

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra Psychologie**

# **Diplomová práce**

Bc. Kateřina Malá

**Postabortivní syndrom jako možný následek potratu**

Post-abortion syndrome as a possible consequence of abortion

Praha 2018

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Simona Horáková Hoskovcová, Ph.D.

Děkuji PhDr. Simoně Horákové Hoskovcové, PhD. za odborné připomínky a podnětné vedení mé práce. Děkuji také své rodině za bezmeznou trpělivost a podporu během celého studia.

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 27.6. 2018*

.....

*Kateřina Malá*

**Abstrakt:**

Diplomová práce se věnuje oblasti spontánního potratu i umělého přerušování těhotenství, a jejich potenciálnímu dopadu na každodenní život žen. Teoretická část shrnuje dosavadní poznatky o jednotlivých typech ztráty těhotenství a popisuje možnosti psychologické adaptace na tuto ztrátu. Největší prostor je věnován postabortivnímu syndromu (PAS), který je považován za specifickou formu posttraumatické stresové poruchy. Jsou zde sledovány psychické, fyzické i sociální důsledky potratu, vymezena nejvíce ohrožená skupina žen PAS a nastíněn způsob jeho léčby. V empirické části práce byly nejdříve pomocí obsahové analýzy databáze Linky pomoci zachyceny hlavní symptomy PAS. Na jejichž základě jsme sestavili Dotazník ztráty těhotenství, jehož úkolem je zachytit vnímané změny v životě žen po ztrátě těhotenství. V závěru práce jsme otestovali dotazník Ztráty těhotenství a kriticky zhodnotili jeho přínosy a limity.

**Klíčová slova:**

Postabortivní syndrom, ztráta těhotenství, spontánní potrat, interrupce, truchlení, symptomy PAS

**Abstrakt:**

The thesis deals with the issue of spontaneous abortion as well as induced termination of pregnancy and its potential negative impacts on woman's mental and physical health. The theoretical part summarizes the findings about particular kinds of pregnancy loss and defines the possibilities of psychological adaptation to this loss. The author paid the close attention to Post-abortion syndrome (PAS), which is regarded as a special form of Post-Traumatic Stress Disorder. The thesis is further focused on the emotional, social, psychological and physical effects following abortion, the most threatened group of women with a higher probability of having PAS and finally the way of medical treatment. In the empirical part, the main symptoms of PAS were detected by means of the Helpline database analysis. Detection of these syndromes enabled to compile the questionnaire related to pregnancy loss. The main task was to discover the perceived changes in a woman's life after the pregnancy loss. In the final part of the work, the questionnaire regarding pregnancy loss had been tested and finally the main benefits together with limits had been critically evaluated.

**Keywords:**

Post-abortion syndrome, loss of pregnancy, spontaneous abortion, interruption, grief, symptoms of PAS

## Obsah

Úvod.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 Ztráta těhotenství .....	11
1.1 Spontánní potrat (abortus spontaneus).....	12
1.1.1 Příčiny spontánního potratu .....	12
1.1.2 Druhy spontánních potratů a jejich průběh.....	13
1.1.3 Spontánní potrat a neplodnost.....	14
1.2 Umělé přerušování těhotenství (abortus legalis) .....	15
1.2.1 Druhy a postupy UPT .....	15
1.2.2 Důvody k UPT .....	17
1.3 Perinatální ztráta .....	20
2 Psychologická adaptace na ztrátu .....	22
2.1 Obranné mechanismy.....	22
2.2 Copingové strategie .....	25
2.3 Truchlení.....	27
2.3.1 Proces truchlení.....	28
2.3.2 Normální a komplikované truchlení .....	30
3 Postabortivní syndrom .....	32
3.1 Vymezení pojmu.....	32
3.2 Otázky kolem existence PAS.....	35
3.3 Vznik PAS .....	39
3.4 Symptomy PAS.....	44
3.5 Léčba PAS .....	54
3.5.1 Poradenství.....	55
3.5.2 Psychoterapie .....	56
3.5.3 Farmakoterapie .....	58

II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	59
1 Analýza dotazů v poradně.....	59
1.1 Výzkumný problém a cíle .....	59
1.2 Výzkumný vzorek.....	60
1.2.1 Zdrojová databáze.....	60
1.2.2 Popis vzorku .....	60
1.2 Metodika kvalitativní části .....	61
1.4 Výsledky .....	63
1.4.1 Emocionální úroveň.....	63
1.4.2 Celkový psychický stav .....	66
1.4.3 Fyziologická úroveň .....	68
1.4.4 Behaviorální úroveň.....	70
1.4.5 Vztahová úroveň.....	72
2 Dotazník ztráty těhotenství .....	73
2.1 Konstrukce Dotazníku ztráty těhotenství a cíle výzkumu .....	73
2.2 Výběrový soubor.....	79
2.3 Statistická analýza.....	81
2.5 Výsledky .....	82
2.5.1 Deskriptivní statistika .....	82
2.5.2 Škály dotazníku Ztráty těhotenství .....	84
2.5.3 Analýza faktorů vzniku PAS .....	91
3 Diskuze .....	93
3.1 Analýza dotazů v poradně.....	93
3.2 Dotazník ztráty těhotenství .....	96
Závěr .....	100
Použitá literatura .....	102
Přílohy.....	113

## **Seznam použitých zkratk:**

APA – Americká psychologická asociace

ČSÚ – Český statistický úřad

DSM – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

PAS – Postabortivní syndrom

PTSD – Posttraumatická stresová porucha

UPT – Umělé přerušování těhotenství

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky



## **Úvod**

Postoj společnosti k potratům, ať již spontánním, či umělým přerušeni těhotenství, prošel během posledních desetiletí velkými změnami. Přestože toto téma zůstává poměrně kontroverzní otázkou a názory na něj liší, dostává se čím dál více do povědomí každého člověka. Navíc celkově počet potratů v České republice ročně přesáhne 30 000. Ať už se jedná o spontánní potrat, zamlklé těhotenství či interrupci, žije u nás nemalé procento žen, které mají zkušenost se ztrátou těhotenství. Tuto ztrátu často rodiče prožívají velmi bolestně, protože už od počátku jsou s těhotenstvím spojená nejrůznější očekávání, představy a plánování budoucnosti, která by byla narozením dítěte výrazně ovlivněna. Navíc je smrt dítěte, i když teprve nedávno počatého, vnímána jako narušení přirozeného koloběhu života, proto i dobrovolný potrat může vyvolat pocity bolesti a ztráty.

Ženy po tomto zážitku často pociťují vinu, sebenenávist, smutek, také zklamání z nesplnění očekávané role ženy a mnohdy se stává, že se vyhýbají dětem, těhotným a situacím, které by jim tuto událost připomínaly. Tyto projevy mohou vyústit až v tzv. postabortivní syndrom (PAS). Jedná se o formu posttraumatické stresové reakce, kterou ženy mohou prožívat po potratu. Potrat může být pro ženu velmi traumatizující událostí a s jeho následky se může potýkat několik měsíců či dokonce let. Přestože se o potratech hovoří v rámci odborné i laické veřejnosti čím dál otevřeněji, téma PAS však zůstává opomíjené. Někteří odborníci a lékaři i přes výpovědi žen, které tyto pocity zažívají, a některé odborné studie, stále odmítají PAS uznat jako diagnózu. Výzkumy ohledně PAS jsou sice nejednoznačné, ale opomíjení tohoto problému často způsobí, že se tyto potíže u žen nezachytí včas a mnohdy se čím dál více prohlubují. Ani ženy samy často nerozumí změnám, které se v nich odehrávají. Tyto skutečnosti pak dlouhodobě negativně ovlivňují kvalitu jejich života.

Teoretická část této práce nejprve popisuje typy ztráty těhotenství a jejich specifika, psychologickou adaptaci na tuto ztrátu a v neposlední řadě se věnuje postabortivnímu syndromu jako možnému následku potratu. V českých podmínkách na toto téma existuje jen velmi málo studií a výsledky podporující existenci PAS se často zakládají „pouze“ na několika rozhovorech s ženami po potratu.

Cílem empirické části je proto zjistit, jaké symptomy se u českých žen po potratu vyskytují, a které potíže subjektivně vnímají jako nejhorší. První část se zakládá na obsahové analýze databáze Linky pomoci, na kterou se mj. obrací ženy, které mají osobní zkušenost se spontánním potratem, zamlklým těhotenstvím či interrupcí. Z analýzy pak vyvstávají hlavní témata (problémy), které ženy po ztrátě těhotenství zažívají. Na základě těchto témat byl vytvořen dotazník Ztráty těhotenství, který zachycuje symptomy PAS u žen po potratu, a pomáhá rozšířit teoretickou základnu PAS. Dotazník Ztráty těhotenství kromě symptomů PAS zachycuje i subjektivně vnímaná pozitiva potratů. To může pomoci pohlížet na důsledky potratů více komplexně. V závěru práce je dotazník Ztráty těhotenství podroben kritickému zhodnocení a jsou zde uvedeny jeho přínosy a limity.

