě. Následně zažila ještě jeden potrat v důsledku mimoděložního těhotenství. Nyní má se svým partnerem jednu dceru.

Hedvika

Hedvika sepisovala svůj zážitek ve 27 letech a spontánní potrat zažila o dva roky dříve, ve svých 25 letech. Žije stále s otcem nenarozeného dítěte. Plánovali spolu dítě po svatbě a otěhotnět se Hedvice podařilo ihned první cyklus. Těhotenství pro ně bylo překvapením, protože nečekali, že se to povede rychle. Popisuje, že byli trochu v rozpacích, na jednu stranu byli šťastní, na druhou stranu Hedvika hůře snášela, že nemohla nikomu o těhotenství říct, protože vnímala, že v prvním trimestru se o těhotenství neříká. Hedvika nezažila další spontánní potrat a v současné době má jednu dceru.

Ivana

Ivana se účastnila výzkumu ve svých 37 letech. Popisuje spontánní potrat, který zažila, když jí bylo 29. Trvalo rok a 3 měsíce, než otěhotněla. Prvních pár dní zmíněného těhotenství prožívala Ivana s obavami, zda zvládne roli matky. Obavy následně vystřídala veliká radost a těšení se na dítě. Nyní žije Ivana již s jiným partnerem a má za sebou celkem 3 rané potraty. V současné době nemá žádné děti.

Johana

Johaně bylo v době účasti ve výzkumu 29 let a popisovala zážitek spontánního potratu ze svých 27 let. Žije stále se s otcem nenarozeného dítěte. Johany první těhotenství skončilo ztrátou syna v 6. měsíci. Poté se jí po dvou letech podařilo otěhotnět znovu. Johana měla obrovskou radost z těhotenství, které ale bohužel skončilo spontánním potratem. V následujících dvou letech zažila ještě dva rané potraty. V době účasti ve výzkumu je Johana v 7. měsíci dalšího těhotenství.

Karolína

Karolíně je v době výzkumu 25. Spontánní potrat zažila zhruba před rokem, tedy ve svých 24 letech. Stále žije se stejným partnerem, se kterým poprvé otěhotněla, a to ihned po dvou měsících od počátku snažení se o dítě. Po zjištění, že čeká dítě, se štěstím rozbrečela. Karolína zažila jeden raný potrat a v době účasti ve výzkumu je v 9. měsíci těhotenství.

Laura

Lauře je v době výzkumu 41 let a popisuje samovolný potrat, který zažila ve svých 35 letech. Žije stále s otcem nenarozeného dítěte. Otěhotněla po osmi měsících a na své dítě se těšila od prvních dnů. Laura později porodila svého syna předčasně, a to v 6. měsíci. Další těhotenství skončilo ztrátou dítěte těsně před porodem. V současné době má 2 syny.

Monika

Monika se účastnila výzkumu ve svých 35 letech a popisovala spontánní potrat, který zažila ve svých 29 letech. Otěhotněla ihned poté, co se se svým partnerem začali pokoušet o dítě. Na počátku měla rozporuplné pocity, ve kterých se mísilo štěstí i strach z přicházející změny. Jejímu partnerovi bylo řečeno, že bude mít problém počít dítě, proto cítila i tlak na to, jak dopadne její těhotenství. Od popisovaného zážitku uběhlo téměř 7 let, během nichž

zažila ještě další 3 potraty s jiným partnerem, se kterým je i nyní. Monika nemá žádné děti a v době výzkumu byla popáté těhotná.

Nina

V době výzkumu bylo Nině 48 let. Raný potrat, o kterém píše, zažila ve svých 32 letech. Žije stále s otcem nenarozeného dítěte. Trvalo tři měsíce, než se jí podařilo otěhotnět a z těhotenství byli oba nadšení. Nina nezažila další rané potraty a nyní má se svým partnerem dvě dcery.

Olga

Olze je v době výzkumu 58 let. Popisuje spontánní potrat, který zažila zhruba před 35 lety, tedy ve svých 23 letech. Trvalo jí 1,5 roku než otěhotněla. Byla šťastná a na dítě se velmi těšila. S původním partnerem již není ve vztahu, nyní žije sama. Během dalších let skončily ještě další 3 její těhotenství potratem. Jedno z těchto těhotenství, které bylo s jiným mužem, se Olga rozhodla ukončit sama.

Petra

V době výzkumu bylo Petře 29 let. Spontánní potrat zažila přibližně před 3 roky, tedy ve svých 26 letech. Žije stále s otcem nenarozeného dítěte. Trvalo jí přibližně rok a půl než otěhotněla. Z těhotenství byli s partnerem velmi nadšení, protože na něj čekali dlouho. Více spontánních potratů Petra nezažila a v současné době má jednoho syna.

Rebeka

Rebece bylo při sepisování jejího zážitku 55 let. Psala o raném potratu, který prožila ve svých 28 letech. Rebece a jejímu partnerovi, se kterým stále žije, trvalo dlouhých 6 let, než se jim podařilo otěhotnět. Když došlo k potratu, nevěděla, že byla těhotná a krvácení považovala za předčasnou menstruaci. Že se ve skutečnosti jednalo o spontánní potrat zjistila až v průběhu krvácení. Rebeka zažila později ještě jeden potrat ve 23. týdnu těhotenství. V současné době má syna a dvě dcery.

2.3.4 Zpracování dat

Data byla zpracována pomocí obsahové analýzy založené na postupu zakotvené teorie. Zakotvená teorie je jedna z metod kvalitativní analýzy dat, kterou vyvinuli sociologové Glaser a Strauss, a jejímž výsledkem je teoretické vyjádření zkoumané reality (Strauss a Corbinová, 1999). Obsahová analýza je jedna z forem analyzování v kvalitativních přístupech. Jedná se o řadu metod a postupů, které slouží k rozboru jakéhokoli textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam, tedy interpretovat určitý jev v odborném kontextu (Miovský, 2006). Získaná data byla nejprve pečlivě přečtena a bylo přistoupeno k prvnímu kroku analýzy – ke kódování. Postup zakotvené teorie zahrnuje tři hlavní typy kódování (otevřené, axiální a selektivní). Otevřené kódování znamená rozdělení textu na jednotky a označení zvolenými kódy. Jedná se o části dat, které by pravděpodobně mohly být relevantní ke zkoumanému jevu (Hájek, 2014).

Pomocí kódů získaných otevřeným kódováním byl text rozdělen na jednotlivé části a byly vytvořeny základní kategorie, které jsou uvedeny v příloze (příloha 4). Text byl následně znovu kódován a byly vytvořeny obecnější tematické oblasti tvořící nové širší kategorie, které jsou uvedeny v tabulce (tabulka 2).

Tabulka 2
Kategorie a podkategorie po otevřeném kódování

Kategorie	Podkategorie
Těhotenství	Plánování
	Čas od záměru počít dítě k úspěšnému početí dítěte
	Prožívání probíhajícího těhotenství
Prožívání potratu	Bezprostřední prožívání potratu
	Oddálené prožívání potratu
Prožívání ztráty	Ztráta plodu/zárodku
	Smrt dítěte
Reakce okolí	Reakce partnera
	Reakce rodiny
	Reakce přátel
	Reakce zdravotníků
	Změna nastala

Změna prožívání potratu po zkušenostech s reakcemi okolí	Změna nenastala
Potřeby	Potřeby v době potratu
	Potřeby v době po potratu
Sdílení	Potřeba sdílet
	Nesdílení
	Potřeba jiného sdílení
	Znalost žen v podobné situaci
Podpůrné faktory	Co pomohlo s vyrovnáním se se situací
	Využití podpůrných služeb
Další těhotenství	Obavy z dalšího těhotenství
	Zkušenost s dalším těhotenstvím
Vývoj v čase	Vývoj psychického stavu
	Změna vnímání potratu
	Pocity při sepisování svého zážitku
Témata závěrečného sdělení	Zdravotníci
	Smutek a bolest
	Léčivé zkušenosti
	Nalezený smysl
	Téma ve společnosti
	Neinformovanost
	Obavy
	Zlehčování
	Nová zkušenost
	Péče
	Změna vnímání

Jednotlivé dílčí kategorie byly dále seskupeny do několika obecnějších tematických okruhů:

- **prožívání potratu**
    - **emoční a fyzická bolest**
    - **ztráta a truchlení**
    - **vina a odpovědnost**
    - **obavy**
- **potřeby žen**
- **reakce okolí**
- **sdílení**
- **podpůrné vlivy**

Dalším krokem analýzy bylo tzv. axiální kódování, jehož cílem je hledání vztahů mezi nalezenými tematickými celky. Umožňuje poskládat objevené kategorie tak, aby podrobněji vysvětlily zkoumaný jev (Švaříček et al., 2014; Hájek, 2014). Pomocí axiálního kódování došlo k seskupení kategorií do obecnějších tematických celků popisujících a vysvětlujících zkoumaný jev pomocí paradigmatického modelu.

Tabulka 3
Paradigmatický model

Paradigmatický model					
Příčinné podmínky	**Jev**	**Kontext**	**Intervenující podmínky**	**Strategie jednání a interakce**	**Následky**
Potřeby žen	Prožívání potratu	Ztráta a truchlení	Přístup okolí, obavy, odpovědnost za potrat	Sdílení	Podpůrné faktory k vyrovnávání se se ztrátou

Následně bylo přistoupeno k selektivnímu kódování, jehož cílem je závěrečná syntéza kategorií do smysluplného celku a nalezení centrálního tématu (Hájek, 2014). Na základě selektivního kódování bylo stanoveno pět hlavních témat a jedno téma centrální. Témata vysvětlující zkoumaný jev jsou podrobněji zobrazena v následujících schématech (schéma 1 a schéma 2).

Schéma 1
Hlavní témata výzkumu

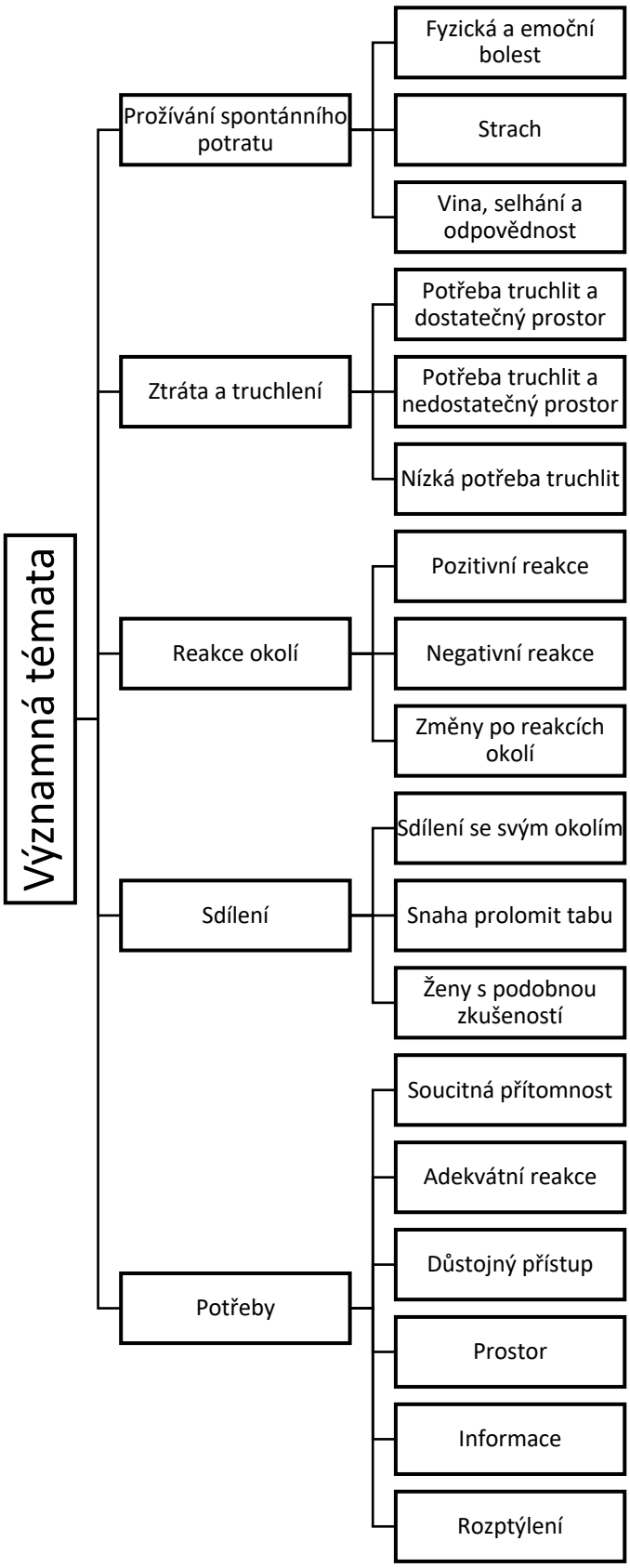
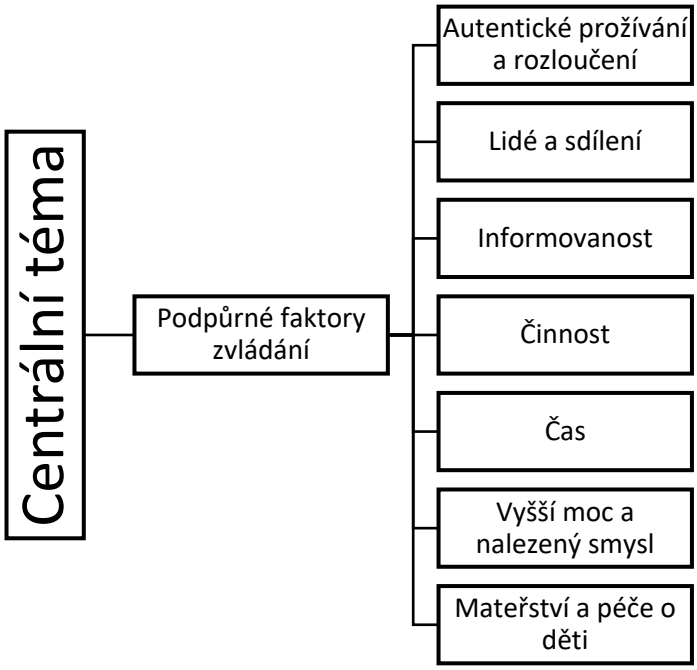


Schéma 2
Centrální téma výzkumu



2.4 Závěry výzkumu

V první části kapitoly je uvedeno pět témat, která vystoupila jako důležitá při obsahové analýze výzkumu a která se jeví jako nosná pro zodpovězení výzkumných otázek a splnění cíle výzkumu. Rozsáhlejší kapitoly jsou členěny na menší podkapitoly. V každé kapitole jsou popsány a shrnuty zkušenosti žen doplněné o přímé citace. V závěru každé kapitoly jsou shrnuty a propojeny zkušenosti žen a představeny možné závěry, které ze zkušeností žen vyplývají. Uvedeny jsou důležité tematické celky vysvětlující zkoumaný jev, které jsou dále děleny na konkrétnější subtémata. Tato témata, kterými jsou Prožívání potratu, Ztráta a truchlení, Reakce okolí, Sdílení a Potřeby, jsou podrobněji zobrazena ve schématu výše (schéma 1). V závěrečné části je představeno centrální téma výzkumu zobrazené ve schématu výše (schéma 2), které prostupuje všemi zmíněnými vedlejšími tématy a obsahuje faktory, které měly podpůrný vliv na vyrovnávání se se ztrátou spontánního potratu.

2.4.1 Prožívání spontánního potratu

Následující kapitola je členěna na tři podkapitoly. Nejprve jsou představeny fyzické i psychické symptomy spontánního potratu, tak jak je popisují samy ženy ze své zkušenosti. Téma bolesti je zde pojímáno v širším slova smyslu, zahrnujícím rozsáhlou škálu emocí a fenoménů tvořících nepříjemné prožitky doprovázející spontánní potrat. Následně jsou představeny přítomné úzkosti a strach plynoucí z této zkušenosti. Poslední část kapitoly se zaměřuje na téma odpovědnosti za potrat. Zkoumá, zda se ženy za potrat cítily vinné a odpovědné a jak taková odpovědnost vypadala.

2.4.1.1 Emoční a fyzická bolest

Téma shrnuje prožitky žen v době potratu a po překonání akutního šoku. Zaznamenány jsou i některé prožitky z doby několik měsíců po potratu, které ženy považovaly za významné. U žen, které zažily samovolný potrat, se objevuje široké spektrum emočních i fyzických symptomů.

Mnoho žen popisuje **silnou fyzickou bolest a další fyzické symptomy** potratu jako i například vymizení příznaků těhotenství.

„Ze dne na den mi vymizely příznaky (citlivost na pach, škytání, nevolnost). Za cca 2-3 dny jsem začala silně krvácet.“ (Františka)

„Když jsem si hladila bříško, zaznamenala jsem kontrakce dělohy, když jsem doběhla na záchod, krvácela jsem a plod o velikosti půlky mé dlaně ze mě vyklouzl. Dívala jsem se na něj do záchodové mísy, fascinovaně i velmi bolestně, protože mi ihned bylo jasné, která bije.“ (Ivana)

„…tím pádem potrat trval fakticky několik týdnů. Krvácela jsem opravdu dlouho, což jsem hodně špatně snášela. Každá návštěva záchodu byla fakt nepříjemným připomenutím. …“ (Hedvika)

„Byl to pro mě šok. Stalo se tak v zaměstnání, kdy jsem začala krvácet. … Také příznaky těhotenství … prakticky hned vymizely.“ (Gita)

Ve prožitcích žen v době spontánního potratu se objevuje pociťovaná **bezmoc, beznaděj a neschopnost jednat**. Mnoho žen prožívalo symptomy odpovídající **šoku**.

„Nemohla jsem vůbec usnout, jak těmi bolestmi, tak představou, že přicházím o miminko…Nebyla jsem schopná manželovi napsat smsku, natož mu zavolat. Úplně mě to rozložilo, nerozuměla jsem tomu.“ (Karolína)

„Cestu tramvají na Bulovku jsem absolvovala v šoku. … Tak jsem nasedla do tramvaje a celou cestu plakala. … Břicho mně bolelo a byla jsem ve velkém stresu. Navíc jsem měla strach, že si prokrvácím oblečení. … Cítila jsem se opuštěná, zraněná, bezmocná a měla jsem pocit, že mi praskne bolestí srdce.“ (Olga)

„Po návratu domů jsem cítila bezmoc… Já si připadala hrozně, plakala jsem. Sebelítost, smutek, vztek. Myslela jsem, že už nikdy neotěhotním, nedonosím dítě.“ (Laura)

„A pak takový pocit, který je asi i běžný v podobně stresových situacích, že nejsem ani ve svém těle, že sleduji drama někoho jiného tak jako z výšky, ž toho nejsem součástí. V první hodinách jsem fungovala jako stroj, …, ale zároveň jsem cítila obrovský tlak a zděšení.“ (Anna)

V emocích žen se často mísil **smutek a žal spolu se vztekem**. Časté byly otázky po příčině a reakce vyjadřující pociťovanou nespravedlnost.

„Obrovský žal, ztrátu a zklamání. Probrečela jsem i nevlídný personál v nemocnici, a to skutečně nejsem žádná chronická stěžovatelka.“ (Nina)

„Prožívala jsem velký smutek a zároveň hněv, proč zrovna já.“(Bernadeta)

„Brečela jsem, bylo mi strašně smutno a brala jsem to jako příšernou nespravedlnost tak trochu jako zradu…Ve vlacích jsem hodně brečela a říkala si, proč já.“ (Rebeka)

„V té chvíli se mi zhroutil svět po druhé. Řešila jsem otázky proč zrovna já, proč se to muselo stát zrovna nám.“ (Johana)

„… smutek, beznaděj, kladla jsem si otázky typu „proč zrovna já.““ (Gita)

„První byl asi údiv a pak jsem zcela iracionálně své dítě spláchla do WC. Ani jsem si ho neprohlédla, ale protože jsme porodní asistentka a takových plodů už jsem viděla mraky, přesně jsem věděla, o co se jedná. To je věc, která mne moc mrzí, že jsem ho ani nepohřbila. Vůbec jsem neuvažovala. Správně bych ho asi měla zabalit a přivézt do nemocnice, ale lepší by bylo zakopat (pro mojí psychiku), ale já ho zcela iracionálně prostě spláchla. Snad mi to odpustí.“ (Rebeka)

Ženy cítily také určité **prázdno** související se zažitou ztrátou a nepochopení situace. Často **nebyly schopné uvěřit** tomu, co se přihodilo. U některých z nich se vyskytl kromě výše zmíněných pocitů i pocit **ponížení, dezorientace či derealizace**. Zároveň také nevěděly, jak by se ve své situaci měly zachovat.

„Byla jsem v šoku a přemýšlela, co mám vlastně dělat, zda nechat odejít další zbytky, které tělo vylučovalo či jet na pohotovost do nemocnice…V nemocnici jsem zažívala pocit vzteku, beznaděje a ponížení.“ (Ivana)

„Nebyla jsem schopná pochopit, proč se to stalo, proč zrovna nám. Brečela jsem několik měsíců v kuse. … Neskutečně špatně, prázdně, myslela jsem si, že jsem něco udělala špatně. Zvracela jsem. Zhroutil se mi svět.“ (Petra)

„Nikdy v životě už nezapomenu na to bezmocné prázdno a nechápání, když jsem jako ve snách a slzách, přitom jsem pořád nějak nevěděla, co se vlastně děje, nedocházelo mi to, ale cítila jsem, že je něco špatně… A po zákroku, po revizi, přišel veliký smutek. To jsem byla opravdu nešťastná, protože mi došlo, že je skutečně po všem, že co bylo, už není. Že nejsem těhotná, nečekám dítě, ať už se to stalo jakkoliv a z jakéhokoliv důvodu, tak prostě nic není. Prázdno.“ (Anna)

„Plakala jsem hned v ordinaci, nevěřila jsem, že mě to potkalo, že prostě ty tři týdny, co vím, že jsem těhotná, jsou fuč, že už nikdy nebude nic jako dřív. Doma jsem ležela a držela se za břicho, že to není možné, že tam není nový život.“ (Laura)

Shrnutí a závěry kapitoly

Ženy zažívaly šok, silný smutek, strach i vztek. V jejich pocitech se často vyskytovalo nepochopení situace, pocit zrady a nespravedlnost. Některé ženy nebyly schopné uvěřit tomu, že jejich těhotenství opravdu skončilo. Některé se cítily opuštěné a bezmocné.

