

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Psychologické aspekty rozhodnutí o ukončení těhotenství
Psychological aspects of the decision to terminate a pregnancy

Klára Podrápská

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

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie s rozšířením o speciální pedagogiku

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Psychologické aspekty rozhodnutí o ukončení těhotenství potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího 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 11.7.2022

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Haně Sotákové, Ph.D, za odborné vedení, trpělivost a citlivý pohled na téma. Poděkování patří také všem ženám, které se mnou sdílely své příběhy. Bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje psychologickým aspektům rozhodnutí o ukončení těhotenství. V teoretické části jsou rozvedeny některé vlivy, které na rozhodování mohou působit jako je pojetí mateřství, přístup k těhotenství, krize nebo stres. Empirická část stojí na rozhovorech se ženami, které mají zkušenost s rozhodováním o ukončení těhotenství. Tyto výpovědi jsou analyzovány prostřednictvím metody IPA (interpretativní fenomenologická analýza). Hlavním cílem této práce je přiblížit jedinečnou zkušenost žen, které se rozhodovaly o ukončení těhotenství. Dále se práce pokouší identifikovat jaké faktory ženám pomohly v procesu rozhodování, jaké byly vnější a vnitřní faktory, které měly vliv na rozhodování a jak ženy svou zkušenost reflektují.

KLÍČOVÁ SLOVA

Proces rozhodování interrupce; ukončení těhotenství; krize; mateřství; interpretativní fenomenologická analýza (IPA)

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on the psychological aspects of the decision to terminate a pregnancy. In the theoretical part, influences that may affect the decision are discussed, such as the concept of motherhood, attitude towards pregnancy, crisis or stress. The empirical part is based on interviews with women who have experienced the decision to terminate the pregnancy. These accounts are analysed through the IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) method. The main aim of this thesis is to give an insight into the experience of women who have made the decision to terminate a pregnancy. Furthermore, the thesis attempts to identify what factors helped the women in their decision making process, what were the external and internal factors that influenced the decision and how the women refer to their experience.

KEYWORDS

Decision Making Process; Termination of a Pregnancy; Induced Abortion; Crisis; Motherhood; Interpretative Phenomenological Analyses (IPA)

Obsah

1	Úvod	1
2	Teoretická část	2
2.1	Mateřství a těhotenství	2
2.1.1	Mateřství jako vývojový úkol.....	2
2.1.2	Současný ideál mateřství	2
2.2	Těhotenství	3
2.3	Interrupce.....	5
2.3.1	Psychologické aspekty interrupce	6
2.3.2	Neplánované a nechtěné těhotenství.....	7
2.3.3	Nepříznivá socioekonomická situace	7
2.3.4	Diagnóza plodu.....	8
2.4	Rozhodování a interrupce	10
2.4.1	Rozhodování.....	10
2.4.2	Rozhodování o interrupci	11
2.5	Stres, zátěž a krize	14
2.5.1	Stres a úzkost.....	14
2.5.2	Krize	15
2.5.3	Diagnóza dítěte jako zdroj stresu.....	16
2.5.4	Kompenzační mechanismy.....	17
3	Empirická část	20
3.1	Výzkumné cíle a výzkumné otázky.....	20
3.2	Metodologie.....	20
3.2.1	Výzkumný vzorek	20
3.2.2	Metody sběru dat	22

3.2.3	Interpretativní fenomenologická analýza	23
3.2.4	Etika výzkumu.....	23
3.3	Analýza I.....	24
3.3.1	Respondentka 101 – paní T	24
3.3.2	Respondentka 102 – paní E	30
3.3.3	Respondentka 103 – paní S	38
3.4	Analýza II.	43
3.4.1	Respondentka 101 – paní T	43
3.4.2	Respondentka 102 – paní E	44
3.4.3	Respondentka 103 – paní S	46
4	Diskuse	47
5	Limity výzkumu	50
6	Závěr.....	51
	Seznam použitých informačních zdrojů	52
	Seznam příloh.....	58

1 Úvod

Tato práce se věnuje ženám, které během svého života otěhotněly a z různých důvodů se rozhodovaly, zda budou v těhotenství pokračovat, nebo podstoupí umělé přerušování těhotenství.

Mou motivací k výzkumu na takové téma byly především hlasy žen, které poukazyvaly na absenci systematické psychologické poradenské služby věnující se ženám, které se právě nacházejí v procesu rozhodování, která by byly ženám nabízena v rámci zdravotnického zařízení. Snažím se zjistit, jaké faktory a psychologické aspekty mají vliv na proces rozhodování a které by se případně mohly stát tématem takových služeb.

Další výraznou motivací mi byla protipotratová politika některých států Evropy a USA, která má od počátku výzkumu (prosinec 2021) do jeho konce (červenec 2022) vzestupnou tendenci. Debata o možnosti podstoupit legální a bezpečnou interrupci se stává aktuálním společenským tématem. Považuji za klíčové vnášet do této veřejné diskuse autentické hlasy žen, které mají zkušenost s rozhodováním, zda podstoupí umělé ukončení těhotenství. Jaká je jejich zkušenost a jaké jsou psychologické aspekty tohoto procesu. Těmto tématům se věnuji ve své práci.

2 Teoretická část

2.1 Mateřství a těhotenství

2.1.1 Mateřství jako vývojový úkol

Vývojový úkol je podle Havighursta "...úkol, který vzniká v určitém období života jedince nebo přibližně v tomto období, jehož úspěšné splnění vede ke štěstí a úspěchu při plnění pozdějších úkolů, zatímco neúspěch vede k neštěstí jedince, nesouhlasu společnosti a obtížím při plnění pozdějších úkolů" (Havighurst 1953, 197).

Rodičovství je často chápáno jako vývojový úkol stadia dospělosti. Erikson rodičovství a péči zahrnuje do sedmého stadia – dospělosti, u kterého identifikuje jako psychosociální krizi *generativitu vs. stagnaci* a jako základní ctnost *péči* (Erikson, 2015). Generativita je zde vnímána jako snaha o mezigenerační přesah. Dospělý jedinec má v tomto pojetí usilovat o tvoření (pro) další generace (Erikson, 1950, 2015).

Slater (2003) ve svém rozpracování Eriksonovy teorie hovoří o krizi rodičovství jako o jediné krizi generativity, která je univerzální, protože otázka rodičovství se nějakým způsobem dotkne každého. Někteří se vědomě rozhodují, zda být, nebo nebýt rodičem, někteří se rodiči stanou bez vědomého rozhodování a jiní se rozhodnou být rodiči, ale nemohou. Důsledky této krize s sebou nicméně vždy přináší nutnost přehodnocení dosavadních životních rolí.

Eriksonovo pojetí úspěšné dospělosti se v leccem prolíná s teorií seberealizace A. Maslowa (1970). Konkrétně oba autoři vnímají podobně vývoj člověka jako pohyb směrem od orientace na sebe k orientaci na druhé (Slater, 2003). I Maslow zmiňuje rodičovství jako jeden z možných způsobů seberealizace (Maslow, 1970). Gilliganová (1982) význam péče (pro dospělé ženy) dokonce vyzdvihuje nad důležitost jiných projevů generativity, jako je například pracovní uplatnění.

2.1.2 Současný ideál mateřství

Podle výzkumu Masopustové a kol. (2018) je současný ideál mateřství výrazně ovlivněn dvěma trendy přicházejícími ze západních zemích. Těmi jsou fenomén „yummy mummy“ a

tzv. intenzivní mateřství. *Yummy mummy* je představa matky jako sexuálně žádoucí, úspěšné a realizované ženy, kterou mateřství neunavuje, ale naopak, děti jsou spíše doplňkem jejího životního stylu. Tento obraz „šťavnaté matky“ je živěn mediálním obrazem mateřství prostřednictvím celebrit. (Littler, 2013; Masopustová et al., 2018).

Intenzivní mateřství je přístup k péči o dítě, který identifikovala Sharon Hays (1996) včetně jeho složek, které později doplnili Liss a kol. (2013):

- Žena nejlépe zvládne rodičovství a péče o dítě je odpovědností matky.
- Péče by měla být intenzivní a zaměřená na dítě. Dítě by mělo být výchovou aktivně rozvíjeno.
- Děti jsou nevinné, posvátné a je potřeba je ochraňovat.
- Mateřství přináší ženě naplnění, radost a lásku.

Představy o mateřství (potažmo rodičovství) jsou formovány ještě před příchodem dítěte. Může jít o dobu těhotenství, nebo i dřívější (Masopustová et al., 2018). Pokud jsou tyto představy a očekávání nerealistické, má to špatný vliv na psychickou pohodu (nadcházejících) matek. Pokud ženy vnímají těhotenství optikou ideálu mateřství, může jim jejich vlastní těhotenství přinášet pocit selhání, nedostatečnosti nebo zklamání (Staneva et al., 2015). Nesoulad mezi skutečným já a ideálním já může být spouštěčem deprese (Higgins et al., 1985). Z myšlenek intenzivního mateřství pak vyplývá důraz na zodpovědnost ženy za blaho dítěte. A to nejen v období po porodu, ale také v těhotenství. Žena může pociťovat tlak na to, aby jako dobrá matka jednala v zájmu (nenarozeného) dítěte (Staneva et al., 2015).

2.2 Těhotenství

Vývojové úkoly těhotenství

Côté-Arsenault a Denney-Koelsch (2016) chápou těhotenství jako dobu přípravy na mateřství, během které probíhají psychologické, fyzické a sociální procesy, jejichž výsledkem by mělo být dosažení mateřské identity. Jednotliví autoři (např. Rubin, 1984; Attrill, 2002) definují vývojové úkoly, které by měla žena splnit v předporodním období. Uvádím zde úkoly těhotenství tak jak je identifikoval Attrill (2002):

- přijmout těhotenství a vztahovat se k embryu

- vnímat dítěte jako individuálního jedince
- vnímat sebe sama jako matku
- psychická příprava na porod

Jednotlivé úkoly se mohou od výše uvedených lišit v závislosti na různých faktorech ovlivňujících průběh a prožívání těhotenství. Například na přijetí těhotenství může mít negativní vliv neplánované, nechtěné těhotenství nebo zkušenosti s předchozí ztrátou (Attril, 2002).

Vztahem mezi těhotnou ženou a nenarozeným dítětem zkoumá například *teorie vazby matky a plodu* (maternal-fetal attachment). Forma vazby závisí především na kognitivní reprezentaci plodu, kterou si žena vytvoří. Pokud žena přiřazuje plodu osobnostní a emocionální charakteristiky, vazba se zvyšuje (Sallisbury et al., 2003). Rozvoj vazby mezi matkou a plodem je dynamický. Největší rozvoj je zaznamenáván v době prvních rozpoznatelných pohybů dítěte v děloze a po absolvování ultrazvukového vyšetření. Úspěšně vybudovanou vazbu mezi matkou a plodem může ohrozit deprese nebo úzkost matky prožívaná během těhotenství. Nízká úroveň vazby, nebo opoždění jejího nástupu může mít na svědomí obrana ženy před traumatem, jako je ztráta dítěte (Lindgren, 2001; Alhusen, 2001).

Vnímání sebe sama jako matky a pocit rodičovství také nemusí přijít před porodem, ale i měsíc, nebo až dvanáct měsíců po porodu (Mercer, 1986, cit. podle Deave, 2008).

Výrazná změna také přichází v situaci, kdy je matce (resp. rodičům) sdělena letální diagnóza plodu. Kromě potlačení vazby matky a plodu, někteří autoři mluví o celkové proměně vývojových úkolů (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2016) – viz níže.

Psychologické fáze těhotenství

Prenatální období lze z vývojového hlediska rozdělit na tři trimestry, během nichž se ze zárodku stává embryo a plod (Thorová, 2015). Rastislavová (2008) nebo Špaňhelová (2015) uvádí členění doby těhotenství na jednotlivé fáze s ohledem na jejich psychologická specifika:

První psychologická fáze

První fáze odpovídá zhruba prvnímu trimestru. Žena během této doby zjišťuje, že je těhotná a s touto informací pracuje. Začíná si uvědomovat dopady svého těhotenství na její budoucí život i na život svých blízkých. Vypořádává se s problémem, jak informaci sdělit rodině. Pocity ohledně těhotenství může zažívat ambivalentní. Na jedné straně mohou být emoce radosti, na straně druhé obavy, pocity viny nebo nejistoty. V této fázi je také velmi důležité, jak se k těhotenství postaví partner a nejbližší rodina (Rastislavová, 2008).

Druhá psychologická fáze

Další období přichází, když žena začne vnímat přítomnost plodu prostřednictvím pohybů v děloze a obrazu z ultrazvukového vyšetření. Také začínají být patrné fyzické projevy těhotenství, tedy rostoucí břicho. Ambivalentní pocity, které se mohly objevit v první fázi se často mění na pozitivní. Představa o dítěti se v tomto období specifikuje (i vzhledem k možnosti znát jeho pohlaví) a žena se začíná na příchod miminka prakticky připravovat. Zjišťuje si informace, nebo se zapojuje do komunity budoucích matek. Ženy, které mají negativní zkušenost s předchozím těhotenstvím mohou pociťovat obavy z další ztráty (Rastislavová, 2008).

Závěrečné období

V této fázi, která je vymezená zhruba od 34. týdne těhotenství přípravy na příchod dítěte vrcholí. Zároveň se s blížícím porodem mohou zvyšovat obavy týkající se samotného porodu, nebo doby po něm. Žena může pochybovat o tom, jak zvládne péči o dítě a zda bude dobrou matkou. Po tělesné stránce se může žena cítit vyčerpaná a může zažívat fyzické nepohodlí související s těhotenským břichem (Rastislavová, 2008; Špaňhelová, 2015).

2.3 Interrupce

Interrupce neboli umělé přerušení těhotenství se podle Závazných pokynů Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) dělí na *miniinterrupce*, provedené do 8. týdne těhotenství a *interrupce* po 8. týdnu těhotenství, do 12. týdne na žádost ženy a do 24. týdne ze zdravotních důvodů. Zdravotními důvody se rozumí ohrožení života ženy, těžké poškození plodu nebo stav, kdy je plod neschopen života (ÚZIS, 2022).

V České republice bylo v roce 2020 podle zdravotnické statistiky ÚZIS ČR 2022 Potraty 2020 provedeno 16 886 umělých přerušení těhotenství (UPT), z čehož téměř 69 % tvořily

miniinterrupce a 19,5 % bylo ze zdravotních důvodů. Absolutní číslo uměle přerušných těhotenství i přepočet na 1000 žen byl v roce 2020 nejnižší od roku 1960. Mezi ženami, které v roce 2020 podstoupily UPT byla nevíce zastoupena věková kategorie žen od 30 do 34 let. Z důvodu zdravotních indikací nejčastěji podstoupily umělé přerušování těhotenství ženy od 40 do 44 let. Největší zastoupení měly ženy svobodné a ženy které před podstoupením interrupce (nebo miniinterrupce) porodily 2 živě narozené děti (ÚZIS, 2022).

2.3.1 Psychologické aspekty interrupce

V odborné i populární literatuře se v souvislosti s potratem vyskytuje termín *postabortivní syndrom* (nebo také postinterrupční syndrom). Přestože někteří autoři existenci tohoto syndromu potvrzují (Speckhard & Rue, 1992), většina současných studií neprokázala známky přítomnosti takového fenoménu.

Postabortivní syndrom bývá definován jako typ posttraumatické stresové poruchy (PTSD) projevující se příznaky jako je deprese, znovuprožívání traumatu, aktivování obranných mechanismů nebo problém s navazováním sociálních kontaktů (Stotland, 1992; Speckhard & Rue, 1992; Zareba et al., 2020).

Ukazuje se, že výše zmíněné příznaky prožívá po absolvování potratu menšina žen (Robinson et al. 2009). Riziko psychických problémů u žen, které mají zkušenosti s interrupcí nechtěného těhotenství není vyšší než u žen, které nechtěné těhotenství dokončily. Zároveň ženy, které podstoupily potrat ze zdravotních důvodů jsou vystaveny podobnému riziku psychických potíží, jako ženy, které prožily spontánní potrat, nebo se jim narodilo mrtvé dítě (Major et al., 2009).

Potrat je nicméně individuální zkušenost každé ženu a stejně tak psychické následky mohou být pro ženy různé. Existují určité rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost psychických problémů po interrupci (Zareba et al. 2020; Major et al. 2009; Rastislavová, 2008):

- předchozí psychiatrické onemocnění
- neplánované nebo nechtěné těhotenství
- tlak z okolí, absence sociální opory, nestabilní interpersonální vztahy

- osobnostní charakteristiky
- nevhodné copingové strategie
- socioekonomické faktory
- náboženské a kulturní pozadí s negativním postojem k interrupcím

2.3.2 Neplánované a nechtěné těhotenství

Neplánované nebo nechtěné těhotenství bývá označováno za faktor, který negativně ovlivňuje těhotenství a plod. V případě, že žena v nechtěném těhotenství pokračuje, může zažívat ambivalentní nebo negativní emoce, stres a úzkost. Různá škála pocitů se může vztahovat k ní samé a obavě o budoucnost, její rodině a partnerovi, ale i k nenarozenému dítěti (Rastislavová, 2008).

Studii o následcích nechtěného těhotenství pojednává například tzv. Pražská studie nechtěných dětí autorů Matějčka a Dytricha. Do této studie byly vybrány ženy, kterým interrupční komise dvakrát zamítla žádost o interrupci mezi lety 1961-1963. U těchto žen byl pozorován dvakrát vyšší výskyt spontánního potratu, než je v populaci běžné, několik dětí zemřelo po porodu nebo v prvních letech života a nadprůměrný počet narozených dětí bylo dáno k adopci. Ostatní děti byly dále sledovány a hodnoceny v několika kritériích vývoje (Rastislavová, 2008).

Některé děti narozené z nechtěných těhotenství v průběhu života (až do věku 35 let) vykazovaly v některých negativních ukazatelích vyšší výsledky než ostatní a zároveň byly hodnoceny níže v aspektech týkajících se úspěšnosti, jako jsou například studijní výsledky, rodičovství spokojenost v zaměstnání (David, 2006).

Chtěnost těhotenství se také proměňuje v průběhu gravidity. Podle Pečené (1999) s přibývajícím dobou těhotenství vyšší podíl žen hodnotí dvě těhotenství jako chtěné.

2.3.3 Nepříznivá socioekonomická situace

Do kategorie těžké ekonomické nebo sociální situace mohou spadat ženy, které nejsou finančně dostatečně zabezpečené, ženy s nízkou sociální podporou, nebo například ženy svobodné. Poslední zmíněné tvořily téměř 60 % ze všech žen, které v roce 2020 podstoupily umělé přerušování těhotenství (ÚZIS, 2022).

2.3.4 Diagnóza plodu

Mezi nejčastěji diagnostikované abnormality plodu patří Downův syndrom, rozštěp páteře, anencefalie a Turnerův a Klinefelterův syndrom. O ukončení těhotenství je nejčastěji rozhodnuto u diagnózy Downova syndromu (přibližně v 92 % případů). Na opačném pólu stojí Klinefelterův syndrom (58 %). Mansfield a kol. (1999) se domnívají, že příčinou může být závažnost prognózy, která se s danou diagnózou pojí. Další faktory pak mohou být doba diagnózy nebo dostupné informace o stavu plodu.

Názor na přistoupení k interrupci v případě abnormality plodu se mění vzhledem k životní situaci. Netěhotné ženy z běžné populace, které byly dotázány, zda by pokračovaly v těhotenství v případě diagnózy Downova syndromu, odpověděly kladně ve 43 % případů. 23 % těchto žen by těhotenství ukončilo a 34 % si nebylo jisto. Při rizikovém těhotenství počet žen, které by volily umělé přerušování těhotenství roste a po pozitivní diagnóze Downova syndromu počet žen, které se rozhodnou pro ukončení těhotenství stoupne až na 90 % (Choi et al., 2012).