## I TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Ztráta těhotenství

Těhotenství často představuje zásadní změnu v životě ženy. Některé ženy při zjištění, že jsou těhotné, okamžitě naplní pocit štěstí, u jiných následuje šok, pocity strachu a nejistoty. Během posledních let můžeme sledovat, jak se mění vztah žen k těhotenství a jeho prožívání. Pomocí vyspělých technologií mohou matky sledovat vývoj svého dítěte téměř od samého začátku, a tím více si dítě uvědomovat a své těhotenství tak intenzivněji prožívat. O svém dítěti obvykle neuvažují či nemluví jako o plodu, ale o dítěti, se kterým brzy navazují citový vztah (Fedor-Freyberg, 2002). Na rozdíl od společnosti, která chápe ženu jako matku až po jejím porodu, těhotná žena přijímá roli matky nezávisle na délce těhotenství. Někdy ovšem toto těhotenství přichází v nevhodnou chvíli. Některé ženy se samy rozhodnou, že dítě z nejrůznějších důvodů nechťejí, jiné potrat zasáhne zcela nečekaně. V obou případech v nich potrat může zanechat hluboký pocit ztráty. Tuto ztrátu často nemůžeme vnímat „pouze“ jako ztrátu těhotenství, ale především jako ztrátu dítěte, ať je žena v jakémkoliv stádiu těhotenství. Obecně se předpokládá, že v prvním trimestru ženy tuto ztrátu prožívají méně reálně, jelikož si očekávané dítě ještě nepředstavují v konkrétní podobě (Sobotková, 2001). Nicméně se ukazuje, že prožívání ztráty těhotenství je velmi individuální a psychická bolest a smutek po potratu může zasáhnout každou ženu.

Lékařský slovník definuje potrat (abortus) jako „*vypuzení či odstranění plodu z dělohy před ukončením 28. týdne těhotenství, kdy plod ještě není schopen samostatného přežití*“ (Černý & Schelleová, 2003, s. 9). Obecně jde tedy o vypuzení či odstranění plodu z těla ženy.

Koschin (2000) rozlišuje tři základní kategorie potratu:

- 1) Samovolný potrat (spontánní potrat)
- 2) Indukovaný potrat (umělé přerušování těhotenství, interrupce)
- 3) Ostatní potraty

Do této skupiny spadají především kriminální potraty (např. situace, kdy si žena způsobí potrat sama) či umělé ukončení mimoděložního těhotenství.

## **1.1 Spontánní potrat (abortus spontaneus)**

O spontánním neboli samovolném potratu můžeme hovořit tehdy, když dojde k předčasnému vypuzení mrtvého plodu do konce 28. týdne těhotenství. V případě, že nemůžeme určit délku těhotenství, vypuzený plod může mít váhu až 1 kg, abychom mohli ztrátu těhotenství označit za potrat. Pokud žena porodí dítě s váhou nad 500g, jedná se už o porod. Porodem také rozumíme případ, kdy je narozené dítě sice menší, nicméně přežije více jak 24h (Kobilková, 2005). Uvádí se, že spontánním potratem je ukončeno přibližně každé páté těhotenství. Zde je dobré si uvědomit, že o řadě spontánních potratů žena vůbec neví, a tedy toto číslo je pravděpodobně mnohem větší, podle některých studií potratem končí až 75% těhotenství (Behinová & Kaiserová, 2006).

Spontánní potrat obvykle nebývá problémem z medicínského hlediska, nicméně může negativně ovlivnit psychický stav ženy, pro kterou je ztráta dítěte hlubokým psychickým traumatem (Pařízek, 2015).

### **1.1.1 Příčiny spontánního potratu**

Spontánní potrat je tedy velmi častý, ačkoliv se jeho příčina obvykle nezjistí. Na jedné straně může být potrat vyvolán z důvodu určitého poškození plodu (genetická nebo chromozomální porucha). Potrat tak slouží jako „pojistka“ přírody, aby se ve velké míře nerodili postižení jedinci.

Důvodem mohou také být příčiny na straně matky, například onemocnění těhotné ženy, vrozené anomálie, infekce, úraz atd. Tyto příčiny bývají často ženami přeceňovány, způsobují maximálně 15 až 20 % spontánních potratů (Pařízek, 2015). Svoji roli také hraje nepříznivý vliv prostředí, např. dlouhodobé vystavení se škodlivým látkám, abúzus alkoholu, drog, kofeinu atd. Statistiky ukazují, že k více než polovině spontánních potratů dochází v prvním trimestru těhotenství, a to především kvůli závažným poruchám plodu. Naopak se ukazuje, že v pozdějších stádiích těhotenství je příčina spíše na straně matky (Zwinger, 2004).

Dle Behinové et al. (2006) můžeme příčiny spontánní potratů rozdělit takto:

<b>příčiny</b>	<b>příklady</b>
fyzikální	rentgenové záření
chemické	působení škodlivých látek (výfukové plyny, cigaretový kouř)
biologické	viry, bakterie
genetické	mutace genů, poruchy chromozomů
mechanické	trauma
hormonální	hormonální poruchy, nerovnováha
imunologické	tvorba protilátek proti plodu
hemotalogické	poruchy srážlivosti krve
nutriční	nedostatečný přísun vitaminů a jiných látek

Tabulka 1 - příčiny spontánních potratů

Příčin spontánních potratů může být mnohem více, nemůžeme zapomenout například na celkový životní styl ženy a příčiny psychogenní (Ulčová-Gallová & Lošan, 2013).

### 1.1.2 Druhy spontánních potratů a jejich průběh

Spontánní potrat se nejčastěji dělí na časný a pozdní. K časnému potratu dochází v prvním trimestru těhotenství a je doprovázen bolestmi způsobenými děložními stahy, a také krvácením z dělohy v oblasti, ve které se odlučuje plodové vejce. Pozdní potrat může nastat ve druhé třetině těhotenství, projevuje se značnými bolestmi a ve většině případů odtokem plodové vody (Roztočil, 2001).

Odborníci rozlišují potrat septický (abortus septicus), kdy se dostane infekce do těla ženy, a potrat infikovaný (abortus aeger), kdy infekce pronikne do vnitřních rodidel ženy. Existuje také tzv. zamlklý potrat, kdy dojde k zastavení vývoje a odumření plodu. Nicméně žena nemá žádné příznaky typické pro potrat, a proto je zamlklý potrat diagnostikován nejčastěji až ultrazvukem, který nezachytí tlukot srdce plodu (Pařizek, 2015). Spontánní potrat může začít tzv. hrozícím potratem (abortus imminens), kdy mírné krvácení z děložního

hrdla doprovázejí bolesti v podbřišku. Pokud je krvácení čím dál silnější, obvykle to znamená, že tělo vnímá plod jako cizí těleso a snaží se ho vypudit. V toto chvíli se již jedná o začínající potrat (abortus incipiens). Je velmi pravděpodobné, že dojde ke ztrátě těhotenství a šance na záchranu plodu jsou již malé. Samovolný potrat může nastat úplný (abortus completus), kdy dojde k vypuzení plodu, nebo neúplný (abortus incompletus), kdy v těle ženy zbudou rezidua plodu, která musí být lékařsky odstraněna (Zwinger, 2004).

### **1.1.3 Spontánní potrat a neplodnost**

Tato kapitola je zde zařazena, jelikož mnoho žen po spontánním potratu trpí obavami, že jsou neschopné donosit dítě nebo již znovu nebudou moci otěhotnět.

Neplodnost můžeme chápat jako neschopnost v průběhu jednoho roku počít dítě při pravidelném nechráněném pohlavním styku. Je možné rozlišit primární neplodnost, kdy se ženě dosud nepodařilo počít dítě, a sekundární neplodnost, kdy žena nemůže otěhotnět, ačkoliv se jí to v minulosti podařilo (Doherty & Clark, 2006). V souvislosti s neplodností je nutné odlišit pojmy sterilita a infertilita. Zatímco sterilní ženy nejsou schopny vůbec počít, ženy trpící infertilitou sice otěhotní, ale své dítě nedonosí a těhotenství tak končí potratem (Kobilková, 2005). Příčiny neplodnosti u ženy mohou být různé, uvádí se, že jsou až z 6 % psychické. Tyto příčiny mohou být samostatné nebo součástí ostatních příčin (Ulčová-Gallová, et al., 2013). Je možné, že se z různých důvodů ženě poté nedaří otěhotnět a začne s léčbou neplodnosti. Úskalím této léčby může být skutečnost, že je žena lékaři více sledována a o svém případném těhotenství se tak dozví mnohem dříve než ženy, které se neléčí. Díky tomu ovšem může zaznamenat více spontánních potratů, což ji utvrzuje v přesvědčení, že své dítě není schopna donosit (Řežábek, 2008). U žen, které mají strach ze své neplodnosti, je obvykle velmi obtížné překonat prodělaný potrat, což je ale důležitým krokem k uzdravení. Někdy je potřeba, aby dalšímu otěhotnění nechala žena dostatek času a někdy o něj dokonce přestala usilovat (Doherty, et al., 2006).