Popisované emoce a symptomy jsou podobné reakcím, které běžně spadají do prvních fází truchlení a vyrovnávání se se ztrátou blízkého člověka, jako například šok, smutek a hněv. Zdá se tedy pravděpodobné, že mnohé ženy prožívají spontánní potrat jako ztrátu svého nenarozeného dítěte a emoční symptomy jsou pak reakcí na takovou ztrátu. Ženy rovněž zažívají emoce a stavy, které se mohou vyskytovat u osob v reakci na traumatickou krizovou situaci. Do projevů šoku mohou spadat popisované pocity derealizace a depersonalizace, kdy ženy cítily, jako by se na sebe dívaly „shora“, i neschopnost uvěřit tomu, co se přihodilo. V symptomech se objevují nejen fyzické bolesti, silný smutek a žal, ale také pocity ponížení, bezmoci a osamělosti. Popisované symptomy žen se navíc ve velké míře shodují a mnohé ženy popisují stejné emoční reakce. Je tedy patrné, že je pro ženy samovolný potrat velice stresovou událostí, a zdá se, že je potřebné, aby bylo k těmto ženám přistupováno adekvátně s ohledem na jejich vnímání celé situace.

2.4.1.2 Strach

Často přítomnou emocí, která doprovází spontánní potrat, je strach a jeho různé podoby. V první řadě je to strach ze symptomů potratu, tedy **stres či úzkost** z fyzické bolesti a krvácení při samotném potratu. Může následovat **strach z hospitalizace** a ze zákroku, který ženy musí podstoupit. Objevují se i **obavy směřující do budoucnosti** a ztráta naděje na úspěšné těhotenství. Ženy se bojí, že nebudou moci otěhotnět, a pokud ano, že nezvládnou donosit dítě. Mají strach, že podruhé nezvládnou projít tou samou zátěží, pokud by se spontánní potrat opakoval. Strach, že se samovolný potrat bude opakovat při dalším těhotenství, zažilo mnoho žen. Tato obava se zároveň stupňovala, pokud ženy zažily více spontánních potratů.

„Brzy přišel strach, ze zákroku, který mě čekal, z první anestezie v životě, …“ (Anna)

„Určitě je každé další těhotenství po takovém zážitku plné strachu, obav a otázek typu “co když“. Toho se lze těžko zbavit.“ (Monika)

„Ano, měla jsem strach, jak budu reagovat, až znovu otěhotním. Jestli to psychicky zvládnu, protože představa, že si potratem projdu znovu, byla velmi bolestivá.“ (Karolína)

„V současnosti plánujeme další těhotenství … V pořadí již třetí. A rozhodně se bojím. I když vím, že už se nám to jednou podařilo (máme holčičku. a tak ten strach neplyne z neplodnosti/neschopnosti dítě donositú, tak vím, jak náročný byl ten potrat. Psychicky ale i fyzicky.“ (Hedvika)

„S každou další ztrátou jsem se bála víc a víc, že se to stane znovu. Každé další děťátko ve mně žilo o několik týdnů déle než předchozí, takže ztráty byly těžší a těžší. Po každém probuzení z narkozy jsem měla pocit, že mne další kus umřel a že tu další ztrátu již nepřežiji nebo se zblázním, abych od té bolesti unikla.“ (Olga)

„… když jsem zjistila podruhé, že těhotná jsem, nepřišel ani žádný pocit radosti, jen strach a napětí a v podstatě od začátku jsem měla pocit, že to špatně dopadne. Když se potrat opakoval, pak už jsem se opravdu obávala a nevěřila jsem tomu, že by se mohlo podařit těhotenství udržet.“ (Anna)

„Celá ta zkušenost hodně ovlivnila moje následné těhotenství. Celý první trimestr jsem měla hrozný strach. Vůbec jsem si nedovolila se radovat, protože jsem se bála, že se to stane znova. … Což mi přijde zpětně jako škoda, ale zároveň se sama sobě vůbec nedivím..“ (Hedvika)

Shrnutí a závěry kapitoly

Když se objeví fyzické symptomy potratu zahrnující silnou bolest a krvácení, ženy mohou prožívat silný strach a stres. Bojí se o svůj život i život svého dítěte. Obavy směřují také do budoucnosti a objevuje se strach, že nebudou schopné mít děti. Mnoho žen navíc reflektuje, že se bály si s dítětem vytvářet vztah během dalšího těhotenství. Prvotní ztráta tedy ovlivňovala radost z dalšího těhotenství. Strach žen, které zažily vícečetné ztráty, se s každou další ztrátou stupňoval.

Celý proces prenatální ztráty může být naplněn silnými úzkostmi a strachem, který může ovlivňovat vyrovnávání se se svou zkušeností ale i další zkušenosti v těhotenství a následném mateřství. Jeví se jako důležité, aby byla ženám po spontánním potratu (a obzvláště po opakovaném) poskytnuta psychologická podpora, díky které mohou se svými úzkostmi pracovat. Pokud není ve zdravotnických zařízeních kapacita na taková sezení, mohly by být ženám nabízeny alespoň kontakty na odborné služby věnující se problematice, případně odkazy na vhodnou literaturu. Jak se dále ukazuje v kapitole

pojednávající o informacích, ženy by takovou pomoc ocenily a často jim chyběly právě kontakty na odborníky v oblasti psychického zdraví.

2.4.1.3 Vina, selhání a odpovědnost

Kapitola shrnuje, jakou odpovědnost ženy za potrat přebírají. Popsán je **výskyt a podoba pocitů selhání, studu a viny.**

Ženy, které se za potrat **necítily zodpovědné**, vědí, že svým jednáním spontánní potrat nezpůsobily. V době po potratu většinou necítily vinu, selhání či stud za to, že jejich těhotenství skončilo ztrátou.

> *„Vůbec ne, protože se to bohužel stává běžně a v naší rodině jsme se s tím setkaly všechny ženy a ne jednou.“* (Eva)

> *„Odpovědná přímo ne, ale přemýšlela jsem nad tím, proč k tomu mohlo dojít. … Ale že bych si to dávala za vinu, to ne. … spíš jsem k tomu přistupovala tak, že se to asi mělo stát. Že třeba od začátku nebylo něco v pořádku a tělo se s tím takhle vypořádalo.“* (Gita)

> *„To ne. Vím, že se to v prvním trimestru stává poměrně často.“* (Nina)

Na druhé straně jsou ženy, které **cítily odpovědnost i vinu za potrat**. Domnívaly se, že ztrátu dítěte nějakým způsobem zavinily, a hledaly ve svém chování při těhotenství příčiny toho, co je potkalo. Popisují pocity vlastního selhání i selhání svého těla, pocity méněcennosti i studu.

> *„Ano, vyčítala jsem si, že jsem hned od prvního momentu „nejásala“ nad zjištěným těhotenstvím … kladla jsem si za vinu, že jsem dítěti nějak vyslala na počátku signál, že je snad nechtěné …Paní doktorka mě uklidňovala racionálním vysvětlováním toho, proč k takovým potratům dochází a že jsem to nemohla žádným způsobem ovlivnit … Její přístup určitě hodně ovlivnil to, že jsem se necítila tolik odpovědná a že jsem to přijala jako něco, co jsem nemohla ovlivnit.“* (Anna)

> *„Cítila jsem hlubokou lítost nad ztraceným životem a uvědomila jsem si, jak jsem se na miminko začala těšit. Přemýšlela jsem, jestli jsem neudělala něco co by potrat vyvolalo. Měla jsem výčitky, že jsem pochybovala, jestli dítě v tu chvíli chci. Připadala jsem si sobecká, a že miminko muselo vycítit moje pocity.“* (Františka)

> *„Vnímala jsem velkou vinu za to, co jsem v průběhu těhotenství cítila, jak jsem si nebyla jistá svým rozhodnutím … A tím jsem se cítila vina za to, co se stalo. Vinu zdravotního stavu jsem*

si vůbec nepřipouštěla … Pocit viny byl nejsilnější, stejně tak selhání – spíš po té psychické stránce než fyzické/zdravotní. Stud byl spíše jen vůči partnerovi, že jsem to nezvládla a že mi bude ztrátu vyčítat.“ (Monika)

„Dlouho jsem si kladla otázku, zda jsem to nějak zavinila – dobíháním tramvaje, výmykem na hrazdě při povinném tělocviku, či tím, že žiju v rušné ulici, kde je velice znečištěný vzduch.“ (Olga)

„Ze začátku jsem dítě nechtěla, nechtěla jsem se vzdát svého pohodlí. Proto jsem to později brala jako trest, za to, že jsem nebyla za ten nový dar života vděčná.“ (Daniela)

„Obviňovala jsem se, že jsem nebyla schopná počít, a když už jsem počala, tak jsem ho nezvládla udržet ani pár týdnů.“ (Petra)

„Začala jsem se cítit vina za to, že v sobě toho malého drobečka nedokáži udržet.“ (Johana)

Informantky se mnohdy cítily **méněcenné** ve své roli ženy kvůli pociťované neschopnosti donosit dítě a stát se tak matkou.

„Ano, určitě, že jsem jako žena méněcenná, když nejsem schopna donosit dítě.“ (Ivana)

„Pocity selhání jsem cítila silně. Že jsem zklamala jako žena. Že zůstanu bez dětí. Že mně partner (budoucí manžel) opustí. Že se na mne máma bude zlobit, že jsem jí neumožnila být babičkou. Že si o mně lidi budou myslet, že jsem sobecká, když nemám dítě.“ (Olga)

„…navíc jsem si připadala neschopná, že jsem selhala jako žena a nedokázala donosit dítě jako jiné ženy.“ (Františka)

„Občas mě napadlo, že nejsem dost dobrá žena, když nedokážu donosit dítě. Bála jsem se, že pokud otěhotním znovu, bude se potrat opakovat. Do té doby jsem nevěděla, že spontánní potraty jsou tak časté.“ (Karolína)

Některé z informantek za potrat odpovědnost nepociťovaly vůbec nebo pouze částečně, ale byly **obviňovány svým okolím**. V reakcích jejich okolí se objevovaly domněnky, že spontánní potrat způsobily nějakou svou aktivitou v těhotenství.

„Já sama za sebe určitě ne, ale okolí často naléhalo narážkami typu „moc cvičíš, omez to“ … Právě proto už další těhotenství budu tajit i před rodinou.“ (Eva)

„A i v situaci, kdy už o vašem potratu vědí, tak přichází jiná sada poznámek a rad, které jsou snad ještě horší, protože přispívají k vašim vlastním pochybnostem o svém vlastním selhání. Kolikrát já jsem slyšela, jestli na to nemohlo mít vliv moje sportování … případně že jsem

měla víc odpočívat a ne tolik pracovat … že na sebe musím příště dávat větší pozor apod.“ (Anna)

Shrnutí a závěry kapitoly

Ženy cítí za spontánní potrat různou míru odpovědnosti. S pocitem odpovědnosti za potrat souvisí i pocity selhání, viny, případně studu. Ženy, které se za událost cítí odpovědné, si většinou vyčítají své chování a myšlení v těhotenství. Vnímají celou událost jako své selhání. Z výpovědí těchto žen se zdá pravděpodobné, že jedním z faktorů, proč cítí za svůj potrat odpovědnost, je nízká informovanost o tom, jak je spontánní potrat častý. Dalším z důvodů může být, že neznají jiné ženy s podobnou zkušeností a cítí se „nenormální“. Je tedy možné předpokládat, že pokud ženy budou více informovány o frekvenci potratů ve společnosti, nebudou si dávat ztrátu dítěte za vinu a nebudou pociťovat selhání ve schopnosti donosit dítě.

Selhání je téma, které prostupuje mnoho výpovědí. Informantky často popisují, že „selhaly jako ženy“. Objevuje se zde pocit méněcennosti vzhledem k ostatním ženám, které donosily své dítě a jsou matkami. Zdá se, že schopnost donosit dítě je pro některé ženy součástí ženské identity. Pokud v tomto ohledu selžou, mohou pociťovat selhání v této roli a strach, že nikdy nebudou „dostatečně dobrými ženami“. Je zde patrné srovnávání s ostatními ženami, o kterých se domnívají, že se s tímto problémem nepotkávají. Je možné, že neinformovanost o problematice a frekvenci spontánních potratů způsobuje tato srovnávání a pocity těchto žen, že s nimi „něco není v pořádku“.

Jedna z žen (Olga) dokonce zmínila, že se bála, že jí okolí bude vyčítat, že nezvládla donosit dítě. Je vidět, že schopnost být matkou je něco, na čem závisí její hodnota. Zmiňuje, že měla strach, aby si okolí nemyslelo, že je sobecká, když nemá děti. Téma sobeckosti se objevuje i v kapitole o potřebách ve výpovědi Anny (viz následující kapitoly). Anna zmiňuje, že by potřebovala, aby se o tématu spontánních potratů ve společnosti více mluvilo, protože by pak okolí nebralo bezdětné ženy jako sobecké.

Některé ženy nehledaly příčiny spontánní potratu ve svém chování, ale spíše ve svém myšlení a přístupu k těhotenství. Zmiňují, že cítily výčitky za to, co je potkalo, právě proto, že zpočátku nebyly z těhotenství „nadšené“ a cítily pochyby, zda dítě zvládnou, a zda ho vůbec chtějí. Domnívaly se, že jejich myšlenky a pocity vyslaly dítěti signál, že je nechtěné, a proto o toto dítě přišly. Jedna z žen (Daniela) dokonce zmínila, že ztráta dítěte byl trest za

její nevděk nad darem nového života. Je pravděpodobné, že pokud by tyto ženy dostaly od zdravotníků dostatek informací o možných příčinách i frekvenci spontánních potratů, necítily by se za něj tolik odpovědné a nedomnívaly by se, že jejich myšlenky mohly potrat způsobit. V tomto ohledu však ještě může hrát roli pojetí víry či určité duchovní přemýšlení žen, jako v případě Daniely, která ztrátu svého dítěte bere jako trest od Boha.

U žen, které za svůj potrat necítily odpovědnost, se objevuje jeden společný znak – informovanost o četnosti potratů ve společnosti. Z výpovědí se zdá pravděpodobné, že důvodem, proč necítily vinu a odpovědnost, bylo, že znaly ženy v podobné situaci nebo že byly dobře informované o frekvenci spontánních potratů. U některých žen hrálo ve vnímání odpovědnosti roli také připisování události osudu, Bohu či přírodě. Uvádějí, že situaci braly jako to, co se „mělo stát“. Zodpovědnost za potrat tedy připisují nějaké vyšší moci. Na rozdíl od Daniely ale nepřipisují odpovědnost zároveň i sobě (Bůh je potrestal), a proto nehledají příčiny i ve svém jednání a necítí vlastní selhání.

2.4.2 Ztráta a truchlení

Kapitola shrnuje, jak ženy vnímaly ukončení svého těhotenství a jak ke své ztrátě přistupovaly v době po potratu. Některé ženy vnímaly spontánní potrat jako ztrátu plodu, většina žen naopak jako smrt svého dítěte. Cítily silnou ztrátu nejen nenarozeného miminka, ale i těhotenství a mateřství. Ztratily i své sny a naděje do budoucna.

Kapitola se dále věnuje tomu, zda měly ženy pro svůj prožitek dostatečný prostor a mohly plně prožívat to, jak svou ztrátu vnímaly. S prostorem pro autentické prožívání souvisí i potřeba truchlit a zkoumán je tedy případný prostor pro truchlení.

Potřeba truchlit a dostatečný prostor

Ženy, které prožívaly spontánní potrat jako **smrt dítěte**, často potřebovaly pro své dítě truchlit. Některé z nich vnímaly **prostor pro své truchlení jako dostatečný**.

> *„I když se jednalo o malé embryo, tak jsem to prožívala jako ztrátu dítěte. … Musela jsem se vybrečet a vyvztekat, abych tuto situaci zvládla."* (Johana)

> *„Jsem věřící a každý zárodek je pro mne tedy život. Věděla jsem, že když to v sobě ututlám, nikdy nebudu moct dál fungovat, takže ano, dostatečně jsem si to prožila."* (Cecílie)

> *„Vnímala jsem to jako smrt svého dítěte i když jsem věděla, že vše bylo teprve v začátku. … Potřebovala jsem se se ztrátou nějak vyrovnat, pláč mě tedy dostihl během dne kdykoli jsem na to pomyslela. Myslím, že jsem pro truchlení měla i díky manželovi dostatečný prostor."* (Karolína)

> *„Opravdu jsem to vnímala jako smrt svého dítěte…Truchlili jsme i s partnerem, probrečela jsem celou nemocenskou. I později mi bylo každou chvíli do breku."* (Nina)

Potřeba truchlit a nedostatečný prostor

Jiné ženy vnímaly svou ztrátu jako **smrt dítěte**, ale **neměly dostatek prostoru** pro prožití takové zkušenosti, ať už z vlastního rozhodnutí nebo kvůli sociálnímu okolí. Některé z nich si prostor pro truchlení vytvořily v sobě, i když ve svém okolí tento prostor neměly.

> *„Vnímala jsem to jako smrt. A byla jsem nešťastná, že se tak ke mně nikdo nechoval. Na první prohlídce po potratu, jsem se lékařky ptala, zda mi při druhém těhotenství bude věnována péče jako rizikovému těhotenství, nebo zda mi může udělat nějaká vyšetření, abych byla příště opečovaná, mi řekla: „Prosim vás, vy toho naděláte. To ještě žádné dítě nebylo.*

To je jako byste brečela kvůli prasklému puchýři. … Manžel to bral podobně jako lékařka. … takže jsem si na ztrátu připadala zcela sama. … Uzavřela jsem to v sobě.“ (Olga)

„Ano, pro mě to bylo moje dítě. …Ano, měla jsem potřebu truchlit, ale truchlila jsem jen doma po večerech. V práci a dalším okolí jsem nechtěla dát nic znát, řekla jsem o potratu jen pár lidem.“ (Bernadeta)

„Ano, o samotě, v přítomnosti ostatních jsem se snažila zachovat tvář s tím, že je to příroda, a že částečná revize byla milost než přijít o miminko v pozdější době. …často jsem plakala a trápila se. Dostatečný prostor uvnitř jsem si vytvořila.“ (Ivana)

„Vnímala jsem to jako ztrátu dítěte, i když se jednalo o první trimestr. Prožívala jsem tento pocit spíše sama v sobě, před okolím jsem se uzavřela…A začala se vyhýbat lidem, kteří právě tuto situaci brali stylem, že si uděláme jiné. …Prostoru z toho důvodu moc nebylo, jen, když jsem si ho vytvořila sama pro sebe.“ (Monika)

„ …vnímala jsem potrat jako smrt dítěte a ztrátu nevinného života. … Byla pro mě hrozná představa, že s krvácením odejde i plod a skončí v kanalizaci.“ (Františka)

Petra popisuje, že vnímala svou ztrátu jako smrt dítěte, cítila potřebu truchlit, ale neměla pro ni dostatečný prostor kvůli jiné události v rodině:

„Bohužel nemohla. Současně byla těhotná sestřenka, která byla ve stejný den hospitalizována pro předčasný porod … takže se všichni soustředili na ní. … Musela jsem dělat „silnou“ a podpořit výše zmíněnou sestřenku.“ (Petra)

Ve výpovědi Anny se objevuje většina výše zmíněných charakteristik. Ztrátu vnímala jako smrt svého dítěte, zároveň si nebyla jistá tím, že ji takto „může“ prožívat. Srovnávala svou ztrátu se ztrátou svého kolegy. Prostor od okolí měla, ale sama si nedovolila pro dítě dostatečně truchlit. Potřebu truchlit cítila velmi silnou, ale **dostatečný prostor pro svůj smutek si nedokázala vytvořit.**

„Ano, vnímala, a zároveň jsem se sama sebe neustále dokola ptala, zda si to tak můžu dovolit prožívat, když nešlo přeci o „dítě“, ale „plod“, pamatuji si, že v té době jednomu mému kolegovi zemřelo dítě těsně před plánovaným porodem a já jsem stále vztahovala svou situaci k němu a jeho ženě s tím, že přeci to mé není ta pravá ztráta a že to tak nemohu vnímat, ale zároveň jsem to vnitřně prožívala velmi bolestivě a naplno, a tak jsem cítila jakýsi rozpor. … sama jsem si vlastně naordinovala pocit jen jakési poloviční ztráty … dílem možná jako obranu před tou bolestí … dílem takovým nějakým nevyřčeným společenským tlakem

řekněme, že se vlastně tak obecně ví, že do 2. trimestru se raději o těhotenství nemá mluvit a že i doktoři do té doby používají to slovo plod či zárodek apod.“ (Anna)

„Sama jsem se téměř ihned vrátila do práce, přestože mi kolegové říkali, že to nějak zařídí … sama jsem relativně rychle dělala, jako by nic, asi ve snaze se z toho co nejrychleji oklepat. Ale pak to na mě občas padlo a cítila jsem, že to truchlení potřebuji, jako takové nadechnutí se, už ale bylo „pozdě“, už mi to připadalo nepatřičné, když jsem už normálně fungovala a teď najednou bych se měla nějak zase hroutit?“ (Anna)

Nízká potřeba truchlit

Některé ženy spontánní potrat vnímaly jako **ztrátu plodu** a necítily větší potřebu později truchlit. Ve svých reakcích na potrat však popisují smutek nad ztrátou.

Eva nevnímala svou ztrátu jako smrt dítěte: „*Nevnímala, protože jsem potratila v úplném začátku.“* Potřebu truchlit Eva také neměla: *„Neměla, potřebovala jsem se hlavně zaměstnat.“* (Eva)

„V té chvíli jsem to tak nevnímala. … Chtěla jsem, aby čas rychle běžel, abych mohla přežít „tři cykly“ a pak se začít snažit. … Bylo mi to líto, byla jsem smutná, ale snažila jsem se zaplnit čas myšlenkami na něco jiného …“ (Laura)

Shrnutí a závěry kapitoly

Většina žen vnímala spontánní potrat jako smrt svého dítěte a potřebovala prostor pro truchlení. Proces truchlení u nich zahrnoval prostor pro pláč, smutek a vyjádření dalších emocí. Zároveň i možnost být sama nebo naopak prostor o své ztrátě mluvit s blízkými.