Screeningová a invazivní vyšetření

Screeningová vyšetření v těhotenství se provádí za účelem odhalení rizikových plodů. Jde o neinvazivní vyšetření. Jeho výsledky sdělují pouze určitou míru rizika chromozomálních odchylek nebo vývojové vady a jsou indikací k případným dalším vyšetřením (Skutilová 2016).

Tzv. kombinovaný screening v 1. trimestru podstoupí ženy v rozmezí od 11. do 13. týdne těhotenství. Určuje riziko diagnózy Downova, Patuova a Edwardsova syndromu (Skutilová, 2016).

Biochemický screening ve 2. trimestru se provádí zhruba od 16. do 18. týdne těhotenství a má odhalit rizika chromozomální aberace (Skutilová, 2016). Mezi 18. a 22. týdnem se provádí Ultrazvukový screening, jehož cílem je především odhalení rizika vrozených vývojových vad, jako jsou vady srdce, vady mozku, vady ledvin nebo rozštěpové vady (Skutilová, 2016). Posledním screeningovým vyšetřením je ultrazvukové vyšetření v 30. – 32. týdnu zaměřené na stejné aspekty, jako předchozí zmíněná.

Mezi invazivní vyšetření patří odběr plodové vody (aminocentéza), biopsie choria nebo odběr pupečnickové krve (kordocentéza) (Skutilová, 2013). K těmto metodám vyšetření se přistupuje v případě pozitivního výsledku screeningového vyšetření, z důvodu jiných rizikových faktorů (věk matky, předchozí těhotenství bylo zatíženo chromozomální vadou, jeden z partnerů je nosičem genetického onemocnění) nebo na vyžádání těhotné ženy (Skutilová, 2013)

Proměna těhotenství po zjištění diagnózy

Po sdělení nepříznivé diagnózy se proměňují vývojové úkoly těhotenství. Pokud se žena (nebo pár) dozví letální diagnózu plodu a rozhodne se v těhotenství pokračovat, stojí před nimi podle Côté-Arsenault a Denney-Koelsch (2016): následující úkoly:

- komunikace s okolím
- pochopení důsledků stavu
- revize cílů těhotenství
- využití času s dítětem
- příprava na porod a nevyhnutelnou smrt
- obhajoba integrity dítěte
- přizpůsobení se životu bez přítomnosti dítěte

Pro účely této práce jsou klíčové především první tři úkoly, protože je možné je identifikovat nezávisle na výsledku rozhodnutí (pokračování v těhotenství, nebo jeho ukončení). Následující čtyři úkoly definují Côté-Arsenault a Denney-Koelsch (2016) pro rodiče, kteří se v těhotenství rozhodli i přes letální diagnózu plodu pokračovat a očekávají úmrtí dítěte před porodem, během, nebo krátce po porodu.

Komunikace s okolím

Okolí rodičů přirozeně očekává příchod zdravého dítěte a nepočítá s možností, že by miminko zemřelo před porodem, nebo brzy po něm (Smith et al., 2013). Rodiče, kteří se dozvěděli, že má jejich dítě letální diagnózu čeká sdělení této zprávy svým blízkým. Musí se rozhodnout, jak budou o situaci komunikovat a komu se svěří. Někteří rodiče mohou

pociťovat obavu ze stigmatizace a odsouzení okolím a spíše informaci tají (Sandelowski, 2005).

Pochopení důsledků stavu

Čekání na výsledky vyšetření a potvrzení či vyvrácení diagnózy bývá pro rodiče velmi náročné. Může je provázet pocit, že se lékaři mýlí, nebo se při vyšetřování stala chyba. Z počátku často neví, jak s informací o diagnóze naložit, co je čeká a co by v dané situaci měli (nebo mohli dělat) dělat (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2016).

Revize cílů těhotenství

S prognózou úmrtí dítěte před, během, nebo krátce po porodu se mění očekávání, která si rodiče v průběhu těhotenství vytvořili. Ještě před samotnou ztrátou dítěte totiž rodiče přichází o představy a fantazie, která o dítěti měli. Musí tak přijmout zcela novou realitu. Mohou se zaměřit na plánování porodu prostřednictvím porodního plánu nebo učinit některá rozhodnutí týkající se perinatální péče (Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2016).

Podle Côté-Arsenault a Denney-Koelsch (2016) vnímají ženy (resp. rodiče), které se dozvěděly nepříznivou diagnózu dítěte těhotenství rozdělené do pomyslných dvou částí. Fázi před diagnózou a fází poznávání diagnózy.

2.4 Rozhodování a interrupce

2.4.1 Rozhodování

Podle Skořepy (2005) je rozhodování hledání té nejlepší možnosti ze všech dostupných možností. Přičemž to, co je nejlepší je subjektivně hodnoceno jedincem, který se rozhoduje.

Tato definice se však nezabývá rozhodováním v kontextu času, jako na proces. Janis a Mann definují ve své práci určité orientační fáze procesu rozhodování, které však nejsou neměnné, ani ve své posloupnosti, ani v jasné oddělitelnosti (Janis a Mann, 1977 cit. podle Schautová, 2016):

1. fáze vyhodnocení a výzvy
2. fáze mapování alternativ
3. fáze zvažování alternativ

4. fáze odhodlání k závazku
5. fáze lpění na výběru i přes negativní zpětnou vazbu

Vymezení těchto kroků především zdůrazňuje, že v rozhodování nejde jen o zvažování možností s ohledem na jejich důsledky, ale jde o proces komplexnější, do kterého zasahuje i to, co mu předchází a co následuje (Schautová, 2016).

V situaci, kdy má člověk učinit důležité rozhodnutí a uvědomuje si rizika a dopady, které jeho volba přinese může nastat interpersonální konflikt. Jde o střet dvou nebo více protichůdných sil (motivů, tendencí, cílů nebo názorů), který se odehrává v nitru jedné osoby. Při myšlence na rozhodování může pociťovat nejistotu, váhavost, akutní stres nebo silný pocit tísně (Janis & Mann, 1977).

Může se jednat buď o střet dvou podobně žádoucích (konflikt apetence – apetence), nebo podobně nežádoucích alternativ nebo hodnot (konflikt averze-averze). V některých případech může dojít i k ambivalentnímu konfliktu, tedy k výskytu pozitivních i negativních prvků v rámci jedné situace. Intrapersonální konflikty mají na jedince negativní vliv v podobě stresu, zhoršené pozornosti, nespokojenosti nebo *nerozhodnosti* (Paulík, 2010).

2.4.2 Rozhodování o interrupci

Rozhodování o potratu je proces, který prožívá každá žena individuálně a odlišně. Některé ženy se rozhodnou bez větších obtíží a nevnímají situaci jako traumatizující. Pro jiné je celý proces naopak velmi obtížný (Kumar et al., 2004). Podle Rastislavové (2008) dokonce většina žen dojde k rozhodnutí, aniž by pociťovala vnitřní konflikt, a i po uplynulém čase si za svým rozhodnutím stojí a hodnotí ho jako správné. Pokud se však žena rozhoduje o ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů, bývá pro ni rozhodování podobně stresujícím zážitkem, jako je perinatální úmrtí plodu.

To, jak žena vnímá těhotenství a potrat, je významný faktor, který určuje, jak obtížný pro ni proces rozhodování bude. Plod může od okamžiku potvrzení těhotenství považovat za dítě a vztahovat se k němu odpovídajícím způsobem. Nebo ho vnímat jako součást svého těla (Pines, 1972). Pokud již má vytvořenou představu dítěte, může pro ni potrat znamenat ztrátu snů, očekávání a nadějí. Zároveň čím více je těhotenství chtěné a plánované, tím je rozhodování o jeho ukončení pro ženu obtížnější (Rastislavová, 2008).

Lalor a kol. (2009) identifikují určité fáze, které může žena (resp. pár) prožívat v případě, že čeká dítě, u kterého byla diagnostikována některá abnormalita.

Představa normality

Pokud rodiče neměli zkušenost s postižením dítěte z blízkého okolí, neočekávají, že by taková situace mohla nastat právě u nich. Předpokládají, že je jejich dítě zdravé.

Šok

Po vyřčení diagnózy přichází fáze šoku. Rodiče mohou pociťovat nedůvěru a vyčkávat do definitivního potvrzení diagnózy.

Význam diagnózy

S nastalou situací musí začít rodiče pracovat. Zjišťují informace, příčinu a rozhodují se, zda těhotenství ukončí, nebo v něm budou pokračovat.

Přestavba

Po tom, co je učiněno rozhodnutí je na čase posunout se vpřed a vytvořit si, pokud možno pozitivní vizi do budoucnosti.

Od chvíle prvního podezření na abnormalitu plodu do finálního potvrzení diagnózy, může žena pociťovat silnou nejistotu. Tato nejistota se vyznačuje pocitem ztráty kontroly nad svým tělem a nad situací. Žena často neví, co by mohla, nebo měla dělat, a to jí způsobuje silné pocity nepohody. Přístup k informacím ohledně diagnózy může tento pocit nejistoty snižovat a zároveň dává ženě možnost lépe pochopit, jak výsledky následujících vyšetření ovlivní další průběh těhotenství. (Lalor et al., 2008; Staneva et al., 2015).

Lidé vyhledávají informace, aby znovu získali pocit kontroly a předvídatelné budoucnosti. Míra tendence vyhledávat informace se však mezi ženami individuálně liší. Některé ženy mají dokonce potřebu informacím se vyhnout a udržet si tak naději, že se jim narodí zdravé dítě. Pro ty může být nadbytek informací o diagnóze plodu zdrojem úzkosti a stresu. Chování lidí vzhledem k jejich potřebě přístupu k informacím lze obecně rozdělit na ty, kteří informace vyhledávají a ty, kteří se jim vyhýbají. Tyto styly chování souvisejí se způsoby zvládnání zátěže (viz dále) a je důležité je respektovat při komunikaci s těhotnými ženami (Lalor et al., 2008).

Žena se při rozhodování nejčastěji radí s partnerem. Některé ženy však mohou být přesvědčené, že do procesu rozhodování není potřeba zapojit nikoho dalšího a rozhodují se samy. Na zdravotníka nebo jiného odborníka se tak mohou obracet až ve chvíli, kdy rozhodnutí učinily a proces ukončily. V takovou chvíli může další otevírání tématu nebo snaha se ženou rozhodnutí probrat způsobit protažení doby do samotné interrupce. Tento čas však bývá pro ženu velmi náročný. Zdravotník či jiný odborník by měl tedy ženě poskytnout dostatek informací, pokud o ně projeví zájem a v rozhodnutí ji případně podpořit. Na veškeré pokusy změnit názor nebo oddálit rozhodnutí mohou ženy reagovat negativně (Kumar et al., 2004).

Faktory, které ovlivňují rozhodování o interrupci

Podle Choi a kol. (2012) lze faktory, které se podílí na rozhodnutí o ukončení těhotenství rozdělit do dvou skupin. Demografické faktory, do kterých spadá socioekonomická situace, náboženství, věk matky, gestační věk plodu, již narozené děti a zkušenost s potratem. Mezi psychosociální faktory poté řadí míru podpory okolí, vnímanou rodičovskou zátěž, vnímanou kvalitu života dítěte se zdravotním postižením, a celkový postoj k jedincům s postižením.

Velmi podstatným faktorem při rozhodování je vnímaná kvalita života lidí s postižením. Podle studie Bell a Stoneman (2000) se zhruba 92 % žen, které se rozhodly ukončit těhotenství s na základě diagnózy Downova syndromu domnívalo, že by jejich dítě nebylo nikdy schopné samostatně fungovat. 90 % těchto žen považovalo postižení za příliš závažné a 82 % se obávalo o péči o dítě po své smrti.

Mnoho žen také kromě obav z vlastní zátěže, uvažuje o dopadech narození potomka s postižením na další členy rodiny. Korenromp a kol. (2007) zjistili, že 73 % žen se obává zátěže, která by dopadla na sourozence dítěte s postižením a 50 % žen má strach, že by narození takového dítěte byla nepřiměřená zátěž pro vztah s partnerem.

Faktor vnímané rodičovské zátěže/ odměny se ukazuje jako ovlivnitelný kvalitou předchozího kontaktu s lidmi s postižením. Pokud žena (resp. rodiče) mají pozitivní zkušenost s lidmi s Downovým syndromem, mohou rodičovství s takovým dítětem vnímat spíše jako osobní obohacení, než zátěž (Lawson, 2006; Lawson & Walls-Ingram, 2010).

Již zmíněné náboženské faktory mohou hrát při rozhodování důležitou roli. Některé studie však naznačují, že religiozita je významnějším prediktorem postoje k interrupcím spíše než konkrétního chování žen s rizikovým těhotenstvím. Rozdíly mezi postoji a chováním již dříve popsali také Fishbein a Ajzen (1975). Vliv náboženství, který se ukazuje by tedy mohl být spíše nepřímý a na ženu působit prostřednictvím skupinových norem a tlaku společnosti (Williams, 1982).

Ukazuje se, že pokud rodiče pocítují podporu ze společnosti je nižší pravděpodobnost, že se rozhodnou pro ukončení těhotenství v momentě, kdy čekají dítě se závažnou diagnózou. A že informovanost o dostupných sociálních službách, které by jim mohly péči o dítě ulehčit může být pro proces rozhodování důležitější, než znalost samotné diagnózy (Lawson, 2006; Roberts et al., 2002).

2.5 Stres, zátěž a krize

2.5.1 Stres a úzkost

V průběhu těhotenství může žena pocítovat stres a úzkost v různých momentech. Jak je zmíněno výše těhotenství samo o sobě může být stresorem. V kontextu tohoto výzkumu je možné zmínit moment, kdy je ženě sdělena diagnóza dítěte, jako příklad stresové a traumatizující události (Skutilová, 2013). Proto se budu dále věnovat stresu, jeho možným důsledkům na proces rozhodování a faktorům, které mohou negativní vliv stresu kompenzovat.

Stres je stav, při kterém adaptační schopnosti jedince nedostačují míře zátěže, které je člověk vystaven (Hladký et al. 1993). Stresové situace jsou pak podle Paulíka (2010) ty, při kterých dochází k výrazné diskrepanci mezi expozičními a dispozičními faktory. Tedy nepoměru mezi náročností požadavků kladených na jedince – stresogenní situace a osobnostními předpoklady jedince, které mu umožní situaci překonat. Situace se tak stává pro jedince neúnosnou (Křivohlavý, 2001).

To, zda bude *potenciálně stresová situace* (nese takové aspekty, které mohou za určitých podmínek působit stres) jedincem vyhodnocena jako *reálně stresová* (situace ohrožuje, nebo jinak negativně ovlivňuje jedince) záleží na několika faktorech (Paulík, 2010):

- Závislost na *subjektivním hodnocení* jedincem vzhledem k osobní hodnotové orientaci. Člověk zde vyhodnocuje, zda je situace aktuálně ohrožující, nebo působí jako hrozba vzhledem k anticipované budoucnosti v kontextu svého subjektivního hodnotového systému.
- Dále mají vliv osobnostní charakteristiky jedince, jako je například neuroticismus, odolnost, intelekt atd.).
- Schopnost aplikovat vhodné copingové strategie.
- Osobní zkušenosti týkající se stresových situací.
- Sociální síť, pomoc a opora, která se jedinci dostává od ostatních lidí.

2.5.2 Krize

„Krise představuje přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení“ (Špatenková, 2004).

Krise nastává v momentě, kdy se žena dozví, že je těhotná, v momentě vyslovení podezření existence určitého rizika, nebo sdělení diagnózy. Jde tedy o krizi spojenou s danou situací. *Situační krize* podle Špatenkové (2004) je charakteristická tím, že její výskyt se neodvíjí od žádného konkrétního životního období, její výskyt je náhlý a nepředvídatelný. Událost bývá jedincem popisována jako šok nebo zaskočení a je vnímána negativně.

Vodáčková dále specifikuje některé precipitory, které mohou vyvolat situační krizi. Jde především o vnější spouštěče, jako je *ztráta a její hrozba, změna a její anticipace* nebo *volba* (Vodáčková, 2009, s. 34). Všechny tyto zdroje krize můžeme vztáhnout na situaci, kdy je žena postavena před nepředvídanou situací spojenou s těhotenstvím, na základě, které se poté může rozhodovat o jeho ukončení.

Existuje mnoho popisů průběhu reakcí na krizi, přičemž každý autor formuluje jednotlivá stadia trochu odlišně např. Caplan (cit. podle Vodáčková, 2020). Obecný průběh by se nicméně dal shrnout následovně: šok – zvyšování napětí a aktivace obraných mechanismů – vyčerpání a zahájení vyrovnávání se s krizí – smíření a přijetí.

Pro ilustraci zde uvedu průběh reakce na krizi, tak jak jej popisuje Baltes (1996), vzhledem k vhodnosti aplikace na situační krizi (Špatenková, 2004):

1. Šoková fáze

Tato fáze je spojena s pocitem vnitřního chaosu a napětí. Hlavní roli hraje obranný mechanismus popírání a postižený může vykazovat známky zhoršeného kontaktu s okolním světem.

2. Fáze emoční reakce

Zasažený jedinec je konfrontován s realitou a intenzivně prožívá všechny přicházející emoce. Pokud se člověku v této fázi nedostane adekvátní sociální podpory a pomoci, hrozí, že se stav krize stane trvalým (chronifikace). Obrannými mechanismy jsou nejčastěji racionalizace, popírání a potlačování.

3. Fáze zpracování krize

V této fázi se člověk pomalu začíná orientovat na budoucnost, emocionální reakce spojené s krizovou událostí jsou méně časté a snižuje se jejich intenzita.

4. Fáze nové orientace

Traumatická událost se nakonec zcela integruje do životní zkušenosti jedince a poskytuje mu spíše možnost osobního růstu. Jedinec znovu nabývá ztracené stability a sebevědomí.

Pokud nebyla krize jedincem zpracována, mohla být traumatizující událost vytlačena do nevědomí. V případě, že poté došlo k další krizi, hovoří Špatenková (2004) o tzv. *kumulované krizi*, kdy je aktuální krize umocňována vzpomínkami na minulou událost. V kontextu potratu může jít například o absenci truchlení a nedostatečného zpracování ztráty (Špatenková, 2004).

2.5.3 Diagnóza dítěte jako zdroj stresu

Nepříznivá diagnóza nenarozeného dítěte (nebo i dítěte již narozeného), představuje pro ženu, potažmo rodiče zátěžovou situaci. Někteří autoři mluví dokonce o *dvojitém traumatu*. Rodičům se zhroutí představa, kterou si vytvořili o budoucnosti zdravého potomka a k tomu je děsí nejistá a neznámá podoba budoucnosti s dítětem s postižením (Vágnerová et al., 2009).

Právě nejistota, absence informací a neurčitá představa o tom, co postižení obnáší nebo jaká je jeho prognóza je podle Vágnerové a kol. tak velikou zátěží zejména proto, že vyvolává pocit ztráty kontroly, bezmoci a nemožnost, jakkoliv v dané situaci konat (Vágnerová et al., 2009).

2.5.4 Kompenzační mechanismy

Teorie efektivity zpracování (Eysenck a Calvo, 1992) hovoří o kognitivní zátěži způsobené stresem a úzkostí a jejím vlivu na řešení problému. Pokud žena pociťuje silný stres nebo úzkost, její kapacita pro rozhodování se může snížit. Tento efekt se snižuje v momentě, kdy je jedinec méně úzkostný nebo má přístup k některým kompenzačním zdrojům. Mezi takové zdroje můžeme řadit copingové strategie, sociální síť nebo odolnost, jako osobnostní rys. Všechny uvedené zdroje budou dále dány rozvedeny a dány do souvislosti s tématem práce.

Sociální opora

Sociální opora je silně spojena s mírou subjektivní pohody během těhotenství, a naopak její nedostatek je prediktorem depresivní nálady (Rudnicki et al., 2001). Pokud žena vnímá podporu od svého okolí nižší, než očekávala, může prožívat pocity zklamání (Cecil, 1994).