## **1.2 Umělé přerušení těhotenství (abortus legalis)**

Umělé přerušení těhotenství (UPT), neboli indukovaný potrat, umělý potrat či interrupce, je záměrné ukončení těhotenství. Termín interrupce vychází z latinského slova *interrumpere*, což znamená přerušit nebo ukončit. V České republice mohou ženy do 12. týdne těhotenství legálně podstoupit potrat bez uvedení důvodu. V případě zdravotních potíží mohou se souhlasem lékaře jít na tento zákrok až do 24. týdne těhotenství. Ohledně tématu a provádění interrupcí, především prováděných ze sociálních důvodů, se vede řada diskuzí a vyvstává mnoho zdravotních, etických i legislativních otázek (Haškovcová, 2004). Napříč historií bylo UPT v mnoha zemích protiprávní a v některých je tomu tak dodnes. Díky UPT si v současné době mohou lidé rozhodovat o tom, zda a kdy se chtějí stát rodiči. Tato „svoboda volby“ je často ovšem vykoupena řadou důsledků pro život ženy (Freedová & Salazarová, 2008).

Interrupce se provádí na žádost ženy a nelze ji podstoupit častěji než jednou za 6 měsíců. Pokud chce v naší zemi podstoupit interrupci dívka mladší 16 let, musí s tímto zákrokem souhlasit její zákonní zástupci. V případě, že je dívka ještě mladší, má lékař oznamovací povinnost. V současné době můžeme pozorovat trend snižování počtu interrupcí u mladších žen. To je vysvětlováno lepší informovaností o užívání antikoncepce, její dostupností a celkově liberálnějšími postoji k sexualitě. UPT častěji podstupují ženy, které již alespoň jedno dítě mají (Hollá, Weiss, Unzeitig & Cibula, 2009). Kromě případů, kdy je interrupce prováděna ze zdravotních důvodů, si žena tento zákrok musí hradit sama (Hájek, Čech & Maršál, 2014). V České republice se průměrně jeho ceny pohybují mezi 4000–6000 Kč.

### **1.2.1 Druhy a postupy UPT**

Postupy, které se používají pro provedení interrupce, se obvykle volí v závislosti na tom, v kterém stupni těhotenství se žena nachází.

## 1) Chirurgické přerušení těhotenství

### *Miniinterrupce*

Miniinterrupci je možné ženě provést do 8. týdne těhotenství, a je považována za nejšetrnější způsob provedení UPT (Černý, et al., 2003). Při zákroku dochází k zprůchodnění děložního hrdla a je prováděn metodou nazvanou vakuumaspirace, která funguje na principu podtlakového odsátí obsahu děložní dutiny (Roztočil, 2001). Miniinterrupce může být prováděna v nemocnicích i v ambulantních gynekologických ordinacích, které mají k dispozici operační sál a pokoje s lůžky. Žena musí podstoupit anestezii, avšak většinou pouze lokální, a celý zákrok je poměrně krátký, obvykle je zvládnut do deseti minut. Pokud je vše v pořádku, žena může již ten den odejít domů (Hájek, et al., 2014). Úskalím miniinterrupce je ale skutečnost, že lékaři často na ženu spěchají, aby se o svém těhotenství rozhodla do 8. týdne. Podle nich tak bude zákrok menším zásahem pro její tělo. Někdy ovšem žena nemá dostatek času pečlivě zvážit, zda si dítě přeje. Kvůli tomu často bývá její rozhodnutí unáhlené, což se později může projevit na jejím psychickém stavu, a tato žena může být ohrožena tzv. postabortivním syndromem.

### *Interrupce*

Interrupci je možné provádět do 12. týdne těhotenství. Ze zdravotních důvodů je možné tento zákrok provést i po překročení této hranice, a to do 24. týdne těhotenství, kdy se ukáže, že očekávané dítě je vážně geneticky postiženo. Dokonce lze interrupci vykonat i později, kdykoliv v průběhu celého těhotenství za předpokladu, že je ohrožen život matky. V tomto případě se již obvykle volí metoda císařského řezu (Roztočil, 2001). Celý zákrok se skládá ze dvou částí, dilatace a kyretáže. Ve vyšším stupni těhotenství se někdy používají tzv. potratové kleště. U interrupce musí žena podstoupit celkovou anestezii a je nutná její následná hospitalizace (Hájek et al., 2014). Během zákroku i po něm mohou nastat jisté komplikace. Mezi ně můžeme zařadit například přetrvávající těhotenství, silné krvácení, infekci nebo perforaci dělohy. Proto je důležité, aby byl zákrok prováděn na specializovaných pracovištích. Výhodou chirurgického UPT je vyšší spolehlivost ve srovnání s farmakologickým přerušením těhotenství, které se v České republice provádí poměrně krátce (Hájek et al., 2014).



## **2) Farmakologické přerušení těhotenství**

Asi od poloviny roku 2014 je u nás možné podstoupit farmakologické přerušení těhotenství, a to až do 49. dne těhotenství ženy (Frank, Gerychová, Janků, Huser & Ventruba, 2015). Tomu předcházelo v 80. letech objevení účinné látky mifepristonu. Ten se u nás podává v tabletách perorálně. I tuto formu UPT musí na žádost ženy schválit lékař. Celý „zákrok“ probíhá ve 2 etapách. Žena se musí dostavit do určeného zdravotnického zařízení, kde dostane tabletu s účinnou látkou. Po jejím užití je ještě hodinu sledována, zda se neobjeví nějaké vedlejší účinky. Přibližně po 2 dnech by se žena měla dostavit pro druhou tabletu. K potratu ovšem většinou dojde do 24 hodin (WHO, 2003). Je nutné, aby se žena přibližně po 14 dnech dostavila na kontrolu, kde pomocí ultrazvuku lékař zjistí, zda došlo k úplnému vypuzení plodové tkáně. V současné době roste o tento způsob UPT zájem. Výhodou je, že žena nemusí být hospitalizována a není nucena podstoupit anestezii (Frank, et al., 2015). Přestože je farmakologické přerušení těhotenství méně rizikové než klasický chirurgický zákrok, může být spojeno s řadou vedlejších účinků a komplikací.

### **1.2.2 Důvody k UPT**

Někdy těhotenství nepřichází ve vhodnou dobu a může ženu zaskočit zcela nepřipravenou. Ona poté stojí před rozhodnutím, zda si dítě nechat či nikoliv. Tato volba obvykle nebývá pouze její, ale je ovlivněna i jejím nejbližším okolím. Mnohdy je toto rozhodování pro ženu velmi složité, dítě by si přála, nicméně se cítí k potratu nucena jinou osobou či svojí životní situací. Zdá se, že potratem dochází k potlačení jednoho ze základních instinktů, tj. instinktu mateřského. Z jakých důvodů je žena ochotna vzdát se svého mateřství?

Faktorů, které mají vliv na rozhodování ženy, může být celá řada. V současné době se stále provádějí výzkumy na toto téma, důvody k podstoupení UPT jsou různorodě kategorizovány. Například Rotter (1999) tyto důvody sumarizuje do 4 základních kategorií, tj. důvody sociální, etické, eugenické a lékařské. Přínosem v této oblasti byla metaanalýza 19 studií, které byly publikovány mezi lety 1996 a 2008. Její autoři analyzovali kvantitativní i kvalitativní studie a na jejichž základě vytyčili 4 nadřazené kategorie, a to důvody zaměřené na ženu, důvody zaměřené na ostatní, materiální důvody a komplexní důvody (Kirkman, Rowe, Hardiman, Mallett & Rosenthal, 2009).

## **1) Důvody zaměřené na ženu**

Do této kategorie řadíme především faktory, které souvisí s vnitřním přesvědčením, či přáním ženy, nebo se zdravotními důvody. Mnoho žen, které se rozhodnou pro interrupci, nechtějí mít další děti nebo se rozhodly zůstat bezdětné (Kirkman, et al., 2009). Některé ženy si dítě sice přejí, ale odkládají své těhotenství z nejrůznějších důvodů na později, například potřebují dokončit školu, mají dobré zaměstnání, necítí se ještě zralé na mateřství atd. Některé z nich mají ještě velmi malé děti a obávají se, že by se o další nezvládly postarat (Wulf, 1999). Do této kategorie můžeme zařadit i ženy, které užívaly antikoncepci a děti si tedy nepřály. Dalším typickým důvodem k UPT je věk ženy. Buď jsou ženy ještě příliš mladé na to, aby se cítily být připravené na mateřství, nebo naopak mají starší děti a již se necítí na to mít další dítě (Wulf, 1999). Mezi více společností akceptované důvody patří ty zdravotní, kdy by mohl být ohrožen život ženy. Sem můžeme přiřadit i důvody eugenické, kdy vyšetření ukáží, že se plod nevyvíjí správně a dítě se může narodit handicapované. V současné době se těhotné ženy často potýkají s diagnózou Downova syndromu a také s vážnými srdečními poruchami plodu (Kirkman et al., 2009).