Některé ženy dostatek prostoru neměly, ať už z důvodů na straně svého okolí nebo kvůli sobě samým. Objevuje se zde potřeba, aby jejich ztráta byla uznána jako plnohodnotná a aby si mohly dovolit takový pocit dostatečně prožít, jak uvádí například Olga. U Anny můžeme vidět určitou hierarchizaci úmrtí – vnímá smrt dítěte svého kolegy jako významnější než tu svou, proto pro své truchlení nenalezla dostatek prostoru. Pociťovaná hierarchizace je pravděpodobně způsobena společenským tlakem a tabuizací spontánních potratů ve společnosti. Společnost obecně nahlíží na spontánního potraty spíše jako na ztrátu plodu než na smrt dítěte. To může být způsobeno i medicínskými definicemi označující jedince v této fázi prenatálního vývoje jako zárodek či plod. Některým ženám proto připadalo nepatřičné truchlit veřejně pro svou ztrátu.

Ženy dále zmiňují, že se jim mnohdy nedostalo pochopení pro své pocity. Zároveň právě pochopení a empatické přijetí ženy v době potratu potřebovaly, jak je dále popsáno v kapitole o potřebách. Většina žen vnímala jako potřebné, aby jim jejich okolí umožnilo smutek prožít. Pokud ženám chybí dostatečný prostor pro truchlení, mohou si připadat osaměle, jak popisuje například Olga.

Nedostatečný prostor pro zármutek by mohl být způsoben také tím, že těhotenství těchto žen ještě nebylo viditelné. Záleželo na tom, komu samy tyto ženy o svém těhotenství řekly. Pokud lidé z okolí nevěděli o těhotenství, musely by ženy těmto lidem sdělit nejprve to, že byly těhotné, a následně, že své dítě ztratily. To může být psychicky velmi náročné a některé ženy se rozhodly neříkat okolí nic. Je pravděpodobné, že čím méně lidí o těhotenství vědělo, tím menší prostor pro truchlení a podporu následně tyto ženy ve svém okolí měly.

Jiné ženy vnímaly svou ztrátu jako ztrátu plodu a nepotřebovaly tolik prostoru pro projevení lítosti a smutku. Popisují, že potřebovaly hlavně „zaměstnat hlavu“ a přijít na jiné myšlenky, což jsou potřeby, které spadají do kategorii „Rozptýlení“, která je popsána v kapitole o potřebách. Zdá se, že tyto ženy vnímaly svou ztrátu hlavně jako ztrátu těhotenství a budoucího mateřství, která pro ně ale nebyla definitivní, protože věřily, že mohou znovu otěhotnět. Například Laura v době po potratu cítila, že potřebuje, aby rychle běžel čas a ona se mohla pokusit znovu otěhotnět.

2.4.3 Reakce okolí

Kapitola pojednává o reakcích na spontánní potrat od širokého sociálního okolí. Zahrnuje reakce partnera, rodiny, přátel a zdravotníků.

Pozitivní reakce

Jako pozitivní reakce na svou zkušenost vnímají ženy hlavně **empatický přístup, prostor pro sdílení a možnost plně vyjádřit svůj smutek**. Oceňují reakce, ve kterých cítily velké pochopení pro své emoce a pro způsob, jakým svou ztrátu prožívají. Tyto aspekty komunikace jsou pro ženy důležité jak v reakcích rodinných příslušníků a přátel, tak i v přístupu zdravotníků.

> *„…cítila jsem od něj ohromnou podporu a blízkost. Stačilo mi, že mě vždycky držel v objetí a říkal, že to zvládneme překonat a bude to dobrý.“* (Gita)

> *„Partner mi byl velkou oporou, u samotného potratu nebyl, ale pak mi dal spoustu prostoru, abych mohla truchlit.“* (Bernadeta)

> *„Byl velmi zdrcený, smutný, zároveň nápomocný a podporující. Oceňoval mě za to, jak jsem byla statečná, jak jsem vše zvládla. Při mých horších psychických stavech se snažil, aby mi bylo lépe. Po pár měsících se mi lépe udělalo a jemu naopak, už nemusel tu situaci držet, nemusel podpírat mě a dovolil si zhroutit se sám.“* (Monika)

> *„O potratu jsme řekli jen mým rodičům a reakcí byla lítost, ale ve smyslu pochopení toho, co prožíváme. I pro ně to byla ztráta…“* (Gita)

> *„Myslím, že to nebyla nutně lítost …, navíc tu já opravdu nechtěla. Byla to spíš velká podpora, dali mi možnost o tom mluvit..“* (Hedvika)

> *„…jedna kamarádka měla obrovské pochopení a velkou otevřenou náruč pro můj smutek.“* (Bernadeta)

U **zdravotníků** je jako pozitivní přístup vnímán hlavně **lidský a důstojný přístup** a **relevantní informace** podané jazykem, kterému ženy rozuměly. Zároveň **vysvětlení** situace a možností do budoucna.

> *„Paní doktorka (a sestřička) na pohotovosti byly skvělé. Sestřička byla šíleně milá a pani doktorka rychlá a věcná. Respektovaly, že chci mít při vyšetření manžela. Stejně tak následné vyšetření u mojí doktorky proběhlo velmi rychle a důstojně, snažila se mi předat relevantní informace a v rámci možností mě i uklidnit.“* (Hedvika)

„Měla jsem štěstí na velmi citlivého doktora v nemocnici.“ (Františka)

V rámci samotného potratu jsem náhodou narazila na velmi lidskou lékařku, která mě sice neinformovala o jiných možnostech nechat plod odejít a rovnou mě vzala na sál, ale zároveň se mnou komunikovala mile, otevřeně a měla jsem v ní ihned důvěru.“ (Monika)

Většina žen zažila pozitivní reakce převážně u svého **partnera a rodiny**. Mnoho informantek našlo pochopení **u jiných žen** – u svých blízkých kamarádek nebo u žen, které zažily podobný příběh. Některé ženy o svém potratu řekly jen rodině nebo jej sdílely pouze s partnerem.

Negativní reakce

Naopak negativní reakcí je pro ženy **nedostatek empatie a pochopení**, **bagatelizace** jejich ztráty, **rady do budoucna** a snaha snížit ztrátu vyhlídkami na další těhotenství.

„Bohužel velmi necitlivé. Zvlášť od mojí mámy mě mrzelo, že se mě snažila utěšit tím, že je dobré, když takové těhotenství skončí, protože je to přirozený výběr přírody. S tím souhlasím, ale v té chvíli jsem prostě potřebovala jinou útěchu a mnohem víc pochopení pro emoce.“ (Bernadeta)

„Manžel za mnou nepřišel. Ani to nezkusil. … S manželem jsem o tom již nikdy nemluvila.“ (Olga)

„Všem to bylo líto. akorát moje máma je dost pragmatická a překvapila mě tím, že v tu chvíli nebyla dostatečně empatická (nebo ne tak, jak bych si to představovala)…“ (Hedvika)

„Dělali, že se nic nestalo, přecházeli to otázkami, jak se máme, co je u nás nového, že si uděláme jiné dítě, že příště to bude dobrý, povídali o svých dětech, ukazovali je, strkali nám je přímo pod nos a to i pár dní po revizi.“ (Monika)

Nepříjemné pro ženy byly také **reakce hledající „štěstí v neštěstí“** vysvětlující, že dítě by stejně nebylo zdravé a je proto lepší, že těhotenství skončilo včas. Některé ženy se setkaly i reakcemi, které nepřímo naznačovaly, že si potrat zavinily samy, skryté za radami ohledně jejich životního stylu nebo pracovního přetížení. Některé ženy uvádějí, že přátelé i rodina vůbec **nevěděli, jak se mají chovat** a bylo jim téma potratu nepříjemné.

„Nechtěli o tom raději moc mluvit. Nevěděli, jak se ke mně mají chovat.“ (Nina)

„Většina uz nich to zlehčovala nebo užívala podobné věty, jako lékařka – že se to stává, a že podruhé to třeba vyjde. A že je štěstí, že se to stalo tak brzy, že to ještě nebylo dítě.“ (Olga)

V přístupu zdravotníků ženy vnímaly negativně hlavně **bagatelizaci ztráty a neporozumění** pro jejich pocity. Setkávaly se s **nedostatkem empatie a zájmu o emoční prožívání** celé situace. Přístup byl pro některé z nich necitlivý, nelidský, neprofesionální a mnohdy nerozuměly medicínskému jazyku a odborným výrazům.

> *„Gynekoložka na kontrole po potratu … jen konstatovala, že už všechno odešlo. Bylo to pouhé konstatování stavu dělohy, o emocionální stránku se nestarala."* (Bernadeta)

> *„V průběhu těhotenství to byly různé zkušenosti, hodně lékařů mlžilo, nevysvětlovalo, co se děje, proč, co může následovat, na co se připravit…"* (Monika)

> *„Absolutně neprofesionální jednání, od vynucené separace partnera, když mě pan doktor ultrazvukem vyšetřoval a když jsem mu popsala, co se stalo, tak jeho odpověď byla: vy si myslíte, že jste všechny potracený. Další zkušenost, kdy mě vezli další den na revizi, tak křičeli mé jméno na chodbě, kde byly pacientky s návštěvami: ……., revize. Tohle doteď nepochopím."* (Ivana)

> *„Dávají ale automaticky najevo, že se to stává a to žena v té situaci slyšet nepotřebuje. Spíše mi to víc ubližovalo."* (Johana)

> *„Bohužel musím konstatovat, že mám trošku trauma a nedůvěru z přístupu lékařů, ať už šlo o samotný potrat, tak možné vysvětlení, proč to nejde, proč se to stále nepovedlo … když jsem vlastně po fyzické stránce zdravá. …chybí mi prostor pro dialog a dostatečný přirozený monitoring cyklu atd., ale řekla bych, že je to systémová chyba zdravotnictví a že lékaři jsou obecně přetížení."* (Ivana)

> *„Na zdravotní sestru u příjmu opravdu nezapomenu. Rozčilovala se, že nemám svoje papuče, ani nic dalšího. Přes slzy jsem ji vysvětlovala, že jsem netušila, že dnes skončím v nemocnici a tedy opravdu nic nabaleno nemám. Místo ručníku jsem vyfasovala staré prostěradlo. Na pokoji jsme ležela s dvěma tehulkami s obrovskými bříšky. To mě dorazilo."* (Nina)

Změny po reakcích okolí

U některých žen nepříjemné reakce okolí **ovlivnily podobu sdílení** své zkušenosti, případně následnou ochotu sdílet podobné prožitky do budoucna.

> *„Pochopila jsem, že ne každý se v takové situaci umí k ženě (k páru) adekvátně chovat, že to nemusí být ani tak myšleno zle, jen neví, jak správně reagovat, tak reagují někdy velmi netaktně. Zároveň jsem o tom úplně přestala mluvit, to téma pro mě přestalo existovat – abych opět u dalších lidí nenarazila. …"* (Monika)

Eva zažila reakce **obviňující její životní styl** z potratu, což následně ovlivnilo její ochotu sdílet svůj zážitek:

> *„Vím, že následné těhotenství budu tajit do posledních dní i před rodinou, natož před kolegy nebo kamarády (vyjma manžela).“* (Eva)

Shrnutí a závěry kapitoly

Většina žen zažila jak pozitivní, tak i negativní reakce na svou zkušenost. Na reakcích, které vnímají jako pozitivní a které naopak jako negativní, se ženy většinou shodují. Jako pozitivní většina žen vnímá reakce, které jsou empatické, umožňují prostor pro sdílení a respekt k prožívání. Takové pochopení ženám pravděpodobně pomáhá necítit se v celé situaci tolik osamoceně. Jako negativní vnímá většina žen reakce, které jsou necitlivé, bagatelizují jejich ztrátu, udílejí rady nebo naznačují, že chování ženy způsobilo spontánní potrat.

U některých reakcí však můžeme vidět rozdílné vnímání. Pro některé ženy bylo ujištění, že se jedná o běžnou a častou záležitost podpůrné – necítily se jako jediné, které něco takového potkalo. Jiné ženy věty komentující četnost potratů braly spíše negativně – jako bagatelizaci jejich ztráty. Cítily, že se jim nedostává pozornosti jako zážitku ztráty a že nemají právo truchlit.

Zdá se pravděpodobné, že pokud by společnost byla více informována o frekvenci potratů a možných psychických dopadech této zkušenosti, ženy by pak předem věděly, že se jedná o častý jev, ale zároveň by cítily, že jejich ztráta není bezvýznamná a že mohou pro své nenarozené dítě truchlit. Věděly by, že i jiné ženy v této situaci cítily nejistotu, obavy, potřebu truchlit a byly velmi zarmoucené, a nebály by se plně projevit své emoce. Mohly by tak více validovat svoje pocity a vědět, jaké prožívání mohou čekávat.

Reakce okolí mohou ovlivnit i následné vyrovnávání se se ztrátou dítěte i postup v případě dalšího těhotenství. V některých případech mohou mít vliv i na to, jestli svou zkušenost ženy sdílejí a s kým. Mohou zvýšit nebo snížit obavy žen z budoucnosti i ovlivnit zpětné prožívání této události, což vyplývá i z kapitoly pojednávající o odpovědnosti za potrat. Přístup okolí může mít vliv i na to, do jaké míry se za potrat tyto ženy cítí odpovědné a zda prožívají pocity selhání.

2.4.4 Sdílení

Kapitola popisuje sdílení zkušenosti spontánního potratu se sociálním okolím a s veřejností. Zabývá se otázkou, jakým způsobem ženy svou zkušenost sdílí. Potřeba sdílet svou zkušenost je u žen velmi různá. Objevuje se zde touha být vyslechnuta a možnost mluvit o svém zážitku. Některé ženy naopak svou zkušenost bezprostředně s nikým sdílet nechtěly a potřebovaly být nejprve o samotě. S odstupem času se u některých žen podoba sdílení své zkušenosti proměňovala.

Sdílení se svým okolím

Většina žen potřebovala o situaci v nějaké míře mluvit a sdílela celou svou zkušenost hlavně **se svým partnerem** a později **se svou rodinou či nejbližšími přáteli**. S partnerem ženy často mluvily o svých pocitech, obavách, bolestech i o praktických záležitostech a možnostech v budoucnosti. Možnost mluvit s blízkými lidmi o tom, co prožívají, byla pro ženy v celém procesu velice důležitá. Díky sdílené lítosti nad ztrátou cítily, že v situaci **nejsou samy**. Pro některé bylo sdílení také určitou **přípravou na nejhorší**.

> *„Potřebovala jsem se vždy svěřit se svými pocity. Po partnerovi to byla kamarádka, která mě vždy dokáže vyslechnout.“* (Johana)

> *„Ano, chtěla jsem mluvit a mrzelo mě, že jsem podporu nenašla u svojí mámy. Mluvila jsem s kamarádkou a pak i se sestřenicí, které měly velké pochopení.“* (Bernadeta)

> *„Ano, potřebovala jsem to říct. V prvních chvílích jsem to ale podávala jako nejčernější scénář, že už nikdy nebudu mít děti, vlastně jsem se připravovala na ten nejhorší možný scénář. Pvrní jsem to řekla sestře, pak v práci nadřízenému. ... pak jsem to řekla těm nejlepším kamarádům. Později mamce.“* (Laura)

Jedna z žen zažila opačnou zkušenost a **se svým manželem o svém zážitku mluvit nemohla**. Cítila silnou potřebu sdílet svůj zážitek a prožívání, ale partner jí to neumožnil. S odstupem času tato žena našla prostor pro vyjádření na terapii, při léčení a během rituálů.

> *„Potřebovala, ale manžel nechtěl. S pár kamarádkami jsem to sdílela, ale neměly podobnou zkušenost. Tehdy se to bralo jako běžný chirurgický zákrok.“* (Olga)

Jedna z žen měla silnou potřebu svůj zážitek sdílet, ale kvůli nepříjemným reakcím okolí se rozhodla si svůj zážitek raději zpracovat v sobě.

„Nejdříve jsem to nechtěla s nikým řešit, bylo to moc čerstvé a bolestivé. Ale velmi brzy jsem to potřebovala s někým probrat, slyšet, že to není moje vina. Bohužel se mi nepodařilo najít nikoho, kdo by neříkal, že to příště bude v pohodě, a tak jsem si to zpracovávala sama v sobě. Myslím, že v takové situaci člověk nechce rady, ale chce, aby ten druhý jen poslouchal." (Petra)

Některé ženy o svém zážitku **mluvily velmi otevřeně**.

„Neměla jsem problém o potratu mluvit. … Je to součást našeho života a jak bychom chtěli moc, často nemáme šanci to změnit. Já to tak beru. Bůh ví co je pro mně nejlepší a také asi proto se to stalo." (Daniela)

„Potřebovala a mluvila jsem. A když je potřeba, mluvím i teď. Nevadí. Mi to. Naopak vím, že své zkušenosti mohu předat někomu dalšímu. Nemusí zažít to překvapení, že se to prostě stát může." (Cecílie)

Jiná skupina žen v době po potratu s nikým mluvit nechtěla, ale **potřeba sdílet se u nich objevila až později**. S odstupem času docházelo ke sdílení zážitku s širším sociálním okolím, nejčastěji příslušníky rodiny nebo s kamarádkami ve snaze prolomit tabu, což bude popsáno v následujícím kategorii. Pro někoho bylo důležité informovat pracovní prostředí. Více žen zmínilo, že **preferovalo ke sdílení ženu**.

„Po potratu jsem s nikým o tom mluvit nechtěla, až s odstupem doby to šlo lépe." (Monika)

„Potřebovala jsem vyslechnout, ačkoliv vím, že pro okolí to je nepříjemné. Mluvila jsem s dobrou kamarádkou z práce, se sestrou a s manželem, avšak více potřebná mi byla spíše žena." (Eva)

„…nejprve jsem nebyla schopná o tom mluvit ani s manželem. Nakonec jsem ráda, že o potratu ví moji a manželovi rodiče, švagr, sestra s manželem." (Karolína)

Některé ženy sdílely svou zkušenost **pouze s partnerem nebo s nejbližšími** a neměly potřebu sdílet ani s odstupem.

„Byla to pro mě ztráta, se kterou jsem se musela a chtěla vyrovnat sama. Vlastně jsem spíš nikoho nechtěla uvádět do rozpaků, nechtěla jsem slyšet takové reakce: aha, to je mi moc líto", i když bych věděla, že to myslí opravdu vážně. Nechtěla jsem, aby mě někdo litoval. …" (Gita)

Snaha prolomit tabu

Mnoho žen popisuje, že o své zkušenosti (s odstupem nebo ihned) mluvily, protože cítí, že ve společnosti je stále téma spontánních potratů tabu a ony **chtěly svým sdílením toto tabu prolomit**. Některé z nich sdílely svou zkušenost i z důvodu, že se domnívaly, že by tím **mohly pomoci jiným ženám**. Byly pak překvapeny tím, že se dozvěděly o dalších ženách ve svém okolí, které také zažily spontánní potrat.

„Po prvním potratu jsem to spíše cítila tak, že o tom mluvit nechci a řekla jsem to v podstatě jen těm nejbližším kamarádkám, které věděly o mém těhotenství. A ani s nimi jsem to nerozebírala příliš mnoho a dlouho, spíš jsem se to pak snažila vytěsnit. Až s odstupem jsem o tom mluvila i s dalšími lidmi, po dalším potratu a pak při třetím těhotenství. S odstupem už se mi o tom mluvilo mnohem lépe a dokonce i ochotněji právě proto, co jsem popisovala výše, že jsem si uvědomila, že je to něco, o čem je třeba mluvit.“ (Anna)

„Pár mým kamarádkám jsem to řekla, protože jsem věděla, že si tím jednou můžou projít taky.“ (Karolína)

„S odstupem jsem o zážitku mluvila více ženám, aby věděly, se takové věci dějí.“ (Bernadeta)

„Řekla jsem to pouze rodině, … Jiným blízkým jsem to řekla až s odstupem několika měsíců, protože myslím, že o tom ženy málo mluví a pak si připadají stejně neschopné jako jsem si připadala já, když se něco takového stane.“ (Františka)

„Nechtěla jsem o tom mluvit, pouze s partnerem a svou sestrou. S odstupem jsem to chtěla sdílet, protože o tom často ženy nemluví samy od sebe a je důležité, aby věděly, že se to děje velkému množství žen. Zjistila jsem tak, že mnoho žen v mém okolí má/mělo nějaké problémy s početím.“ (Františka)

„Pár známým jsme o naší ztrátě zpětně řekli a překvapilo mě, kolik lidí má podobnou zkušenost. Vím i zprostředkovaně o dalších členech rodiny. Ale asi o tom jen málokdo chce sám od sebe mluvit.“ (Gita)

„Spíš mluvila a jsem schopná mluvit doteď. … Stále je toto téma tabu a já toto tabu nechtěla zbytečně živit.“ (Ivana)

„Mluvila jsem s odstupem i bezprostředně po tom, co se to stalo. Čím déle to je, tím líp to snáším. A tím víc přemýšlím, že bych o tom měla možná mluvit veřejně (sociální sítě), aby se o tom prostě víc mluvilo.“ (Hedvika)

„Teď, po několika ztrátách a letech od té první, to zvládám daleko lépe … čas tomu určitě velmi napomáhá. A samozřejmě i to, že se najednou člověk dostane do situace, že si zjišťuje informace, poznává, jak moc častý jev to je, kolik párů tohle každý rok prožívá a že v tom není sám. Nemusí se na sebe zlobit, nemusí si připadat méněcenný, neschopný a jediný, komu se nedaří. …“ (Monika)

Ženy s podobnou zkušeností

Pouze některé z žen znaly jinou ženu se stejnou zkušeností a sdílely s ní svou situaci. Jedna z informantek znala takové příběhy z pracovního prostředí, jelikož je porodní asistentkou. Některé ženy sice znaly vzdáleně někoho s podobnou situací, ale nesdílely spolu své zážitky. **Mnohé ženy neznaly nikoho s podobnou situací** osobně a svůj zážitek s nimi nesdílely.