Nejvýznamnější roli zde hraje rodina těhotné ženy. Konkrétně partner a matka. Rodinní příslušníci na ženu mohou působit uklidňujícím dojmem a povzbudit ji. Pokud se žena rozhodne sdílet své prožitky s přáteli, může to pro ni mít pozitivní účinek. Menší počet žen pak vyhledává podporu i v pracovním kolektivu, mezi kolegy (Cecil, 1994; Abboud & Liamputtong, 2005).

Ne všechny sociální interakce se členy sociální sítě lze však považovat za podpůrné. Pokud je podpora poskytnuta nevhodnou formou, nebo není interakce ze strany ženy žádána, může mít naopak škodlivý účinek na její psychickou pohodu (Revenson et al., 1991).

Náročná situace se však nemusí týkat jen ženy jako izolovaného jednotlivce, ale rodiny jako celku. Můžeme poté hovořit o *rodině v krizi* (Furlong & Black 1984; Sobotková in Špatenková, 2004). O vlivu nepříznivé diagnózy dítěte na rodinu pojednává například Vágnerová a kol. (2009) nebo Špaňhelová (2015). Je proto vhodné, aby byl rodině k dispozici sociální pracovník nebo jiný odborník.

Copingové strategie v těhotenství

Copingové strategie jsou zobecněné způsoby, jakými se lidé vyrovnávají se zátěžovou životní situací (Vymětal, 2003). Na výzkum copingových strategií, kterých využívají ženy během těhotenství se zaměřili např. Rudnicki a kol. (2001), Abboud a Liamputtong (2005) nebo Hamilton a Lobel (2008).

V průběhu těhotenství jsou nejčastěji využívány 3 typy copingových mechanismů: *plánování a příprava, vyhýbání se a spirituální a pozitivní myšlení*. Poslední zmíněný mezi těhotnými ženami převládá. Autoři také konstatují, že se dominantní copingová strategie v průběhu těhotenství proměňuje. Spirituální myšlení převládá na počátku a v polovině těhotenství, případně při výskytu komplikací a nepředvídatelných situací. S postupem těhotenství také snižuje využívání strategie vyhýbání (popírání), vzhledem k tomu, že je čím dál tím složitější svůj stav ignorovat. Příprava a plánování bývá přítomno v průběhu celého těhotenství (Hamilton & Lobel, 2008). Rudnicki a kol (2001) nachází souvislost mezi nízkou sociální oporou a mírou využití vyhýbavé strategie a zároveň subjektivně prožívanou depresivní náladou těhotných žen.

Způsoby zvládání lze také rozdělit podle Vymětala (2003) na *vnější a vnitřní*, vzhledem k aktivitě subjektu. Vnější copingová strategie je zaměřená na problém a jeho aktivní řešení. Vnitřní strategie naopak spočívá v zaměření se na dopady problému. Jedinec využívající tuto strategii se orientuje na své pocity a význam, který situaci přikládá. Obě strategie mohou být funkční, pokud jsou vhodným způsobem rozvíjeny například za pomoci odborníka.

Odolnost a sebehodnocení

Odolnost (resilienci) lze podle Paulíka (2010) vnímat buď jako osobnostní rys, nebo jako proces. Odolnost jako komponenta osobnosti je „...schopnost nenechat se výrazněji vyvést z míry, rychle po odeznění zátěže obnovit původní stav akceschopnosti i kreativně využít poznatky z již zvládnuté zátěže...“ (Paulík, 2010, s. 102). Procesuální pohled na odolnost naopak zdůrazňuje proměnlivost a dynamičnost tohoto psychického jevu.

S resiliencí mohou souviset další faktory (tzv. protektivní faktory), jako je například smysl pro humor, dobré vztahy s dalšími lidmi, locus of control nebo víra v osobní účinnost (self-efficacy) (Paulík, 2010).

Odolnost může být chápána také jako dispozice, která se utváří prostřednictvím sociálních vztahů. Jednotlivé sociální role se mohou lišit mírou odolnosti, která se od nich očekává a podle tohoto očekávání přizpůsobit své chování. Různá míra odolnosti se očekává od jednotlivých genderových rolí. Ukazuje se, že muži bývají odolnější vůči působení akutního stresu, nicméně hůře reagují na dlouhodobě působící stresory. Ženy naopak vykazují vyšší míru odolnosti při dlouhodobé zátěži. Liší se také míra, ve které jednotlivé gendery vyhledávají sociální oporu. Ženy této strategie využívají častěji než muži, přičemž podpora ze strany blízkých je významným faktorem zvyšující jak odolnost, tak self-efficacy (Paulík, 2010).

Důležitou roli v těhotenství hraje sebehodnocení. Ať už ve smyslu hodnocení sebe v kontextu kulturně přijímaných ideálů mateřství (jak bylo zmíněno výše), víry v osobní účinnost nebo sebeúcta. Všechny tyto zmíněné faktory mohou zvýšit psychickou odolnost ženy během těhotenství, která jí později pomůže při překonávání náročných situací. (Mihelic et al., 2016; Masopustová et al., 2018, Rastislavová, 2008).

3 Empirická část

3.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka: *Jaká je zkušenost žen, které se rozhodovaly o ukončení těhotenství?*

- a. **Výzkumná podotázka:** Jaké faktory ženám pomohly v procesu rozhodování?
- b. **Výzkumná podotázka:** Jaké byly vnější a vnitřní faktory, které měly vliv na rozhodování?
- c. **Výzkumná podotázka:** Jak ženy o své zkušenosti hovoří?

Mým cílem zachytit jedinečnou a neopakovatelnou zkušenost žen, které se ve svém životě rozhodovaly o ukončení těhotenství. A dále analyticky prozkoumat některé psychologické aspekty rozhodnutí o ukončení těhotenství. Přiblížit je, prostřednictvím vyprávěné zkušenosti několika respondentek.

3.2 Metodologie

Kvalitativní design

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní design, vzhledem k charakteru výzkumných otázek a cíle výzkumu, tedy zachycení jedinečné zkušenosti. Zkušenost jako taková je nekvantifikovatelný fenomén, který navíc silně vázán na určitý kontext, kterým může být osobnost respondentek nebo situační charakteristiky, které dokreslovaly onu zkušenost. Výše zmíněné charakteristiky – jedinečnost a neopakovatelnost, nekvantifikovatelnost nebo kontextuálnost uvádí ve své knize Miovský (2006, s. 17-18), jako klíčové pro kvalitativní výzkum.

3.2.1 Výzkumný vzorek

Výběr vzorku

Výzkumný soubor byl vybrán nepravděpodobnostní metodou. Konkrétně metodou záměrného (účelového) výběru. (Miovský, 2006, s. 135-136). Cíleně jsem oslovila několik žen, o kterých jsem věděla, že mají zkušenost se zkoumaným fenoménem. Tímto způsobem

byly vybrány dvě respondentky. Jedna z nich pak oslovila svou kamarádku, která se následně mého výzkumu také zúčastnila. Tento způsob výběru by se dal označit také jako metoda sněhové koule (Miovský, 2006, s. 131), nicméně vzhledem k tomu, že jde jen o jeden případ, nepovažuji tuto metodu za dominující.

Popis vzorku

Smith doporučuje pro metodu IPA výzkumný vzorek 3 až 6 respondentů (Smith et al., 2009, s. 51). Můj výzkum pracuje s dolní hranicí tohoto rozsahu a výzkumný soubor tvoří tři ženy, které mají zkušenost s rozhodováním o ukončení těhotenství. Protože mě zajímá proces rozhodování, nikoliv jeho důsledek, tvoří vzorek dvě ženy, které interrupci podstoupily a jedna, která se rozhodla v těhotenství pokračovat.

Sociální a demografické charakteristiky respondentek, získané prostřednictvím anamnestického dotazníku jsou shrnuty v *tabulce 1*. Respondentky kromě zkušenosti s rozhodováním o ukončení těhotenství spojuje také věk, počet dětí, které respondentka vychovává/vychovávala a skutečnost, že jsou v současné době v dlouhodobém partnerském vztahu.

Tabulka 1. Sociodemografické údaje.

Otázka	Respondentka 101	Respondentka 102	Respondentka 103
Jaký je Váš současný věk?	45-49 let	45-49 let	45-49 let
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	VŠ vzdělání	VŠ vzdělání	vyučení
Jaký je Váš status?	jsem studentka, pracuji	jsem na mateřské dovolené	pracuji
Jaký je Váš rodinný stav?	v dlouhodobém partnerském vztahu	v dlouhodobém partnerském vztahu	v dlouhodobém partnerském vztahu

Jaký byl Váš rodinný stav v době rozhodování?	v dlouhodobém partnerském vztahu	v dlouhodobém partnerském vztahu	bez partnera
Kolik máte vlastních dětí?	1	2	2
Kolik vychováváte/jste vychovávala děti?	2	2	2

3.2.2 Metody sběru dat

Anamnestický dotazník

Anamnestický dotazník (viz příloha), který předcházel samotnému rozhovoru jsem zvolila z několika důvodů. Hlavním motivem byla lepší možnost připravit se na rozhovor ze strany mé i respondentek. V dotazníku jsem se ptala na konkrétní aspekty a okolnosti situace rozhodování o ukončení těhotenství. Šlo především o faktické informace týkající se těhotenství a jeho ukončení. Dále jsem zjišťovala sociodemografické údaje o respondentkách, které mi v kombinaci s dalšími informacemi usnadnily přípravu na rozhovor. Mým cílem bylo především co nejvíce minimalizovat riziko zvýšené popisnosti rozhovoru a možnost soustředit se na samotnou zkušenost a prožívání respondentek.

Dalším důležitým faktorem byl etický rozměr využití dotazníku – viz kapitola 3.2.4 Etika výzkumu.

Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor s respondentkami probíhal formou polostrukturovaného interview (Miovský, 2006, s. 159). Na základě dat získaných o jednotlivých respondentkách prostřednictvím anamnestického dotazníku jsem přizpůsobila otázky tak, aby reagovaly na jejich konkrétní zkušenosti. Tematické okruhy však byly zachovány pro všechny respondentky shodně formou tzv. návodu k rozhovoru (Hendl, 2008, s. 174) viz příloha.

Vzhledem k nepříznivé epidemiologické situaci, dva rozhovory probíhaly po domluvě s respondentkami online formou přes aplikaci Zoom. Jeden rozhovor probíhal osobně, u mě

doma. Rozhovory byly po celou dobu nahrávány a následně přepsány. (Ukázka transkripce rozhovorů viz příloha.)

3.2.3 Interpretativní fenomenologická analýza

Pro analýzu získaných dat jsem zvolila metodu interpretativní fenomenologické analýzy (interpretative phenomenological analysis, IPA). Jde o „...původní psychologický kvalitativní přístup k datům, jenž je rozvíjen od 90. let minulého století Jonathanem A. Smithem“ (Kostínková & Čermák in Řiháček et al., 2013, s. 9).

Cílem fenomenologické analýzy je popsat a analyzovat jedinečnou zkušenost jedince s konkrétním fenoménem (Hendl, 2008, s. 128). Tato metoda umožňuje výzkumníkovi nahlédnout, jaký jedinec dává své zkušenosti smysl a jak jí rozumí (Smith et al., 2009, s. 11).

Postupovala jsem podle analytického procesu tak, jak ho uvádí Smith (2009, s. 82-103) nebo Kostínková a Čermák (2013, 17-22):

1. Čtení a opakované čtení
2. Počáteční poznámky a komentáře
3. Rozvíjení vznikajících témat
4. Hledání souvislostí napříč tématy
5. Analýza dalšího případu
6. Hledání vzorců napříč případy

3.2.4 Etika výzkumu

Vzhledem k citlivosti tématu mé práce na etickou stránku kladla velký důraz.

Před zahájením výzkumu jsem kontaktovala některé organizace zabývající se tematikou interrupcí a poskytující krizovou intervenci. Organizace (např. perinatální hospic Dítě v srdci nebo organizace ONŽ Poradenství pro ženy a dívky) jsem informovala o plánovaném výzkumu a obrátila jsem se na ně s dotazem, zda mohu na jejich služby své respondentky v případě potřeby odkázat.

Součástí anamnestického dotazníku byl informovaný souhlas o účasti na výzkumu (viz příloha). Dále jsem se každé respondentky před začátkem rozhovoru optala, zda může být rozhovor pro účely výzkumu nahráván.

Respondentky jsem pečlivě ubezpečila o dobrovolné účasti na výzkumu a o možnosti na některé otázky neodpovídat, rozhovor ve kterékoliv jeho fázi přerušit, nebo zcela ukončit. Tematické okruhy respondentky částečně znaly předem z již zmíněného anamnestického dotazníku, jehož položky tematické okruhy rozhovoru částečně kopírovaly. Tento postup jsem zvolila proto, aby se respondentky mohly s tématy seznámit předem a rozhodnout se, zda se chtějí rozhovoru zúčastnit i poté, co byly vystaveny vzpomínkám na svou zkušenost. Zároveň jsem tímto způsobem předešla některým citlivým otázkám, na které by respondentkám nemuselo být příjemné odpovídat přímo v rozhovoru (otázky týkající se samotného ukončení těhotenství).

Veškerá data byla anonymizována a bezpečně uchována. Jména osob a názvy míst jsou změněny. Pro účely dotazníku dostala každá respondentka přidělený kód, pod kterým byla dále evidována.

3.3 Analýza I.

3.3.1 Respondentka 101 – paní T

Paní T jsem před rozhovorem znala, několikrát jsme se spolu viděly, nicméně jsme spolu nikdy delší dobu nehovořily. Před začátkem rozhovoru mi paní T nabídla tykání, což velmi přispělo neformální atmosféře hovoru. Protože měla v době výzkumu paní T dlouhodobé zdravotní problémy, musely jsme se domluvit na online rozhovoru prostřednictvím platformy Zoom. Na termínu a čase setkání jsme se shodly rychle a respondentka byla velmi vstřícná a ochotná se mnou o své zkušenosti otevřeně hovořit.

Již z anamnestického dotazníku, který rozhovoru předcházel jsem se od paní T dozvěděla o významné roli, kterou v procesu rozhodování hrál její partner a víra. Kromě toho se v něm respondentka zmiňovala o své negativní zkušenosti s lékaři a zdravotníky.

Paní T čekala dítě s diagnostikovaným rozštěpem páteře a patra. Byla jí proto nabídnuta možnost interrupce. Respondentka se rozhodla v těhotenství pokračovat a narodilo se jí zdravé miminko.

Tabulka 2. Otázky ohledně ukončení těhotenství (resp. 101).

Otázka	Respondentka 101
--------	------------------

Kdy probíhalo těhotenství?	před 5 a více lety
Kolikáté Vaše těhotenství to bylo?	čtvrté
V jakém týdnu těhotenství jste se začala rozhodovat o ukončení?	12. - 24. týden
Kolik času jste na rozhodování měla?	7-10 dnů
Z jakého důvodu jste se rozhodovala o ukončení těhotenství?	zdravotní riziko pro dítě
Kdo rozhodnutí o ukončení těhotenství učinil?	já s partnerem, já s odborníky
Podpořil Vás ve Vašem rozhodnutí někdo z okolí?	partner, víra
Jak Vaše rozhodování dopadlo?	rozhodla jsem se v těhotenství pokračovat
Jak dopadlo Vaše těhotenství?	narodilo se zdravé dítě
Jak vnímáte roli lékařů a zdravotníků?	spíše negativně
Jakou následnou péči jste dostala?	x
Myslíte, že jste měla pro rozhodnutí dostatek informací?	určitě ne
Rozhodla byste se stejně znovu?	určitě ano
Je něco, co byste nyní ráda sdělila poté, co jste se nad svou zkušeností znovu zamyslela a co byste chtěla, aby tu nyní zaznělo?	Chybné závěry lékařů a malá informovanost mohou zcela zbytečně zmařit lidský život a ovlivnit celou rodinu.

Témata 101

Výchozí pozice

Těhotenství, o kterém jsme spolu s paní T hovořily, bylo její čtvrté. Předešlá těhotenství končila spontánními potraty, přičemž jednou čekala dvojčata.

„ Tak vzhledem k tomu, že všechny ty předchozí těhotenství vlastně jsme se snažili otěhotnět a vlastně nešlo to a vždycky když se to podařilo, tak to skončilo vlastně kolem třetího měsíce potratem. “

„A pak vlastně to třetí těhotenství, jako to bylo jako to druhé, s pomocí lékařů, taky po umělém oplodnění. A vlastně to jsme čekali dvojčátka a to vlastně taky nedopadlo. “

Tou dobou procházela paní T s partnerem manželskou krizí, což pro ni samotnou byla psychická zátěž.

„ Do toho jsme měli ještě fakt jako hlubokou manželskou krizi, kterou jsem si teda prošla jako vošklivě. “

Po neúspěšných těhotenstvích se respondentka s partnerem rozhodla adoptovat dívku s postižením (kongenitální syfilis). Vlastní těhotenství poté, podle slov paní T, přestali řešit, protože veškerou energii a péči věnovali adoptivní dceři.

„Takže my jsme se jakoby upli na ní. A vlastně jakoby to vlastní těhotenství už jsme ani jakoby neřešili.“

„Pak se vlastně nám zadařila teda ta adopce s I. a I. vlastně nás pohltila. Vlastně veškerou tou péčí, takže už jsme ani neřešili to otěhotnění. A upřímně řečeno mě ani v tu chvíli nenapadlo, že bych mohla být těhotná a zvládat prostě ještě i tu péči o tu I.“

Když se paní T dozvěděla, že je těhotná, nemohla tomu uvěřit, byl to pro ni šok. Popisuje velikou radost, ale současně strach z možného potratu. Říká, že se nechtěla znovu zklamat. Zároveň si uvědomovala náročnost, kterou s sebou nese péče o dítě s postižením a současně o malé miminko.

„Za prvý prostě šok.“

„Tak jsem na ní tak jako koukala a tak jsem si říkala, tak asi jsem se už ze všeho pomátla.“

„Napřed jsem tomu nechtěla věřit, pak jako mi to ukázala na tom monitoru.“

„Takže jsem takhle jako začala a furt jsem nechtěla si to připustit. Na jednu stranu tam ve mně furt byla taková jako strašná radost a takový jako štěstí, ale který jsem jako zároveň jakoby potlačovala, protože jsem se bála. Já už jsem se nechtěla jakoby zklamat jo.“

„[...] a furt jsem si říkala, no tak jako jo, ale teď nebo co s tou I. a co budeme...Jak to vyřešíme prakticky...“

Jistota vs. nejistota

Když se paní T dozvěděla diagnózu rozštěpu páteře, nedokázala si představit, co to obnáší. Bylo jí řečeno, že její dcera bude „ležák“ a že má necelé dva týdny na to, aby se rozhodla, zda chce těhotenství ukončit, nebo v něm pokračovat.

Přesto, že se respondentka několikrát pokusila zjistit více informací o samotné diagnóze i možnostech dalšího vyšetření, nebylo jí ze strany lékařů vyhověno.

„A tam vlastně mi pan doktor řek, že vlastně bude mít V. jakoby rozštěp v obličejí a rozštěp v páteři. A že mám zhruba necelejch tak čtrnáct dní na to, abych se rozhodla, jestli ukončíme jakoby těhotenství.“

„A neuměla jsem si představit ten rozštěp v páteři. Jsem říkala: „Jako co to znamená ten rozštěp v páteři?“ A von říká (přezíravým tónem): „Nó, no tak to asi bude jako ležák.“ A já říkam: „Jako jak, asi jako ležák?“ „No, tak jako různě.“ A já říkám: „A je to jako jistý, že má ten rozštěp v páteři, nebo budete dělat nějaký další

vyšetření.? Nebo jako v jakým rozsahu? Jsou různé varianty?“ A on říká: „No tak teď jsem vám tohle řek a vy máte deset dní na to, abyste si jako rozhodla, že jako přerušíte těhotenství, nebo ne.“

Respondentku upření přístupu k dalším informacím znejistělo. Nevěděla, zda jde jen o podezření na diagnózu, nebo o jistotu, že bude mít její dcera rozštěp páteře. A navíc si nebyla jistá, co by takové postižení obnášelo a jak by se na něj mohla z praktického hlediska připravit.