## **2) Důvody zaměřené na ostatní**

Často se stává, že volba ženy podstoupit interrupci není pouze její, ale je ovlivněna jejími blízkými osobami, nejčastěji partnery. Rolí partnerských vztahů v rozhodování ženy vyhledat potrat se ve své studii zabývali Chibber, Biggs, Roberts & Foster (2014). Z velkého vzorku vybrali 298 žen (ty tvořily asi třetinu), které uváděly partnerský vztah jako hlavní důvod k potratu. Některé ženy v době, kdy se rozhodovaly o UPT, nežily v partnerském vztahu, či se jejich vztah nacházel v rané fázi či procházel krizí, a žena se obávala o jeho budoucnost. 26 % žen uvedlo, že jejich partner je odmítl či je nemohl podporovat v těhotenství, jelikož např. bydlel daleko, byl ve vězení, nemohl je s dítětem finančně zabezpečit či nebyl připraven k tomu, aby se stal otcem. Dalším důvodem k potratu byla skutečnost, že muže, se kterým počaly dítě, nepovažovaly za „správného muže“, který by se mohl stát otcem jejich dítěte, či ženy fyzicky či psychicky týral, nebo je dokonce znásilnil. Posledním důvodem k interrupci v oblasti partnerského vztahu byl ten, že ženy se chtějí nejdříve vdát před tím, než založí rodinu.

Vliv na rozhodnutí ženy mohou mít i jiní členové rodiny, u mladých dívek jsou to nejčastěji rodiče. Svoji roli zde hraje společnost, která příliš nepodporuje nácileté. Je nutné zde zmínit, že blízké osoby někdy pouze nepůsobí na volbu ženy, ale přímo ji k potratu různými prostředky přimějí. Některé ženy poté cítí, že neměly jinou možnost, než na potrat jít (Kirkman et al., 2009).

### **3) Materiální důvody**

Špatná ekonomická situace či nízká životní úroveň může být významným důvodem, proč se žena rozhodla, že si dítě nechce nechat. Chae, Desai, Crowell & Sedgh (2017) ve srovnávací studii zjistili, že v šesti ze třinácti zemí světa jsou hlavním důvodem k interrupci socioekonomické obavy. Řada žen, zvláště když jim chybí podpora partnera, mají finanční problémy nebo nemají vlastní bydlení (Kirkman et al., 2009). Proto se obávají o svoji budoucnost, a nechtějí do této nepříznivé situace přivést dítě. Některé ženy své těhotenství také mohou vnímat jako ohrožení svého současného sociálního statusu. V současné společnosti je kladen vysoký důraz na materialismus a na to, abychom žili na vysoké životní úrovni. Díky tomu mnoho párů odkládá založení rodiny až na dobu, kdy dítě jejich finanční a materiální situaci neohrozí (Wulf, 1999). Zde se otevírá významný prostor pro společnost, která by mohla pomoci k tomu, aby ženy z těchto důvodů nemusely podstupovat UPT. V současné době tyto ženy mohou využít např. různé příspěvky od státu (např. přídavek na dítě), azylové domy (i pro matky s dětmi) nebo pomáhají různé charity a neziskové organizace.

### **4) Komplexní důvody**

Ukazuje se, že málokdy mají ženy pouze jeden důvod, dle studie Chae et al. (2017) 89 % žen hlásí více než jeden důvod k potratu a více než polovina dokonce nejméně důvody čtyři. Podle Kirkman et al. (2009) by totiž pouze 1 důvod nestačil k tomu, aby si ženy před sebou, svým svědomím, potrat obhájily. Důvodem k podstoupení UPT je tedy obvykle kombinace různých faktorů, které v danou chvíli ženu mohou zahltit pocitem, že vlastně ve své situaci nemá na výběr.

### **1.3 Perinatální ztráta**

Se ztrátou těhotenství do jisté míry souvisí i pojem perinatální ztráty. Tu můžeme chápat jako úmrtí plodu nebo dítěte v průběhu perinatálního období, tzn. od 24. týdne těhotenství do 7 dnů od porodu. Uvádí se, že v České republice každoročně perinatální ztrátu zažívá až 400 žen, z toho tři čtvrtiny tvoří ženy, které porodily mrtvý plod (Ratislavová, Beran & Kašová, 2012). V perinatálním období již má žena utvořeny konkrétní představy o svém dítěti či ho již po porodu viděla. O to více je jeho ztráta nečekaná a může ženu hluboce zasáhnout bezprostředně po ztrátě, či jí dokonce způsobit trvalé psychické následky (Kaspárková & Bužgová, 2013). Běžnou reakcí jsou pocity smutku, hněvu, bezmoci, prázdnoty atd. Dochází k procesu truchlení, jako k běžné reakci na ztrátu blízké osoby. Může se ale objevit deprese, zvýšená úzkostnost, sebevražedné myšlenky, PTSD, somatické potíže, které mají dlouhodobý charakter (Ratislavová, 2016).

S narozením dítěte je spojeno mnoho čekávání, zvláště v dnešní době, kdy rodiče mají jedno, dvě děti, a jejichž narození obvykle plánují. Smrt dítěte často pro ně znamená obrovské zklamání, ztrátu nadějí, plánů, v případě prvního dítěte dokonce jejich rodičovské identity (Kohnerová, et al., 2013).

V jedné studii z roku 2016 sledovaly ženy, které prožily perinatální ztrátu. Po devíti měsících se u nich objevovaly vysoké a přetrvávající úrovně utrpení, zvláště symptomy deprese a PTSD. Je zajímavé, že se neobjevily statisticky významné rozdíly v těchto potížích mezi ženami, které porodily mrtvé dítě, a ženami, jejichž dítě zemřelo v prvním týdnu života. Také autoři zjistili, že pozůstalé matky mají čtyřikrát vyšší pravděpodobnost depresivních příznaků a sedmkrát vyšší pravděpodobnost symptomů PTSD ve srovnání s těmi, které své dítě neztratily (Gold, Leon, Boggs & Sen, 2016).

To, jak žena prožívá perinatální ztrátu, je velmi individuální. Přesto Čepický (1999) uvádí 5 základních faktorů, které na její reakci působí. Prvním z nich je povaha perinatální ztráty, kdy se ženy obtížně zvládají ztrátu dítěte během porodu či po jeho narození. Oproti tomuto tvrzení stojí výzkum Gold, et al. (2016), kdy autoři nezjistili souvislost povahy perinatálního úmrtí s vnímanými obtížemi. Druhým významným faktorem je zdravotnický personál, jeho chování a celkový přístup k ženě. Ukazuje se, že způsob, jakým lékař sdělí ženě diagnózu, má vliv na to, jakým způsobem žena ztrátu dítěte prožívá, a jak dlouho její truchlení trvá (Henley & Schott, 2008). Ženám by měl tuto špatnou zprávu sdělovat zkušený

lékař, který jim poskytne dostatek času, podpory a porozumění, a to v klidném prostředí. Z několika studií také vyplývá, že pro ženy po perinatální ztrátě je velmi důležité vědět, co bylo přesnou příčinou smrti jejich dítěte. Tuto informaci ženy ve většině případů od lékaře dostanou, nicméně si často stěžují na nedostatečně projevenou podporu, kterou by v tu chvíli potřebovaly (Kaspárková, et al., 2013). Velmi důležité jsou také okolnosti gravidity a porodu. Někdy žena může vnímat ztrátu dítěte jako vlastní selhání, někdy vinu přisuzuje svému lékaři. Čtvrtým významným faktorem je poškození plodu, přestože není prokázáno, jestli je reakce na úmrtí postiženého dítěte závažnější. Také vnímaná sociální opora ovlivňuje to, jak žena ztrátu zvládá. Je důležité, aby její okolí její hloubku zármutku nepodcenilo (Čepický, 1999).

U perinatální ztráty je důležité, aby se s ženou vhodně pracovalo, a aby její zármutek nebyl tlumen pouze prostřednictvím léků. V některých případech je vhodné předepsat například léky na spaní, aby si žena odpočinula, nicméně jedná se pouze o krátkodobé řešení (Ratislavová, 2016).

## **1 Psychologická adaptace na ztrátu**

Situace ztráty těhotenství může v jedinci spustit řadu fyziologických reakcí, které můžeme označit za stres. Lze říci, že stres je jakékoliv působení životního prostředí, mající fyzikální, chemický, sociální, psychologický, politický charakter, které ohrožuje zdraví určitých jedinců (Schreiber, 2000).