„Mluvila jsem hodně s nejbližšími. Vše jsem probírala i s kamarádkami, které si takovým obdobím také prošly.“ (Nina)

„Předtím jsem osobně věděla snad jen o jedné kamarádce, teď už vím o vícero blízkých kamarádkách, ale i známých, kolegyních apod. Samozřejmě s takovými se to sdílí mnohem snáze a s větší lehkostí.“ (Anna)

„Pouze jedna kamarádka se mi svěřila, že má podobnou zkušenost, když jsem jí o tom řekla.“ (Karolína)

„Znám…Po její ztrátě miminka jsem o tom spolu mluvily. Ptala se mě na mé prožitky.“ (Cecílie)

„…se samovolnými potraty mám bohužel hodně zkušeností z profese. A snažím se s těmi maminkami mluvit a občas s některou s ní sdílím svoje zážitky. Možná, že je to dobře, že si to dovedu představit.“ (Rebeka)

„Z mého okolí pár takových žen znám a sdílely jsme spolu navzájem informace i pocity. Ale nejvíce se dozvídám z různých skupin, které jsou na to zaměřené.“ (Monika)

„… Sdílení těchto zkušeností a pocitů poté nejlépe funguje s lidmi, kteří mají stejnou zkušenost. Ti ví, jak reagovat, ti ví, jaké to je, dokáží pochopit, dokáží třeba poradit nebo nasměrovat.“ (Monika)

„Ne. Ve svém okolí nevím o nikom, kdo by zažil stejnou situaci.“ (Johana)

Shrnutí a závěry kapitoly

Ženy sdílejí svou zkušenost různým způsobem a z rozdílných důvodů. Pro některé ženy bylo motivem společné truchlení, díky kterému se ve své situaci necítily tolik osamělé. Některé ženy potřebovaly svou zkušenost sdílet s ženou, která zažila podobnou situaci, protože od ní se jim dostalo největšího pochopení.

Jak se ukazuje i v jiných kapitolách, mnoho žen zmínilo, že v době potratu a po něm potřebovalo více informací o frekvenci spontánních potratů ve společnosti. Zároveň si přály, aby znaly někoho v podobné situaci a věděly, že nejsou jediné, komu se něco takového stalo a že nejsou „nenormální“. Je možné, že tato potřeba byla pro ženy motivací ke sdílení svého zážitku, ke kterému někdy docházelo až s odstupem.

Jiným ženám pomáhalo projevit své pocity a sdílet svůj strach z budoucnosti. Sdílení může mít také funkci přípravy na nejhorší možné. Sdílení svých nejčernějších scénářů může snížit obavy, které ztrátu dítěte doprovázejí.

Snaha „prolomit tabu“ se objevuje v mnoha výpovědích. Svým sdílením chtěly ženy pomoct těm, které si touto situací v budoucnu projdou, aby nezažívaly tíživé pocity samoty, jaké znají ze své situace. Objevuje se snaha podpořit jiné ženy i ke sdílení těchto zážitků, aby společnost byla obeznámenější s frekvencí výskytu samovolných potratů. Ženy považují za potřebné, aby se téma spontánních potratů ve společnosti otevřelo a více se o něm mluvilo. Hypotézu žen, že je téma ve společnosti tabu, potvrzují i výpovědi, ve kterých ženy zmiňují, že jakmile někomu o své zkušenosti řekly, zjistily, kolik dalších žen v jejich okolí se s podobným problém potýkalo, ale do té doby o něm nemluvilo.

Petra popisovala, jak se rozhodla svůj zážitek dále nesdílet kvůli reakcím z okolí, které zažila. Nepříjemné jí byly nevyžádané rady o tom, že „příště se to nestane“ bagatelizující její ztrátu. To koresponduje se zjištěním z kapitoly o potřebách v komunikaci, kde ženy popisují, jaký přístup pro ně byl spíš zraňující než nápomocný.

2.4.4 Potřeby žen procházejících raným potratem

Z předchozích témat i z celkových výpovědí vyplývají potřeby žen v situaci samovolného potratu, které jsou popsány v následující kapitole.

Každá z žen má své individuální potřeby, které ale mají mnoho společného s potřebami ostatních žen a v mnohém se prolínají. Kapitola zahrnuje ženami zmíněné potřeby v době, kdy prvně zjistily, že potrácejí, i potřeby, které vnímaly při medicínském zákroku v nemocnici nebo na konzultaci u lékaře. Jsou zde zahrnuty také potřeby žen v období, kdy se se svou ztrátou vyrovnávaly. Zjištěné potřeby spadají do šesti obecnějších kategorií. Tematicky se některé z nich prolínají a určité potřeby zařazené do jedné kategorie mohou částečně spadat i do ostatních.

Soucitná přítomnost

V kategorii nazvané „Soucitná přítomnost“ jsou zahrnuty **potřeby emoční blízkosti**. Některé ženy zmiňovaly, že v době, kdy potratily, potřebovaly hlavně **empatii a prostou přítomnost** druhého. Důležitý pro ně byl soucit a empatické povzbuzení, stejně jako **objetí, možnost plakat a projevit svůj žal**. Zároveň pro ně byla důležitá i pozornost věnovaná zkušenosti, kterou zažívají.

V této kategorii se objevil požadavek po **citlivém a lidském přístupu** od blízkých osob. Většina žen zmínila jako důležitou hlavně podporu ze strany partnera.

> *„Pohoupat, obejmout, utěšit od partnera“* (Ivana)

> *„Potřebovala jsem hlavně podporu od manžela a tu jsem měla. Nic mi nevyčítal, nechtěl to nějak „vyřešit“, když jsem potřebovala obejmout a vybrečet se, tak tu pro mě byl.“* (Gita)

Některé z žen by ocenily **průvodkyni**, která by jim celou situací pomohla projít a zařídila by potřebné provozní věci.

> *„Průvodkyni, ženu, která by měla podobný příběh za sebou a dala tomu traumatu pozornost a podpořila mne, podala mi kapesník, držela za ruku, vyřídila provozní věci s personálem, vysvětlila manželovi, jak se ke mně chovat…“ (Olga)*

> *„Kontakt na porodní asistentku, které bych mohla zavolat a zeptat se, zda je průběh potratu v pořádku.“ (Bernadeta)*

Adekvátní reakce

Kategorie „Adekvátní reakce“ konkretizuje formu komunikace, kterou by ženy v situaci samovolného potratu potřebovaly. Jako pozitivní vnímají především **reakce zahrnující empatii k jejich prožívání, pochopení a vysvětlení situace od zdravotníků**, což koresponduje s potřebami v kategorii Soucitná přítomnost a s rozborem pozitivních a negativních reakcí v jedné z předchozích kapitol.

„Pokud má někdo tendenci to řešit, ptát se, tak stačí jenom poslouchat, nehodnotit to, nekomentovat, že se to tak mělo asi stát, že jsou na tom lidi hůř apod. Tím to prožívání hodně snižují a zatracují. Jen třeba říct, že jsou tady pro nás, můžeme se na ně s čímkoli obrátit, přiznat, že neví, jaké to je nebo co přesně říct a že budou raději poslouchat, když my budeme chtít mluvit.“ (Monika)

„Žádné nevyžádané rady typu: Je to tak lepší a budete mít další dítě. Víc podpory jako např. to mě mrzí, jak se cítíš, chceš o tom mluvit, můžu ti nějak pomoct?“ (Bernadeta).

„Podporu svého blízkého okolí. Stačilo by jen obejmutí. Slova někdy mohou škodit, i když si to okolí neuvědomuje.“ (Johana)

Důstojný přístup

V kategorii nazvané „Důstojný přístup“ se objevují potřeby **individuálního přístupu, laskavá a empatická komunikace při zákroku a v nemocničním prostředí**. Dále pak **soukromí a možnost projevit své autentické pocity**. Lidský přístup pro ženy znamená i důstojné podmínky při hospitalizaci. V reakcích zdravotníků by ženy ocenily větší **vysvětlení problematiky** pro ně srozumitelnou řečí a empatický přístup zohledňující jejich emoce.

„… je to zřejmě profesní deformace, že se mnou jako s pacientkou mluví jako s kolegou. V té chvíli jsem nepotřebovala slyšet, vaše děloha zůstala nepoškozená, zbytky plodu jsme dočistili, spíš by to mohli podat, je po všem …. Máte to za sebou, a bude lépe, uvidíte.“ (Ivana)

„Opravdu lidského lékaře, alespoň trošku důstojné podmínky si potrat prožít, možnost mít u sebe partnera. ….“ (Monika)

„Myslím, že v takových situacích by měli být více lidští. Během vyšetření používali odborné výrazy, naprosto bez nějakých výrazů ve tváři, jako kdyby to dělali 24 hodin denně.“ (Petra)

„Lidský přístup od personálu v nemocnici“ (Ivana)

„A taky aby mi první kyretáž nepokazili- po 6ti týdnech po kyretáži mě stále bolelo břicho, na kontrole mi řekli, že tam „trochu zůstalo a musí i zbytek ven“. Opravdu moc hezky řečeno ! :-/ To chce každá slyšet, že část jejího mrtvého dítěte zůstalo uvnitř!“ (Cecílie)

Důležité pro ně byly i **praktické záležitosti** jako rychlý transport do nemocnice, při kterém by měly soukromí. Olga popisovala, jaké prožívala chvíle samoty, zranění a bezmoci při cestě tramvají přes celé město do nemocnice a zároveň zažívala velký stres, že doma vyrobená vložka propustí silné krvácení. Konkrétní potřebu pak formuluje takto:

„Sanitku, která by mne na Bulovku dovezla.“ (Olga)

Prostor

Popisované potřeby zahrnují prostor a čas pro vyrovnání se s prožitou ztrátou, tedy především **místo pro smutek a čas pro smíření se se situací**. Ženy by chtěly dostat prostor pro truchlení podle toho, jak svou ztrátu prožívají. Některé ženy zmiňují, že by potřebovaly nabídku pomoci a podporu, kam patří i **prostor mluvit** o své zkušenosti a hledání odpovědí na otázky.

„Víc o tom mluvit s okolím.“ (Petra)

„Povídat si o tom s manželem a společně přijít na odpovědi, proč se to stalo. A postupně se se situací smířit. To mi však bylo umožněno.“ (Karolína)

Ocenily by také pozornost věnovanou jejich zážitku a **možnost rozloučení se ztraceným dítětem**. Některé ženy by si přály být chvíli o samotě. Jiné by naopak potřebovaly sdílet svůj zážitek s někým, kdo jim porozumí. Do kategorii jsou zařazeny i **potřeby upravující „fyzické“ podmínky** při zákroku v nemocnici, jako je například možnost odděleného pokoje od matek, které jsou těhotné nebo mají u sebe novorozené děti. Případně mít svůj vlastní pokoj, ve kterém se mohou vyplakat a zpracovat prvotní šok o samotě.

„Nevidět kolem sebe těhulky s bříšky nebo maminky s miminky.“ (Nina)

„Možnost nechat dítě odejít samovolně bez lékařského zákroku, v bezpečí domova. Mít možnost tělíčko vidět, pobýt s ním, poplakat si v jeho přítomnosti, dát mysli čas, aby strávila, co se stalo. … Možnost se s děťátkem rozloučit. Nechat se provést fází truchlení a uspořádat obřad, u kterého by byl i manžel a obě naše rodiny.“ (Olga)

Ženy zmiňují i **potřeby ohledně prostoru týkající se doby po spontánním potratu**. Například možnost být sama doma nebo v přírodě a nevídat se s cizími lidmi.

„Samotu, klid pro sebe, čas na zpracování.“ (Petra)

„Klid, pochopení, minimum vlezlých či netaktních otázek, žádné děti, kočárky, těhotné matky…“ (Monika)

„Být sama a nějak se s tím v tu chvíli vyrovnat.“ (Johana)

„Být sama v klidu někde mimo velké město.“ (Františka)

Informace

Kategorie „Informace“ obsahuje potřeby po **podrobnějším objasnění** tématu spontánních potratů a **věcné informace o možnostech dalšího postupu**. Některé ženy nevěděly, že mají možnost nechat odejít plod spontánně, nebo podstoupit kyretáž dělohy. Ocenily by, kdyby jim byla nabídnuta možnost výběru. Potřebovaly by také slyšet, že nejsou jediné, kdo potrat zažily. Pomohlo by jim **vědět, že existují i jiné ženy v podobné situaci** a se stejným příběhem. Zjistit, že se to děje bez ohledu na určité vnější příčiny nebo zdravotní stav matky a neznamená to, že se situace musí opakovat. Některé z žen by potřebovaly **získat kontakty na odbornou pomoc**, která by jim pomohla zkušeností projít.

„Vědět, že se to stává. Ne kolika procentům, ale že se to stává „všem“ bez ohledu na stáří, fyzickou kondici, a tak dále. Samozřejmě nechci, aby se to stalo nějaký kamarádce, ale kdybych o nějaký věděla, mohla by mi pomoct. (Opačně se to před pár měsíci stalo. Potratem si prošla kamarádka a díky tomu, že to věděla o mně, věděla, že se na mě může obrátit…a věděla, že na to není úplně sama..)“ (Hedvika)

„Zpětně bych asi nejvíce potřebovala někoho (odbornou pomoc), kdo by mi pomohl zbavit se strachu z dalšího těhotenství a úzkostí.“ (Františka)

„Vědět, že se to děje tak moc často a v podstatě „bezdůvodně“, že to není otázka, nějaké výlučnosti, výjimečnosti, ale že je to naopak v podstatě téměř stejně tak časté jako úspěšné těhotenství…že to není žádná katastrofa, že to neznamená, že je se mnou, mým tělem či psychikou, něco špatně, že se to ani příště nepovede, zkrátka takové to, co asi pomáhá obecně při všech situacích, které kladou nároky na to je nějak zpracovat a jsou emocionálně velmi vypjaté – vědět, že v tom člověk není sám.“ (Anna)

„…tak to, že by se o tom více mluvilo, by mi pomohlo i třeba z hlediska informovanosti partnera… když jsme potom o první a pak i druhé dítě přišli, i partner se na to najednou díval úplně jinak, viděl, že to není tak, že se jednoho dne rozhodně mít dítě a za 9 měsíců se narodí.“ (Anna)

„…a aby to bylo větší téma ve společnosti, větší informovanost. I proto, aby si lidé neškatulkovali bezdětné ženy 30+ jako kariéristky, necitlivé, nevyzrálé, sobecké a já nevím co všechno. Aby si třeba uvědomili, že za jejich příběhem může být například i takový spontánní potrat. Protože to samozřejmě není něco, co chcete každému vykládat na potkání poté, co vás obdaří moudrem na téma vašeho věku a absence dětí. Zároveň ale po potratu máte sto chutí jim to doslova zakřičet do obličeje. Věřím, že by si pak někteří lidé takové poznámky odpustili.“ (Anna)

„Tím, že jsem o této své zkušenosti poprvé moc lidem neřekla, prošla jsem si tím zjištěním, zákrokem, následným „šestinedělím“ a pak dlouhými měsíci v podstatě až do doby, kdy se dítě mělo narodit, relativně sama. A bylo to velmi těžké a tehdy mi došlo, jaké tabu to téma je a jak je to špatně, protože jakákoliv informace či pocit, že v tom nejsem sama, byly přitom tolik nápomocné.“ (Anna)

Rozptýlení

Kategorie „Rozptýlení“ zahrnuje různé potřeby, prostřednictvím kterých mohou ženy odvést svou pozornost od zkušenosti potratu. Některé ženy zmiňují, že potřebovaly hlavně **zaměstnat hlavu, rozptýlit se** a nezabývat se myšlenkami o ztrátě, kterou prožily.

„…v té chvíli jsem neměla nějaké zvláštní požadavky na cokoliv. Potřebovala jsem „zaměstnat hlavu“.“ (Laura).

„Zaměstnat se, nemyslet na to, cvičit (samozřejmě, když dovolí zdravotní stav) a podporu manžela.“ (Eva)

Shrnutí a závěry kapitoly

Hlavní potřeba prostupující všemi zmíněnými kategoriemi je požadavek na porozumění tomu, co samy ženy prožívají. Empatický přístup v komunikaci zdravotníků i v reakcích okolí se jeví jako zvláště důležitý. Jako podpůrná se jeví prostá přítomnost a naslouchání, spíše než snaha „utěšit“ a za každou cenu na situaci najít něco pozitivního. Nápomocné většinou nejsou rady do budoucna či zlehčování situace jako jsou reakce odkazující k osudovosti situace a trivializující význam ztráty. Takové reakce mohou vyvíjet tlak na ženy, aby se se svou ztrátou rychle vyrovnaly. Ženy pak mohou považovat své emoce za neadekvátní situaci a snaží se je potlačovat. Nedovolí si vyjádřit své pocity a dostatečně prožít své emoce, přestože to samy považují v takové situaci za důležité a podpůrné.

Ženy potřebují, aby bylo porozuměno, jakým způsobem svou zkušenost prožívají, a byl jim poskytnut prostor pro takové autentické prožívání. Takový prostor nemusí být pouze fyzický jako například soukromý pokoj, ale i psychický – tedy možnost vyjádřit všechny emoce bez tlaku na jejich skrývání.

V situaci spontánního potratu by ženy ocenily také více informací. Vysvětlení, co se s nimi děje a co mohou dále očekávat. Pokud by například ženy věděly o tom, že sporadické spontánní potraty jsou častější než habituální (opakované), mohlo by to snížit jejich obavy z dalších potratů. Necítily by se také ve své situaci tolik osamocené a „nenormální“. Věděly by, že existuje spousta žen, které spontánně potratily a zároveň později byly schopné donosit zdravé dítě. Vyšší informovanost by mohla snížit strach z toho, že s nimi není něco v pořádku a pocity selhání, které jsou popisovány v předchozích kapitolách. Informace by zároveň mohly dodat význam jejich ztrátě, ujistit ženy o tom, že jejich prožitky jsou přirozené, jejich situace tíživá a že mají nárok na podporu. Užitečné by byly také informace o podpůrných službách, které mohou využít.

V přístupu zdravotníků ženy potřebují hlavně dostatečné osvětlení problematiky srozumitelnou řečí bez množství odborných výrazů a zároveň i emoční podporu. Zdravotníci se k ženám často přistupují pod vlivem četnosti takových zákroků, které denně provádějí. Je možné, že se domnívají, že jsou ženy dostatečně informované, případně kvůli přetížení nemají dostatek prostoru pro adekvátní podání informací. Pokud ale ženy dostatečně informované nejsou, mohou takové jednání vnímat jako necitlivé a trivializující význam jejich ztráty.

2.4.5 Podpůrné faktory zvládání spontánního potratu

V kapitole jsou shrnuty faktory vyskytující se napříč výpověďmi informantek, které jim pomáhaly v období, kdy se se svou ztrátou vyrovnávaly. Kapitola se soustředí na vše, co bylo pro ženy přínosné a nějakým způsobem pomohlo k tomu, aby svou ztrátu přijaly a zpracovaly. V kapitole se zároveň objevují i různé faktory diskutované v kapitolách předchozích. Hlavní nalezené podpůrné vlivy spadají do sedmi kategorií (Autentické prožívání a rozloučení, Lidé a sdílení, Informovanost, Činnost, Čas, Vyšší moc a nalezený smysl, Mateřství a péče o dítě).

Autentické prožívání a rozloučení

Jako jeden z hlavních faktorů pomáhajících při vyrovnávání se s vlastní ztrátou je **možnost autentického prožívání celé události**. Ženám pomáhá, když mohou vyjádřit své upřímné pocity a zároveň pro ně naleznou pochopení. Hlavním podpůrným faktorem je zde určitá **svoboda vnímání své ztráty**, tedy možnost pojímat svou ztrátu takovým způsobem, jakým zrovna potřebují, což zahrnuje **dostatek prostoru i času pro své pocity**. Podporujícím přístup je především **empatické vyslechnutí a soucitná přítomnost**, které ženám umožňují svobodně prožít svou zkušenost. Tento faktor prostupuje řadu témat a objevuje se v potřebách žen i v požadovaném přístupu a komunikaci. Ukazuje se, že ženy, které měly dostatek prostoru pro vyjádření svých potřeb, si dovolily truchlit pro své dítě, což považují za důležitý faktor přispívající k přijetí ztráty.

Součástí procesu truchlení a projevení zármutku je i loučení se s tím, co je ztraceno. Některé ženy se domnívají, že by jim pomohla **možnost rozloučit se se svým dítětem**. Udělat určitý rituál, jakým je pohřeb, a zároveň mít místo, kam se ke svému nenarozenému dítěti mohou vracet a vzpomínat. Podpůrným faktorem zde může být **dodání významu ztráty**, možnost na určitém místě rozmlouvat s dítětem, uctívat jeho památku a zpřítomnit dítě ve vzpomínkách. Ztráta se pak možná nestává úplně definitivní.

> *„Mít možnost tělíčko vidět, pobýt s ním, poplakat si v jeho přítomnosti, dát mysli čas, aby strávila, co se stalo. … Obrovská síla je v rituálech. Občas mne straší obrazy, co se stalo se zbytky tělíček. Mnohem léčivější by pro mne byla skutečnost, že někde v lese, u konkrétního stromu, je tělíčko uloženo a odevzdáno zpět do země.“* (Olga)

> *„Byla pro mě hrozná představa, že s krvácením odejde i plod a skončí v kanalizaci.“* (Františka)

„To je věc, která mne moc mrzí, že jsem ho ani nepohřbila …, ale lepší by bylo zakopat (pro mojí psychiku), ale já ho zcela iracionálně prostě spláchla. Snad mi to odpustí.“ (Rebeka)

Lidé a sdílení

V kapitole se objevují podpůrné **faktory zahrnující podporu druhých lidí** a **možnost sdílet** s nimi svůj zážitek. Jako velice podpůrné se jeví **sdílení spolu s partnerem**, které ženám pomáhá necítit se ve své situaci osaměle. Mnoha ženám pomohla rodina nebo blízcí lidé, kteří jim dokázali poskytnout **pochopení** a vyslechnout je. Pro zvládnutí situace některé ženy vyhledávaly **sdílení s ženami, které zažily podobnou situaci**, u kterých právě dokázaly nalézt plné pochopení pro vše, co cítí. Některým ženám pomohlo **čtení internetových diskuzí** či otevřené mluvení o své situaci. Pro někoho byly podpůrné i různé **odbornější formy pomoci** jako např. terapie, alternativní techniky či rituály provázející ztrátou dítěte. Podpůrným faktorem, prostupujícím všechny zmíněné formy sdílení, je především **zmenšení pocitu osamělosti** v celé situaci.