„Konkrétně třeba na kolik je to procent. Že oni vlastně řekli riziko. A kdyby mi třeba řekli: „Uděláme ještě nějaký vystření, ať jako to víme stoprocentně.“ A když ne stoprocentně, tak na kolik ta lékařská věda dovoluje co nejpřesnější tu diagnózu.“

„Za prvý jsem tam furt viděla jakoby, že to není stoprocentní, ale spíš jsem si asi v tu chvíli myslela, že to nebude tak hrozný.“

„Takže já si spíš myslím, že jsem chtěla jako slyšet ty informace, abych věděla, na co se mám připravit. Jo? Jak moc blbý to bude a jak moc se mám připravit a...a prostě prakticky, jak to prostě dořešit.“

Zkušenosti a představa budoucnosti

Paní T jsem se v rozhovoru ptala, jak vnímá svou zkušenost s péčí o dítě s postižením v kontextu rozhodování o ukončení těhotenství s druhým dítětem, které se mělo narodit s postižením. Respondentka ji vnímá spíše negativně. Říká, že poprvé nevěděla, co čekat a myslela si, že se jí a její rodině dostane pomoci a podpory od institucí. Toto očekávání se však nenaplnilo a nabyla pocitu, že jsou s partnerem na vše sami. Předpokládala, že stejně by tomu bylo i v případě druhého dítěte a obávala se, jak všechnu péči zvládnou.

„Já myslím, že mě to vyděsilo. Jako na jednu stranu právě proto, že jsem si uměla představit už, protože když jsme si brali tu I., tak jsem si spoustu věcí představit neuměla.“

„A hlavně teda jsem si myslela, že když už nebudu zvládat, takže náš sociální systém a tak, jako že mi prostě jako pomůžou nějaký instituce. A to pak jako byla další facka jako jo. Že prostě ten stát tady na to jako...“

„My jsme nedostávali žádnou jakoby pomoc a podporu, jo. Takže já jsem si to, když jsme si brali tu I., tak jsem si spoustu věcí nedokázala prostě představit. Byť jsem si myslela že jsem na hodně věcí připravená, tak prostě hodně věcí jsme si museli prostě sami. Takže i s tou V. jsem věděla, že je to právě jakoby těžký. A že už jsem si uměla představit, že je to těžký a že přesně tam můžou být zase nějaké ty věci, který ještě jako my si neumíme představit a... A už jsem věděla že nám nikdo moc jako extra nepomůže, takže spíš to bylo... Spíš to byla ta negativnější zkušenost, než že bych věděla jó, už vlastně vim, do čeho jdu, tak jako to už mě jako nepoloží. Takže tam to bylo spíš jako holka, bude to prostě jako pěkněj mazec.“

Paní T si podle svých slov dovedla představit péči o dítě s tělesným nebo mentálním postižením, nechtěla si však připustit, že by diagnóza byla tak závažná, jak předpovídali lékaři, nebo dokonce fatální.

„Tak prostě já jsem si to v sobě tak nastavila, že asi tam jako nějaký problém s tou páteří bude, ale tak jako, že bude na vozejku, nebo prostě tak. Ale ne, jako že prostě to bude nějaký jako fakt jako fatální, nebo prostě jako... Tak jako, že bude prostě připojená na hadičkách a jenom prostě ležet jo. A prostě jsem nějak jako nechtěla vůbec jako...Vůbec jsem si jako v sobě nechtěla připustit tu myšlenku, že bych prostě...“

Dále však paní T dodává, že i kdyby diagnóza letální byla, pravděpodobně by se stejně rozhodla pro pokračování v těhotenství.

„Musím říct, že i kdyby mi řekli, že i kdyby mi řekli, že prostě jako do půl roka, nebo do roka jako umře, protože bude na hadičkách, tak že i tak bych do toho šla. Protože i s tou I. nám řekli, že umře. Že nepřezije pět let anebo pubertu.“

Pochybnosti o tom, zda bude mít dcera paní T po narození zdravotní komplikace posilovala zkušenost respondentky s rodinou, které lékaři předpovídali narození miminka se zdravotním postižením. Dítě se však narodilo zdravé.

„Že prostě nemám ty stoprocentní informace a navíc vlastně my jsme měli už zkušenost od kamarádky, který vlastně taky říkali, že prostě nebude mít holka vyvinutej žaludek a já nevím, co všechno a pak prostě nakonec se narodilo úplně v pořádku.“

Role partnera při rozhodování

Partner paní T (pan P) hrál v procesu rozhodování velikou roli. Přestože rozhodnutí samo o sobě učinila respondentka, pan P pro ni byl oporou a v rozhodnutí jí podpořil. Paní T vyzdvihuje jeho roli v péči o adoptivní dceru a také to, že ve své roli otce a partnera stojí pevně. Několikrát opakuje, že pan P ani na okamžik nezapochoyboval o tom, zda si dceru nechají. Bral jako přirozené, že bude paní T v těhotenství pokračovat i s ohledem na jejich dlouhodobou snahu o otěhotnění.

„Prostě to bylo pro nás pro voba tak silný, že už jsem prostě došla v tom těhotenství tak daleko, že prostě jako...Ani von vo tom jako neuvažoval.“

„Já jsem věděla, že když se rozhodnu, že to dítě jako si nechám, že mě podpoří. To jsem věděla stoprocentně [...] jakoby partner a táta je prostě naprosto spolehlivej.“

„Vždycky fungoval stoprocentně a naprosto automaticky přirozeně, intuitivně, prostě to je jakoby v něm, jo?“

„A když jsme pak měli jako tu I., tak on jí jakoby přijmul. Za prvý, okamžitě jako svojí a taky s všema jejíma hendikepama, jako naprosto přirozeně, bez jakýchkoliv těch...“

„Jako určitě v tom rozhoduje jakoby líp, jako že... pro mě to bylo jakoby snazší ta volba. Kdyby jako za mnou nestál, tak bych prostě si jí nechala jo, ale samozřejmě tohle to pro mě bylo i strašná jako výhoda a strašná podpora a a jako jednodušší rozhodnutí, že jsem věděla, že na to sama nebudu, jo. Takže tu sílu mi to jakoby dodávalo.“

Víra a její vliv na rozhodování

Důležitost víry paní T v rozhovoru několikrát zdůrazňovala.

„A já teda musím říct, že mně naopak ta víra jakoby pomohla. Jako hodně a dlouho mi pomáhala.“

Víra celé situaci dodávala smysl a zároveň v ní paní T nacházela oporu.

„Mě to jakoby hrozně uklidňovalo a dodávalo mi to ten smysl toho života a věděla jsem, že prostě na to nebudu jako sama s P. Že stejně jako to má nějaký smysl, proč touhle zkouškou si musím projít.“

Paní T hovoří o duchovních stavech, ve kterých cítila propojení se svou nenarozenou dcerou. Tyto představy jí provázely těhotenstvím, a i díky nim paní T cítila jistotu správnosti svého rozhodnutí.

„Já jsem prostě měla potom takový jakoby stavy, v rámci toho těhotenství, kdy jsem prostě věděla, že to dítě je v pořádku.“

„A já jsem měla vždycky prostě takový jakoby představy. Ale který byly skoro reálný. Kdy jsem byla v takový skoro jiný dimenzi.“

„Takže já jsem jako věděla od určitého okamžiku, že bude zdravá a bude v pořádku.“

Role lékařů a zdravotnického personálu

Ve zkušenosti paní T hrají podstatnou roli také lékaři. S paní doktorkou na gynekologii měla respondentka velmi vřelý vztah. Paní doktorka jí pomáhala s otěhotněním a zároveň s ní paní T sdílela své problémy týkající se adopce i *manželské krize*.

„A měly jsme spolu jakoby strašně fajn vztah s paní doktorkou jo. Takže nemůžu říct, že úplně přátelský, ale jako daleko tomu přátelství to nemělo. Protože fakt si mě nějak jakoby oblíbila, hodně jsme si sedly a hodně mi držela pěsti.“

O lékařích, kteří jí sdělili diagnózu dítěte, naopak paní T hovoří spíše negativně. Neposkytli jí dostatek informací a ani jí na žádnou jinou pomoc neodkázali. Doktor její rozhodování bagatelizoval a snižoval v jejích očích hodnotu života nenarozeného dítěte.

Když se paní T v nemocnici svěřila se svou vírou, nerespektovali ji. Respondentka hovoří o tom, jak ji podle ní vnímali jako přítěž.

„A se mě jako ptal, jako kolik mám jako semestrů medicíny, že s nim takhle prostě komunikuju. Jestli nejsem nějaká moc chytrá. Já jsem říkala: „No, chytrá nejsem, ale prostě zase nejsem úplně blbá. A je to prostě moje vymodlené dítě. [...] Když se mám rozhodnout prostě pro to, že to dítě zabiju.“ No a on říká: „Nó, to nemusíte takhle jako prožívat, to prostě není prostě jakoby že byste ho zabila, nebo to...“ A já říká, m že prostě je, je to prostě moje součást, je to prostě živej tvor a prostě... Navíc jako já jsem prostě věřící člověk a já prostě jsem jako vděčná za tenhle dar. A teď, teď jsem viděla tu změnu, v momentě, když jsem řekla, že jsem věřící, tak jako říká: „Aha.“ A tím to prostě pro něj skončilo. Odmítal se prostě se mnou o tom bavit“

„Oni vlastně okamžitě, jak jsem řekla, že jsem věřící, tak i ty sestry, který do té doby se ke mně jako chovali jako korektně, tak od té doby: „A to jsou ty věřící matky. A my se tady teď s nima budeme jako devět měsíců mořit, budeme kolem nich lítat, pak těžkej porod a pak ještě zatížež zdravotnictví. Než aby to jako vyřešili jednou... Jedním jako radikálním řezem a my jsme měli od nich klid.“ Pro ně jsem byla jako složitěj případ, kterej je jako zatěžuje. Zatěžuje zdravotní systém a ještě ke všemu ta věřící matka.“

Těhotenství – milost

O těhotenství paní T mluví několikrát jako o milosti nebo daru. Od té doby, kdy se o svém těhotenství dozvěděla, tušila, že je jiné, než předchozí těhotenství a hovoří o pocitu boží milosti.

„Ale musím říct, jako tam už jako bylo i něco jakoby, jak kdybych jako tušila, že to jako dopadne jo, prostě tam byla taková jakoby... Taková zvláštní milost jakoby nepopsatelná.“

„Jak jsem věděla, že nepotratim, tak jsem to prostě v sobě tak jako měla, jo. Jednak tou vírou, ale i prostě jakoby fakt jako, jak jsem to jako od začátku vnímala jako takovou velikou milost a věděla jsem, že je to moje součást, tak jako...“

Když se miminko narodilo zdravé, bylo to pro ni potvrzení vlastní víry i svého tušení.

„A nakonec mě Hospodin jako obdaroval zdravým dítětem, že jo.“

„To mělo prostě svůj smysl a prostě tu milost jsem tam od začátku cítila. A tám, že jsem jakoby neuhnula, tak jsem byla obdarovaná dál no.“

3.3.2 Respondentka 102 – paní E

Kontakt na respondentku s přiděleným kódem 102 – paní E mi předala paní T (respondentka s kódem 101), její blízká známá, která jí zároveň pověděla o mém výzkumu. V důsledku

nepríznivé epidemiologické situace (v souvislosti s pandemií Covid-19) a onemocnění dětí respondentky jsme se shodly na online hovoru, prostřednictvím platformy Zoom.

K přípravě na rozhovor (viz příloha) jsem využila odpovědi z anamnestického dotazníku (viz Tabulka 3).

Před zahájením samotného rozhovoru jsem paní E požádala o souhlas s nahráváním rozhovoru, ujistila jsem ji, že kdyby jí otázky byly nepříjemné, nemusí na ně odpovídat a že rozhovor můžeme kdykoliv přerušit, nebo ukončit.

Respondentky jsem se optala, kolik má na rozhovor času, na což odpověděla, že to nedokáže říct, protože u sebe má „*dvouletáka*“, malé dítě, ke kterému by případně musela odejít. Především z tohoto důvodu vnímám online rozhovor jako částečně omezující v možnostech respondentčina autentického vyjádření.

Tabulka 3. Otázky ohledně ukončení těhotenství (resp. 102).

Otázka	Respondentka 102
Kdy probíhalo těhotenství?	před 5 a více lety
Kolikáté Vaše těhotenství to bylo?	druhé
V jakém týdnu těhotenství jste se začala rozhodovat o ukončení?	12.-24. týden těhotenství
Kolik času jste na rozhodování měla?	3 dny + cca týden do zákroku bylo možné rozhodnutí změnit
Z jakého důvodu jste se rozhodovala o ukončení těhotenství?	zdravotní riziko pro dítě, osobní důvody
Kdo rozhodnutí o ukončení těhotenství učinil?	já s partnerem
Podpořil Vás ve Vašem rozhodnutí někdo z okolí?	partner, rodina
Jak Vaše rozhodování dopadlo?	rozhodla jsem se ukončit těhotenství
Jak dopadlo Vaše těhotenství?	došlo k umělému ukončení těhotenství
Jak vnímáte roli lékařů a zdravotníků?	spíše pozitivně
Jakou následnou péči jste dostala?	Byla mi nabídnuta psychologická pomoc, ale odmítla jsem.
Myslíte, že jste měla pro rozhodnutí dostatek informací?	určitě ano
Rozhodla byste se stejně znovu?	určitě ano
Je něco, co byste nyní ráda sdělila poté, co jste se nad svou zkušeností znovu zamyslela a co byste chtěla, aby tu nyní zaznělo?	x

Témata 102

Výchozí pozice

S paní E jsme hovořili o jejím druhém těhotenství, které bylo podle jejích slov plánované a když se o něm s partnerem dozvěděli, měli radost.

„Tak měli jsme radost no. Protože jsme jako uvažovali o druhym dítěti a...Byli jsme rádi no.“

„Druhý bysme měli rádi, ale nebylo to jako vyloženě podmínka, s tím že už nám nebylo ani jednomu dvacet.“

Vědoma si svého věku, respondentka pociťovala slabé obavy o zdraví dítěte. Ty však nebyly příliš významné a paní E jim nevěnovala větší pozornost.

„Jako řekla bych takový nějaký obavy... Jako nebylo mi už dvacet, takže vždycky, vždycky vás napadne, aby bylo mimčo zdravý, ale ne nějak jako, že bych to zásadně řešila.“

Stejně jako u prvního těhotenství si paní E nechala těhotenství s manželem pro sebe a rodině se nesvěřili.

„Tyhleto informace i u prvního těhotenství jsem, jsem všem říkala až ve chvíli, kdy vlastně jste po třetím měsíci a máte nějaké základní testy a víte, že je všechno v pořádku. Do té doby já jsem si i první těhotenství nechávala pro sebe, respektive s manželem jsme to věděli a nikdo jinej. Takže eee v podstatě eee to nikdo nevěděl do té doby, než jsme teda zjistili, jak to je, no.“

Budoucnost

Důležitou roli při rozhodování, zda bude paní E pokračovat v těhotenství, nebo podstoupí jeho ukončení, hrála představa budoucnosti s dítětem s postižením.

„Takže tady z toho pohledu pro mě to jako celkem přirozený, ale říkám, tam spíš zvítězil ten výhled do toho budoucna. Že vám bude třeba šedesát, sedmdesát a už se o něj nebudete moct postarat a budete řešit, jestli najdete, řekněme třeba nějaký zařízení, kde může být, nebo ho v podstatě, když to řeknu ošklivě hodíte na krk jako staršímu bráchovi, jo.“

„Takže samozřejmě jsem si i přečetla, co to obnáší mít dítě s Downovým syndromem a je to v podstatě celoživotní péče. A ve chvíli, kdy vám táhne na čtyřicet a víte, že se vám narodí takovýhle miminko a vy třeba nebudete schopni se o to dítě za dvacet let postarat, tak to byl pro nás zásadní argument. No.“

Zásadním faktorem pro ni byl věk její i partnera, jakožto rodičů, přičemž počítala s tím, že za několik let by již nedovedli dítěti poskytnout potřebnou pomoc. Zároveň si ale uvědomovali, že by potomek s diagnózou Downova syndromu mohl potřebovat neustálou péči v průběhu celého života a v tomto kontextu do rozhodování zahrnuli i svého staršího

syna, na kterého nechtěli odpovědnost za péči delegovat. Podle slov respondentky tedy argument zahrnující výhled do budoucna *zvítězil* a převážil.

Role partnera při rozhodování

Partner – manžel paní E hrál při rozhodování velmi důležitou roli. Jak respondentka říká, na rozhodnutí se podíleli oba stejnou měrou.

„Emm, no jako, asi bych řekla, že to bylo v podstatě půl na půl. Že jsme se v podstatě na tom shodli. Že jsme měli ve výsledku, ve výsledku stejný argumenty no. To co jako převážilo a ty důvody no.“

Argument vztahující se k budoucnosti a péči o dítě hrál u manžela ještě významnější roli, což paní E vnímala a brala v úvahu. Od manžela očekávala racionální pohled i to, že bude pro ukončení těhotenství. Na stejnou stranu se přikláněla i sama paní E, i když její pohled byl méně vyhraněný, než partnerův a do rozhodování vstupovali i jiné faktory než představa budoucnosti.

No, spíš jsem teda čekala, proto že, že bude pro to ukončení. (Respondentka mluví již klidně.) Eeee protože eee, manžel je ještě starší teda než já, o sedm let, takže teda z jeho pohledu tam, tam jako...Bylo ještě složitější ještě než pro mě si představit potom tu péči no.“

V komunikaci s partnerem také paní E vnímá odlišnost mužské a ženské zkušenosti a s ní související pohledy na situaci.

„Pro tu ženskou je to v tu chvíli strašlivě těžký. A myslím, že to jakoby nesrovnatelný eee z pohledu třeba toho muže. Eee v podstatě, když jsme spolu komunikovali, tak jsme řešili jakoby pro a proti. Ale samozřejmě ten pohled toho manžela je daleko racionálnější. Vy v tom máte daleko víc ještě ty emoce.“

Přístup svého muže vnímá respondentka jako ulehčující jejímu rozhodnutí. Nemusí na ní spočívat celá tíha rozhodnutí a spolupodílení jí vyhovuje. Říká, že spolu došli ke shodě, i když prvotní přístup každého z nich byl trochu odlišný.

„Eh, no, já jsem do toho šla s tím, že je to jako otevřený. Byla jsem samozřejmě přikloněná na jednu stranu, ale jako no. V podstatě jsme se shodli. Takže, takže to rozhodování bylo jako v tomhle ohledu asi jako jednodušší.“

Role představy a zkušeností při rozhodování

Ještě před tím, než se respondentka dozvěděla o diagnóze svého dítěte, měla určitá předporozumění problematice péče o děti s postižením. Jak sama říká, samotnou jí tato tematika zajímá.

„Tyhle ty témata mě zajímají, takže já jako i sleduju tohle téma, takže myslím, že jsem povědomí docela měla.“

Ve svém okolí si vybavuje pouze jeden případ, kdy se někomu narodilo dítě s postižením a zemřelo v předškolním věku. Tuto zprostředkovanou zkušenost také zahrnuje do rozhodování vzhledem k tomu, že lékaři vyslovili možnost přidružených vad, které se pojí s diagnózou Downova syndromu.

„A v tu chvíli říkali, že neuměj odhadnout, jak moc velký to postižení bude. A taky se může stát, že bude větší a eee....to dítě by třeba zemřelo dřív, no. Tak to je pro mě jakoby...Taky docela (hořké pousmání) zásadní argument.“

Další zkušenost, kterou respondentka zmiňovala a hodnotila jako přínosnou, se týkala přímo dítěte s Downovým syndromem – holčičky, kterou její matka brala na cvičení do Sokola. Paní E vnímala přítomnost dívky s postižením jako přirozenou a viděla, že i přes určitá omezení s maminkou *fungujou celkem normálně*. Díky tomu si paní E dovedla samotnou péči o dítě s postižením lépe a konkrétněji představit.