Tato reakce na stres může podle Rahe (1996) probíhat v 6 –ti po sobě jdoucích fázích:

- 1) Uvědomění si zátěžové situace, přičemž každý jedince vnímá danou situaci jako ohrožující na základě svých předchozích zkušeností, osobnostních vlastností, aktuálním stavu, vnímané podpory atd.
- 2) Aktivace psychických obranných mechanismů
- 3) Aktivace fyziologických reakcí
- 4) Fáze zvládnání, hledání copingových strategií
- 5) Projevení prvních potíží, symptomů
- 6) Diagnostika poruchy souvisejícím se stresem, zátěžovou situací

### **1.1 Obranné mechanismy**

Pokud žena, ale i její blízké osoby vnímají ztrátu těhotenství jako zátěžovou situaci, mohou se u nich spustit obranné reakce. Mezi obranné mechanismy řadíme způsoby zvládnání a vyrovnávání se se stresem, které nejsou plně uvědomované. Díky obranným mechanismům dochází k udržení celistvosti a integrity osobnosti a zachování duševní rovnováhy. Chrání nás před úzkostmi, afekty nebo pocity viny (Vágnerová, 2004). Žena tak díky nim dokáže zvládnout své každodenní povinnosti, a zdá se, že je v pořádku. Nicméně je nutné, aby své emoce spojené s prodělaným potratem zpracovala. Pokud své emoce dostatečně nezpracuje, mohou se kdykoliv v nečekaných chvílích vynořit a ženu tak velmi zaskočit. Ke vzniku psychických i somatických potíží dle výzkumů může dojít v případě, že žena nemá dostatečně zpracované emoce v souvislosti se ztrátou těhotenství. V podstatě jde o to, že emoční energie,

kteřá vzniká z neodžitého smutku, přetrvává v ženě, což posiluje traumatizaci (Speckhard, 1997).

To, jaké ztráta těhotenství spustí obranné mechanismy, záleží na mnoha faktorech, například na zkušenostech a minulosti jedince, jeho osobnosti, inteligenci, sociokulturním prostředí, ve kterém žije a mnoho dalších. Pokud mu v minulosti již v zátěžové situaci zafungovaly, s větší pravděpodobností se objeví i v té další. Mohou tak vytvořit základ obranné strategie, která je dlouhodobější povahy (Vágnerová, 2004). Různí autoři rozdělují a kategorizují obranné mechanismy odlišným způsobem podle jejich vzniku, zralosti, adaptability, souvislosti s duševní poruchou atd., výsledkem je veliká různorodost v jejich třídění. Zatímco někteří jich vytyčují 43, jiní popisují „pouze“ 17 (Chabrol & Callahan, 2013).

Obranné reakce můžeme rozdělit do dvou základních typů, které vycházejí ze 2 prastarých bazálních mechanismů, jimiž je útok a únik. V případě útoku se jedinec aktivně brání a bojuje se situací, kterou vnímá jako ohrožující. Projevem útoku je agrese, která může být nasměrována vně, na okolí jedince, nebo být obrácena dovnitř (autoagresivita, sebeobviňování, sebevražedné tendence). K obranným „aktivním“ reakcím také patří snaha upoutávat pozornost, prosazovat se např. výstředním oblékáním, chováním atd. (Vágnerová, 2004). Druhým základním typem obranné reakce je únik, může se např. jednat o vyhýbavé chování, změnu postoje k ohrožující situaci, rezignaci atd. Spadají sem obranné mechanismy, jako je popření, potlačení, únik do fantazie, regrese, identifikace, substituce, rezignace a další (Vágnerová, 2004).

Podle Freedové et al. (2008) ženy po ztrátě těhotenství nejčastěji využívají tyto obranné mechanismy:

### **Popření**

Popření bývá jedním z nejčastěji využívaných obranných mechanismů. Jedná se o přirozenou reakci na obtížnou situaci, kdy si žena po potratu nepřipustí žádné negativní pocity, které během a po zákroku prožívala. Mnohem hlouběji, než popření jde potlačení.

### **Potlačení**

Pokud má žena pocit, že udělala něco, co je v rozporu s její osobní morálkou, snaží se tyto nepříjemné pocity vytlačit ze svého vědomí, aby se zbavila pocitů viny (Nakonečný,

1998). Toto potlačení může vést až k úplnému zapomenutí určitých vzpomínek souvisejících s potratem. Nicméně aby u ženy v budoucnu nevznikly psychické obtíže, je zapotřebí, aby si uvědomila své pocity spojené s potratem a popřípadě se smířila se svojí ztrátou.

### **Racionalizace**

Při procesu racionalizace se žena po potratu snaží najít logické vysvětlení, proč se k potratu rozhodla nebo proč zrovna u ní proběhl samovolný potrat. Snaží se ospravedlnit všechna svá rozhodnutí, hledá nejrůznější argumenty, aby před sebou pomocí rozumu sama obhájila své jednání. Například si může říkat, že na dítě ještě nebyla připravena, že by ho neuživila a že by nebylo spravedlivé přivést za těchto podmínek dítě na svět. Tím se snaží potlačit svoji bolest.

### **Projekce**

Aby si žena ulevila od bolesti, smutku či pocitů viny, převádí zodpovědnost za prodělaný potrat na ostatní. Například pocit viny může přenést na svého partnera, který dítě nechtěl, lékaře, který potrat provedl, či správně neodhal rizikovost těhotenství, společnost, která potraty podporuje atd. Samu sebe považuje za bezmocnou oběť a intenzivně vyhledává od svého okolí pochopení a přijetí.

### **Reaktivní formace**

V některých případech se žena snaží potlačit svůj smutek a bolest, jelikož jí tyto emoce připadají neadekvátní situaci. Proto u ní může dojít k radikální změně postojů a chování. Například začne aktivně podporovat provádění potratů. Názorům, které se snaží intenzivně prosazovat, začne pak sama věřit. Krajním případem jsou ženy, které poté už nikdy nechtějí otěhotnět.

### **Kompenzace**

Některé ženy brzy po potratu znovu otěhotní nebo alespoň o otěhotnění usilují. Snaží se tak ztracené dítě nahradit dalším. Jiné ženy hledají náhradu v jiných oblastech života, zapojují se na dobročinných akcích nebo se stávají členkami hnutí, které bojují proti



potratům. Snaží se zmírnit pocit viny. Tyto ženy pak usilují o dokonalost, chtějí být dobrými matkami, učitelkami, pečujícími osobami apod. (Freedová, et al., 2008).

Zde je důležité říci, ztráta těhotenství může aktivovat obranné mechanismy nejen u ženy, které se ztráta týká, ale i všech jejích blízkých osob, pro které může být ztráta podobnou psychickou zátěží.

## **2.2 Copingové strategie**

Pojem coping je spojen s autorem jménem Lazarus, který ho chápal jako behaviorální, kognitivní nebo sociální reakce, díky nimž jedinec může regulovat vnitřní nebo vnější tlaky, či napětí, které vyplývají ze vztahu osoby a prostředí (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & 1986). Copingové strategie nám pomáhají zbavit se či zmírnit nepříjemné projevy psychické i fyziologické aktivace (Vágnerová, 2004).

Na rozdíl od obranných mechanismů, které odborníci pokládají za neuvědomované, neadaptabilní až rigidní, jsou copingové strategie více uvědomované, změrné, flexibilní, cíleně zaměřené na zvládnutí zátěže. Zde je nutné uvést, že existuje řada mechanismů, které stojí na pomezí tohoto rozdělení, a že se můžeme setkat jednak s obrannými mechanismy, které přispívají k adaptaci na zátěžovou situaci, tak na druhé straně s copingovými strategiemi, které mohou být zcela neadaptabilní (například vyhýbání se problému či sebeobviňování) (Chabrol & Callahan, 2004).

Ke zkoumání copingu v rámci psychologie dochází již od počátku 20. století, existuje tedy již celá řada konstruktů a teorií copingových strategií. Lazarus např. rozdělil tyto strategie podle toho, zda jsou zaměřené na zvládnutí emocí či se orientují na řešení problému (Lazarus, 1966). Existují také hierarchické modely copingu, například Tobin, Holroyd & Reynolds (1984) navrhli hierarchický model copingu (CSI), který má 3 úrovně, přičemž vychází ze základního rozdělení copingových strategií na zvládnutí zátěže orientované na řešení problému a řešení orientované na emoce.



Obr. 1 - hierarchický model copingu (Tobin et al., 1984)

V rámci toho, jak ženy a jejich blízcí čelí ztrátě těhotenství, mohou být konfrontováni se situací, která „otestuje“ jejich hranice a limity. V této zátěži jim může pomoci být v kontaktu se svým tělem, svými pocity a dobře porozumět tomu, co pro ně ztráta dítěte znamená. To poté může snížit dopad celé zátěžové situace. Proto je jedincům doporučováno zjistit si co nejvíce informací spojených se situací (Vodáčková, 2002).