„Pomohly mi různé alternativní techniky – konstelace, One Brain, regrese, šamanské rituály, a mé rozhodnutí o tom otevřeně mluvit. … V konstelacích se pracuje s pojmem „nenarozené dítě“. To pro mne bylo klíčovým léčivým vyjádřením toho, jak to je.“ (Olga)

„Párkrát jsem navštívila terapeutku, se kterou jsem si srovnala ty hlavní myšlenky a i díky ní došlo k přijetí celé události.“ (Monika)

Informovanost

Jedním z významných vlivů, přispívajícím k vyrovnávání se ztrátou, je **rozšiřování znalostí a povědomí** ohledně tématu spontánních potratů a možnostech směřujících do budoucna. Ženám pomáhají především **informace o četnosti podobných případů, o možnostech dalšího postupu** i o jiných ženách s podobnou zkušeností. Informace pomáhají k tomu, aby si ženy dovolily truchlit, věděly, že jiné ženy zažívají to samé, a nebály se projevit emoce a prožít svou ztrátu autenticky.

Jedné skupině žen pomáhaly **internetové diskuze**, kde se sdílejí příběhy s podobným tématem a které tedy také rozšiřují povědomí o četnosti potratů. Příběhy o ženách, které zažily spontánní potrat a byly schopny později donosit a porodit zdravé dítě, byly pro některé ženy zdrojem podpory a nadějí do budoucna. Podpůrným faktor je zde určitá **normalizace vlastního prožívání** i celé události a **získání naděje**. Informovanost vede i ke **snížení pocitů**

viny a odpovědnosti za potrat, což jsou tíživé pocity, které mohou komplikovat proces vyrovnávání se se ztrátou.

> *„Pro vyrovnání se s tím určitě nějaké rozhovory s kamarádkami a jak už jsem zmiňovala několikrát, informace.“* (Anna)

> *„…četla jsem si příběhy žen, kterým se stalo něco podobného.“* (Karolína)

> *„Pomáhalo mi číst si příběhy na netu, zjišťovat, že holky normálně otěhotní a porodí, věřila jsem tomu.“* (Laura)

> *„Ač nijak neholduji internetovým diskusím, tak mi se ztrátou pomohly vyrovnat. Nijak jsem se jich neúčastnila a nikdy jsem do nich nepřispěla, ale to, že jsem četla o tom, že má někdo podobnou zkušenost, možná i daleko horší, mi pomohlo v tom, že nejsem na světě sama, komu se něco takového stalo. Pomohlo mi to v tom nelitovat se a jít dál.“* (Gita)

> *„Současně všechno, co jsem mezitím o potratech zjistila, načetla, slyšela od lékařů, včetně pak i všeho dalšího, čím jsem prošla před posledním otěhotněním, všechna možná vyšetření, medikamenty, které jsem užívala, aby se zabránilo případnému dalšímu potratu, každá další informace hrála velkou roli v tom, že jsem té události tak nějak porozuměla, přiblížila se jí, dokázala jsem ji pochopit a nějak uchopit a dnes už to nevnímám tak bolestně, dávám tomu i nějaký důvod, dnes si mateřství více vážím a když už jsem třeba hodně unavená, tak si řeknu, že musím být vděčná za to, co mám a že to není nic proti tomu, čím jsem si musela tehdy projít.“ (Anna)*

> *„Určitě bych byla ráda, kdyby se o tom celkově více mluvilo, bylo to veřejné, aby se o takových věcech dozvídala i mladší děvčata, kterých by se to v budoucnu mohla týkat. Byla by více připravená, měla by informace a dokázala by s tím vším lépe pracovat. Zároveň by to bylo fajn pro ženy, které se v tom stále cítí samy, dávají si to za vinu, myslí si, že jen ony selhaly. Vnímám, že chybí péče pro takové ženy po takovém zážitku, není vlastně oficiálně žádná jednoduše dohledatelná, standardně nabízená. Každá žena musí pátrat, ptát se, zkoušet, co jí sedne a co ne. …“ (Monika)*

Činnost

Zaměstnání se jako faktor zvládání ztráty zahrnuje formy činnosti, které přispěly k lepšímu srovnání se situací. Jako nápomocné se ukázalo chození do práce či **rozptýlení nějakou jinou aktivitou**, jako například plánovaní rekonstrukce bytu nebo cestování. Některým ženám pomáhaly sportovní aktivity či pobyt v přírodě. Podpůrným faktorem

prostupujícím všechny aktivity by mohlo být určité **zbavení se zahlcujících a tíživých myšlenek,** což je faktor, který pomáhá i v případě sdílení zkušenosti.

> *„Procházky a práce. Byla doba, kdy jsem chtěla využít služby psychologa. Ale nakonec jsem to s pomocí kamarádů a bylinek zvládla sama.“* (Johana)

> *„Procházky v přírodě, plavání, setkávání s kamarády, informace, jak se chovat ke svému tělu a jak srovnat psychiku.“* (Ivana)

> *„Nejvíce mi v té době pomohl návrat do zaměstnání, kde jsem se snažila pracovat hodně, abych neměla čas na situaci myslet.“* (Petra)

> *„Zaměstnala jsem si hlavu plánováním dovolené (kde vznikl prvorozený syn) a rekonstrukcí bytu – při dokončování rekonstrukce jsem byla už ve 2. měsíci.“* (Laura)

> *„Ano, vnímala jsem to jako smrt dítěte. Moc nebyl čas na prožití této ztráty a možná, že je to tak dobře. I doktor v nemocnici mi říkal, ať do toho Mexika letím, že přijdu na jiné myšlenky a tak se i stalo.“* (Daniela)

Čas

Pro některé ženy byl léčivý především čas. V dostatečném časovém odstupu od události získaly ženy **nadhled** a dokázaly situaci jinak vnímat, případně v ní spatřit smysl. O smyslu pak více pojednává následující kapitola.

> *„Čas to opravdu řeší trošku za nás, vždycky se každá bolestivá zkušenost nebo zážitek postupně časem zeslabuje, stejně tak je to i v tomto případě. Už se na to dokážu dívat jinak, dokážu to pochopit a vzít to jako součást mého života, která tam asi patřit měla a má.“* (Monika)

> *„Vše léčí čas. Nevyléčí to úplně nikdy, ale péče o další děti zaměstná tak, že není třeba žádné podpůrné služby. Stačí fungující rodina a zázemí.“* (Nina)

Vyšší moc a nalezený smysl

Do kategorie jsou zařazeny podpůrné vlivy související s vyšší mocí, kterou člověk nemůže kontrolovat, jako je **víra, osud či příroda**. Pokud ženy věří, že odpovědnost za potrat má určitá transcendentní instance, síla, která přesahuje člověka, necítí se pravděpodobně samy za potrat odpovědné. **Snížení pocitů odpovědnosti** ženy nalezly i skrze sdílení, jak bylo zmíněno v předchozích kapitolách.

Některým ženám tato víra pomáhala **nalézt ve své zkušenosti smysl** nebo důvod, proč k ní došlo. Nápomocné bylo i přesvědčení, že by dítě stejně nebylo zdravé, pokud by k potratu nedošlo. Některým ženám k vyrovnání pomohlo, když nalezly něco, co jim zkušenost přinesla. Věřícím ženám mohlo pomáhat vědomí, že celou situaci odevzdaly Bohu, a věřily, že později v ní najdou určitý smysl. Hlavním podpůrným faktorem je zde **nalezení smyslu a předání odpovědnosti za potrat**.

„*Často jsem si opakovala a byla vděčná svému tělu, že těhotenství ukončilo samo, protože dítě by pravděpodobně nebylo zdravé. Také semé tělo vzpamatovalo vcelku rychle a po měsíci od potratu jsem dostala menstruaci.*“ (Karolína)

„*Prošla jsem mnoha fázemi práce se sebou a v současné době se cítím částečně s mým osudem smířená. Když o tom mluvím, již mne to netrhá na kusy. A někdy to zvládnu i bez slz. Přecházím do fáze vděčnosti za vše, co jsem si díky těmto ztrátám uvědomila, objevila a k čemu došla. Doma mám čtyři svícny a andílky, u kterých často zapaluji svíčky. Jak říkala jedn z mých terapeutek: „Každý z nás má svého anděla v nebi.*“ (Olga)

„*Cítím se krásně, žádné výčitky, pláč, smutek….jen přijetí. Protože ti mí 3 andílci nahoře tohle čtou, a i když je u sebe nemám fyzicky, vědí, že dole je žena, kterou touto zkušeností udělaly silnější. … Opakované zkušenosti se ztrátou miminka mi ukázaly, že i bez dětí dokážu žít plnohodnotný život, který může být pěkný. Skrz tyto zkušenost jsem se o sobě hodně dozvěděla.*“ (Ivana)

„*I když je potrat velmi smutnou záležitostí, snažím se si z této něco vzít. Například, že vše má svůj důvod a těhotenství je opravdu darem.*“ (Karolína)

„*Možná to bude znít sobecky, ale tato událost dala mně a mému manželovi čas, kdy jsem se mohli dál sami navzájem poznávat, než přišlo tedy první miminko. Takže zcela upřímně – miminko, o které jsme přišli, nás spojilo na celý život, ale odešlo, abychom my mohli fungovat a utříbit si náš vztah.*“ (Cecílie)

„*Jsem nad věcí. Srovnala jsem se s tím, vím, že jsou ta dvě miminka někde u Boha a potkám se s nimi ☺...*“ *(Cecílie)*

„*Bůh nás obdaroval dítětem, ale také si ho hned vzal. Možná , to měla být pro nás nějaká zkouška? … Je to součást našeho života a jak bychom chtěli moc, často nemáme šanci to změnit. Já to tak beru. Bůh ví co je pro mě nejlepší a také asi proto se to stalo.*“ (Daniela)

„*Všechny ztráty jsem přijmula. Život to asi tak chtěl, ale určitá míra smutku tady je.*“ *(Johana)*

Mateřství a péče o dítě

Některým ženám po potratu k vyrovnání se se ztrátou pomáhá další těhotenství, **následné mateřství či péče o děti**. Jedné z žen (Evě) pomáhala práce, při které pracuje s dětmi. Podpůrný faktor v této kategorii se zdá především **naplnění potřeby péče o dítě/děti a potřeby stát se matkou.**

„Pomohlo mi to, že jsem otěhotněla pár měsíců po zkušenosti s potratem a porodila zdravé dítě.“ (Bernadeta)

„jen čas a narození dcery.“ (Hedvika)

„Momentálně mám pocit, že ty mé dvě krásné děti bolestné předchozí ztráty ne snad smazaly, ale minimálně tak nějak ty díry zahladily a vyplnily.“ (Anna)

Shrnutí a závěry kapitoly

Ženy ve svých výpovědích často zmiňují více z výše zmíněných podpůrných faktorů dohromady. Jako léčivá se jeví možnost vyjádřit své autentické pocity a prožít si svou ztrátu způsobem, jakým ženy potřebují. Možnost truchlit pro své dítě a rozloučit se s ním pravděpodobně pomáhá k přijetí ztráty těm ženám, které vnímají svou ztrátu jako smrt dítěte. Ženy našly pochopení a možnost vyjádřit své autentické pocity u svého partnera, u svých kamarádů, u žen s podobnou zkušeností nebo v terapii. Naprostá většina žen vnímá jako velice zásadní podporu partnera, který s nimi sdílel jejich ztrátu nebo jim byl na blízku. Vyplnil jejich potřeby fyzické blízkosti i sdílení, společně mluvili o možných příčinách a ujišťovali se, že existuje i nějaká naděje do budoucna. Potřeba po autentickém prožívání pak určuje, které reakce a přístup okolí ženy vnímají jako pozitivní a které naopak jako negativní, jak se ukazuje v kapitole pojednávající o přístupu okolí. Většina žen nevyužívala žádné podpůrné služby ani jinou odbornější pomoc. Pouze pár žen využilo služeb terapeutky nebo různých terapeutických a podpůrných metod.

Pro většinu žen byla důležitá podpora od nejbližších kamarádek nebo žen, které podobnou ztrátou také prošly. Cítí, že hlavně ony mohou pochopit tíhu a hloubku jejich ztráty a směs emocí, kterou pociťují. Je možné, že právě u těchto žen cítí uznání své ztráty jako plnohodnotné a mohou si dovolit opravdu projevit, co cítí. Dostanou pochopení pro své autentické prožívání. Ženy potřebují sdílet svou ztrátu s někým, kdo bude mít prostor a pochopení pro jejich zármutek i obavy z budoucnosti. Proto některé ženy vyhledávají i podpůrné skupiny na sociálních sítích. Pomáhají jim příběhy žen s podobnou zkušeností,

ve kterých mohou najít validaci svých pocitů, a zjistit, že jejich prožívání je normální reakcí na prožitou ztrátu. Zároveň mohou získat naději, že existuje šance, že porodí zdravé dítě. Tato zkušenost koresponduje s poznatky z kapitoly o potřebách, kde ženy uvádějí potřebu normalizace své zkušenosti.

Pro některé ženy jsou důležité jiné činnosti než sdílení. Mnohé z nich potřebovaly být naopak nejprve samy a mít čas a prostor svůj zážitek vstřebat. Jiné ženy vyhledávaly procházky v přírodě nebo sportovní aktivity. Některým nejvíce pomáhalo se zaměstnat nějakou aktivitou, která rozptýlila jejich myšlenky o potratu. Pomáhalo jim vrátit se brzy do práce nebo plánovat výlety či rekonstrukce bytu apod. Cítily potřebu myslet i na něco jiného, což odpovídá potřebě po rozptýlení uvedené v kapitole pojednávající o potřebách. V takové chvíli ženám pravděpodobně pomáhá vědomí, že ztráta není jediná realita jejich života. Jiná aktivita pro ně mohla být připomenutím předchozího života a ujištěním, že dokáží zvládat život i přes smutek, který cítí.

Jedním z hlavních podpůrných faktorů, který uvedla většina žen, je získávání informací a rozšiřování znalostí ohledně spontánních potratů. Ženám pomáhaly informace především kvůli normalizaci jejich prožívání. Díky informacím mohou ženy získat naděje, že je pravděpodobné, že se stanou matkami. Může dojít k odstranění pocitů viny, méněcennosti a selhání, protože dojdou ke zjištění, že mnoho dalších žen prošlo stejnou zkušeností a mohou cítit větší podporu. Díky informacím pravděpodobně dochází i ke zmírnění úzkostí pojících se s budoucností a strachů z dalšího neúspěšného těhotenství, protože ženy zjistí, že mnoho žen po spontánním potratu porodilo zdravé dítě.

Mnohým ženám pomohlo další těhotenství a mateřství. Zde mohlo být podpůrným faktorem vědomí, že jsou schopny znovu brzy otěhotnět, případně donosit zdravé dítě, což mohlo zmírnit skličující strachy směřující do budoucna. Mohlo tedy dojít ke zmírnění katastrofických scénářů a úzkostí z budoucnosti ohledně nemožnosti mít děti, stejně jako v případě dostatečné informovanosti. Dalším podpůrným faktorem plynoucím z mateřství mohlo být rozptýlení myšlenek a úvah o tématu potratu péčí o dítě, která zabírá mnoho času a nezbývá tolik prostoru pro prožívání ztráty. Na podobném principu by mohla fungovat i terapeutická pomoc, ve které ženy mohou sdílet a zvědomovat své strachy z budoucna. Sdílení situace s terapeutem by mohlo přispět ke zpracování úzkostí a katastrofických scénářů směřujících do budoucnosti. Pokud ženy sdílí své myšlenky a úzkosti, nezahlcují tolik jejich přemýšlení a mohou být méně zaplavující a znepokojivé. Zároveň sdílení

s terapeutem i terapeutkou by mohlo přispět k pocitu, že v situaci nezůstaly samy, a k normalizaci vlastních pocitů a prožitků.

Některým ženám pomohlo, když nalezly určitý smysl ve své zkušenosti nebo objevily, co jim zkušenost přinesla. Podpůrných faktorem v této situaci také mohlo být, že se necítily za potrat odpovědné. Některé ženy navíc vnímaly ukončení těhotenství jako nutné, protože pravděpodobně by se ze zárodku nikdy nemohlo vyvinout zdravé dítě. Takové nahlížení se objevuje i v reakcích některých blízkých, avšak ukazuje se, že je pro ženy takový pohled často necitlivý a znehodnocuje jejich ztrátu. Jako nápomocné se ukázalo, pokud ženy měly možnost se s dítětem rozloučit nebo mít určité místo, kam na něj mohou jít vzpomínat. Ztráta se pak pravděpodobně nestala úplně definitivní. Na podobném principu funguje i víra, že nenarozené dítě je v nebi. Zdá se, že proces přijetí ztráty podporuje představa, že dítě má své místo ve světě a nebude zapomenuto.

2.5 Diskuze

Cílem celé práce a realizovaného výzkumu bylo porozumět zkušenostem žen se spontánním potratem v prvním trimestru těhotenství. Získaná data byla analyzována za pomoci kvalitativních metod. Na základě výsledků analýzy byla popsána osobní zkušenost těchto žen skrze pět vedlejších témat (prožívání potratu, ztráta a truchlení, přístup okolí, potřeby žen, sdílení) a jedno téma centrální (podpůrné faktory zvládání). V diskuzi jsou zodpovězeny stanovené výzkumné otázky a zjištěná fakta jsou srovnána s odbornou literaturou a výsledky dalších studií.

Jak ženy prožívají spontánní potrat v prvním trimestru těhotenství?

Všechna těhotenství v této studii byla chtěná a ženy se na své dítě těšily a připravovaly a postupně přijímaly novou roly matky. Spontánní potrat byl pro všechny z nich náhlou a nečekanou stresující událostí. V emočních symptomech přítomných v době potratu se objevuje **šok, neschopnost uvěřit, hluboký smutek, nejistota i vztek**. Některé ženy zažívaly pocity **ponížení, hluboký pocit ztráty či prázdnotu a strach**. Podobné symptomy uvádí například studie Bellhouse et al. (2018), která identifikovala jako hlavní symptomy stres, zármutek, pocity ztráty, osamělost a beznaděj. Emoční symptomy zahrnující smutek, šok, popření, beznaději a vztek popisují i mnohé další studie zabývající se prožíváním spontánního potratu u žen (Gerber-Epstein et al., 2008; van Rensburg et al., 2009; Adolfsson et al., 2004; Aydin et al., 2019; Emond et al., 2019). V českém prostředí došla ke stejným výsledkům Míková (2019), která zjistila, že emoční symptomy po spontánním potratu zahrnovaly šok, popření, smutek, pocity viny, stud, hněv, strach a pocity osamělosti.

Šok, smutek, popírání reality i vztek jsou zároveň emoce, které odpovídají prvním fázím procesu truchlení po ztrátě blízké osoby, které popisuje Verena Kast (2015) a Elisabeth Kübler-Ross (2005). Prožívání po spontánním potratu je tedy možné považovat za **situaci podobnou ztrátě blízké osoby**. Ve výzkumu bylo zjištěno, že mnohé ženy spontánní potrat prožívaly jako **smrt svého dítěte**. Nezáleží tedy tolik na fázi, ve které těhotenství skončí, ale na tom, jak ženy samy svou ztrátu vnímají a jaké další ztráty jim přináší.

Ukázalo se, že mnoho žen nerozumělo tomu, proč ke spontánnímu potratu došlo, a snažilo se hledat příčiny. U některých se **objevily pocity viny a odpovědnosti za potrat**.

Domnívaly se, že nějakým svým jednáním prenatální ztrátu způsobily. Pociťovaná odpovědnost za potrat a z ní plynoucí pocity viny bylo významné téma i v dalších studiích. Například Adolfsson et al. (2004) poukazuje na to, že mnoho žen po spontánním potratu přebírá za celou událost odpovědnost a vyčítají si činnosti i myšlenky, které podle nich mohly být příčinou potratu. Některé ženy se domnívaly, že je spontánní potrat výsledkem jejich ambivalence ohledně radosti z těhotenství (Adolfsson et al., 2004). **Stejné hledání příčin ve svým myšlenkách** se objevuje i v této studii. Některé ženy zvažovaly, zda mohlo potrat způsobit nějaké jejich aktivity jako např. dlouhé výlety na dovolené a cítily se za potrat odpovědné. Některé studie poukazují na to, že pocity viny mohou ztěžovat vyrovnávání se se ztrátou (Kersting & Wagner, 2012; Radford & Hughes, 2015).

Ukázalo se, že **ženy, které necítily odpovědnost** za potrat, byly informované o četnosti spontánních potratů. Zdá se, že informovanost o tématu snižuje pocity viny po události. Nikcevic et al. (1998) poukazuje na to, že pokud ženy znají příčiny spontánních potratů a ví, že nemohly nic udělat, aby ztrátu odvrátily, snižují se u nich pocity viny a odpovědnosti, což podporuje přijetí ztráty. Pocity viny jako emoční následky spontánních potratů se objevily i v dalších výzkumech (Simmons et al., 2006; Adolfsson et al., 2004; Emond et al., 2019).

Ženy často cítily **selhání a vnímaly se jako méněcenné**. Silný pocit méněcennosti se objevoval u žen, které nebyly příliš informovány o četnosti potratů a neznaly jiné ženy, kterým se stala podobná zkušenost. Gerber-Epstein et al. (2008) uvádí, že některé ženy cítily, že pokud se nestanou matkami, budou nekompletní ve své roli ženy. Pociťované selhání může snižovat sebehodnotu žen a narušovat jejich sebepojetí, na což poukazuje například Abboud & Liamputtong (2002).