„Takže to byly další momenty, který jsou pro mě strašně fajn, tohleto vidět. A viděla jsem, že fungujou celkem normálně. Samozřejmě, má to nějaký svoje omezení, limity, ale ani jsem neviděla, že by se tam lidi chovali nějak negativně, nebo tak. Takže tady z toho pohledu pro mě to jako celkem přirozený, ale říkám, tam spíš zvítězil ten výhled do toho budoucna.“

Do situace rozhodování tedy respondentka vstupovala s dvěma koncepty dítěte s postižením. Jednoho, které v důsledku těžkých vrozených vad zemřelo velmi brzy a druhého, které se naopak v mnohém nepříliš lišilo od intaktního dítěte, nicméně stále vyžadovalo určitou zvláštní péči.

Stoprocentní jistota a možnost nevědomosti

Když paní E hovoří o diagnóze svého dítěte, opakuje, že to byla informace zcela jistá, o které nepochybovala. Respondentka si informace aktivně vyhledávala a srovnávala je se svými výsledky krve a ultrazvuku. Když jí předpoklad definitivně potvrdili lékaři prostřednictvím odběru choriových klků pokládala skutečnost za definitivní.

„Jak to dopadlo, no. Takže...To se potvrdilo, bohužel, což byla stoprocentní jistota...Nebo devadesát devět celých devět. Já jsem jako chtěla vědět, jak na tom jsme. Samozřejmě mohli jsme říct, že...Že je nám to jedno, že tu informaci nechcem a že se miminko narodí a uvidíme, jak to bude, ale do toho jsme upřímně jít nechtěli no.“

„Takže tam tam byla lékařka, která mně řekla, že mě teda pošle hned na ten odběr těch klků. S tím, že mi řekla, co všechno to obnáší, jaký jsou možnosti, jestli to chci, jestli o to stojím. Že prostě můžu tam docházet, budou mě sledovat, a budu to řešit dál jo, pokud nechci to řešit okamžitě tu informaci. Já jsem řekla, že chci, takže okamžitě zajistila...“

„Jsem jakoby načetla dost informací a to, že vám to potvrdí vlastně i tím odběrem, ať už z těch klků, nebo z tý plodový vody, tak v podstatě ta informace je téměř stoprocentní, jo. Není nic stoprocentní, ale todleto jo. A s ohledem na to, že vyšly špatně jak ty krevní testy, tak ten ultrazvuk a ještě tohle, tak to už jsem považovala v podstatě za jistotu, no. Takže tím pádem padly veškerý naděje, že by to mohlo být jinak.“

Paní E právě přístup lékařů, kteří jí poskytli veškeré informace a vysvětlili jí další možný postup a možnosti řešení, hodnotí velmi kladně. Byla jí také nabídnuta možnost, že na další vyšetření potřebné pro potvrzení podezření na diagnózu Downova syndromu nemusí jít. Byla před ní postavena možnost, že se diagnózu nedozví a bude v těhotenství pokračovat standardním způsobem s tím, že rozhodnutí může odložit na později. To ale respondentka rozhodně odmítla a veškeré možné informace dostat chtěla. Považovala za nepřijatelnou představu, že se dítě narodí a budou řešit až vzniklou situaci.

Emoce versus racionalita

Z počátku pro mě bylo velmi obtížné určit, jak se respondentka k celému příběhu vztahuje. Ve výpovědi paní E je spousta formulací, které napovídají, že z šlo z jejího pohledu o racionální volbu. Rozhodnutí, které s partnerem učinili po důkladném rozebrání argumentů pro a proti, přičemž brali v potaz faktory jako vlastní věk, obtížnost péče o dítě s postižením, nebo možnost přidružených vad spojených s diagnózou Downova syndromu. Po podstoupení zákroku se paní E plánovala vrátit do práce a celou záležitost uzavřít.

„V podstatě, když jsme spolu komunikovali, tak jsme řešili jakoby pro a proti.“

„Že vám bude třeba šedesát, sedmdesát a už se o něj nebudete moct postarat a budete řešit, jestli najdete, řekněme třeba nějaký zařízení, kde může být, nebo ho v podstatě, když to řeknu ošklivě, hodíte na krk jako staršímu bráchovi, jo. No. Takže a plus teda říkám, tam nám ještě vyslovili ještě nějaký podezření na nějaký přidružený vady srdce a tak dál. A v tu chvíli říkali, že neuměj odhadnout, jak moc velký to postižení bude. A taky se může stát, že bude větší a eee....to dítě by třeba zemřelo dřív, no. Tak to je pro mě jakoby...Taky docela (hořké pousmání) zásadní argument.“

„Nějak jsme to zařídili, udělali, proběhlo to a tím jsem si myslela, že je to v podstatě uzavřený.“

„Vrátím se do práce a zaměřím se prostě na jiný věci a a jako zapomenem.“

Druhá linka, která rozhovor prostupuje, je plná emocí a pocitů. Paní E miminko v době, kdy se dozvěděla diagnózu, již cítila, věděla o něm. Ze svého okolí věděla o paní, která měla holčičku s Downovým syndromem a dovedla si tak představit možnost, že by o dítě s postižením sama pečovala. Do rozhovoru s manželem vstupovala s tím, že je otevřená různým možnostem. Rozhodování pak pro ni samotnou bylo „*strašlivě těžký*“. Po tom, co podstoupila ukončení těhotenství, se jím ve svých myšlenkách znovu probírala, vracela se k němu a vracet se bude. Podle svých slov pociťovala ještě dlouho poté velký smutek nad obrovskou ztrátou.

„Eh, no, já jsem do toho šla s tím, že je to jako vteřinový.“

„Uměla jsem si to představit, ale jak říkám. V podstatě snažila jsem se samozřejmě. Prostě ve chvíli, kdy jste těhotná, tak v podstatě to miminko, už vo něm víte, de fakto. Navíc v té době, já nevím, v tom šestnáctým, sedmnáctým tejdnu, já už jsem o něm i věděla. Takže jakoby jsem s tím vším samozřejmě...Pro tu ženskou je to v tu chvíli strašlivě těžký.“

„Ale ee jak říkám, [...], že, že já si jako, že bych se starala asi úplně v pohodě, [...].“

„Já jsem byla ještě nějakou dobu doma, takže jsem si to nějakým způsobem v sobě probírala a odžila jsem si to.“

„Ale samozřejmě to jsou věci, který se ty ženský vracej a jako asi vracet budou, že jo.“

„Samozřejmě výčitky jsem měla v tu chvíli, když se to dělo a tak. Že prostě ukončujete něčí život. Ale...(pauza) Jako potom potom už ne, no. Spíš říkám, jako, ten velkej smutek no, než výčitky...“

Paní E byla v situaci silně emocionálně angažovaná a pro její zvládnutí si potřebovala vytvořit nějaký plán. Rozhodla se své pocity držet v sobě a snažila se udržet si racionální pohled. Nicméně celý zážitek pro ni byl zřejmě tak těžký, že skrývané emoce začaly prosakovat. Respondentka říká, že si rozhodnutí tehdy *asi nějak dokázala zdůvodnit*, nicméně později se neubránila silnějšímu prožívání ztráty.

„Takže tady z toho pohledu pro mě to jako celkem přirozený, ale říkám, tym spíš zvítězil ten výhled do toho budoucna.“

„Řekněme udělala si nějaký plán, jak to zvládnou. (Respondentka zní velmi rozrušeně)“

„A jak říkám, snažila jsem se udržet v nějakým psychicky dobrým stavu. Tak ted' něco proběhne, řekněme něco se tím v uvozovkách vyřeší a...a prostě bude to za mnou jo. Takže já jsem jako si to nějakým způsobem naplánovala, abych to unesla. (Respondentce se láme hlas)“

„Tak jako byl nějaký jakoby můj jako racionální přístup k tomu a myslela jsem si, že tím to jakoby skončí.“

„Takže jsem si to řešila spíš v sobě a nějak jsem si to v tu dobu nějak asi uměla zdůvodnit.“

„Nějak jsme to zařídili, udělali, proběhlo to a tím jsem si myslela, že je to v podstatě uzavřený. Samozřejmě se pak... Já jsem byla ještě nějakou dobu doma, takže jsem si to nějakým způsobem v sobě probírala a odžila jsem si to. [...] A ani nechtěla jsem aby třeba ten můj syn třeba viděl, že tady brečím a něco řeším a tak.“

Věci, který se vracej samy

Paní E připouští, že nad svou zkušeností občas přemýšlí. Vždy si ale potvrdí, že se rozhodla správně a že nemusí mít výčitky, což jí uklidňuje. Navzdory tomu, že cítí správnost svého rozhodnutí, doléhá na ní při vzpomínce silný pocit smutku.

„To jsou věci, který se vracej samy. Nedá se to ovlivnit. [...] I jsem jako by, že, že asi jako vždycky jsem si potvrdila, že jsem, že jsme se rozhodli správně a neměla jsem z toho ten pocit jakoby provinění, nebo špatného rozhodnutí, jako že, že to mělo bejt jinak. Takže, takže to je aspoň to, co jako člověka já nevím, řekněme uklidní, no. Ale samozřejmě to jsou věci, který se tý ženský vracej a jako asi vracet budou, že jo.“

„Já říkam, jako já myslím, že jako jsme si to s manželem hodně probrali a řešili, takže to rozhodnutí i jako myslím bylo jako správný. Prostě i i zpětně jako když jsme to jako řešili, že jsme to tak cejtili. Takže jako výčitky ne. [...] Spíš říkam, jako, ten velkej smutek no, než výčitky...“

Odosobnění

V rozhovoru paní E velmi často využívá tvaru 2. osoby množného čísla (vy), pro popis vlastních pocitů a při vyprávění.

„ Takže vy jste prostě, já nevím, čtyryadvacet hodin jak na trní, čekáte, co se bude dít, všechno se to ve vás mele a když potom vidíte to telefonní číslo, tak vlastně už víte.“

„Prostě ve chvíli, kdy jste těhotná, tak v podstatě to miminko, už vo něm víte, de facto.“

Tímto prostředkem paní E vtahuje posluchače do své zkušenosti. Sugestivně dává náhled na to, jak se cítila a co prožívala. Zároveň jí tato formulace dovoluje bezpečný odstup od své zkušenosti. Neříká tím přímo, jak se cítila ona, ale jak se cítíte „vy“, „člověk“ nebo „ženská“.

„Takže, takže to je aspoň to, co jako člověka já nevím, řekněme uklidní, no. Ale samozřejmě to jsou věci, který se tý ženský vracej a jako asi vracet budou, že jo.“

Těchto neosobních vyjádření využívá více ve chvílích, kdy popisuje emočně vypjatější situace. Sama zdůraznila, že jsou pro ni vzpomínky stále živé.

„No sama slyšíte, že jako samozřejmě. Je to prostě už pár let, ale tohleto asi vždycky bude takhle živý no. [...] Jak vždycky je to doprovázeno nějakou emocí, tak nevím, jestli bych se s cizím člověkem takhle bavila.“

„A samozřejmě, že člověk si občas pobřečí, to je naprosto přirozený.“

„Pro tu ženskou je to v tu chvíli strašlivě těžký.“

Ukončení těhotenství: „to“

Když paní E hovoří o ukončení těhotenství, používá nejčastěji zájmeno *to*, *tohleto*, nebo *situace*, ve spojení s velmi neosobními slovesy *proběhnout*, *vyřešit*, *zařídít*, *udělat* atd.

„S tím, že mi řekla, co všechno to obnáší, jaký jsou možnosti, jestli to chci, jestli o to stojím.“

„Jsmo se domluvili tak, že von vlastně vodjede se synem na ty hory. Syn tam zůstane a on se potom vrátil sem, aby tohleto proběhlo a pak se tam zase vrátil, s tím, že jako se ubezpečil, že jsem nějakým způsobem v pořádku.“

„Eee, kdy prostě jsem si řekla, tak ano, dostali jsme se do takovýhle situace, rozhodli jsme se jí nějakým způsobem vyřešit, eee...Nějak jsme to zařídili, udělali, proběhlo to a tím jsem si myslela, že je to v podstatě uzavřený“

3.3.3 Respondentka 103 – paní S

Paní S je rodinná známá. Domluvily jsme se na setkání u mě doma a celý rozhovor probíhal v neformální přátelské atmosféře. Respondentka byla po dobu rozhovoru dobře naladěná, přestože bylo patrné, že je pro ni obtížné vzpomenout si podrobně na všechny okolnosti vzdálené vzpomínky.

Z anamnestického dotazníku jsem se dozvěděla, že se paní S z osobních důvodů rozhodla ukončit své první těhotenství, a to ihned po jeho zjištění. V době, kdy se o ukončení rozhodovala, nebyla v partnerském vztahu a při rozhodování nepocítovala žádnou podporu. Rozhodovala se tedy sama.

Tabulka 4. Otázky ohledně ukončení těhotenství (resp. 103).

Otázka	Respondentka 103
Kdy probíhalo těhotenství?	před 5 a více lety
Kolikáté Vaše těhotenství to bylo?	první
V jakém týdnu těhotenství jste se začala rozhodovat o ukončení?	ihned po zjištění těhotenství

Kolik času jste na rozhodování měla?	x
Z jakého důvodu jste se rozhodovala o ukončení těhotenství?	osobní důvody
Kdo rozhodnutí o ukončení těhotenství učinil?	já sama
Podpořil Vás ve Vašem rozhodnutí někdo z okolí?	podporu jsem nepociťovala
Jak Vaše rozhodování dopadlo?	rozhodla jsem se ukončit těhotenství
Jak dopadlo Vaše těhotenství?	došlo k umělému ukončení těhotenství
Jak vnímáte roli lékařů a zdravotníků?	zcela pozitivně
Jakou následnou péči jste dostala?	nevzpomínám si
Myslíte, že jste měla pro rozhodnutí dostatek informací?	určitě ano
Rozhodla byste se stejně znovu?	určitě ano
Je něco, co byste nyní ráda sdělila poté, co jste se nad svou zkušeností znovu zamyslela a co byste chtěla, aby tu nyní zaznělo?	Určitě je dobré zjistit všechny pro a proti.

Témata 103

Výchozí pozice

Paní S otěhotněla nečekaně ve svých 17 letech, kdy byla na střední škole. Bydlela v té době u své matky a nevlastního otce. Jejich finanční situace nebyla příliš dobrá.

„No hlavně, hlavně to bylo takový jako fakt nečekaný. Vždycky je to nečekaný. Vždycky prostě... A to bylo v době, kdy prostě jakoby začaly diskotéky, že jo.“

„No neměla jsem žádný zázemí no. Protože rodiče vlastně jakoby dělali od výplaty k výplatě. Tak to prostě v době komunismu bylo, jo.“

Paní S se v té době také musela starat o sedmiletého mladšího bratra a celou domácnost.

„A já v té době jsem se musela starat vo mladšího bráchu, vo celou domácnost. Protože rodiče dělali na směny, jo. Takže tam prostě to bylo úplně jako, úplně úplně hrozný jako.“

Rodina a okolí

Respondentka hovoří o tom, že ze strany rodiny se jí nedostalo v nastalé situaci žádné podpory. Když se o těhotenství dozvěděla matka paní S, respondentku uhodila a vnímala situaci jako zatěžující.

„Tak nejdřív si pamatuju, že ta máma na mě jako koukala. Pak jsem jednu dostala. (smích) Jo, můžu bejt ráda jenom za jednu.“

„Tak jsem vyrůstala v tom, že jo. Tak jsem věděla, co jsem mohla čekat. Určitě jsem to čekala.“

Reakce matky respondentku nepřekvapila, protože ji podle svých slov matka brala více jako pracovní sílu v domácnosti než jako dceru. To, že ji matka nepodpořila, jí však mrzelo a vyzdvihuje vřelejší způsob výchovy.

„Spíš jsem byla braná jako taková pracovní síla a ne jako dcera. Jo. To mě spíš mrzelo možná víc. Jo, že to bylo takový... Neosobní. Takový, já nevím, jak to říct jako. Asi bych...Asi bych očekávala jako větší podporu od té mámy, ale v té době to tak prostě bylo.“

„Není to jako v dnešní době, že ty maminky to s těma holkama probíraj.“

„Že jakoby kvůli mně ona si musí vzít volno, aby mohla bejt s tím desetiletým, nebo desetiletým, s tím malým bráchou no. Tak jsem to vnímala já, no. Že jsem byla spíš jak jak nádeník prostě. Jo. Aby přišli rodiče domů, měli navařino, poklizino, jo.“

Také přístup svého okolí (školy a sídliště) vnímala paní S spíše negativně. Obávala se pomluv a odsuzování.

„Ale takový to, kde se to zvalo, proč se to vzalo a pak by se to propíralo jako v celým paneláku a v celým baráku. A to vidíš, jak si ty báby šuškej na lavičce.“

„Nemyslim si, že tím, že bych měla miminko. Asi se to řešilo, ale nevím, jestli zas tak okatě, jako to, že třeba budeš chodit s břichem jo. To je takový. To, kdyby si přijela až po tom porodu, s tím kočárkem, tak už by to třeba nikdo neřešil. Ale kdyby si v tu dobu tam pořád byla, rostlo břicho víc a víc, no tak by to lidi řešili. Když se tam nikdo neobjevil nověj, že jo, jako tatínek.“

Racionální rozhodnutí vs. emoce

O svém rozhodnutí mluví respondentka jako racionální volbě. Byla si vědoma svého nízkého věku, povinností v domácnosti. Zároveň považuje za důležité, aby byla žena v době těhotenství finančně zajištěná a měla partnera.

„A hlavně já už jsem vlastně na to měla takovej ten rozum, že prostě v sedmnácti, že to je jako fakt brzo jako jo.“

„A navíc, jsem se musela starat vo toho mladšího bráchu. Mam vo deset let mladšího bráchu, tak si vem. Vo malýho spratka, a ještě menšího se starat“

„Tam to bylo spíš racionální rozhodnutí jako jo. Spíš jakoby praktický než emotivní.“

„To je právě to, že musíš mít k sobě někoho, kdo tě v tom jakoby... Vlastně to potáhnete voba, že jo. Ty doma a manžel v práci, že jo.“

V protikladu k tomuto rozumovému přístupu však paní S připouští, že by mateřství v té době zvládla, pokud by to bylo za jiných podmínek.

„Takhle. Já si myslím, že bych to zvládla. Stoprocentně. Protože já jsem měla takovou školu, že prostě já bych to zvládla stoprocentně. Protože když se narodil ten mladší brácha a mamča byla jenom půl roku na mateřský, tak kdo myslíš, že ho musel přebalovat, krmit, prát pleny. Ještě tenkrát byly látkový pleny jo.“

„Jo, takže do jeslí ho vozit, z jeslí. Takže já jsem měla takovou školu života, že já bych to stoprocentně zvládla. Ale prostě v té situaci prostě to jinak nešlo. Já říkám, já bych to psychicky zvládla, ale v té době to jinak nešlo. Určitě bych to zvládla. Myslím si to. Ale nešlo to.“

Lékaři

Paní S hodnotí ve svém vyprávění roli lékařů velmi pozitivně. Staví jejich přístup do protikladu s přístupem své matky. Vyzdvihuje jako důležité, že jí vše vysvětlili a uklidnili jí. Dokonce říká, že právě tato skutečnost pomohla tomu, že potrat dnes nevnímá jako *traumatizující zážitek*.