Ukazuje se, že to, jaké si jedinec vybere copingové strategie, mj. úzce souvisí s jeho osobností. Některé typy osobnosti mají tendenci využívat spíše omezenou zásobu strategií (Kohoutek, Blatný & Bréda, 2003). Každý z nás má tedy k dispozici určitý repertoár copingových strategií, které se nám již v minulosti osvědčily a které nám tak pomáhají zvládat zátěžové situace. Tyto zkušenosti mohou být také převzaty od blízkých osob či je jedinci mohou vyhledat v informačních zdrojích, tematických knihách atd. Užitečné jsou nejen strategie efektivní ale i ty, které se neosvědčily, a jedinci se jim tedy mají možnost vyhnout (Vodáčková, 2002). Se ztrátou těhotenství se často pojí obavy z následné neplodnosti. Ve výzkumu, který byl zaměřen na vztah copingových strategií se spokojeností v partnerském životě a stresem z neplodnosti, autoři zjistili, že tento stres zvyšuje strategie vyhýbání se. Jako efektivní se ukázala zejména pro ženy copingová strategie hledání sociální opory. Její užívání snižuje stres ze zátěžové situace, což vede k následné spokojenosti v partnerském vztahu (Peterson, Newton, Rosen & Schulman et al., 2006).

## 2.3 Truchlení

Truchlení můžeme považovat za zcela přirozenou, adaptabilní reakci na ztrátu blízké osoby či na jinou významnou ztrátu v životě jedince. Tento pojem bývá často zaměňován se zármutkem. Můžeme říci, že zatímco zármutek (smutek) je prožíváním ztráty se všemi pocity, pojem truchlení zahrnuje i s ním spojené společenské chování (Moody & Arcangel, 2011). Jinou odlišnost mezi těmito pojmy vidí Worden (2008), který říká, že zatímco se zármutek může týkat jakékoliv ztráty, v případě truchlení se jedná pouze o ztrátu blízké osoby.

Pro partnery, kteří přijdou o své očekávané dítě, se jedná často o ztrátu anticipační, kdy ztratí své plány, naděje, rodičovskou identitu, část jich samých (Ratislavová, 2016). Zármutek a proces truchlení není tedy spjat pouze se ztrátou těhotenství, ale jedinci mohou tuto ztrátu vnímat jako ztrátu dítěte dokonce i v raných stádiích těhotenství. Davis (2016), která se zabývá perinatální ztrátou, považuje smrt dítěte za zničující ztrátu, která je odlišná od ztráty jiných blízkých osob. Říká, že rodiče mají stejné právo truchlit, ať už se jednalo o nechtěné těhotenství či smrt narozeného dítěte. Rodiče mohou ztrátu svého dítěte vnímat jako porušení přirozeného životního řádu s tím, že nemohli své dítě vychovávat a provázet ho na cestě životem. Už se nedozví, jaké by jejich dítě bylo. Tak jako většina rodičů, i tyto se mohou cítit za ztrátu těhotenství, smrt dítěte zodpovědní. To může umocnit pocity viny a zkomplikovat tak proces truchlení. V případě toho, že se ztráta opakuje, mohou být tyto pocity ještě silnější. Ženy po ztrátě také mohou začít nenávidět své tělo, které selhalo, nebo cítit vztek na ženy, které své dítě porodily, ačkoliv nebyly např. tak opatrné jako ony. Tyto a další pocity jsou velmi časté a vycházejí mj. z představy, že hlavním úkolem rodičů je dát dítěti život (Davis, 2016).

Se ztrátou dítěte se v životě jedinců může mnoho změnit. Nejenže se může proměnit pohled okolí na ně, i sami truchlící najednou nahlízejí na svět jinak než před ztrátou. Pocit ztráty a s ním spojené ostatní emoce je zaměstnávají na plný úvazek a oni nemohou žít „normálně“, jak to od nich po čase okolí očekává. Tak se truchlící odcizují nejenom lidem kolem nich, ale i jim samým. To může zapříčinit, že vstoupí do bludného kruhu izolace, úzkosti, ztráty smyslu života, ze kterého se neumí sami vymanit (Kast, 2015).

Během truchlení dochází k procesu, ve kterém se pozůstalí rodiče oddělují od ztraceného dítěte (Vodáčková, 2002). Úkolem tohoto procesu je smířit se se situací ztráty a přijmout ji (Vymětal, 2003). Podle většiny autorů si jedinci musí projít celým procesem truchlení, kdy poté vzpomínka na ztrátu již není tolik bolestivá a může dojít k uzavření

(Špatenková, 2008). V některých případech se může stát, že je pro jedince ztráta natolik bolestivá, že se nikdy na ztráty neadaptuje a nepřijme ji (Kubíčková, 2001).

### **2.3.1 Proces truchlení**

Každý z nás má jedinečný způsob, jakým se vyrovnává se ztrátou. Nicméně existuje velké množství výzkumů a teorií, které sledují zákonitosti procesů truchlení. To nám může pochopit fázi, ve které se jedinec nachází a tím nás nasměrovat na efektivnější pomoc a jeho doprovázení. Kast (2015) rozlišuje 4 fáze truchlení:

#### **1) Fáze, kdy člověk nechce uvěřit**

Na počátku, když se jedinec dozví o ztrátě blízké osoby, odmítá této informaci uvěřit. Podle Kübler – Ross (2015) v této fázi dochází k popření. Jedinec je v šoku, nedokáže vnímat, pociťovat, přijímat a třídit informace. Je přesvědčen o tom, že se jedná o omyl (např. v případě zamlklého těhotenství, že se lékaři spletli, že jejich dítě žije). Dle Kast (2015) je pro tuto fázi typická ztráta vnímavosti. Podle Bowlby (2013) tato fáze, kterou nazývá ochromením a fází nedůvěry, může trvat několik hodin až týden. Reakce na ztrátu je samozřejmě do jisté míry individuální (Haškovcová, 2007). Ačkoliv v první chvíli obvykle jedinec vytěšňuje své emoce, a žije tak, jako by ke ztrátě nedošlo, vše se vytěsnit nedá. Truchlíci popisují pocity prázdnoty, přirovnávají se k automatu. Běžným způsobem útěku je zde forma extrémní pracovní vytíženosti a činnosti.

Nejen perinatální ztráta, ale i potrat může být z emocionálního hlediska skutečnou ztrátou, nad kterou je potřeba truchlit. Jedinec totiž i s embryem může významně propojit svůj budoucí život. Je velmi důležité, aby truchlíci mohli dostatečně projevit smutek. Okolí by jim v tuto chvíli mělo poskytnout podporu, vřelost a vědomí, že v tom nejsou sami, ale zároveň je nechat žít samostatně. Zde je těžké najít vhodný poměr mezi blízkostí a odstupem (Kast, 2015).

#### **2) Fáze otevřených emocí**

Dle Bowlby (2013) si jedinec v této fázi uvědomí svoji ztrátu, začne propadat zoufalství, truchlit a dochází u něho k vnitřní dezorganizaci. V tuto už jde na povrch řada

emocí, někdy těžko ovladatelných. Objevuje se zmatek, úzkost, neklid, beznaděj, podrážděnost i řada somatických obtíží (Davis, 2016). Dle Kübler – Ross (2015) převládá hněv a agrese. Hněv může být zaměřen na jiné lidi nebo být přesměrovaný na sebe sama. V podstatě se jedná o reakci na bezmocnost. Zdá se, že to, jaká emoce převládá, vždy závisí na převažujícím sklonu člověka. K těmto emocím se může přidat psychomotorický neklid, poruchy spánku a zvýšená náchylnost k infekcím (Kast, 2015).

Problém může nastat v případě, pokud se truchlící ze smutku nevymaní, neustále myslí na bolest ze ztráty, kterou cítí a nemůže se v procesu truchlení posunout dál. Výrazné v této fázi jsou také pocity viny. Pokud mluvíme s truchlícím, kterého zaplavují pocity viny, neměli bychom se ho pokoušet utěšit či relativizovat jeho pocity, ale naopak se snažit, aby on sám zjistil, kdo a zda vůbec někdo je za ztrátu zodpovědný. Podle Špatenkové (2008) je důležitá kondolence či vyjádření lítosti nad ztrátou, což může otevřít prostor pro to, aby truchlící mohl sdílet své emoce s druhými. Tato fáze může trvat i přes rok a truchlící se do ní mohou cyklicky několikrát vrátit.