Mnohé z žen vnímaly spontánní potrat jako hluboce zasahující ztrátu, která pro ně znamenala smrt jejich dítěte. **Ztráta pak měla několikanásobný rozměr**. Ženy neztratily jen své dítě, ale i roli matky, představy a sny spojené s budoucností a dítětem a někdy ztrácely i naději, že se v budoucnu stanou matkami. Gerber-Epstein et al. (2008) ve svém výzkumu popisuje různé podoby ztráty, se kterými se ženy po spontánním potratu musely vypořádat. Dochází ke zjištění, že spontánní potrat podrývá základní víru žen v jejich schopnost porodit dítě a stát se matkou. Adolfsson et al. (2004) uvádí, že ženy ztratily nejen své dítě, ale i svou roli matky a plány a sny s touto rolí spojené. Některé ženy cítily, že ztratily i část sebe sama, což se potvrdilo i u některých žen v tomto výzkumu.

Z výsledků realizovaného výzkumu je zřejmé, že je spontánní potrat pro ženy **hluboce zasahující událostí**, která má značný dopad. Charakteristiky krizové traumatické situace popisované Špatenkovou (2017) odpovídají i charakteristikám spontánního potratu. Jedná se o událost, která je náhlá, neočekávatelná, zraňující, člověk ji prožívá jako nebezpečnou a cítí nejistotu ohledně budoucnosti. Zároveň taková situace vyžaduje, aby se člověk přizpůsobil novým podmínkám (Špatenková, 2017). Wong et al. (2003) poukazuje na to, že se jedná o traumatickou událost i z hlediska fyzických symptomů jako je silná bolest, křeče a silné krvácení, ke kterým se přidává strach z možné hospitalizace a operačních zákroků.

Jakou mají tyto ženy potřebu truchlit a jaký prostor pro takové truchlení mají?

Ženy, které prožívaly spontánní potrat jako smrt svého dítěte, **potřebovaly pro své dítě truchlit**. Proces truchlení u nich zahrnoval znaky popisované jako typické symptomy truchlení a zármutku po ztrátě blízkého člověka (šok, popření, stres, strach, zármutek, bezmoc a hněv). Toto zjištění potvrzuje například Brier (2008), který zkoumal truchlení a zármutek po zkušenosti spontánního potratu. Podobnosti v procesu truchlení po spontánním potratu a po ztrátě blízké osoby objevily i další studie (Robinson, 2013; Zavotsky et al., 2013).

Truchlení po spontánním potratu může být obtížné a komplikované z mnoha důvodů: není viditelné dítě, pro které by bylo možné truchlit, ztráta je náhlá, neexistují vzpomínky a sdílené životní zkušenosti a společností je taková ztráta podhodnocována (Lee & Slade, 1995; Kersting & Wagner, 2012). Objevuje se určitá podobnost mezi uvedenými specifiky spontánního potratu jako ztráty, které jsou popsané v teoretické části práce, a determinantami komplikovaného truchlení, které uvádí Parkes & Prigerson (2010). Komplikované truchlení se pravděpodobněji rozvine, pokud je ztráta náhlá a nečekaná, neexistuje tělo, které by bylo možné pohřbít a není možnost se rozloučit. Komplikované truchlení se může rozvinout i po ztrátách, které nejsou společností příliš uznávané, kam se řadí i prenatální ztráty (Parkes & Prigerson, 2010).

Informantky v realizovaném výzkumu, které potřebovaly pro své dítě truchlit, **často pro truchlení nenašly prostor**. Cítily tlak společnosti, že jejich zármutek je nepatřičný. V potřebách těchto žen se objevovalo přání, aby jejich ztráta byla uznána jako plnohodnotná a aby k nim okolí přistupovalo s pochopením pro prožívání ztráty jako smrti svého dítěte.

Potřeba uznání ztráty jako plnohodnotné se objevovala u žen i v dalších studiích (Rowlands & Lee, 2010; Meaney et al., 2017; Bellhouse et al., 2018; Bellhouse et al., 2019). Některé ženy si přály se **se svým dítětem určitým způsobem rozloučit a pohřbít ho**. Touhu pohřbít své dítě a rozloučit se s ním uvedla menšina žen, nicméně tato potřeba se objevuje i v jiných studiích (Meaney et al., 2017; Bellhouse et al., 2019).

I menšina žen, která svou ztrátu vnímala jako **ztrátu plodu** spíše než smrt dítěte, prožívala hluboký smutek a šok v době, kdy zjistily, že potrácejí. Ztráta pro ně směřovala spíše do budoucnosti a **znamenala ztrátu role matky a těhotné ženy**. Zasela i pochybnosti o tom, zda budou moci znovu otěhotnět a mít děti, a zpochybnila naděje pojící se s mateřstvím. Nevnímaly potřebu truchlit, ale stejně jako ostatní ženy, potřebovaly, aby k nim okolí přistupovalo s empatií a pochopením pro jejich emoce a pro jejich pojetí ztráty. Se svými symptomy zármutku se vyrovnávaly spíše skrze rozptýlení, což je jedna z copingových strategií popisovaná i ve studii Séjourné et al. (2010).

Jaké jsou potřeby žen v době spontánního potratu a po něm?

Mezi významné potřeby související s emočními potřebami a přístupem okolí patří **empatické porozumění a adekvátní reakce** od partnera a blízkých. V ideálním přístupu si ženy představovaly **citlivost, soucit, prostor mluvit a věnovanou pozornost** jejich situaci. Bellhouse et al. (2018) zjistila, že jako pozitivní emoční podporu žen vnímají projevenou empatii a naslouchání. V přístupu oceňují uznání jejich pocitů a porozumění pro prožívaný zármutek a ztrátu. Potřeby související s empatickým pochopením a podporou zmiňují i další studie (Simmons et al., 2006; Aydin et al., 2019).

Ženy, které cítily, že potřebují truchlit, zároveň potřebovaly, aby okolí **uznalo jejich ztrátu jako plnohodnotnou** a porozumělo hloubce zármutku, který prožívají. Pokud neměly dostatečný prostor, negativně vnímaly, že se k nim okolí jako k truchlícím nechovalo. V přístupu okolí se objevovaly **bagatelizace ztráty nebo přecházení tématu mlčením**. Nedostalo se jim pochopení pro své prožitky. Podobná zjištění uvádí i studie Harvey et al. (2001), kde bylo zjištěno, že ženy zažily nedostatek pochopení pro své prožitky a setkaly se s reakcemi, které snižovaly a trivializovaly jejich ztrátu. Lidé v jejich okolí nebyli ochotní s nimi o ztrátě mluvit a ženy tak cítily, že nemají dostatek podpory od svého okolí.

Tabuizace tématu a bagatelizace ztráty byla pro některé ženy tohoto výzkumu důvodem k **potlačování svého prožívání**, své pocity popíraly nebo je projevovaly pouze o samotě. Negativní reakce okolí, které zahrnovaly převážně bagatelizaci ztráty, nedostatek pochopení, tlak na rychlé vyrovnávání se se ztrátou, obviňování z potratu či udílení rad, mnohdy **ovlivnily způsob, jakým ženy svůj zážitek sdílely s okolím**. Pro některé ženy se staly negativní reakce natolik nepříjemnými, že se rozhodly své budoucí těhotenství tajit. Silnou potřebu po uznání ztráty jako plnohodnotné a přístupu, který nebude ztrátu bagatelizovat ukazují i další studie (Adolfsson et al., 2004; Meaney et al., 2017; Bellhouse et al., 2018).

V souvislosti s tabuizací a bagatelizací potratu se objevila **silná potřeba po získání informací** a zároveň rozšíření povědomí o spontánních potratech ve společnosti. Ženy vnímaly jako obzvláště potřebné, aby se o spontánních potratech více mluvilo a aby byla společnost obeznámena s jejich frekvencí, s fyzickými a psychickými symptomy, která tato zkušenost zahrnuje. Podobná zjištění zahrnující potřeby po zmenšení tabuizace spontánních potratů uvádí i další studie (Rowlands & Lee, 2010; Bellhouse et al., 2018).

Ženy potřebovaly dostat **informace o tom, jaké mohou být psychické i fyzické symptomy** spontánního potratu. V situaci, kdy tyto informace nejsou obecně známé, by ženy potřebovaly, aby jim byly poskytnuty zdravotníky při hospitalizaci v nemocnici. Potřeba po adekvátnějších informacích vysvětlujících možné následky a fakta ohledně samovolných potratů se objevuje i dalších studiích (Aydin et al., 2019; Emond et al., 2019). Ve studii Emond et al. (2019) byla zjištěna i potřeba získat psané informace, které by si ženy mohly přečíst až po návratu do domácího prostředí. Pouze pár žen uvedlo, že by potřebovaly **kontakty na odbornou pomoc**. Stejná potřeba se vyskytla ve studii Emond et al. (2019), ve které by pár z dotazovaných žen ocenilo kontakty na odborníky, kam se mohou obrátit pro poradenství ohledně psychického prožívání a zdraví.

V souvislosti s pocity viny a odpovědností za potrat se objevuje **potřeba znát možné příčiny potratu** nebo další **ženy, které si podobnou zkušeností prošly**. Informace by ženám pomohly ke zmírnění pocitů viny, které se vyskytovaly jako časté reakce na potrat a které jsou zároveň komplikací procesu truchlení. Snížení pocitů viny díky získaní více informací potvrzují i jiné studie (Simmons et al., 2006; Emond et al., 2019). Některé ženy cítily, že právě od žen se stejnou zkušeností se jim dostane plného pochopení, které potřebují. Velké pochopení od žen, které prošly stejnou zkušeností uvádí i další studie (Gerber-Epstein,

2008; Bellhouse et al., 2018). Některé ženy se po svých zkušenostech s odstupem naopak rozhodly svou zkušenost sdílet s širším sociálním okolím nebo i s veřejností na sociálních sítích, aby tím pomohly ostatním ženám, které zažily nebo zažijí spontánní potrat.

Jiné ženy se po spontánním potratu potřebovaly hlavně **zaměstnat a rozptýlit** od myšlenek souvisejících se ztrátou. Pomáhalo jim hodně pracovat, sportovat nebo chodit do přírody. Rozptýlení bylo důležitou copingovou strategií pro 75 % žen studie Séjourné (et al., 2010).

Potřeby související s nemocničním prostředím a s **přístupem zdravotníků** zahrnují přání mít vlastní **soukromý pokoj**, kde by nedocházelo ke kontaktu s těhotnými ženami a matkami s novorozenci. Potřeba nebýt v kontaktu s těhotnými a s matkami s novorozenci a možnost mít soukromý pokoj uvádí například Aydin et al. (2019). Podobné závěry uvádí studie Emond et al. (2019), ve které bylo zjištěno, že ženy vyjádřily silnou potřebu mít při zákroku a během celého pobytu v nemocnici dostatek soukromí.

Ženy potřebovaly, **aby s nimi zdravotníci komunikovali srozumitelnou řečí** bez odborných medicínských výrazů. Stejně jako u svých blízkých potřebovaly i v přístupu zdravotníků cítit empatické porozumění, pochopení pro jejich prožívání a citlivý přístup. Míková (2019) ve svém výzkumu došla k podobným výzkumům, ženy oceňovaly citlivý, empatický přístup, projevení lidskosti a dostatečné vysvětlení situace. Jako negativní vnímaly užívání odborných výrazů a nedostatek informací. K podobným závěrům došla ve své studii Emond et al., (2019), která zjistila, že v přístupu zdravotníků ženám chyběl soucit a zájem o emoční stránku. Podobná zjištění uvádí také studie Bellhouse et al. (2019), která zmiňuje, že se ženy setkaly s necitlivostí, nedostatečnou empatií a snižováním významu ztráty.

Co přispívalo k přijetí situace a vyrovnávání se se ztrátou v rámci spontánního potratu?

Ze výpovědí žen a skrze pět zkoumaných témat byly identifikovány a následně popsány faktory, které ženy vnímaly jako podpůrné v celé své zkušenosti a které jim pomáhaly se se svou ztrátou vyrovnat.

Jako jeden z hlavních podpůrných faktorů se ukázala **možnost svobodného a autentického prožívání celé situace**. Zdá se, že nezáleží tolik na tom, jestli ženy vnímají potrat jako ztrátu plodu nebo jako smrt svého dítěte, ale v každé situaci potřebují, aby okolí

naslouchalo, jaký význam pro ně situace má a empaticky respektovalo jejich potřeby plynoucí z takového vnímání a z pociťované ztráty. Jako podpůrné vnímaly, pokud k nim okolí (blízcí lidé, širší sociální okolí i zdravotníci) přistupovalo s empatií a respektem pro jejich prožívání celé události. Potřebu a podporu skrze empatický a citlivý přístupu zohledňující prožívání žen objevily i další studie (Simmons et al., 2006; Bellhouse et al., 2018; Aydin et al., 2019). S autentickým prožíváním souvisí potřeba **uznání ztráty jako plnohodnotné**, což se objevuje jako významné téma v dalších výzkumech (Adolfsson et al., 2004; Meaney et al., 2017; Bellhouse et al., 2018).

Bylo zjištěno, že mnoha ženám pomáhalo **sdílení své situace s druhými** lidmi. Nejčastěji svou zkušenost sdílely s partnerem, s rodinou, kamarádkami nebo ženami s podobnou zkušeností. Podpora partnera a možnost spolu s ním ztrátu prožívat byla pro mnohé ženy velice důležitá. Rozhovory s druhými lidmi jako druhou nejčastější copingovou strategii po spontánním potratů uvádí výzkum Séjourné et al. (2010), kde tuto strategii uvedlo 86 % žen. K podobným závěrům dospěla i Míková (2019), která uvádí jako výrazný zdroj podpory po spontánních potratech sdílení a podporu blízkého sociálního okolí.

S druhými lidmi souvisí i rozšiřování poznatků o spontánních potratech. **Získávání informací** se ukázalo jako jeden z významných faktorů přispívajících k vyrovnávání se se ztrátou. Což se ukazuje i ve výzkumu Míkové (2019), kde se mezi častými protektivními faktory po spontánním potratu objevuje i potřeba po získání informací. Ženám této výzkumné studie pomáhalo, když se dozvěděly o dalších ženách, které potratem prošly, nebo když zjistily, jak jsou spontánní potraty časté. Podpůrným faktorem v této situaci je pravděpodobně určitá normalizace své situace, ale i svého prožívání, a zároveň zmírnění pocitu odpovědnosti za potrat. Podobné faktory byly zjištěny i ve studii Sejourné et al. (2010), která mezi nejčastějšími copingovými strategiemi uvádí internetová fóra, vyhledávání informací a čtení o spontánních potratech. Vyhledávání informací byla zároveň nejčastější strategie zvládání, kterou zmínilo 93 % žen. Některé ženy účastnící se této studie se právě z toho důvodu po čase rozhodly sdílet svou zkušenost, aby dokázaly pomoct ženám, které se ocitnou ve stejné zkušenosti nebo prolomit tabu, kterým jsou spontánní potraty obklopeny.

Mnoha ženám pomáhaly určité **činnosti a aktivity.** Tyto ženy ve svých potřebách uváděly potřebu po rozptýlení od nesnesitelných myšlenek, a proto vyhledávaly určité aktivity nesouvisející se ztrátou. Ženám pomáhal například sport, práce či procházky

v přírodě. Ve studii Séjourné et al. (2010) 75 % žen uvedlo, že se snažily po spontánním potratu rozptýlit. Podobně Míková (2019) uvádí, že ženám pomáhalo rozptýlení v podobě různých činností jako např. pracovní aktivity, jóga, péče o dítě a různé tvůrčí a umělecké činnosti. Ve vyrovnávání se se ztrátou ženám pomáhaly i faktory související s časem a událostmi nastalými s delším odstupem od potratu. Pomocný byl samotný **čas** a získání odstupu od události. Často ženám pomohlo následné **mateřství nebo práce s dětmi**, které rozptýlily myšlenky zaměřením pozornosti na jinou činnost. Mateřství pravděpodobně pomohlo i kvůli naplnění potřeby péče o dítě a potřeby být matkou. Mohlo snižovat i strach a úzkost z pociťované neschopnosti donosit dítě. Snahu se zaměstnat a rozptýlit určitou činností uváděly ženy jako pomocnou k vyrovnání se se ztrátou i ve studii Abboud & Liamputtong (2002).

Významným faktorem přispívajícím k přijetí ztráty a vyrovnávání se spontánním potratem bylo **nalezení smyslu nebo přínosu**. Podpůrným faktorem by mohlo být předání odpovědnosti za potrat vyšší moci jako je osud, příroda či Bůh. Z výsledků je zřejmé, že ženy, které situaci připisovaly vyšší moci, neprožívaly tíživé pocity viny a se situací se dokázaly smířit s jako faktem, který se měl stát a nemohly ho svou činností změnit. Ve studii Nikcevic (1998) byla zjištěna souvislost mezi připisováním události vnějším zdrojům a výskytem úzkostnými a depresivními symptomů po potratu.

U některých žen tohoto výzkumu došlo ke smíření se situací, pokud dokázaly objevit něco, co jim zkušenost přinesla a objevit v ní určitý smysl. To se objevuje jako hlavní znak poslední fáze normálního procesu truchlení popisované Kübler-Ross (2005) nebo Verenou Kast (2015). Můžeme se domnívat, že tyto ženy prošly všemi fázemi truchlení a došly k akceptaci ztráty a smíření. Hledání vyššího smyslu a víru v Boha jako významný faktor přispívající k vyrovnávání se se ztrátou dítěte uvádí ve svém výzkumu i Míková (2019).

Některé ženy zmínily jako pomocný faktor **možnost rozloučit se s dítětem** nebo provést určitý rituál podobný pohřbu dítěte. Tato potřeba byla přímo konkretizována pouze jednou ženou, nicméně další ženy uváděly, že by jim pravděpodobně pomohlo, pokud by měly možnost se s dítětem rozloučit nebo ho pohřbít. Různé upomínkové rituály jako je například psaní deníku, básně či jiné rituály uvádí ve své studii např. Meaney et al. (2017), kde bylo zjištěno, že tyto rituály pomáhaly ženám i tím, že dodaly význam jejich ztrátě. Stejně tak Bellhouse (2019) zjistila, že ženám pomohlo přijmout svou ztrátu a zvládnout svůj zármutek právě rozloučení s dítětem skrze určitý rituál. Stejný význam rituálů a rozloučení

s dítětem uvádí ve své knize i Davis (2016). Ve výzkumu realizovaném v českém prostředí Míková (2009) zjistila, že rozloučení s dítětem ve formě různých rituálů bylo jedním z nejčastějších protektivních faktorů. Důležitost pohřbů a rozloučení obecně po ztrátě blízké osoby jako faktoru pomáhajícímu k přijetí ztráty zmiňuje i Parkes & Prigerson (2010).

2.6 Přínosy a limity výzkumu

Z výsledků výzkumu se jeví jako důležité, aby se spontánní potraty staly větším tématem ve společnosti. Ženy si přejí, aby se zvýšilo povědomí o tom, jaké psychické a fyzické symptomy taková situace obnáší a aby společnost byla informována, že mnohé ženy mohou truchlit pro své dítě nezávisle na délce proběhlého těhotenství. K ženám po spontánním potratu je důležité přistupovat empaticky a naslouchat jejich vnímání celé situace a z toho plynoucím potřebám.

Taková zjištění mohou pomoci samotným ženám k normalizaci jejich pocitů po spontánním potratu a k podpoře procesu truchlení. Zároveň rozšíření povědomí o spontánních potratech může pomoci jejich blízkým v přístupu k nim a zdravotníkům k adekvátnějšímu empatickému přístupu k těmto ženám a poskytování dostatečných informací.

Realizovaný výzkum zkoumal zkušenosti žen komplexně, což umožňuje vidět jev v kontextech a zkoumat širší souvislosti. Bylo možné propojovat jednotlivé oblasti jako například potřeby žen a jejich promítání do hodnocení přístupu okolí či podpůrných faktorů. Zároveň ale kvůli množství zkoumaných oblastí nebylo možné se žádné z nich věnovat příliš podrobně a jeví se jako důležité, aby se další výzkumy v této oblasti zaměřily podrobněji na dílčí zkoumané oblasti.

Kvalitativní design umožňuje popsat a zkoumat zkušenosti žen v širším kontextu, nicméně neumožňuje generalizovat zjištění výzkumu. Výzkumná data zahrnují pouze zkušenosti malého vzorku žen v kontextu, ve kterém byl výzkum realizován. Sběr dat byl prováděn písemnou formou z důvodů zmíněných v úvodní části empirické práce. Písemné informace však mohou oproti slovní výpovědi podléhat většímu zkreslení při interpretaci. Některé zkušenosti byly popsány stručně a s překlepy, a výzkumnice tak mohla některé psané výpovědi nepřesně pochopit. Jelikož byla data čtena a analyzována pouze osobou

výzkumnice, mohla být zkreslena jejím předporozuměním, přístupem k tématu a osobnostními charakteristikami výzkumnice.

Ženy sepisovaly svůj zážitek s rozdílným časovým odstupem od události, a vzpomínky některých žen tak mohly být zkreslené časem a různými událostmi v životě ženy, následným mateřstvím či dalšími spontánními i jinými potraty.

V navazujících výzkumech by bylo zajímavé sledovat fáze procesu vyrovnávání se se ztrátou, kterými tyto ženy procházejí a ty následně srovnat s fázemi obecného procesu truchlení. Mohla by být identifikována specifika truchlení po spontánním potratu, což by mohlo sloužit jako podklady pro zřizování a rozšiřování adekvátní odborné péče v této oblasti.

V realizovaném výzkumu byla pozornost věnována prožívání spontánních potratů z pohledu ženy. Další výzkumy by se mohly zaměřit na prožívání ztráty z pohledu mužů, což je téma, které není příliš prozkoumané, zvláště v českém prostředí. Z reakcí partnerů popisovaných ženami a zmíněných v této studii můžeme usuzovat, že se jich ztráta v kontextu spontánního potratu může dotýkat stejně hluboce jako žen a že stejně jako ženy potřebují po takové zkušenosti podporu.

Realizovaný výzkum se pouze okrajově zaměřil na proces vyrovnávání se se ztrátou a byly identifikovány faktory, které se ukázaly jako podpůrné. Tyto faktory nicméně nebyly popsány v kontextu celého procesu a jeví se jako důležité prozkoumat proces vyrovnávání se se ztrátou v časovém horizontu se všemi jeho specifiky a podrobněji se zaměřit přímo na copingové strategie žen.