„Takže všechno mi vysvětlili, povídali si se mnou vo tom. Jako hodně mě uklidňovali. Myslím, že jako ty doktoři věděli moc dobře, co ty holky jakoby prožívaj jo. Není to jakoby takový jako přideš domů, dostaneš facku, jo. To ne. (smích) Jako vysvětlili mi to hodně.“

„Vůbec to nebyl pro mě žádný traumatizující zážitek, jo. Tim hlavně i tím, že jako všechno mi bylo vysvětlený.“

Lékaři také nijak nezasahovali do procesu rozhodování. Podle respondentky to byl správný postup a důležitější pro ni byla podpora před samotným zákrokem.

„Ono je to i lepší. Protože si myslím, že kdyby to jakoby rozebírali, tak je tady spousta nechtěných dětí. Když to řeknu takhle ošklivě jo. A myslím si, že oni jakoby jim to ani jako nepřísluší. Že oni prostě... Oni tě jakoby podpořej. Svým způsobem, že maj k tobě ten vstřícný přístup a to. Ale myslím si, že oni se do takových věcí nepouštěj. Že by tě kritizovali, nebo lámali, nebo přemlouvali, to ne. To vůbec jako ne. Tam prostě jdeš už jako... Vysvětlej ti všechno, že jo, uklidněj tě, a to si myslím, že je důležitý.“

Úlet a jelo se dál

O těhotenství mluví nejčastěji paní S jako o jakémsi náhlém problému, který se musel co nejrychleji vyřešit a dál mu nevěnovat pozornost. Respondentka několikrát zmiňuje, že neměla čas ani prostor o tom dále přemýšlet. Trefně svou situaci přirovnává k nemoci, kdy byla týden omluvena z vyučování a dál vše pokračovalo jako by se nic nestalo.

„Prostě úlet. Prostě úlet. Prostě něco, co se stalo, vyřešilo se to a jelo se dál, no.“

„Protože za prvý jsem neměla ani čas o tom nějak extra přemýšlet jo. Prostě mi řekla matka pudeš tam, hotovo, udělá se to prostě, chodíš do školy. Měla jsem to jako nemoc, že jo, omluvený týden a hotovo, jo.“

O své zkušenosti respondentka nepřemýšlela ani v pozdějším životě. Dokonce používá

„Jako já vo tom nepřemýšlím. Jo, protože pro mě teďka už je to nepodstatný. Neřeším to, nepřemýšlím vo tom.“

„Já jsem to snad ani neřekla ani P. (smích) Já mam pocit, že jsem to (přemýšlí) že jsem to úplně vytěsnila. (pauza) Vůbec vůbec si nevybavuju, že bych to někomu říkala.“

Sama si vyřešit

Celou zkušeností si respondentka prošla bez jakékoliv pomoci. V rodině se jí pomoci nedostalo a nikomu jinému se nesvěřila. Podle svých slov pomoc nepotřebovala a neměla na ni ani čas. Říká, že není typ člověka, který by se potřeboval svěřit. Absenci podpory ze strany matky nicméně považuje za hození přes palubu.

„Já jsem v tom taková jakoby...I mam to v sobě, že všechno si vyřeším sama. Jsem taková jakoby mm můžu říct, že jsem psychicky silnější osoba. Takže jsem to nějakým způsobem vstřebala a jelo se dál no.“

„Ale nejsem taková, že bych chodila a brečela někomu na rameni.“

„Ale prostě nepotřebovala jsem. Já jsem na to snad ani neměla čas. Protože zase jsem musela zpátky do těch kolejí. Zase se věnovat tomu mladšímu bráchovi. Vodit ho do školy, ze školy. Já do školy, ze školy. Přideš domů, musela jsem uvařit, uklidit. Nebyl na to čas vůbec. Takže možná proto no.“

„Určitě bych jí nehodila přes palubu, že jo. Tak jak se to stalo mně jakoby“

Téma těhotenství a interrupce paní S vnímá jako osobní záležitost, kterou žena nesdílí se svým okolím.

„Myslím si, že spousta ženských, je to pro ně docela hodně osobní, takže jako to nikde nevytrubujou.“

„Ale jako není to věc, kterou prezentuješ. Tak to prostě je no.“

„Spíš to berou všichni jako osobní prostě.“

V době rozhodování silně pocítovala hrozbu ztráty kontroly nad svým životem, kterou už tak měla omezenou vlivem špatného rodinného zázemí. Chtěla dokončit školu a mít možnost osamostatnit se.

„Jó jako věděla, že když to podstoupím, že zase se všechno uklidní, jo. A zase budu mít takovej ten, takovou, takovej ten...jak to říct, ne moc nad svým životem, ale...Zase to bude takový jako o mě, jo. Že si budu moct

rozhodovat co chci, kdy chci, jak chci. Sice ne úplně, ale jako... Přece jenom, kdybych se rozhodla si to nechat, což teda jako v té době neexistovalo, tak stejně, pak nemůžeš nic. Jo? Nemůžeš nikam ject, nemůžeš do školy, nemůžeš nic. Musíš se starat, že jo.“

3.4 Analýza II.

3.4.1 Respondentka 101 – paní T

Vnitřní a vnější faktory, které měly vliv na rozhodování

O otěhotnění se paní T s partnerem snažila velmi dlouho a oba si miminko přáli. Těhotenství, o kterém jsme hovořili bylo tedy plánované a chtěné. Respondentka o něm dokonce mluví jako o vymodleném. V takovém případě bývá rozhodování o ukončení těhotenství velmi obtížné, protože si žena začíná tvořit představy o dítěti a těší se na budoucnost s ním (Rastislavová, 2008).

Kvůli několika předchozím ztrátám však po zjištění těhotenství byla respondentka opatrná v projevení radosti. Obávala se zklamání a další ztráty. To mohl být obranný mechanismus, kterým se chránila před emocionální zátěží v případě další ztráty. Kromě obavy z potratu měla respondentka také strach z budoucnosti. Obávala se, jak zvládne péči o adoptivní dceru a miminko. Tyto obavy a ambivalentní pocity nejsou v počáteční fázi těhotenství výjimečné (Špaňhelová, 2015).

V průběhu těhotenství se také začala u respondentky projevovat vazba mezi matkou a plodem. Paní T zmiňuje živé představy, ve kterých s dítětem komunikovala a mluvila s ním. Rodiče, kteří se dozvěděli závažnou diagnózu dítěte, mohou mít tendenci plod personalizovat, prostřednictvím přiřazení osobnostních vlastností, nebo specifického vzhledu. Tím se také znovu posiluje vazba mezi matkou a plodem (Sallisbury et al., 2003; Côté-Arsenault & Denney-Koelsch, 2016). Zároveň kognitivní reprezentace plodu jako dítěte, nikoliv jen jako součásti svého těla je významný faktor, který činí rozhodování o ukončení těhotenství obtížným (Pines, 1972).

Faktory, které pomohly v procesu rozhodování

Oporu vnímala paní T pouze od svého partnera. Její očekávání pomoci ze strany sociálního systému nebo lékařů nebylo naplněno. Stejně tak i v případě podpory rodičů. Absence podpory během těhotenství je negativní faktor, který může výrazně zhoršit psychickou

pohodu ženy. Respondentka už měla nicméně s podobnou situací zkušenost po adopci dívky s postižením, proto pro ni situace nebyla nová. Jistota podpory partnera zřejmě u respondentky vyrovnala absenci pomoci z jiných zdrojů.

Kromě podpory od partnera paní T pociťovala silnou oporu a uklidnění ve víře. Pavlík (2010) dává do souvislosti víru a odolnost vůči zátěži. Věřící lidé mohou častěji využívat copingové strategie zaměřené na problém a méně často strategie vyhýbavé. To se projevilo i v případě paní T, která se chtěla na příchod dítěte především připravit a zjistit pro tyto účely veškeré potřebné informace. Dá se tedy usuzovat, že paní T je spíše ten typ člověka, který informace vyhledává a přístup k informacím mu dodává vyšší pocit kontroly. Respondentka také hovoří o pocitu nejistoty ohledně diagnózy a z toho plynoucích pochybnostech nad lékařskou prognózou. Takové chování je ve shodě například se závěry Lalor et al. (2008) nebo Staneva et al. (2015).

Způsob, jak respondentka o své zkušenosti hovoří

Paní T mluví o svém těhotenství, jako o milosti a daru. Fakt, že se jí narodilo zdravé miminko, navzdory očekávání zdravotníků, byl pro ni moment potvrzení víry a také ujištění o smyslu celé zkušenosti. Nalezení smyslu je podle Pavlíka (2010) velmi pozitivní zkušenost, která může souviset právě s vírou. Zkušenost však zpětně paní T nehodnotí jen pozitivně. Vnímá selhání jednotlivých lékařů, kteří jí neposkytli dostatek informací, a dokonce snižovali váhu jejího rozhodnutí. Jak ale sama říká, už jim odpustila a dokázala se přes tento velmi negativní aspekt přenést.

3.4.2 Respondentka 102 – paní E

Vnější a vnitřní faktory, které měly vliv na rozhodování

Paní E s partnerem uvažovali o druhém dítěti, proto z těhotenství měli radost. Kvůli svému věku pociťovala paní E z počátku slabé obavy ze zdravotních komplikací, nepřikládala jim ale větší význam. Přesto si ale těhotenství nechali s partnerem pro sebe a svým blízkým se nesevěřili. Respondentka si zřejmě držela emocionální odstup a vyčkávala na výsledky prenatalního vyšetření. Do té doby si možná nechtěla vytvořit k plodu vazbu, aby se ochránila před případným zklamáním.

Když se dozvěděla podezření na diagnózu Downova syndromu, byla to pro ni rána. Okamžitě začala vyhledávat informace a co nejdřív podstoupila biopsii choria, kde se diagnóza potvrdila. Paní T zdůrazňovala potřebu získání jistoty. Odmítla možnost zůstat v nevědomosti až do porodu, která jí byla nabídnuta. Taková možnost by znamenala dlouhou dobu nejistoty, ale zároveň možnost naděje, že se dítě narodí zdravé. Pro respondentku byla však jistota plynoucí z dalšího vystření klíčová.

Jak paní T říká, o témata spojená s lidmi s postižením se sama od sebe zajímá. Proto pro ni bylo zjišťování informací snazší a o diagnóze svého dítěte měla dobrou představu. Obávala se, že kvůli svému věku a trvalému charakteru péče, by se o dítě s Downovým syndromem nedokázali s partnerem postarat. Paní T brala v úvahu i vyšší věk manžela, pro kterého by to podle ní bylo těžké. Bála se také, že by péče mohla v budoucnu připadnout na již narozeného syna. Předpoklad zvýšené rodičovské zátěže v případě narození potomka s Downovým syndromem bývá častým důvodem pro ukončení těhotenství. Také obavu o péči o dítě s postižením po smrti rodičů má podle výzkumu Bell a Stoneman (2000) 82 % žen. Zátěž pro ostatní sourozence bere v úvahu při rozhodování zhruba 73 % žen (Korenromp et al., 2007).

Respondentka také mluví o svém kontaktu s dívkou s diagnózou Downova syndromu a její matkou. Tuto zkušenost vnímá jako pozitivní. Podle Lawsona (2006) je kontakt s lidmi s postižením pro rozhodování o ukončení těhotenství podstatný. Paní T však měla i odlišnou, zprostředkovanou zkušenost s rodiči, kterým dítě s postižením zemřelo v předškolním věku. Tato hrozba mohla na paní T působit silněji než pozitivní zkušenost. V této situaci mohla také převážít nejistota ohledně následků diagnózy vlastního dítěte, kterou podle Bell a Stoneman vnímá až 78 % žen.

Faktory, které pomohly v procesu rozhodování

Podle slov respondentky pro ni bylo rozhodování jednodušší díky tomu, že měli s partnerem na situaci stejný pohled. Neshod s partnerem v situaci rozhodování o ukončení těhotenství se podle Korenromp (2007) ženy často obávají.

Paní T také pomohl přístup lékařů, kteří ji poskytli veškeré informace, které potřebovala. Zdůrazňuje stoprocentní jistotu, se kterou byla abnormalita diagnostikována. Respondentka tak mohla lépe pochopit jaké konkrétní následky bude její rozhodnutí mít, což jí mohlo dodat

potřebný pocit kontroly nad situací (Lalor et al., 2008). Vzhledem ke zdůrazňovanému racionálnímu přístupu lze usuzovat, že respondentka využívá copingových mechanismů zaměřených na problém.

Způsob, jak respondentka o své zkušenosti hovoří

Paní T využívá odosobňujících formulací. Může to pro ni být přijatelnější způsob, než kdyby využívala ich-formy, která by ji do vyprávění více vtáhla. Naznačuje to i míru, kterou bylo pro respondentku povídání o zkušenosti náročné.

3.4.3 Respondentka 103 – paní S

Vnější a vnitřní faktory, které měly vliv na rozhodování

Těhotenství, které je předmětem rozhovoru s paní S by se dalo považovat za neplánované a nechtěné. Respondentka tou dobou studovala střední školu a bydlela u matky a nevlastního otce. Ti ji však neposkytli v nastalé situaci žádnou podporu. Paní S tvrdí, že jí to nepřekvapilo, ale mrzelo. Matka její těhotenství zřejmě považovala za problém a přítěž. Žena je v případě nechtěného těhotenství často vystavena silnému stresu (Rastislavová, 2008). Další negativní faktory, jako slabá podpora ze strany sociálního okolí, může způsobit depresivní náladu a vést k méně účinným obranným mechanismům, jako je jsou vyhýbavé strategie (Rudnicki et al., 2001).

Paní S s rodinou žila ve špatných ekonomických podmínkách, a navíc pečovala o domácnost a mladšího bratra. Těžkou socioekonomickou situací řadí Rastislavová (2008) mezi faktory, které mohou negativně ovlivnit matku a plod. Taková žena může trpět frustrací z neuspokojení základních potřeb, do kterých spadá například odpočinek, sdílení nebo podpora. Důsledkem toho se může objevit odmítavý postoj k dítěti, nebo depresivní nálada. Dalším rizikovým faktorem je podle Rastislavové věk matky pod 20 let, což paní S v době těhotenství splňovala. Takto mladé matky mohou mít strach z reakce okolí a své těhotenství tajit. Respondentka také hovoří o strachu z pomluv, které by hrozily v případě narození dítěte. Nezralá matka nemusí být připravena na roli matky a selhávat v péči o dítě. Toto tvrzení však paní S vyvrací na základě zkušeností s intenzivní péčí o mladšího sourozence.

Faktory, které pomohly v procesu rozhodování

Respondentce v celém procesu nejvíce pomohla podpora ze strany lékařů. Ti jí vysvětlili, jak bude interrupce provedena a uklidnili jí. Podle paní S právě lékaři mohli za to, že pro ni zkušenost nebyla traumatizující. Také oceňuje, že zdravotníci do jejího rozhodnutí nezasahovali a nesnažili se změnit její názor.

Pro paní S byla důležitá vidina znovuzískání kontroly nad svým životem, kterou jí interrupce zajistila. V těhotenství a mateřství paní cítila omezení možnosti studovat a vést svůj život podle sebe. Podle Allanson a Astbury (1995) se praktické a pragmatické důvody mohou často stát základem rozhodování o ukončení těhotenství. Kumar a kol. (2004) řadí mezi důvody pro ukončení těhotenství právě i závazek na dokončení vzdělání.

Absenci opory ze strany přítele a širšího sociálního prostředí paní S možná od jisté míry kompenzovala svou vlastní odolností. Sama říká, že nemá přílišnou potřebu se svěřovat se svými problémy ostatním. Rozdílnost v potřebě podpory zdůrazňuje i Kumar a kol (2004), přičemž některé ženy do mohou mít pocit, že proces rozhodování není něco, do čeho by měly zapojovat někoho dalšího.

Způsob, jak respondentka o své zkušenosti hovoří

Paní S mluví o těhotenství jako o problému, který bylo potřeba vyřešit. Je možné, že interrupci vnímá více ve smyslu chirurgického zákroku, který měl pozitivní dopad na její život. Respondentka mohla i samotné těhotenství pojmout spíše jako změněný tělesný stav než jako nově vznikající život. Tato mentální reprezentace může mít na proces rozhodování i na pojetí interrupce výrazný vliv (Pines, 1972).

4 Diskuse

Zkušenost žen s rozhodováním o ukončení těhotenství je velmi individuální. Mezi **(vnější a vnitřní) faktory, které měly vliv na rozhodování**, můžeme řadit různou *výchozí pozici*, se kterou ženy do procesu rozhodování vstupují. Postoj k samotnému těhotenství mohou ženy alespoň z počátku zaujímat v závislosti na tom, zda bylo chtěné nebo plánované. V případě paní E šlo o těhotenství chtěné, u paní T dokonce „*vymodlené*“. Paní S naopak otěhotněla neplánovaně.

Významnou úlohu měli ve výpovědích žen lékaři. *Zkušenost se zdravotníky* ovlivňovala jejich ochota poskytnout ženě potřebné informace o zdravotním stavu jejím, nebo dítěte. Kladně se ženy o lékařích vyjadřovaly, pokud byli podporující, ale do rozhodování aktivně nevstupovali. Tyto zjištění korespondují se závěry výzkumu, který vedla Usha Kumar (2004), tedy že role zdravotníků spočívá především v podpoření rozhodnutí a poskytnutí potřebných informací. Naopak aktivní zapojení do rozhodování je nežádoucí i vzhledem k tomu, že se ženy často obrací na lékaře až v momentě, kdy je rozhodnutí učiněno.

Potřeba informací může odrážet snahu získat zpět ztracenou kontrolu nad svým stavem nebo životem (Lalor et al., 2008). Respondentky akcentují *potřebu jistoty* ohledně diagnózy dítěte, aby měly možnost lépe zvážit své možnosti a naplánovat další kroky. Nejistota v případě paní T přináší nemožnost praktické přípravy na příchod potomka a ve vyprávění paní E risk v podobě narození dítěte s postižením. Bell a Stoneman tvrdí, že zhruba 78 % žen, které se rozhodly pro ukončení těhotenství na základě diagnózy Downova syndromu považovaly nejistotu ohledně následků diagnózy za příliš velkou.

Respondentky do faktorů ovlivňující rozhodování zahrnují i svou *zkušenost*, která nastalé situaci předcházela. V případě paní T a paní E jde o *zkušenost s dětmi s postižením*. Paní T pečovala o adoptivní dceru s kongenitální syfilis a ze svého okolí znala rodinu, které se po nepříznivé prognóze narodilo zdravé dítě. Paní E měla zkušenost pouze zprostředkovanou. Na cvičení vídala matku s dcerou s Downovým syndromem a jejím známým se narodilo dítě s postižením, které v předškolním věku zemřelo. Tato odlišnost ve zkušenosti mohla hrát roli v pohledu na budoucnost s potomkem s postižením. Kvalita kontaktu s lidmi s postižením má podle Lawson (2006) vliv na rozhodnutí o ukončení těhotenství s dítětem se závažnou diagnózou. Zkušenost paní S zahrnovala péči o mladšího sourozence a z toho plynoucí *představu o vlastním mateřství*.

U všech respondentek je v rozhovoru patrný *konflikt mezi racionálními důvody a emocionální složkou* rozhodování. Podle Korenromp a kol. (2007) je právě takový druh rozporu v rámci rozhodování o ukončení těhotenství běžný. Racionální důvody se často týkaly budoucnosti, finančního zabezpečení, náročnosti péče a dopadnu na ostatní členy rodiny. Emocionální aspekty naopak směřovaly k dítěti, péči o něj a roli matky. Paní E a paní T se již v době těhotenství nějakým způsobem vztahovaly k plodu jako dítěti. Paní E

hovoří o přítomnosti pohybů plodu v děloze. Paní T s dítětem dokonce komunikovala. Tyto faktory mohou posilovat vazbu mezi matkou a dítětem a spolu s tím činit rozhodování o ukončení těhotenství náročnější (Lindren, 2001; Alhusen, 2001; Salisbury et al., 2003).