### **3) Fáze hledání zemřelého a odpoutávání se od něj**

Podle Kast (2015) se jedná o období zoufalství či apatie, kdy se mohou u jedinců objevovat sebevražedné myšlenky. Tato fáze může trvat týdny až roky. V tuto chvíli se truchlící soustředí na věci nebo aktivity, který ten, koho ztratili, měl rád, a které mu ho připomínají. Zemřelý se jim samovolně zjevuje ve snech, fantaziích, nebo si ho záměrně připomínají prostřednictvím fotografií, příběhů atd. Například rodiče po ztrátě těhotenství mohou mít fantazie o tom, kde teď jejich dítě je. Tím, že již dokážou cítit vztek či vinu, si ho neustále těmito pocity zpřítomňují. Toto hledání se také uskutečňuje vnitřními rozhovory se zemřelým. Díky tomu si mohou ujasnit, jaký se zemřelým měli vztah, co jim dával a co tedy odešlo spolu s ním. Díky tomu může dojít k rozloučení, truchlící si uvědomí, že už s ním nemohou ve svém životě počítat. Tak postupně dochází k vytvoření nového vztahu k osobě, kterou ztratili, což jim dává možnost vnímat zemřelého jako aspekt vlastní osoby. Podle toho, jak se daří truchlícím vyjádřit své emoce, proces hledání pomalu slábne. Je ale důležité, aby měli truchlící dostatek času a prostoru pro hledání a abychom je nenutili přijmout svou ztrátu (Kast, 2015).

#### **4) Fáze nového vztahu k sobě a ke světu**

Kübler – Ross (2015) tuto závěrečnou fázi truchlení nazývá smířením. Bývá také nazývána jako reintegrace, reorganizace či fáze přizpůsobení. U truchlících se začínají objevovat i pozitivní emoce, smutek ustupuje nebo se objevuje spíše nárazově (Ratislavová, 2016). Jedná se o dobu, kdy truchlíci ztrátu akceptují a kdy už proces hledání a loučení nezabírá většinu jejich času. Zemřelý se stává vnitřní postavou v mysli truchlíciho. Díky tomu je schopen sžít se s novými životními rolemi a navazovat nové vztahy. Tím opět získá sebedůvěru a sebeúctu. Tyto nové vztahy ovšem jedinec může prožívat ambivalentně, na jednu stranu se jim chce oddat, na druhé straně má obavy ze ztráty blízké osoby. Je tedy potřeba, aby jedinec v závěru truchlení přijal ztrátu a odnaučil se životnímu vzorcům, na které si zvykl ve vztahu k zemřelému (Kast, 2015). Cílem je, aby se u jedince dostavil stav vnitřního míru, klidu a vyrovnanosti. Samozřejmě se mohou objevit regrese do předchozích fází truchlení. Proces truchlení ovšem není lineární, ale cyklický (Ratislavová, 2016). Každý člověk ovšem nemusí dojít do této závěrečné fáze smíření, může se u něj objevit i rezignace a beznaděj (Kübler – Ross, 2015), či dochází k rozvoji patologických reakcí na ztrátu. Hlavním úkolem truchlení je ovšem odpoutat se od zemřelého a přesto s ním zůstat (Kast, 2015).

#### **2.3.2 Normální a komplikované truchlení**

Proces truchlení je zcela normální přirozenou reakcí na ztrátu. Ačkoliv u každého je průběh truchlení jiný, měl by směřovat ke zmírnění a zpracování zármutku. Pokud tomu tak není, jedná se o patologickou reakci, kterou můžeme nazvat komplikovaným truchlením (Quinn, 2007). Jejich symptomy se ovšem zásadně neliší, rozdíly jsou především v délce a intenzitě truchlení (Špatenková, 2008). Komplikované truchlení bylo v roce 2013 přidáno do DMS-5. Projevuje se enormním trváním zármutku, separačním distresem, úzkostí, odtržením od vlastních pocitů, depresivním laděním a celkových zhoršeních psychického a fyzického stavu jedince (O'Connor, et al., 2014). Časové kritérium, kdy už můžeme mluvit o komplikovaném truchlení, je šest měsíců (Bui, et al., 2015). To, zda se u truchlících rozvine komplikované truchlení, záleží na mnoha faktorech. Důležité jsou například jeho osobnostní charakteristiky, vnímaná sociální podpora, a také typ vztahu se zemřelým. K patologické

reakci může dojít například tehdy, když si byli velmi blízcí, nebo byl jejich vztah ambivalentní či závislý.

Na rozdíl od normálního truchlení je považováno za patologické a dysfunkční. Podle Worden (2008) komplikované truchlení můžeme rozlišit do čtyř podskupin:

### **1) Chronické reakce**

Jedinci jsou ochromeni svojí ztrátou, hluboké pocity smutku trvají řadu let. Uvědomují si, že nezvládají normálně fungovat, nicméně se svého zármutku nedokážou zbavit.

### **2) Odložené reakce**

Truchlení zde nepřichází bezprostředně po ztrátě blízké osoby, ale reakce je odložená o týdny nebo dokonce léta. Tyto reakce může vyvolat např. připomenutí místa či okolností smrti nebo ztráta další blízké osoby.

### **3) Larvované reakce**

Zde jsou projevy truchlení maskované, mohou nabývat podoby maladaptivního chování či somatických potíží. Jedinci poté mohou mít potíže například s nadužíváním alkoholu, drog, delikventním chováním či trpí psychosomatickým onemocněním.

### **4) Excesivní reakce**

Komplikované truchlení se také můžeme projevovat výraznými reakcemi na ztrátu, kdy normální strach ze smrti přerůstá ve fobii. Typické jsou iracionální pocity strachu, zoufalství a bezmoci.

Truchlící se ani po určité době nemohou ve svém životě posunout a nezvládají své každodenní povinnosti. V některých případech může truchlení přejít do skryté (latentní) podoby, a další ztráta či jiná stresová událost může proces truchlení opět spustit (Špatenková, 2011). Při komplikovaném truchlení mohou jedinci uvíznout ve fázi popření, kdy u nich převládají pocity prázdnoty a apatie. Díky tomu může proces truchlení trvat i řadu let (Kubíčková, 2001). Ke komplikovanému truchlení se mohou přidružit deprese, úzkostné poruchy, závislosti na alkoholu a drogách, suicidální tendence a chování atd., někdy může být již obtížné rozeznat spouštěč patologické reakce.

## 3 Postabortivní syndrom

### 3.1 Vymezení pojmu

Postabortivním syndromem (PAS) je nazvaná stresová reakce, která může nastat u žen po potratu. K této reakci může dojít jak po spontánním potratu, tak i po umělém přerušení těhotenství. Tento syndrom bývá někdy považován za druh posttraumatické stresové poruchy (Freedová, et al. 2008). Podle Speckhard (1997) PAS označuje reakci na prodělaný potrat, která se projevuje na třech úrovních. Za první se objevují pocity strachu, hrůzy, a bezmoci. Za druhé ženy s PAS trpí silnými pocity viny. Za třetí úroveň považuje pocit nevyřešeného nebo neuzavřeného smutku.

Někdy je pojem PAS zaměňován s pojmem postinterrupční syndrom. Tyto termíny se liší v tom, že zatímco v případě PAS mohou být obtíže způsobeny jakoukoliv ztrátou těhotenství, za příčinu postinterrupčního syndromu považujeme právě interrupci (Diallo & Lhotová).

Psycholog Rue v roce 1981 označil soubor specifických symptomů, kterými trpí některé ženy po potratu, souhrnným názvem postabortivní syndrom. Po zkušenostech ze své klinické praxe provedl výzkum svých pacientek. Zjistil, že některé z nich trpí traumatem v souvislosti s prodělaným potratem. Tyto ženy pociťovaly nejrůznější obtíže. Ačkoliv byl tento výzkum v pozdější době kritizován, odstartoval řadu výzkumů a diskuzí na téma PAS (Speckhard & Rue, 1992).

PAS by měl být vymezen vůči postraumatické stresové poruše a akutní reakci na stres. Jelikož některými autory bývá PAS považován za formu postraumatické stresové poruchy, mnoho symptomů a znaků mají společné (Freedová, et al., 2008).

#### **Posttraumatická stresová porucha**

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) se řadí mezi úzkostné poruchy (Látalová, Praško, Kamarádová, Sandoval, Jelenová, et al., 2014). Podle DSM-5 ji můžeme vymežit v rámci 8 základních kritérií:



- 1) Vystavení traumatické události, které byl jedinec obětí či svědkem, nebo se týkala blízké osoby (tato událost se může týkat přímo smrti či nebezpečí smrti, násilí nebo může nabývat podoby nehody či přírodní katastrofy)

Abychom mohli diagnostikovat PTSD, musí se objevit alespoň jeden projev z každé ze čtyř následujících skupin symptomů:

- 2) Intruze – traumatická událost je znovu prožívána (např. opakující se, neodbytné vzpomínky, noční můry, disociativní reakce, flashbacky, výrazný distres po vystavení podnětům připomínající trauma, zvýšená fyziologická reaktivita)
- 3) Vyhýbání se podnětům spojeným s událostí
- 4) Negativní změny v oblasti kognice a nálady (např. neschopnost vybavit si traumatizující událost, trvalý negativní postoj a očekávání k sobě i okolí, přetrvávající negativní emoce spojené s událostí, snížený zájem o aktivity, pocit odcizení)
- 5) Zvýšená dráždivost a reaktivita (např. rizikové nebo destruktivní chování, agresivita, hypervigilita, problémy s koncentrací, se spánkem)
- 6) Potíže musí trvat nejméně jeden měsíc
- 7) Problémy ve fungování v sociální a pracovní oblasti
- 8) Vyloučení jiných příčin zhoršeného psychického stavu (APA, 2013).