Závěr

V diplomové práci věnované zkušenostem žen se spontánním potratem v prvním trimestru těhotenství bylo sledováno mnoho dílčích aspektů zkušenosti. Zkoumány byly emoční a fyzické symptomy spontánního potratu, sdílení zkušenosti s druhými lidmi, přístup a reakce blízkého i širšího sociálního okolí, potřeby žen v době spontánního potratu a po něm a faktory, které pomáhaly ženám se se svou ztrátou vyrovnat.

Teoretická část práce se zaměřila na stručný popis prenatálního vývoje a psychických změn, které přináší těhotenství. Byla vymezena riziková a patologická gravidita a podrobně rozebrána jedna z poruch v rámci patologických těhotenství, kterou je spontánní potrat. Spontánní potrat byl v práci vymezen jako porucha délky těhotenství, byly popsány jeho symptomy a etiologie. Další kapitoly práce se pak zaměřily na spontánní potrat jako krizovou a traumatickou událost. Byla popsána specifika spontánního potratu jako ztráty. Se ztrátou souvisí téma truchlení a proces vyrovnávání se se ztrátou, který bylo rozebrán v dalších kapitolách. Byly definovány pojmy zármutek, truchlení a vymezen obecný proces truchlení. Následně byly popsány charakteristiky komplikovaného truchlení a determinanty, které mohou mít vliv na komplikace v procesu vyrovnávání se se ztrátou. V závěru bylo pojednáváno o specifikách truchlení a zármutku v rámci spontánního potratu a byla představena možná podpora žen po spontánním potratu.

Empirická část se zaměřila na popis a rozbor zkušenosti spontánního potratu skrze několik důležitých témat, která vystoupila jako důležitá při kvalitativní analýze získaných dat. Zkoumáno bylo prožívání spontánního potratu a související fyzické a psychické symptomy včetně pocitů odpovědnosti za potrat. Nejčastější přítomné emoce byly různé formy šoku, smutku, strachu, hněvu a pocitů viny a selhání. Mezi hlavní fyzické symptomy patřilo krvácení a křeče spolu s vymizením dříve pociťovaných příznaků těhotenství. Pozornost byla věnována sdílení zkušenosti s druhými lidmi a reakcím a přístupu okolí, v rámci kterého byly popsány reakce, které ženy vnímají jako negativní a které jako pozitivní. Hlavním aspektem negativních reakcí se ukázala bagatelizace ztráty a necitlivý a neempatický přístup. Jako pozitivní ženy vnímají především přístup zahrnující empatické pochopení, soucit a respekt k jejich prožívání celé události. V následujících kapitolách byly zkoumány potřeby žen v situaci spontánního potratu a po něm. V potřebách žen se objevuje především potřeba po empatickém a důstojném přístupu blízkých i zdravotníků, možnost

sdílení své zkušenosti s druhými, získání dostatečného množství informací a rozptýlení jinými činnostmi.

V závěru byly identifikovány faktory, které ženám pomáhaly se se svou ztrátou vyrovnávat. Jako podpůrná se ukázala především možnost autentického prožívání celé situace, rozloučení s dítětem skrze určité rituály, podpora blízkých a sdílení, zvyšování informovanosti, rozšiřování znalostí o spontánních potratech, sdílení s ženami, které prošly podobnou zkušeností, následné mateřství a péče o děti, čas, rozptýlení různými aktivitami, nalezení smyslu a předání odpovědnosti za potrat určité vyšší moci.

Ze zjištění výzkumu i srovnání výsledků s odbornou literaturou a jinými výzkumu se ukázalo jako důležité, aby se prolomila tabuizace tématu spontánních potratů ve společnosti a bylo pochopeno, co ženy s takovou zkušeností zažívají. Jeví se jako potřebné, aby ženám bylo nasloucháno, jak svou ztrátu vnímají, a aby měly prostor pro autentické prožívání a bylo k nim bylo přistupováno s respektem.

Pro všechny ženy výzkumu spontánní potrat znamenal určitou formu ztráty, ať už dítěte, snů nebo mateřství a objevovaly se typické symptomy vyskytující se jako reakce na prožitou ztrátu. Je proto potřebné, aby samovolným potratům byla věnována pozornost a ženám péče adekvátní ztrátě, kterou zažívají. Provedený výzkum by mohl přispět k rozšíření povědomí o spontánních potratech a prolomení tabuizace toho fenoménu společností a jako prostředek k nastavení adekvátnější podpory a respektujícího přístupu k těmto ženám.

Seznam literatury a použitých zdrojů

Abboud, L. N., & Liamputtong, P. (2002). Pregnancy Loss: What it means to women who miscarry and their partners. *Social Work In Health Care*, *36*(3), 37-62. https://doi.org/10.1300/J010v36n03_03

Adolfsson, A., Larsson, P. G., Wijma, B., & Bertero, C. (2004). GUILT AND EMPTINESS: WOMEN'S EXPERIENCES OF MISCARRIAGE [Online]. *Health Care For Women International*, *25*(6), 543-560. https://doi.org/10.1080/07399330490444821

Aydin, R., Korukcu, O., & Kabukcuoglu, K. (2019). Investigation of the Experiences of Mothers Living Through Prenatal Loss Incidents: A Qualitative Study. *The journal of nursing research*, *27*(3), e22-e22. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000289

Baird, S., Gagnon, M. D., Defiebre, G., Briglia, E., Crowder, R., & Prine, L. (2018). Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study [Online]. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *16*, 113-117. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.001

Bellhouse, C., Temple-smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2018). "It's just one of those things people don't seem to talk about..." women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study [Online]. *Bmc Women's Health*, *18*(1), 176-176. https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672-3

Bellhouse, C., Temple-smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. (2019). “The loss was traumatic… some healthcare providers added to that”: Women’s experiences of miscarriage. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, *32*(2), 137-146. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006

Beutel, M., Deckardt, R., von Rad, M., & Weiner, H. (1995). Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents and course [Online]. *Psychosomatic Medicine*, *57*(6), 517-526. https://doi.org/10.1097/00006842-199511000-00003

Binder, T. (2015). *Porodnictví*. Karolinum.

Brier N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of women's health (2002)*, *17*(3), 451–464. https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505

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

Cholette, M. E. (2012). Through the eyes of a father: a perinatal loss. *The International journal of childbirth education*, *27*(2), 33.

Conway, K., & Russell, G. (2000). Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage [Online]. *British Journal Of Medical Psychology*, *73*(4), 531-545. https://doi.org/10.1348/000711200160714

Corbet-owen, C., & Kruger, L. (2001). The health system and emotional care: Validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss [Online]. *Families Systems & Health*, *19*(4), 411-427. https://doi.org/10.1037/h0089469

Čech, E., Hájek, Z., & Srp, B. (2006). *Porodnictví* (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada Publishing.

Davis, D. (2016). Empty cradle, broken heart : Surviving the death of your baby. Fulcrum Publishing.

Emond, T., Montigny, F., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses [Online]. *Journal Of Clinical Nursing*, *28*(9-10), 1952-1965. https://doi.org/10.1111/jocn.14780

Evans, L., Lloyd, D., Considine, R., & Hancock, L. (2002). Contrasting views of staff and patients regarding psychosocial care for Australian women who miscarry: a hospital based study [Online]. *Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, *42*(2), 155-160. https://doi.org/10.1111/j.0004-8666.2002.00155.x

Farren, J., Mitchell-jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss [Online]. *Human Reproduction Update*, *24*(6), 731-749. https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025

Field, D., Hockey, J. L., & Small, N. (1997). *Death, gender, and ethnicity*. London: Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203138441

Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R. D., & Benyamini, Y. (2008). The Experience of Miscarriage in First Pregnancy: The Women's Voices. *Death studies*, *33*(1), 1-29. https://doi.org/10.1080/07481180802494032

Graham, J. A. (1997). *Understanding the experience of miscarriage: The grief and resolution of mourning following multiple losses*. ProQuest Dissertations Publishing.

Harvey, J., Moyle, W., & Creedy, D. (2001). Women's experience of early miscarriage: a phenomenological study. The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation, 19(1), 8–14.

Hájek, M. (2014). *Čtenář a stroj: vybrané metody sociálněvědní analýzy textů*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

Hájek, Z. (2004). *Rizikové a patologické těhotenství* (Vyd. 1. české). Praha: Grada.

Kast, V. (2015). *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál.

Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, *14*(2), 187-194. https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting

Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV.

Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner.

Lee, C., & Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, *40*(3), 235-244. https://doi.org/10.1016/0022-3999(95)00579-X

Lovell, A. (1983). Some questions of identity: Late miscarriage, stillbirth and perinatal loss [Online]. *Social Science & Medicine (1982)*, *17*(11), 755-761. https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90264-2

Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'donoghue, K. (2017). Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis [Online]. *Bmj Open*, *7*(3), e011382-e011382. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011382

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Míková, G. (2019). *Vyrovnávání se s možnými následky spontánního potratu* (diplomová práce).

Murphy, F., & Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage [Online]. *Journal Of Clinical Nursing*, *18*(11), 1583-1591. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x

Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, A. R., & Nicolaides, K. H. (1998). Personal coping resources, responsibility, anxiety and depression after early pregnancy loss. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 19(3), 145-154. https://doi.org/10.3109/01674829809025692

Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, A. R., Tunkel, S. A., & Nicolaides, K. H. (2000). Distress after miscarriage: Relation to the knowledge of the cause of pregnancy loss and coping style [Online]. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, *18*(4), 339-343. https://doi.org/10.1080/713683047

Neugebauer, R., Kline, J., O'connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A., et al. (1992). *Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage* [Online]. *American Journal Of Public Health (1971)*, *82*(10), 1332-1339. https://doi.org/10.2105/AJPH.82.10.1332

Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2010). *Bereavement: studies of grief in adult life* (Fourth edition). London: Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315829753

Prettyman, R. J., Cordle, C. J., & Cook, G. D. (1994). A Three-Month Follow-up of Psychological Morbidity After Early Miscarriage [Online]. *Obstetrical & Gynecological Survey*, *49*(9), 600-600. https://doi.org/10.1097/00006254-199409000-00004

Quagliata, E. (2013). *Becoming parents and overcoming obstacles: understanding the experience of miscarriage, premature births, infertility, and postnatal depression.* Boca Raton, FL: Routledge, an imprint of Taylor and Francis.

Radford, E. J., & Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care [Online]. *Journal Of Clinical Nursing, 24(11-12),* 1457-1465. https://doi.org/10.1111/jocn.12781

Rai, R., & Regan, L. (2006). Recurrent miscarriage. *The Lancet (British edition)*, *368*(9535), 601-611. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69204-0

Ratislavová, K. (2016). *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada.

Ratislavová, K., & Hrušková, Z. (2020). *Psychosociální podpora při úmrtí miminka: průvodce pro učitele pomáhajících profesí*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP.

Regan, L., & Rai, R. (2000). Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, *14*(5), 839-854. https://doi.org/10.1053/beog.2000.0123

Robinson, G. E. (2013). Pregnancy loss [Online]. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *28*(1), 169-178. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.012

Roztočil, A. (2017). *Moderní porodnictví* (2., přepracované a doplněné vydání). Praha: Grada Publishing.

Roztočil, A., & Bartoš, P. (2011). Moderní gynekologie. Praha: Grada.

Rowlands, I. J., & Lee, C. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage [Online]. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, *28*(3), 274-286. https://doi.org/10.1080/02646831003587346

Sham, A. kwan-ho, Yiu, M. gar-chung, & Ho, W. yau-bong. (2010). Psychiatric morbidity following miscarriage in Hong Kong [Online]. *General Hospital Psychiatry*, *32*(3), 284-293. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.12.002

Simmons, R. K., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P., & Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study. *Social science & medicine (1982)*, *63*(7), 1934-1946. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.024

Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2010). Support following miscarriage: what women want [Online]. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, *28*(4), 403-411. https://doi.org/10.1080/02646830903487375

Stirtzinger, R. M., Robinson, G. E., Stewart, D. E., & Ralevski, E. (1999). Parameters of Grieving in Spontaneous Abortion [Online]. *International Journal Of Psychiatry In Medicine*, *29*(2), 235-249. https://doi.org/10.2190/UDW4-2EAG-1RTY-D1Y4

Strauss, A. L., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie.* Brno: Sdružení Podané ruce.

Švaříček, R., & Šeďová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (Vyd. 2). Praha: Portál.

Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada.

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.

van Rensburg, E. J., Poggenpoel, M., Myburgh, C., & Du Plessis, D. (2009). Experience of Women after a Spontaneous Abortion [Online]. Journal Of Psychology In Africa, 19(3), 387-392. https://doi.org/10.1080/14330237.2009.10820306

Wong, M. K., Crawford, T. J., Gask, L., & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into womens experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team [Online]. *British Journal Of General Practice*, *53*(494), 697-702.

Walker, T. M., & Davidson, K. M. (2001). A preliminary investigation of psychological distress following surgical management of early pregnancy loss detected at initial ultrasound scanning: A trauma perspective [Online]. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, *19*(1), 7-16. https://doi.org/10.1080/02646830020032365

Zavotsky, K. E., Mahoney, K., Keeler, D., & Eisenstein, R. (2013). Early Pregnancy Loss and Bereavement in the Emergency Department: Staff and Patient Satisfaction With an Early Fetal Bereavement Program [Online]. *Journal Of Emergency Nursing*, *39*(2), 158-161. https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.08.006

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and sterility*, *108*(3), 393-406. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005

Seznam tabulek

Tabulka 1 Základní údaje informantek 38
Tabulka 2 Kategorie a podkategorie po otevřeném kódování..... 44
Tabulka 3 Paradigmatický model..... 46

Seznam schémat

Schéma 1 Hlavní témata výzkumu 47
Schéma 2 Centrální téma výzkumu 48

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník zaslaný ženám

Příloha 2 – Ukázka vyplněného dotazníku

Příloha 3 – Informovaný souhlas

Příloha 4 – Kategorie a kódy z otevřeného kódování

Příloha 1 – Dotazník zaslaný ženám

Dobrý den,

děkuji za ochotu účastnit se výzkumu na téma Zkušenosti žen s prenatální ztrátou v prvním trimestru těhotenství. Následující dotazník slouží ke sběru dat. Je členěný na dvě části.

První část: *Základní informace o Vás.*

Druhá část: *Ve druhé části si můžete vybrat formu Vašeho sdělení zkušenosti. Na straně 2 jsou připraveny otázky, podle kterých můžete svůj příběh sepisovat. Budu ráda, když se rozepíšete, délka Vašich odpovědí je neomezená. Pokud preferujete vlastní strukturaci příběhu, můžete přeskočit až na poslední stranu a psát příběh o svém zážitku podle vlastní osnovy do připravené kolonky. Otázkami se můžete inspirovat i při vlastní strukturaci.*

Moc Vám děkuji za věnovaný čas i sdílení Vaší zkušenosti.

1. Vyplňte prosím následující otázky:

Přezdívka/kód (slouží pouze k identifikaci pro potřeby výzkumu, v práci bude vše anonymizováno)	
Aktuální věk	
Věk v době ztráty (v případě opakovaných potratů prosím popisujte zážitek z první ztráty)	
Aktuální stav a) žiji stále otcem nenarozeného dítěte b) žiji s jiným partnerem/partnerkou c) žiji sama d) jiné…(doplňte) *Do kolonky vpravo prosím zapište písmeno vybrané možnosti.*	

2. **Otázky k Vaší zkušenosti**

Pokuste se, prosím, sepsat příběh o svém zážitku. Můžete písemně odpovědět na zadané otázky. Otázky Vám také mohou sloužit pouze jako inspirace. Můžete vyplnit každou otázku, nebo můžete zážitek popsat dle vlastní struktury a začít psát vlastní text až pod otázkami (speciální kolonka na poslední straně – budu ráda, pokud se dotknete nastíněných témat v otázkách). Nebojte se k otázkám rozepsat a psát cokoli, co Vás při odpovídání napadne. Délka odpovědí je neomezená.

Jak dlouho jste plánovala své těhotenství?
Jak dlouho trvalo, než jste otěhotněla?
Jak jste své těhotenství prožívala?
Jak jste prožívala svůj potrat? Jak se to stalo?
Jak jste se během potratu a těsně po něm cítila? Jaké emoce jste prožívala?
Cítila jste se za potrat odpovědná?

Zažívala jste pocity viny, studu, selhání?
Vnímala jste událost potratu jako ztrátu/smrt svého dítěte? Mohla jste si dovolit takový pocit dostatečně prožít?
Cítila jste potřebu truchlit? Měla jste pro případné truchlení dostatečný prostor?
Jaká byla reakce partnera na potrat v době události a těsně po ní?
Jaké byly reakce rodiny?
Jaké byly reakce přátel, blízkých?
Jaká byla Vaše zkušenost s přístupem zdravotníků v kontextu potratu?
Změnilo se Vaše vnímání a prožívání potratu po zkušenostech s reakcemi z okolí? Případně jak?

Co byste nejvíce potřebovala v době svého potratu?
Co byste nejvíce potřebovala v období po potratu?
Potřebovala jste o svém zážitku s někým mluvit, nebo jste naopak o svém zážitku mluvit nechtěla? Dokázala jste o svém potratu s někým mluvit s odstupem? Pokud ano, s kým jste sdílela své zkušenosti?
Znáte někoho s podobnou zkušeností? Sdílela jste s ním svůj zážitek?
Kolik času od potratu uplynulo? Vyvíjel se/vyvíjí se nějak Váš psychický stav související se ztrátou? Změnilo se Vaše vnímání celé události od potratu do dnešního dne?
Co Vám pomáhalo se se ztrátou vyrovnat? Využívala jste nějaké podpůrné služby?
Plánovala jste či plánujete další těhotenství?
Obávala jste se/obáváte se dalšího těhotenství?

Zažila jste více spontánních potratů?
Máte v současné době nějaké děti?
Jak se cítíte nyní, když o svém zážitku píšete?
Zde je prostor doplnit cokoli ke svému zážitku, co jste prožívala či vnímala tehdy nebo nyní a nenašla jste k tomu prostor.

Pokud chcete sepsat svůj příběh podle své vlastní struktury, pište do kolonky níže: (délka textu je neomezená, nebojte se rozepsat)

Příloha 2 – Ukázka vyplněného dotazníku

Dobrý den,

děkuji za ochotu účastnit se výzkumu na téma Zkušenosti žen s prenatální ztrátou v prvním trimestru těhotenství. Následující dotazník slouží ke sběru dat. Je členěný na dvě části.

První část: *Základní informace o Vás.*

Druhá část: *Ve druhé části si můžete vybrat formu Vašeho sdělení zkušenosti. Na straně 2 jsou připraveny otázky, podle kterých můžete svůj příběh sepisovat. Budu ráda, když se rozepíšete, délka Vašich odpovědí je neomezená. Pokud preferujete vlastní strukturaci příběhu, můžete přeskočit až na poslední stranu a psát příběh o svém zážitku podle vlastní osnovy do připravené kolonky. Otázkami se můžete inspirovat i při vlastní strukturaci.*

Moc Vám děkuji za věnovaný čas i sdílení Vaší zkušenosti.

1. Vyplňte prosím následující otázky:

Přezdívka/kód (slouží pouze k identifikaci pro potřeby výzkumu, v práci bude vše anonymizováno)	SOVA
Aktuální věk	25
Věk v době ztráty (v případě opakovaných potratů prosím popisujte zážitek z první ztráty)	24
Aktuální stav a) žiji stále otcem nenarozeného dítěte b) žiji s jiným partnerem/partnerkou c) žiji sama d) jiné…(doplňte) *Do kolonky vpravo prosím zapište písmeno vybrané možnosti.*	A

2. **Otázky k Vaší zkušenosti**

Pokuste se, prosím, sepsat příběh o svém zážitku. Můžete písemně odpovědět na zadané otázky. Otázky Vám také mohou sloužit pouze jako inspirace. Můžete vyplnit každou otázku, nebo můžete zážitek popsat dle vlastní struktury a začít psát vlastní text až pod otázkami (speciální kolonka na poslední straně – budu ráda, pokud se dotknete nastíněných témat v otázkách). Nebojte se k otázkám rozepsat a psát cokoli, co Vás při odpovídání napadne. Délka odpovědí je neomezená.

Jak dlouho jste plánovala své těhotenství?
Dítě jsme plánovali až po svatbě, takže cca 9 měsíců, než jsme se o těhotenství začali pokoušet.
Jak dlouho trvalo, než jste otěhotněla?
Otěhotněla jsem hned druhý měsíc.
Jak jste své těhotenství prožívala?
Při zjištění, že je těhotenský test pozitivní jsem se štěstím rozbrečela. Otěhotněla jsem v listopadu a říkala si, jak to bylo rychlé. Plánovali jsme rodině oznámit těhotenství na Vánoce. Moc jsem se těšila, že se mimčo narodí v létě.
Jak jste prožívala svůj potrat? Jak se to stalo?
Na začátku prosince jsem 2 dny špinila. Hrozně jsem se o dítě začala bát, ale dočetla jsem se, že je to v pořádku. To mě trochu uklidnilo, ale špinění se po pár dnech objevilo znovu. Na druhý den jsem byla objednaná ke své gynekoložce na 1. těhotenskou prohlídku, tak jsem doufala, že mi dá třeba nějaké prášky na udržení těhotenství. Špinění však začalo sílit a v noci jsem měla hrozné křeče v podbřišku. Manžel měl výjimečně noční a tak jsem byla doma sama. Volala jsem mu, že se něco děje, brečela jsem mu do telefonu. Nemohla jsem vůbec usnout, jak těmi bolestmi, tak představou, že přicházím o miminko.
Jak jste se během potratu a těsně po něm cítila? Jaké emoce jste prožívala?
Druhý den jsem šla k doktorce, která mi řekla, že žádný plod v děloze nevidí. Pokud jsem tedy byla těhotná, jedná se o potrat (cca 8tt) a budu ještě krvácet. Z ordinace jsem odcházela v mdlobách, do té doby jsem totiž stále doufala, že se podaří těhotenství nějakým zázrakem zachránit. Nebyla jsem schopná manželovi napsat smsku, natož mu zavolat. Úplně mě to rozložilo, nerozuměla jsem tomu.
Cítila jste se za potrat odpovědná?