Je možné vyzorovat několik **faktorů, které ženám pomohly v procesu rozhodování**. V případě, že měla žena v době rozhodování *partnera*, zastával důležitou roli. V obou případech byl pro ženu oporou a rozhodnutí tím bylo o něco snazší. Tyto závěry o důležitosti podpory ze strany partnera podporuje více výzkumů (Abboud & Liamputtong, 2005; Cecil, 1994). Partner byl dokonce člověkem, kterému se ženy primárně svěchovaly.

Ani v jednom případě ženy nesdílely svou situaci s rodinou a širším okolím s výjimkou chvíl, kdy to bylo z praktického hlediska nevyhnutelné. Může zde jít o obavu z nevhodné interakce, které se mohou v některých případech různí členové sociální sítě dopouštět (Revenson et al., 1991). Důvodem také může být obecně *nižší potřeba podpory* (Kumar et al., 2004) nebo *vyšší osobnostní rys odolnosti vůči zátěži*. Některé ženy totiž hovoří o schopnosti vypořádat se se situací bez vnější pomoci. V případě paní T však nehraje roli nižší potřeba podpory, ale spíše její absence. Pomoc vnímala nedostatečnou ze strany sociálního i zdravotnického systému. Přitom podle Roberts (2002) a kol. nebo Lawson (2006) sociální podpora může zásadně ovlivnit výsledek rozhodování o ukončení těhotenství.

Způsob, jakým ženy o své zkušenosti referují je různý. Paní T považuje těhotenství a narození zdravého dítěte za boží milost. Ke zkušenosti se příliš nevrací a pokud ano, tak jen v pozitivním ohledu. Svou zkušenost pojmenovává jako *křehkou a hlubokou zároveň*. Paní E i paní S považují zkušenost za záležitost, kterou bylo třeba vyřešit. U paní S vidím spíše snahu odosobnit se od zkušenosti, díky využívání neurčitých a neosobních výrazů. Paní S vnímá otěhotnění jako problém a zatěžující událost pro sebe i svou rodinu.

Ani u jedné respondentky jsem z rozhovoru nevyčetla, že by je zkušenost rovážela v podobě traumatu. Paní T sice říká, že se jí vzpomínky samy od sebe vrací, ale nejsou spojeny s výčitkami. Naopak je vnímá jako příležitost si znovupotvrdit své rozhodnutí jako správné. Paní S o zkušenosti nepřemýšlí a nepřemýšlela, kromě situace, kdy se obávala, že by absolvovaný potrat mohl fyziologicky ohrozit následující těhotenství. Výpovědi respondentek nenaznačují přítomnost postabortivního syndromu, ani jiné formy PTSD,

přestože se u žen vyskytli některé z rizikových faktorů postabortivního syndromu, jak je popisuje Zareba a kol. (2020); neplánované a nechtěné těhotenství (v případě paní S), tlak z okolí (paní S), absence sociální opory (do jisté míry všechny respondentky).

5 Limity výzkumu

Vzhledem k velikosti vzorku není možné závěry výzkumu zobecnit na celou populaci. Ženy nebyly vybírány pravděpodobnostní metodou, proto je možné, že vzorek má následkem výběru určité specifické charakteristiky. Mezi takové lze řadit například místo bydliště, věk, nebo socioekonomickou situaci. Také ochota sdílet svou zkušenost může být ve vzorku odlišná v rámci populace žen, které se ve svém životě rozhodovaly o ukončení těhotenství.

Jako omezení také mohly působit dílčí odlišnosti ve zkušenosti s rozhodováním. Každá respondentka se o ukončení těhotenství rozhodovala z jiného důvodu a za jiných životních podmínek. Významnou roli v rozdílech mezi respondentkami tedy mohly hrát a jistě hrály i jiné než psychologické aspekty.

Také zde mohl působit faktor časového odstupu, se kterým si ženy vzpomínaly na svou zkušenost s rozhodováním. Bylo by jistě do budoucna zajímavé zaměřit se na vývoj pohledu na rozhodování v čase. Například zda respondentky hodnotí své motivy v odraze pozdějších životních zkušeností odlišně, nebo zda jejich vzpomínka zůstává stabilní.

Do výzkumu by jistě bylo také přínosem zapojit partnery respondentek pro poskytnutí komplexnějšího pohledu na rodičovské rozhodování o ukončení těhotenství. Partner těhotné ženy hraje v procesu rozhodování velmi důležitou roli. Psychologické aspekty, které mají vliv na jeho rozhodování jsou však jen málo probádané.

6 Závěr

Tato práce si kladla za cíl odhalit psychologické aspekty, které hrají roli v procesu rozhodování o ukončení těhotenství. Na vzorku tří žen s autentickou zkušeností s rozhodováním jsem zkoumala, jaké faktory ženám pomohly v procesu rozhodování, jaké byly vnější a vnitřní faktory, které měly vliv na rozhodování a jak ženy o své zkušenosti hovoří.

Ukázalo se, že ženám nejvíce pomáhala podpora ze strany partnera, přístup k informacím a s ním spojená jistota (týkající se diagnózy dítěte a prognózy do budoucna a vlastní odolnost vůči zátěži. Respondentky také častěji využívaly copingových strategií zaměřených na problém a snažily se k řešení situace využívat racionální postupy.

Vliv na rozhodování měla předchozí zkušenost respondentek s péčí o dítě nebo s dítětem s postižením. Tato zkušenost se do rozhodování promítala i v případě, že byla pouze zprostředkována sociálním okolím. S tím souvisela i představa budoucnosti spolu s očekáváními, které respondentky měly. Ať šlo o náročnost péče, dopady na respondentku samotnou, nebo další rodinné příslušníky. Zda těhotenství bylo chtěné, či neplánované a způsob reprezentace plodu zřejmě také měla vliv na obtížnost procesu rozhodování a způsob, jak o své zkušenosti ženy hovoří. V tomto případě se mohla projevit vazba mezi matkou a plodem, která byla zřejmě u respondentek na různé úrovni. Všechny ženy hovoří o zkušenosti jako těžké situaci, kterou bylo potřeba překonat.

Přes tyto vyřčené závěry je zkušenost každé ženy především jedinečná, neopakovatelná a nepřenositelná.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Abboud L. & Liamputtong P. (2005) When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23:1, 3-18, DOI: 10.1080/02646830512331330974
- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(3), 315-328.
- Allanson, S., & Astbury, J. (1995). The abortion decision: reasons and ambivalence. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16(3), 123-136.
- Attrill, B. (2002). The assumption of the maternal role: a developmental process. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(1), 21-25.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press.
- Bell, M., & Stoneman, Z. (2000). Reactions to prenatal testing: reflection of religiosity and attitudes toward abortion and people with disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 105(1), 1-13.
- Cecil, R. (1994). "I wouldn't have minded a wee one running about": Miscarriage and the family. *Social science & medicine*, 38(10), 1415-1422. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90279-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90279-8)
- Côté-Arsenault, D., & Denney-Koelsch, E. (2016). "Have no regrets:" Parents' experiences and developmental tasks in pregnancy with a lethal fetal diagnosis. *Social science & medicine*, 154, 100-109.
- David, H. P. (2006). Born unwanted, 35 years later: The Prague study. *Reproductive Health Matters*, 14(27), 181-190.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC pregnancy and childbirth*, 8, 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-30>
- diagnosis. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 34 (3), 307e318.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W W Norton & Co
- Erikson, E. H. (c2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka* (2. přeprac.). Praha: Portál.

- Eysenck, M. W., & Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6(6), 409–434. <https://doi.org/10.1080/02699939208409696>
- Furlong, R., & Black, R. B. (1984). Pregnancy termination for genetic indications: The impact on families. *Social work in health care*, 10(1), 17-34.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Hamilton, J. G., & Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 29(2), 97–104. <https://doi.org/10.1080/01674820701690624>
- Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (2., aktualiz. vyd). Praha: Portál.
- Higgins, E.T., Klein, R., Strauman, T., 1985. Self-concept discrepancy theory: a psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Soc. Cogn.* 3, 51–76.
- Hladký, A. a kol. (1993). *Zdravotní aspekty zátěže a stresu: skripta pro posluchače Filozofické fakulty Univerzity Karlovy*. Praha: Karolinum.
- Choi, H., Van Riper, M., & Thoyre, S. (2012). Decision making following a prenatal diagnosis of Down syndrome: an integrative review. *Journal of midwifery & women's health*, 57(2), 156-164.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free Press.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., & Visser, G. H. (2007). Maternal decision to terminate pregnancy in case of Down syndrome. *American journal of obstetrics and gynecology*, 196(2), 149-e1.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

- Kumar, U., Baraitser, P., Morton, S., & Massil, H. (2004). Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 30*(1), 51-54.
- Lawson, K. L. (2006). Expectations of the parenting experience and willingness to consider selective termination for Down syndrome. *Journal of reproductive and infant psychology, 24*(1), 43-59.
- Lawson, K. L., & Walls-Ingram, S. A. (2010). Selective abortion for Down syndrome: The relation between the quality of intergroup contact, parenting expectations, and willingness to terminate. *Journal of Applied Social Psychology, 40*(3), 554-578.
- Lindgren K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in nursing & health, 24*(3), 203–217. <https://doi.org/10.1002/nur.1023>
- Liss, M., Schiffrin, H. H., Mackintosh, V. H., Miles-McLean, H., & Erchull, M. J. (2013). Development and validation of a quantitative measure of intensive parenting attitudes. *Journal of Child and Family Studies, 22*(5), 621–636. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9616-y>
- Littler, J. (2013). The rise of the “yummy mummy”: Popular conservatism and the neoliberal maternal in contemporary British culture. *Communication, Culture & Critique, 6*(2), 227–243.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *The American psychologist, 64*(9), 863–890. <https://doi.org/10.1037/a0017497>
- Mansfield, C., Hopfer, S., & Marteau, T. M. (1999). Termination rates after prenatal diagnosis of Down syndrome, spina bifida, anencephaly, and Turner and Klinefelter syndromes: a systematic literature review. *Prenatal Diagnosis: Published in Affiliation With the International Society for Prenatal Diagnosis, 19*(9), 808-812.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Masopustová, Z., Daňsová, P., & Lacinová, L. (2018). *Jak to mají mámy: psychologický výzkum mateřství*. Brno: Masarykova univerzita.

- Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. New York: Springer Pub. Co.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Pečená, M. (1999). Psychologie těhotenství. In: Čepický, P. (Ed.). (1999). *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS*
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*.
- Potraty 2020: zdravotnická statistika [Online]. (2022). *Úzis*. Retrieved from <https://www.uzis.cz/res/f/008377/potraty2020.pdf>
- Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area.
- Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, S. D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social science & medicine (1982)*, 33(7), 807–813. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90385-p](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90385-p)
- rience of couples with a diagnosis of foetal anomaly. *Women Birth* 26, 76e81.
- Roberts, C. D., Stough, L. M., & Parrish, L. H. (2002). The role of genetic counseling in the elective termination of pregnancies involving fetuses with disabilities. *The Journal of Special Education*, 36(1), 48-55.
- Robinson, G. E., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A., & Occhiogrosso, M. (2009). Is there an “abortion trauma syndrome”? Critiquing the evidence. *Harvard review of psychiatry*, 17(4), 268-290.
- Rudnicki, S. R., Graham, J. L., Habboushe, D. F., & Ross, R. D. (2001). Social support and avoidant coping: correlates of depressed mood during pregnancy in minority women. *Women & health*, 34(3), 19–34. https://doi.org/10.1300/J013v34n03_02
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.

- Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L., & Lester, B. (2003). Maternal-fetal attachment. *Jama*, 289(13), 1701-1701.
- Sandelowski, M., Barroso, J., 2005. The travesty of choosing after positive prenatal
- Schautová, N. (2016). *Rozhodování a intuice: využijte plný potenciál intuice při rozhodování*. Praha: Portál.
- Skořepa, M. (2005). *Rozhodování jednotlivce: teorie a skutečnost : obecná část*. Praha: Karolinum.
- Skutilová, V. (2013). *Psychologické aspekty a kompliance diagnostických metod v těhotenství*. Olomouc, disertační práce (Ph.D.). Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta
- Skutilová, V. (2016). *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada Publishing.
- Slater, C. L. (2003). Generativity versus stagnation: An elaboration of Erikson's adult stage of human development. *Journal of Adult Development*, 10(1), 53-65.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: SAGE Publishing.
- Smith, S. D. V., Dietsch, E., & Bonner, A. (2013). Pregnancy as public property: The experience of couples following diagnosis of a foetal anomaly. *Women and Birth*, 26(1), 76-81.
- Speckhard, A. C., & Rue, V. M. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48(3), 95-119.
- Staneva, A. A., Bogossian, F., & Wittkowski, A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, 31(6), 563–573. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.015>
- Stotland, N. L. (1992). The myth of the abortion trauma syndrome. *Jama*, 268(15), 2078-2079.
- Špaňhelová, I. (2015). *Prázdňá kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál.
- Špatenková, N. (2004). *Krise: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M., Strnadová, I., & Krejčová, L. (2009). *Náročňé mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum.
- Vodáčková, D. (2020). *Krizová intervence (4., aktualizované vydání)*. Praha: Portál.

Williams, D. G. (1982). Religion, beliefs about human life, and the abortion decision. *Review of Religious Research*, 40-48.

Zareba, K., La Rosa, V. L., Ciebiera, M., Makara-Studzińska, M., Commodari, E., & Gierus, J. (2020). Psychological effects of abortion. An updated narrative review. *Eastern Journal Of Medicine*, 25(3), 477-483.

Seznam příloh

- Příloha 1 – Anamnestický dotazník
- Příloha 2 – Polostrukturovaný rozhovor
- Příloha 3 – Ukázka z rozhovoru 101
- Příloha 4– Ukázka z rozhovoru 102
- Příloha 5 – Ukázka z rozhovoru 103

Příloha 1 – Anamnestický dotazník

Dobrý den,

děkuji, že jste se rozhodla zúčastnit se mého výzkumu. Velmi si toho vážím.

Nejprve Vás požádám o vyplnění krátkého dotazníku, díky kterému o Vás získám základní informace potřebné pro rozhovor. Veškeré údaje, které mi poskytnete budou anonymizovány a ve výsledné práci nebude uvedeno Vaše jméno. Všechna data budou bezpečně uchována po dobu nezbytně nutnou pro výzkum a poté zlikvidována.

Samotný rozhovor by měl proběhnout během ledna, nebo února.

1. Jaký je Váš přidělený osobní kód?

Napište číslo, které Vám bylo přiděleno v úvodním emailu.

2. Rozhodovala jste se ve svém životě o ukončení těhotenství?

Ano

Ne

3. Kdy probíhalo těhotenství?

Před méně než rokem

Před 1-2 lety

Před 3-4 lety

Před 5 a více lety

4. Kolikáté Vaše těhotenství to bylo?

První

Druhé

Třetí

Jiné:

5. V jakém týdnu těhotenství jste se začala rozhodovat o jeho ukončení?

Napište přibližnou dobu, kdy jste o ukončení těhotenství začala uvažovat, nebo Vám bylo doporučeno lékařem.

Ihned po zjištění těhotenství

Do 8. týdne těhotenství

9.-12. týden těhotenství

12.-24. týden těhotenství

Později

Nevím, nevzpomínám si

6. Kolik času jste na rozhodování měla?

Napište přibližnou dobu.

7. Z jakého důvodu jste se rozhodovala o ukončení těhotenství? *

Můžete označit více odpovědí.

Zdravotní riziko pro matku

Zdravotní riziko pro dítě

Osobní důvody

Ekonomické důvody

Jiné:

8. Kdo rozhodnutí o ukončení těhotenství učinil?

I v případě, že výsledkem rozhodování bylo v těhotenství pokračovat. Můžete označit více odpovědí.

Já sama

Já s partnerem

Já s odborníky (lékař, psycholog...)

Jiné:

9. Podpořil Vás ve Vašem rozhodnutí někdo z okolí? Pokud ano, kdo?

Zaškrtněte jednu nebo více odpovědí.

Podporu jsem nepociťovala

Partner

Rodina přátelé širší okolí

Odborníci (lékař, zdravotník, psycholog)

Ženy s podobnou zkušeností

Jiné:

10. Jak Vaše rozhodování dopadlo?

Rozhodla jsem se ukončit těhotenství

Rozhodla jsem se v těhotenství pokračovat

11. Jak dopadlo Vaše těhotenství?

Narodilo se zdravé dítě

Narodilo se dítě se zdravotním postižením

Došlo ke spontánnímu potratu

Došlo k umělému ukončení těhotenství

Jiné:

12. Jak vnímáte roli lékařů a zdravotníků během rozhodování o ukončení těhotenství?

Zcela pozitivně

Spíše pozitivně

Spíše negativně

Zcela negativně

Zdravotníci v procesu rozhodování nehráli žádnou roli

13. Pokud bylo Vaše těhotenství ukončeno, jakou následnou péči jste dostala?

Můžete zaškrtnout více položek.

Těhotenství nebylo ukončeno

Psychologická pomoc

Kontakt na linky krizové intervence

Kontakt na podpůrnou skupinu nevzpomínám si

Žádná následná péče mi poskytnuta nebyla

Jiné:

14. Myslíte, že jste měla pro rozhodnutí dostatek informací?

Určitě ano

Spíše ano

Nevím, nedokážu to posoudit

Spíše ne

Určitě ne

15. Rozhodla byste se stejně znovu?

Určitě ano

Spíše ano

Nevím, nedokážu to posoudit

Spíše ne

Určitě ne

Jiné:

16. Jaký je Váš současný věk?

Méně než 18 let 18-24 let

25-29 let

30-34 let

35-39 let

40-44 let

45-49 let

50 a více let

17. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

ZŠ vzdělání

Vyučení

SŠ vzdělání

VŠ vzdělání

18. Jaký je Váš status?

Můžete označit více možností.

Jsem studentka

Pracuji

Jsem na mateřské dovolené

Jiné:

19. Jaký je Váš rodinný stav?

V dlouhodobém partnerském vztahu

V krátkodobém partnerském vztahu

Bez partnera

Jiné:

20. Jaký byl Váš rodinný stav v době rozhodování o ukončení těhotenství?

V dlouhodobém partnerském vztahu

V krátkodobém partnerském vztahu

Bez partnera

Jiné:

21. Kolik máte vlastních dětí?

Žádné

1

2

3

4 a více

22. Kolik vychováváte/ jste vychovávala děti?

Děti vlastních, adoptovaných, osvojených, dětí partnera...

Žádné

1

2

3

4 a více

Poučení účastníků studie:

Data budou využita pouze pro výzkumné účely.

S těmito údaji bude nakládáno v souladu s § 16 Zákona č. 110/2019 Sb., O zpracování osobních údajů a v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o

ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR).

Data budou uchovávána a předávána pouze bez identifikačních údajů (tj. jako anonymní data), a to i v případě jejich analýzy nebo publikací. K datům budou mít přístup pouze oprávněné osoby z řešitelského výzkumného týmu na Univerzitě Karlově.

Potvrzuji, že

1. jsem se seznámil/a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu.
2. dobrovolně souhlasím s účastí v tomto výzkumu.
3. rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat.
4. jsem srozuměn/a s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.
5. souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím pro výzkumné a publikační účely.
6. souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy, Pedagogické fakulty, IČ: 00216208, se sídlem: Magdalény Rettigové 4, 116 39 Praha 1, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu.
7. pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci je výzkum realizován.
8. jsem seznámen/a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 16 Zákona č. 110/2019 Sb., O zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

23. Výše uvedené svolení a souhlasy poskytuji dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání.

Souhlasím s účastí na výzkumu

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku. Pokud byste mi chtěla před samotným rozhovorem něco sdělit, nebo se na něco zeptat, můžete to udělat zde, nebo mi napište na e-mail (*uveden kontaktní e-mail*).

24. Je něco, co byste nyní ráda sdělila poté, co jste se nad svou zkušeností znovu zamyslela a co byste chtěla, aby tu nyní zaznělo?