Věděla jsem, že jsem nic špatného neudělala. Ale nechápala jsem, proč se to stalo. V hlavě mi pořád běhaly nějaké otázky. Vždyť jsem zdravá, nekouřím, nepiju, žiju zdravě. Moc jsem si miminko přála. Jak je třeba možné, že někdo otěhotní a přitom o dítě nestojí?

Zažívala jste pocity viny, studu, selhání?

Občas mě napadlo, že nejsem dost dobrá žena, když nedokážu donosit dítě. Bála jsem se, že pokud otěhotním znovu, bude se potrat opakovat. Do té doby jsem nevěděla, že spontánní potraty jsou tak časté.

Vnímala jste událost potratu jako ztrátu/smrt svého dítěte? Mohla jste si dovolit takový pocit dostatečně prožít?

Vnímala jsem ztrátu jako smrt svého dítěte i když jsem věděla, že vše bylo teprve na začátku. Jenže jsem byla několik týdnů těhotná, to nelze z mysli vymazat. Zvlášť, když těhotenství plánujete a těšíte se na něj.

Cítila jste potřebu truchlit? Měla jste pro případné truchlení dostatečný prostor?

Potřebovala jsem se se ztrátou nějak vyrovnat, pláč mě tedy dostihl během dne kdykoli jsem na to pomyslela. Myslím, že jsem pro truchlení měla i díky manželovi dostatečný prostor.

Jaká byla reakce partnera na potrat v době události a těsně po ní?

Překvapilo mě, jak moc ho potrat vzal. Utěšoval mě, ale sám to hodně prožíval.

Jaké byly reakce rodiny?

Nebyla jsem schopná o potratu říct svým rodičům, ani jsem původně nechtěla. Manžel však svým rodičům a bratrovi o potratu řekl, protože sami viděli, že se něco děje. Manžel pak za mé přítomnosti o potratu řekl i mým rodičům. Bála jsem se soucitných pohledů a blbých řečí. Nakonec se mi však ulevilo, že před rodiči nemusím nic tajit.

Jaké byly reakce přátel, blízkých?

Rozhodla jsem se o potratu svěřit pár svým kamarádkám. Myslely si, že jim jdu oznámit těhotenství. Když jsem jim řekla o potratu, jedna z nich se mi svěřila, že si něčím podobným před rokem a půl prošla. Stále z toho byla hodně rozrušená, vědělo to jen pár lidí a nedivím se, že to více lidem neřekla.

Jaká byla Vaše zkušenost s přístupem zdravotníků v kontextu potratu?

Vím, že pro zdravotníky musí být hrozně těžké komunikovat se ženou, která právě zažila potrat. Doktorka se mi snažila vysvětlit, že potraty jsou na začátku těhotenství běžné a že se mi v podstatě stala ta nejlepší možná věc z těch nejhorších možných. Mé tělo se s potratem vypořádalo samo, nemusela jsem na žádnou kyretáž.

Změnilo se Vaše vnímání a prožívání potratu po zkušenostech s reakcemi z okolí? Případně jak?

Byla jsem překvapená, když jsem zjistila, že si moje kamarádka prošla také potratem. Je to tak bolestivé téma, že se nedivím, že se svěřila jsem pár lidem.

Co byste nejvíce potřebovala v době svého potratu?

Přítomnost manžela. Možná bych však potrat prožívala mnohem hůře.

Co byste nejvíce potřebovala v období po potratu?

Povídat si o tom s manželem a společně přijít na odpovědi, proč se to stalo. A postupně se se situací smířit. To mi však bylo umožněno.

Potřebovala jste o svém zážitku s někým mluvit, nebo jste naopak o svém zážitku mluvit nechtěla? Dokázala jste o svém potratu s někým mluvit s odstupem? Pokud ano, s kým jste sdílela své zkušenosti?

Jak jsem již zmínila, nejprve jsem nebyla schopná o tom mluvit ani s manželem. Nakonec jsem ráda, že o potratu ví moji a manželovi rodiče, švagr, sestra s manželem. Pár mým kamarádkám jsem to řekla, protože jsem věděla, že si tím jednou můžou projít taky.

Znáte někoho s podobnou zkušeností? Sdílela jste s ním svůj zážitek?

Pouze jedna kamarádka se mi svěřila, že má podobnou zkušenost, když jsem jí o tom řekla.

Kolik času od potratu uplynulo? Vyvíjel se/vyvíjí se nějak Váš psychický stav související se ztrátou? Změnilo se Vaše vnímání celé události od potratu do dnešního dne?

Od potratu uplynul přibližně rok a čtvrt. Po něm jsem velmi toužila znovu otěhotnět a každý měsíc propadala smutku, že se to nedaří. Věděla jsem, že na vině může být i má psychika, snažila jsem se tedy na chtění otěhotnět moc nemyslet, což je v podstatě nemožné. Uvědomila jsem si, že nechci, aby se potrat opakoval a raději si na zdravé těhotenství a dítě počkám. Po půl roce od potratu jsem znovu otěhotněla.

Co Vám pomáhalo se se ztrátou vyrovnat? Využívala jste nějaké podpůrné služby?

Podpůrných služeb jsem nevyužila, ale četla jsem si příběhy žen, kterým se stalo něco podobného. Často jsem si opakovala a byla vděčná svému tělu, že těhotenství ukončilo samo, protože dítě by pravděpodobně nebylo zdravé. Také semé tělo vzpamatovalo vcelku rychle a po měsíci od potratu jsem dostala menstruaci.

Plánovala jste či plánujete další těhotenství?

Další těhotenství jsme s manželem plánovali a doktorka mě v tom také podporovala.

Obávala jste se/obáváte se dalšího těhotenství?
Ano, měla jsem strach, jak budu reagovat, až znovu otěhotním. Jestli to psychicky zvládnu, protože představa, že si potratem projdu znovu, byla velmi bolestivá.
Zažila jste více spontánních potratů?
Ne, pouze jeden.
Máte v současné době nějaké děti?
Momentálně jsem v 9. měsíci těhotenství a každým dnem mě čeká porod.
Jak se cítíte nyní, když o svém zážitku píšete?
Myslím, že jsem potrat nějakým způsobem v sobě zpracovala. I přes to jsem při psaní odpovědí na tyto otázky měla kolikrát slzy v očích.
Zde je prostor doplnit cokoli ke svému zážitku, co jste prožívala či vnímala tehdy nebo nyní a nenašla jste k tomu prostor.
I když je potrat velmi smutnou záležitostí, snažím se si z této zkušenosti něco vzít. Například, že vše má svůj důvod a těhotenství je opravdu darem.

Pokud chcete sepsat svůj příběh podle své vlastní struktury, pište do kolonky níže: (délka textu je neomezená, nebojte se rozepsat)

Příloha 3 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Vážený paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu[1] Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci diplomové práce.

Název diplomové práce: Zkušenost žen s prenatální ztrátou v prvním trimestru těhotenství
Autor diplomové práce: Tereza Lišková, liskovaterka@gmail.com
Název pracoviště: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, NMgr Psychologie
Vedoucí práce: PhDr. Pavla Presslerová, Ph.D.
Cíl výzkumu: Tématem diplomové práce budou zkušenosti žen s časnou prenatální ztrátou. Raný samovolný potrat bývá často bagatelizován a popírán jako zkušenost ztráty dítěte, i když může být pro mnohé ženy traumatizující. Cílem práce je popsat zkušenost žen, které zažily prenatální ztrátu v prvním trimestru chtěného těhotenství a zmapovat osobní prožívání raného samovolného potratu i to, jak na něj reagovalo okolí a jak tyto reakce ovlivnily osobní prožívání žen i vyrovnávání se se ztrátou.

Popis výzkumu: Data budou sbírána písemnou formou. Komunikace a předání informací bude probíhat přes email, sociální sítě nebo telefonicky. Informantky mohou písemně odpovídat na zadané otázky, a tím popsat svou zkušenost, nebo psát vlastní text o svém zážitku. Součástí dotazníku jsou i otázky pokrývající základní údaje o informantce. Veškerá data ve výzkumu budou anonymizována a budou sloužit pouze pro účely této diplomové práce. Zapojení do výzkumu je dobrovolné a zkoumané osoby mají možnost kdykoli výzkum bez udání důvodu opustit.

…….
datum a podpis **autora diplomové práce**

<u>Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:</u>

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Jméno a příjmení účastníka: ……..……..……..……

Místo a datum: ……

Podpis účastníka: ……

---

[1] Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy *(jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).*

Příloha 4 Kategorie a kódy z otevřeného kódování

Těhotenství

Podkategorie	**Podkategorie**	**Kódy spadající do kategorie**
Plánování	Neplánované	- dítě jsme neplánovali tak brzy
	Plánované	- na dítě jsme se těšili a plánovali
	Nezjištěné	- zjistila jsem, že jsem těhotná až při spont. potratu
Čas od záměru počít dítě k úspěšnému početí	X	- Otěhotnět se mi podařilo ihned - Otěhotněla jsem po krátké době (cca 3 měsíce – 1 rok) - Otěhotněla jsem po delší době (více než 1 rok)
Prožívání těhotenství	Pocity	- Radost, štěstí - Šok - Nejistota - Tlak - Strach z reakce partnera
	Chování	- Přípravy na miminko - Plánování oznámení rodině - Oznámení blízkým

Prožívání potratu

Bezprostřední prožívání

Podkategorie	**Kódy spadající do kategorie**

Pocity	- Smutek, lítost, žal - Hněv, vztek - Osamělost - Ztráta - Prázdno - Zklamání - Ponížení - Strach - Nepochopení - Zmatek - Bezmoc, beznaděj
Chování, myšlení	- Neschopnost mluvit, jednat - Předstírání, že se nic neděje - Hledání příčin - Zvracení - Potřeba zavolat blízkým
Myšlení	- Neschopnost uvěřit, falešné naděje - Katastrofické scénáře: „Už nikdy nedonosím dítě“ - Otázky: proč zrovna já?
Fyziologické stavy	- Vymizení příznaků těhotenství - Bolest - Krvácení - Křeče, kontrakce

Prožívání po události potratu

Podkategorie	**Kódy spadající do kategorie**
Pocity a myšlenky	- Prázdno: „Necítila jsem nic.“ - Ztráta - Strach - Stud vůči partnerovi - Lítost, žal a smutek - Odpovědnost, vina:

	- Pocit nefunkčního, špatného těla - Vina: „Něčím jsem to zavinila“ - Méněcennost vzhledem k jiným ženám - „Selhala jsem jako žena.“ - „Nejsem schopna donosit dítě.“ - Neinformovanost – „Nevěděla jsem, že je to běžné, že se to stává i jiným ženám.“ - Vinění okolím: „Moc cvičíš.“ - „Mělo se to stát.“
Chování	- Vytěsnění, vyhýbavé chování - Hledání příčin

Prožívání ztráty

Podkategorie	**Podkategorie**	**Kódy spadající do kategorie**
Ztráta plodu	Slabá potřeba truchlit	- Potřeba se zaměstnat, spíše než truchlit - „Plod nebyl dost silný, mělo to tak být.“
Smrt dítěte	Silná potřeba truchlit	- Pláč - Smutek a lítost - „Na truchlení nebyl čas.“ - Silná bolest - Silná potřeba truchlit - Častý pláč, potřeba se vyvztekat - Truchlení s partnerem - Touha dítě pohřbít - Přemýšlení nad situací - Rozpor: „Smím to takto prožívat?“ - Představy, jaký by to byl člověk
	Dostatečný prostor pro truchlení	- Měla jsem dostatečný prostor - Prostor díky manželovi - Prostor jsem si utvořila v sobě

	Nedostatečný prostor pro truchlení	- V práci nebyl prostor, doma ano
		- Nebyl prostor, musela jsem hned do práce.
		- Truchlila jsem tajně, sama v sobě, před okolím jsem se uzavřela, nebyla jsem schopná o tom mluvit kvůli špatným reakcím
		- Styděla jsem se truchlit
		- Truchlila jsem pouze o samotě.
		- Nepřiznaná ztráta:
		  - Silná potřeba truchlit, ale nikdo se tak ke mně nechoval.
		  - „Otázky, zda si mohu dovolit truchlit, cítila jsem tlak na to, že to byl „jen“ zárodek.“
		  - Doktorka: „To ještě žádné dítě nebylo.“
		  - Blízký zažil ztrátu před porodem – pozornost se stočila k němu.
		  - Rodina musela podpořit jiného člena rodiny, nebyl prostor pro mé truchlení

Reakce okolí

Reakce partnera	- Žádná, nemluvili jsme o tom - Sdílená ztráta, společné prožívání - Podpora - Vysvětlení, dodání informací - Upozadil vlastní smutek - Silný smutek - Snažil se být oporou, ale nevěděl, jak.

	- Zklamání - Byl v tom se mnou - Sdílená nejistota
Reakce rodiny	- Stud sdílet - Nevěděli o tom - Soucit - Smutek, lítost - Nedostatečná empatie - Nepřiznání ztráty - Racionalizace, bagatelizace („to se stává“, „příště se to povede“, „Je to přirozený výběr.“) - Ohleduplné reakce - Cítili ztrátu a zklamání
Reakce přátel	- Nesdílela jsem - Pochopení, podpora - Prostor pro smutek - Lítost - Nevěděli, jak reagovat - Zlehčování situace - Přiznaná ztráta – prostor, podpora, možnost mluvit - Necitlivé reakce, předvádění svých dětí - Nevyžádané udílení rad - Sdílení stejné zkušenosti
Reakce zdravotníků	- Nepříjemné, chyběla lidskost, bez emocí, odborné výrazy, kterým jsem nerozuměla - Neprofesionální jednání, nucená separace od partnera - Nedostatek informací o možnostech - Nutnost být na pokoji s těhotnými - Neempatické jednání, nerespektování soukromí - Traumatizující - Rozporuplná - Bagatelizace – „Není proč brečet.“, je to časté - Bez emocí, pouze fakta

	- Málo informací - Citlivé - Dostatek informací - Možnost mít u sebe stále partnera

Změna prožívání potratu po zkušenostech s reakcemi okolí

Podkategorie	**Kódy spadající do kategorie**
Změna nastala	- Větší informovanost o frekvenci potratů - Zjištění, že je téma tabu - Vyšší pochopení pro ženy ve stejné situaci - Přestala jsem to sdílet – netaktní reakce - Snaha prolomit tabu - Uklidnění, naděje, lepší vyhlídky do budoucna - Zmírnění pocitů viny, zjištění, že nejsem sama, normalizace zkušenosti - Otevření tématu ve svém okolí - Rozhodnutí, že další těhotenství budu tajit - Zjištění, že kdo to nezažil, nemůže mě pochopit.
Změna nenastala	- Prožívala jsem to stále stejně, tak, jak jsem potřebovala - Mé prožívání se nezměnilo, brala jsem to jako řešení přírody - Nesdílela jsem, nechtěla jsem slyšet lítostivé reakce

Potřeby

Potřeby v době potratu	- Empatie - Přítomnost partnera - Odborná pomoc - Být sama, prostor a čas se s tím vyrovnat - Oddělení od těhotných a matek s dítětem v nemocničním prostředí - Soucitná přítomnost, prostor brečet a být smutná

	- Průvodkyni, porodní asistentku, kterou mohu kontaktovat - Citlivější, lidský přístup - Důstojné podmínky při medicínském zákroku
Potřeby v době po potratu	- Prostor a čas se s tím vyrovnat - Citlivější, lidský přístup - Důstojné podmínky při medicínském zákroku - Profesionální přístup zdravotníků - Vůli a sílu - Soucitná přítomnost, objetí, prostor pro smutek - Sdílení, prostor mluvit - Hledat odpovědi na otázky - Smíření - Žádné nevyžádané rady a netaktní reakce - Rituál rozloučení - Nepřítomnost těhotných matek - Podporu, nabídnutí pomoci a prostoru ke sdílení

Sdílení

Potřeba sdílet	- S nejbližšími, se svou matkou - Veřejně – otevření tématu - S partnerem - S ženami ve stejné situaci - V práci - Spíše ženy - Skupiny na potrat zaměřené - Nemám problém sdílet – Bůh ví, co je pro mě nejlepší
Nesdílení	- Uzavření do sebe - Snaha vytěsnit
Potřeba jiného sdílení	- Potřeba sdílet až s odstupem – na terapiích, rituálech - Zpětně ano - S odstupem potřeba prolomit tabu - Potřeba sdílet s manželem, který nechtěl

Znalost žen v podobné situaci	- V době potratu jen jedna žena, teď znám více - Znám pouze v rodině - Znám kamarádky - Neznám žádné

Podpůrné faktory

Co pomohlo s vyrovnáním se se situací	- Čas - Fungující rodina, zázemí - Bůh, víra - Další těhotenství, mateřství - Informace o problematice - Rozhovory s blízkými - Rozhodnutí otevřeně o zkušenosti mluvit - Informace o psychickém rozpoložení - Plánování - Sport - Příroda - Procházky - Terapie, přijetí - Práce, zaměstnat se - Internetové diskuze k tématu, příběhy z internetu – nejsem sama - Vědomí, že by dítě pravděpodobně nebylo zdravé
Využití podpůrných služeb	- O žádných jsem nevěděla - Žádné jsem nevyužila - Konstelace, šamanské rituály - Terapie, přijetí zkušenosti

Další těhotenství

Obavy z dalšího těhotenství	- S každou další ztrátou vyšší obavy a bolest

	- Katastrofické scénáře, že nikdy neotěhotním a pokud ano, dopadne to potratem - Obavy, jestli psychicky zvládnu další těhotenství - Po dalším potratu ohromné obavy - Bojím se dalšího těhotenství, i když už mám jedno zdravé dítě, když už vím, jak to bylo náročné o dítě přijít - Snažím se neobávat - Nebála jsem se moc, protože jsem věřila, že je to ojedinělé, v každém dalším těhotenství jsem se bála více
Zkušenost s dalším těhotenstvím	- Každé další otěhotnění trvalo trochu déle - Neužívala jsem si ho, bála jsem se s dítětem navázat vztah, nechtěla jsem nic kupovat - Žádná radost, strach, napětí, vidiny špatného konce – přišel další potrat – poté už extrémní strach - Silná nervozita první tři měsíce

Vývoj v čase

Vývoj psychického stavu	- Zhoršení: Ztráta dalších 4 dětí – deprese – pokus o sebevraždu, práce se sebou – částečné smíření – vděčnost za to, co jsem objevila – pomohl mi rituál rozloučení - Přišly další děti, na truchlení nebyl čas, stále cítím lítost a ztrátu - Překryto bolestivější ztrátou - Další potraty, psychický stav se nezlepšil - Po roce pominul šok - Strach z dalších těhotenství - Lítost, ale beru to tak, že se to mělo stát - Ani po 28 letech nejsem schopná ani ochotná zapomenout - Cca rok trvalo, než jsem to přijala, ztráta nám posílila vztah

	- Šok – smutek – nepochopení – uzavření se, pocit zmaru, bezmoci – úplné vyrovnání až se třetím těhotenstvím a současným mateřstvím - Vyrovnání díky dalším dětem
Změna vnímání potratu	- Získání informací – větší porozumění situaci - Už nebrečím, nepřepadají mě výčitky, beru to jako součást života - Zažila jsem více potratů, které už přijímám s pokorou, je to „shora“ - Mírné zlepšení, ale stále brečím, i po dvou letech, vnímání se nezměnilo - Přijetí po 3 letech – životní zkušenost - Čas + otupělost z dalších potratů
Pocity při sepisování svého zážitku	- Klid, smíření - Mírné rozrušení - Vztek na neempatické lékaře - Mám to zpracované, ale v očích mám slzy - Smutek - Silný smutek, vše se vybavuje - Vrací se smutek a bezmoc, ožívají obavy z dalších těhotenství - Už nebrečím, ale cítím lítost - Necítím se nijak zvláštně - Jsem stále zraněná manželovou reakcí, zlobím se na tehdejší režim, byla jsem na to sama - Cítím se krásně, žádné výčitky, smutek ani pláč, jen přijetí - Přijala jsem to, ale cítím smutek - Jsem nad věcí, jsou u Boha, co nejde vyřešit, musím přijmout - V kontextu dalších zážitků tenhle nevyvolává emoce - Díky dalšímu zdařenému těhotenství spíše bez emocí, bez hořkosti a bolesti

	- V klidu, vyrovnaná, příjemný test toho, jak na tom člověk je (má za sebou 4 potraty a je v 5. těh.) - Cítím se normálně, nevadí mi vzpomínat - Možná cítím větší ztrátu, než jsem si tenkrát uvědomovala - Jsem ráda, že mohu přispět zkušeností – málo se o tom mluví

Témata závěrečného sdělení

Zdravotníci	- Chyběla mi lidská podpora, místo odborných výrazů - Chybí prostor pro dialog, dostatek péče a času - Lékaři jsou přetížení, chyběl mi individuální přístup
Smutek a bolest	- Nejhorší je bezmoc, nic nemůžu udělat - Je jedno v jaké fázi přijdete o dítě, smutek je stejný
Léčivé zkušenosti	- Komunikace a otevřené rozhovory s blízkými - Rituály, pohřeb, upomínkové místo
Nalezený smysl	- Vše má svůj důvod - Zjištění, že těhotenství je opravdu darem
Téma ve společnosti	- Společnost dluží těmto matkám po psychické stránce hodně - Chtěla bych, aby se víc informovalo, pak bych se s tím možná lépe srovnávala, kdybych měla informace
Neinformovanost	- Chybělo mi vysvětlení, informace - Ženy, které nemají dostatek informací, si to dávají za vinu
Obavy	- Šílený strach z dalšího těhotenství - Nedovolila jsem si se radovat, což je mi zpětně líto, ale nedivím se
Zlehčování	- Bagatelizace potratu zdravotníky – běžná rutina
Nová zkušenost	- I bez dětí umím žít plnohodnotný život - Hodně jsem se o sobě dozvěděla - Zjištění, že průběh těhotenství hodně ovlivňuje psychika

Péče	- Chybí ucelená péče, dohledatelná péče a standardně nabízená
Změna vnímání	- Zpětně mi zkušenost nepřijde tak bolestivá a destruktivní - Přijmula jsem to jako skutečnost, která se stává často