Příloha 2 – Polostrukturovaný rozhovor

1. Těhotenství a průběh

- Jaké to pro vás bylo, když jste se dozvěděla, že jste těhotná?
- Jak jste prožívala své těhotenství před tím, než jste začala uvažovat o jeho ukončení?
- V dotazníku jste mi sdělila, že jste o ukončení těhotenství přemýšlela od (*časový údaj*), vzpomenete si, co vás k té myšlence přivedlo?
- Jak se vaše uvažování o těhotenství od té chvíle změnilo?

2. Proces rozhodování

- jak dlouho jste se rozhodovala?
- jaké byly v tom období převažující myšlenky?
- Co si myslíte, že vás nejsilněji ovlivňovalo?
- Jaké vnitřní konflikty jste vnímala?
- Co si myslíte, že vás nakonec v rozhodnutí utvrdilo/ přesvědčilo? Co bylo tím impulsem?

3. Informace

- Myslíte, že jste měla všechny informace, které jste pro učinění rozhodnutí potřebovala?
- Kde jste informace hledala?

4. Vztahy a podpora okolí

- Měla jste o tom s kým mluvit?
- Kdo vás v té době nejvíce podpořil?
- Komu jste sdělila, že uvažujete o ukončení těhotenství?

a. Partner

- Jak se k situaci postavil partner?
- b. Rodina
 - Jak reagovala vaši rodina?
- c. Okolí
 - Měla jste kolem sebe kamarádky, kolegyně, další ženy, které ukončili těhotenství?
- d. Lékaři a odborníci
 - Konzultovala jste ukončení ihned s lékařem? Jaký byl jeho postoj?
 - Rozhodla jste se v té době vyhledat odbornou pomoc? (Psycholog, krizová intervence, poradenství)

5. Ohlédnutí

- Co myslíte, že byste v té době potřebovala, aby to pro vás bylo snazší?
- Jak jste se s celou situací vyrovnávala?
- Jak se na celou situaci díváte dnes?

Příloha 3 – Ukázka z rozhovoru 101

K: No a potom teda ty jsi psala v tom dotazníku, že mezi tím dvanáctým a dvacátým čtvrtým týdnem ti teda řekli tu diagnózu. A to teda byla jaká diagnóza?

T: Nějak kolem... To byl nějak jednadvacátý, nebo dvaadvacátý týden, si myslím, že to byl. To jsem byla v nemocnici zase a...A...Protože já jsem hodně jakoby zvracela skoro celý těhotenství. Teda ne skoro, ale...Po čtrnácti dnech, co jsem věděla, že jsem těhotná jsem začala zvracet a zvracela jsem ještě i na porodním sále pomalu. A takže jsem byla jakoby hodně v nemocnici a já jsem potom začala i jakoby krvácet. Mě začaly jakoby prskat všechny ty jizvy, na děloze a prostě tak. Takže jsem musela být v nemocnici a...Tim že už jsem byla jakože starší, že už mi bylo třiatřicet a měla jsem tyhle všechny věci, tak mi začali dělat naky jako speciálnější vyšetření a šla jsem na nějaké...Genetické ultrazvuk, nebo co mi říkali, že to je. A tam vlastně mi pan doktor řekl, že vlastně bude mít V. jakoby rozštěp v obličejí a rozštěp v páteři. A že mám zhruba necelé tak čtrnáct dní na to, abych se rozhodla, jestli ukončíme jakoby těhotenství. Já jsem se ho zeptala, jako co to znamená, že bude mít jako rozštěp v obličejí a v páteři. Že jako v obličejí si to dokážu jako představit, protože s tím jakoby normálně běžně člověk přišel do styku. Jsem říkala, že za první se to dá

nějak plastikou, že jo. A prostě taky jsem říkala, tak dobře, tak bude trošičku vošklivka, ale dá se s tím žít. A neuměla jsem si představit ten rozštěp v páteři. Jsem říkala: „Jako co to znamená ten rozštěp v páteři?“ A von říká (přezíravým tónem): „Nó, no tak to asi bude jako ležák.“ A já říkam: „Jako jak, *asi jako ležák?*“ „No, tak jako různě.“ A já říkám: „A je to jako jistý, že má ten rozštěp v páteři, nebo budete dělat nějaký další vyšetření.? Nebo jako v jakém rozsahu? Jsou různé varianty?“ A on říká: „No tak teď jsem vám tohle řek a vy máte deset dní na to, abyste si jako rozhodla, že jako přerušíte těhotenství, nebo ne.“

No tak mě vrátili na to oddělení, tak jsem se tam jako snažila jako různě ptát těch doktorů při těch vizitách. Tak při té první vizitě: „No tak to jste se měla zeptat pana doktora, na tom speciálním.“ Tak já říkám: „Tam jsem dostala jenom tyhle informace.“ „No tak to vám jako nikdo jinej víc neřekne.“ No tak pak přišla nějaká ta velká vizita, tak ty řekli, že to se mnou teďka řešit nebudou, že se mám nahlásit ráno prostě vizitě, že mám pak přijít jakoby sólo já. Jakoby do ordinace. No a říkali: „No a co vlastně chcete slyšet?“ Já říkam: „No já chci jako slyšet, jaký jsou tam rizika a jak jako moc je to...Jak to jako ovlivní život toho dítěte. A potažmo jakoby té rodiny. Na co se máme jako připravit a jak moc je to...V jakým je to jakoby rozsahu a jestli je to teďka jako stoprocentní, nebo jestli je to nějaké jakoby předpoklad a ještě to budete nějak jako dovyšetřovat.“

A on říká: „No pan doktor tady jako píše, že, že prostě je tam jako riziko toho rozštěpu, těch dvou rozštěpů.“ Já říkám: „Je tam *riziko*, tak já si pod tím jako představuju, že prostě jako to ještě není jako stoprocentní, že kdyby tam ten rozštěp byl, tak napíše jako diagnostikoval jsem rozštěp ten a ten a v tom a tom stádiu.“ A se mě jako ptal, jako kolik mám jako semestrů medicíny, že s nim takhle prostě komunikuju. Jestli nejsem nějaká moc chytrá. Já jsem říkala: „No, chytrá nejsem ale prostě zase nejsem úplně blbá. A je to prostě moje vymodlené dítě. A když teda tam nemám jakoby stoprocentně a chci vědět nějaký informace, než se teda rozhodnu. Když se mám rozhodnout prostě pro to, že to dítě zabiju.“ No a on říká: „Nó, to nemusíte takhle jako prožívat, to prostě není prostě jakoby že byste ho zabila, nebo to...“ A já říkám že prostě je, je to prostě moje součást, je to prostě živej tvor a prostě... Navíc jako já jsem prostě věřící člověk a já prostě jsem jako vděčná za tenhle dar. A teď, teď jsem viděla tu změnu, v momentě, když jsem řekla že jsem věřící, tak jako říká: „Aha.“ A tím to prostě pro něj skončilo. Odmítal se prostě se mnou o tom bavit. Řikal: My jsme vám to prostě...A teď máte deset dní. Teď už teda necelejch deset dní, abyste se jako rozhodla a jako to...“

No, takže já jsem prostě, jsem to řekla manželovi. Manžel říká jako... Víceméně říkám jako, že se bojím jenom jako toho, jestli prostě bude V. ležáček, tak jako... Jak to prostě budeme zvládat s tou I., ale... Že prostě nemám ty stoprocentní informace a navíc vlastně my jsme měli už zkušenost od kamarádky, který vlastně taky říkali, že prostě nebude mít holka vyvinutej žaludek a já nevím, co všechno a pak prostě nakonec se narodilo úplně v pořádku. Tak jsem říkala: „Hele, já nevím. Nedělá to na mě jako dojem, že by věděli prostě jak hrozný to bude.“

Příloha 4 – Ukázka z rozhovoru 102

K: A vy jste třeba znala předtím někoho, kdo si procházel něčím podobným, nebo měla jste takhle nějaké informace o tom, jak to vypadá, nebo co to obnáší mít dítě s postižením? Nebo jestli jste z těch informací, co jste načetla čerpala?

E: No, v okolí jsem měla jednoho blízký... bližšího člověka, kdy měli dítě postižený a zemřelo jim někdy... V pěti, šesti letech... No a jinak jako... Tyhle ty témata mě zajímají, takže já jako i sleduju tohle téma, takže myslím, že jsem povědomí docela měla.

K: Takže to vlastně nebyl úplně do neznáma krok. Že jste s nějakou představou do toho vstupovala, do toho procesu rozhodování.

E: Myslím, že jo.

K: A vlastně em.. Jako dokázala jste si třeba představit vlastně tu realitu s tím dítětem s postižením, nebo jste si to třeba vůbec nepředstavovala a věděla jste, že vlastně to byste prostě nezvládla.

E: Uměla jsem si to představit, ale jak říkám. V podstatě snažila jsem se samozřejmě. Prostě ve chvíli, kdy jste těhotná, tak v podstatě to miminko, už vo něm víte, de fakto. Navíc v té době, já nevím, v tom šesnácím, sedmnácím tejdnu, já už jsem o něm i věděla. Takže jakoby jsem s tím v ším samozřejmě... Pro tu ženskou je to v tu chvíli strašlivě těžký. A myslím, že to jakoby nesrovnatelný eee z pohledu třeba toho muže. Eee v podstatě, když jsme spolu komunikovali, tak jsme řešili jakoby pro a proti. Ale samozřejmě ten pohled toho manžela je daleko racionálnější. Vy v tom máte daleko víc ještě ty emoce. Ale ee jak říkám, jako v podstatě tam zvítězilo to, že, že já si jako, že bych se starala asi úplně v pohodě, stejně tak jsem já nevím, když jsme mluvili o těch (šum v hovoru, neslyšela jsem slovo). Tak třeba jsme chodili cvičit do Sokola, kam docházela pani s holčičkou s Downovým syndromem.

K: Ehm.

E: Takže to byly další momenty, který jsou pro mě strašně fajn, tohleto vidět. A viděla jsem, že fungují celkem normálně. Samozřejmě, má to nějaký svoje omezení, limity, ale ani jsem neviděla, že by se tam lidi chovali nějak negativně, nebo tak. Takže tady z toho pohledu pro mě to jako celkem přirozený, ale říkám, tím spíš zvítězil ten výhled do toho budoucna. Že vám bude třeba šedesát, sedmdesát a už se o něj nebudete moct postarat a budete řešit, jestli najdete, řekněme třeba nějaký zařízení, kde může být, nebo ho v podstatě, když to řeknu ošklivě hodíte na krk jako staršímu bráchovi, jo. No. Takže a plus teda říkám, tam nám ještě vyslovili ještě nějaký podezření na nějaký přidružený vady srdce a tak dál. A v tu chvíli říkali, že neuměj odhadnout, jak moc velký to postižení bude. A taky se může stát, že bude větší a eee....to dítě by třeba zemřelo dřív, no. Tak to je pro mě jakoby...Taky docela (hořké pousmání) zásadní argument. (

K: Takže během těch tří dnů jste se nějak vlastně, jste došla k nějakému závěru. A potom jste ještě psala, že jste měla nějaký týden na změnu toho rozhodnutí. Tak jestli jste ještě v tom týdnu uvažovala, nebo už jste si byla jistá a už jste se třeba k tomu nechtěla vracet, k tomu rozhodování?

E: No, vono v podstatě vám daj nějakěj čas, že jo, na to rozhodování. Zase jsem šla zpátky na tu gynekologii, tam jsme s tou lékařkou probírali. Ona prostě dávala mi všechny informace, opravdu velmi citlivě, vstřícně, jako nemůžu říct jediný křivý slovo. A s tím že tedy mi dali nějakěj termín na to, kdy by to těhotenství teda bylo ukončeno. A říkám, bylo to až za těch x dní. A to bych řekla, že (pousmání), že bylo prostě strašný. Protože i když jsme si to s manželem nějak zdůvodnili a uzavřeli a rozhodli jsme se, tak furt vám zbývá ten čas, kdy furt to v sobě řešíte. (Respondentce se chvěje hlas.) No, takže asi asi kdyby mi v tu chvíli řekli, tak nastupte zítra, tak radši půjdu hned. No, protože samozřejmě jako rozumově si to zdůvodníte, ale citově je to strašně těžký.

K: Tomu rozumím. A vlastně když jste se šla bavit o tom s vaším partnerem, jak jste očekávala, že se k tomu postaví?

E: No, spíš jsem teda čekala, proto že, že bude pro to ukončení. (Respondentka mluví již klidně.) Eeee protože eee, manžel je ještě starší teda než já, o sedm let, takže teda z jeho pohledu tam, tam jako...Bylo ještě složitější ještě než pro mě si představit potom tu péči no.

K: Takže jste čekala, že vás v tom rozhodnutí nějakým způsobem podpoří, nebo že vlastně bude zastávat stejné stanovisko, jako vy?

E: Eh, no, já jsem do toho šla s tím, že je to jako vtevřený. Byla jsem samozřejmě příkloněná na jednu stranu, ale jako no. V podstatě jsme se shodli. Takže, takže to rozhodování bylo jako v tomhle ohledu asi jako jednodušší. (V pozadí jsou slyšet dětské zvuky)

K: Jo jo jo. A přebíral partner vlastně v tom rozhodování nějakou jako aktivnější roli, nebo máte spíš pocit, že emm vás jako podpořil, nebo pomohl vám se rozhodnout.

E: Emm, no jako, asi bych řekla, že to bylo v podstatě půl na půl. Že jsme se v podstatě na tom shodli. Že jsme měli ve výsledku, ve výsledku stejný argumenty no. To co jako převážilo a ty důvody no.

K: A nějakou další, nebo širší rodinu jste do toho rozhodování také zapojili? Nebo to bylo bylo...

E: Ne.

Příloha 5 – Ukázka z rozhovoru 103

S: Tam prostě ne. Řeklo se ne a hotovo.

K: A bavili jste se o tom vůbec?

S: Ne.

K: Prostě jste si řekli, že k doktorovi.

S: Doktor a šmitec. Jako vůbec. Tam to bylo takový radikální a jako. Není to jako v dnešní době, že ty maminky to s těma holkama probíraj. Samozřejmě že jo i já s K... Že jo teď se do toho stavím. Teď se stavím jako na jinej na jinou stranu jako jo, tím pohledem. Ale prostě dřív to tak nebylo no.

K: Hm, hm.

S: To prostě ta doba, ta doba toho komunismu byla...(pauza) Tam strašně jakoby... Já nevím ty komunisti to hodně ovlivnili. Hodně jako jo prostě. Já jako jsem nemohla jít na školu, protože nebyl táta u komunistů. Víš, tam hrozně se to ovlivňovalo tím jakoby směrem. Takže tam obavy z toho coby, kdyby, jo. Tam ne prostě. Šup doktor a hotovo. Nebyla jiná volba. Ani jsem neměla čas vo tom přemejšlet.

K: Takže tam žádný pro a proti tady nefungovalo.

S: Ne, dřív ne.

K: Hm. No a když jsi šla na tu interrupci, tak jsi jako věděla, co tě čeká?

S: Jo, to mi vysvětlili. To mi vysvětlila doktorka. Řekla mi, co mi budou dělat. Samozřejmě to bylo pod narkózou, že jo. A jako s čím mam počítat, kdyby něco. Jo, tak vždycky je riziko, že jo. I i v dnešní době, když já jsem třeba po operaci, tak vždycky je nějaký riziko. Takže všechno mi vysvětlili, povídali si se mnou vo tom. Jako hodně mě uklidňovali. Myslim, že jako ty doktoři věděli moc dobře, co ty holky jakoby prožívaj jo. Není to jakoby takový jako přideš domů, dostaneš facku, jo. To ne. (smích) Jako vysvětlili mi to hodně.

K: A bála ses toho?

S: Hele ani ne. Tim že prostě...

K: Ses víc bála toho těhotenství asi.

S: No, asi jo, v tý době jako. Jó jako věděla, že když to podstoupim, že zase se všechno uklidní, jo. A zase budu mít takovej ten, takovou, takovej ten...jak to říct, ne moc nad svým životem, ale...Zase to bude takový jako o mě, jo. Že si budu moct rozhodovat co chci, kdy chci, jak chci. Sice ne úplně, ale jako... Přece jenom, kdybych se rozhodla si to nechat, což teda jako v tý době neexistovalo, tak stejně, pak nemůžeš nic. Jo? Nemůžeš nikam ject, nemůžeš do školy, nemůžeš nic. Musíš se starat, že jo. A dřív to bylo takový, že jsi měla půl roku mateřskou, pak jsi musel jít pracovat. Dítě do jeslí jako jo. V půl roce. Takže jako tam...Spíš mě to uklidnilo, když mi to všechno vysvětlili, jo. Měli pravdu.

K: Že budeš mít takovou větší svobodu zase.

S: Hm. A měli pravdu jako jo. Víme, že to je teďka ještě i mladší, že jo. No tak. To neovlivníme.

K: Takže jsi byla ráda i jak se k tobě chovali ty doktoři. Myslíš, že to bylo jako profesionální?

S: Jo. Jo, určitě. Byla jsem ráda za to.

K: A cejtila jsi tam i takovej ten lidskej přístup, nebo máš pocit, že to prostě udělali tak jak měli a hotovo?

S: Hele ani ne. Tam když jsem potom šla i na ten sál, tam i ty sestřičky jako že tě hodně uklidňujou. Myslim že to bylo fajn v tý době. Byla jsem až jako překvapená. Když to tak řeknu jo. Protože když si vzpomenu na svojí zubařku, která prostě je drrrrř a neřvi. Byla taková rázná jo. Tak v tomhle případě myslim si, že jako byly citlivější. Jako určitě. Můžu říct, že jo.

K: A jak ses po tom potratu cejtila? Měla jsi třeba...Napadlo tě třeba vyhledat nějakou pomoc jako pro sebe, myslím třeba...

S: Psychologickou.

K: Psychologickou, ale myslím třeba i od známých i nějakou podporu.

S: (vrtí hlavou)

K: Ne, vůbec.

S: Vůbec., vůbec. Já jsem v tom taková jakoby...I mam to v sobě, že všechno si vyřeším sama. Jsem taková jakoby mm můžu říct, že jsem psychicky silnější osoba. Takže jsem to nějakým způsobem vstřebala a jelo se dál no.

K: Takže ani potom ses nesevěřovala nikomu.

S: Ne, vůbec.

K: A proč? Jako že ses bála se svěřit?

S: Né, to vůbec ne. Ale nejsem taková, že bych chodila a brečela někomu na rameni.

K: Jsi to nepotřebovala teda.

S: (souhlasně kýve hlavou) Možná, že to třeba nechá stopy v tom člověku. Já neřikam, že ne. To chraň bůh. Protože třeba s K. k psycholožce chodim jo. K psychiatři, ne k psycholožce jo. Takže já se tomuhle nebráním. Ale prostě nepotřebovala jsem. Já jsem na to snad ani neměla čas. Protože zase jsem musela zpátky do těch kolejí. Zase se věnovat tomu mladšímu bráchovi. Vodit ho do školy, ze školy. Já do školy, ze školy. Půjdeš domů, musela jsem uvařit, uklidit. Nebyl na to čas vůbec. Takže možná proto no.

K: No a změnil se třeba nějak postoj tvých rodičů?

S: Ne.

K: Už jste se k tomu pak nevraceli?

S: Ne, vůbec. Čára a vůbec jsme se k tomu nevraceli. Nevim jakoby co...(pauza. Nevim, třeba mojí mámu to třeba hlodalo, ale nedala nic najevo.

K: Takže jste to spíš brali jako takovej...

S: Prostě úlet. Prostě úlet. Prostě něco, co se stalo, vyřešilo se to a jelo se dál, no.

K: No a ty sama jsi na to myslela někdy potom?

S: Ale jako asi jo. Asi jsem si vzpomněla. Ale asi jako v tom smyslu, když už jsem třeba chtěla jo. Jako svoje vlastní. Když už jsem byla s P., když už jsme byli to...Ale jako ne, že

bych toho někdy litovala. Asi ne. Protože si myslím, že to v tu dobu bylo pro mě to nejlepší.
Myslím si to.