Podle MKN-10 je definice PTSD poruchy velmi podobná, nicméně v ní se udává, že jedinec, který trpí PTSD, musel být vystaven takové stresové události, která pro něj byla velmi ohrožující, a která by mohla způsobit silné rozrušení téměř u každého (ÚZIS ČR, 2009).

PTSD se může rozvinout po silné stresující události, popřípadě po zážitku extrémního ohrožení na životě. Takováto silná událost bývá označována jako trauma a představuje bezprostřední ohrožení života či otřesení integrity člověka a jeho hodnot. Ačkoliv se trauma po stejné události může rozvinout jen u vybraných jedinců, považuje se za normální reakci na abnormální situaci. To pak následně může vést k rozvoji psychických poruch (APA, 2013).

Kromě řady společných projevů, PAS a PTSD spojuje skutečnost, že nástup reakce na stresovou událost může nastat několik měsíců i let od dané události. Reakce na traumatizující událost v podobě PTSD se objevuje s určitým časovým odstupem. Jedinci poté znovu prožívají trauma, obvykle prostřednictvím neodbytných myšlenek (Látalová, et al., 2014).

Tímto spouštěčem může být kontakt s podnětem, který trauma připomíná, stresující způsob života či nově prožité trauma (APA, 2013).

Prevalence PTSD u žen po potratu se dle jednotlivých výzkumů značně liší, uvádí se mezi 0,6–39 % (Christiansen, 2017). Podle španělské studie z roku 2005 kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu byla u žen po interrupci splněna v deseti studovaných případech, nicméně mnoho dalších žen vykazovalo další nespecifické příznaky, jako jsou opakující se sny a noční můry související s potraty, intenzivní pocity viny a potřebu „opravení“. PAS by měl být podle autorů považován za další typ PTSD s přihlédnutím na specifické symptomy, které by měly být pochopeny. Jedině tak můžeme vytvořit vhodnou psychotherapeutickou intervenci (Gómez & Zapata, 2005).

V klinické praxi ovšem ženy po ztrátě dítěte často nesplňují všechna kritéria PTSD stanovené DSM-5. Proto se jejich obtíže, kterými trpí v souvislosti s prodělaným potratem, nedají označit za posttraumatickou stresovou poruchu, ačkoliv pociťují mnoho symptomů typických právě pro PTSD. K těmto symptomům se přidávají ale i specifické symptomy, které se souhrnně nazývají PAS.

### **Akutní reakce na stres**

Akutní reakce na stres je považována za přechodnou poruchu jako odpověď na stresující podnět nebo událost. Vzniká u jedinců, kteří netrpí žádnou psychickou poruchou, jedná se tedy o normální reakci na obtížnou situaci. Tato akutní reakce na stres by měla na rozdíl od PAS odeznít během několika hodin či dnů (MKN 10, 1992).

V případě žen po potratu je často možné zachytit akutní reakci na stres již v nemocnici, ve které podstoupily zákrok. Existují dva základní typy reakce na stres dle převažující vegetativní reakce. Může se jednat o obrannou reakci typu A, což je aktivní reakce (útok či útěk). Dochází ke zrychlení fyziologických funkcí, svalovému napětí, psychomotorickému neklidu, nesoustředěnosti atd. Opakem je reakce typu B, kdy je jedinec pasivní, ztuhlý, zamrznutý. Ženy po potratu tak můžou působit lhostejně, bez emocí, jako by se jich celá situace netýkala (Lucká, 2002).

Je nutné zmínit, že PAS tedy nebyl uznán jako diagnóza Americkou psychologickou asociací (Major, 2008) a ani není zařazen do seznamu nemocí vydaného Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Přestože PAS nebyl uznán, má řadu zastánců, kteří se s ním ve své odborné praxi potkávají, a proto neustále bojují a hledají vědecké důkazy pro jeho existenci.

### 3.2 Otázky kolem existence PAS

Vzhledem k tomu, že osobní zkušenost s potratem v České republice má téměř 40 000 žen ročně, existuje poměrně velká pravděpodobnost, že si žena za svůj život potratem projde (ČSÚ, 2015). Přes tuto skutečnost je překvapující, jak málo je známo, jaký vliv má potrat na duševní zdraví žen.

Už pouhé označení postabortivní syndrom je značně kontroverzní. Podle MacGill (2016) se většina psychologů a psychiatrů nedomnívá, že by tento termín měl být používán. Tvrdí, že termín PAS byl vytvořen skupinami, které jsou proti potratu (myšleno především Hnutí pro život a jeho příznivce). Tento autor problémy žen po potratu nepopírá, nicméně podle něj by bylo vhodnější uvažovat o obtížích žen jako o projevech PTSD. Ovšem taková úroveň utrpení je dle něj velmi vzácná.

Mezi odborníky i širokou veřejností neexistují spory pouze o termínu, který bude označovat problémy žen po potratu, ale vedou se dohady o tom, zda vůbec tyto problémy přímo souvisí s osobní zkušeností se ztrátou těhotenství či nikoliv. Proto je PAS v současné době velmi diskutovaným tématem. Mnozí se shodují, že nebyl proveden spolehlivý výzkum, který by ukázal, že PAS existuje, a řada z těchto výzkumů se potýká se značnými metodologickými problémy (MacGill, 2016; Major, Appelbaum, Beckman, Dutton, Russo & West, 2009).

V české odborné literatuře se můžeme setkat s tímto tématem velmi zřídka, o pojmu PAS hovoří poměrně malé množství lékařů z řad gynekologů či psychiatrů. Např. Weiss (2010) se zmiňuje o psychologických komplikacích v důsledku interrupce, tyto obtíže se dle něj vyskytují asi u 10 % žen po interrupci. Dodává ovšem, že tyto obtíže jsou pouze přechodné a tzv. postinterrupční syndrom považuje za fikci. Častěji dle něj umělé přerušování těhotenství přináší ženám pocit úlevy. K tomu názoru se přiklání i další čeští odborníci (například gynekologové), kteří PAS zcela popírají (Čepický & Kurzová, 2003).

V zahraničí můžeme na toto téma najít větší množství relevantních výzkumů. Americká psychologická asociace od roku 1989 provedla řadu výzkumů na téma PAS, zaměřovala se především na psychické následky po umělém přerušování těhotenství. Cílem výzkumníků bylo ověřit, zda ženy, které v prvních třech měsících těhotenství dobrovolně podstoupily interrupci, trpí symptomy PAS. Výsledky výzkumu ukázaly, že k negativním psychickým následkům dochází velmi zřídka a tyto následky jsou srovnatelné s běžným stresem. Samozřejmě výzkumníci zachytili, že ženy po potratu trpěly řadou obtíží, jako

například pocity lítosti, smutku či viny. Nicméně nepodařilo se jim prokázat souvislost mezi nimi a interrupcí. V závěru tedy Americká psychologická asociace neuznala tento syndrom jako oficiální diagnózu (Adler, David, Major, Roth, Russo & Wyatt, 1990).

Podle Dadlez & Andrews (2010) je hlavním cílem zkoumání PAS zjistit, že potrat psychicky poškozuje ženy, a tím rozdmýchat boj za zákaz či omezení umělých potratů. Sami tvrdí, že neexistuje nic jako PAS, a že problémy, které mají ženy po potratu, mohou být vysvětleny jinými příčinami.

Studie z roku 2009, která se zabývá spojitostí mentálního zdraví a interrupce, se zaměřila na rizika spojená s interrupcí ve srovnání s riziky spojenými s jejími alternativami, a také na zdroje variability v reakcích žen na prodělaný potrat. Ukázalo se, že metodologicky nejkvalitnější studie došly k závěru, že v rámci Spojených států relativní riziko psychických obtíží u dospělých žen, které mají zkušenost s jedním umělým přerušením těhotenství v prvním trimestru, není větší než riziko u žen, které pokračují v nechtěném těhotenství. Neprokázalo se, že nastalé psychické problémy jsou způsobeny potraty jako takovými. Spíše autoři vidí souvislost v jiných rizikových faktorech. Nakonec autoři došli k názoru, že většina dospělých žen, které podstoupí interrupci, netrpí psychickými ani somatickými obtížemi. Nepopírají ovšem, že některé ženy v souvislosti s potratem jsou postiženy určitými obtížemi a jejich individuální zkušenosti s potratem by měly být pochopeny a přijímány (Major, et al., 2009).

V jiném výzkumu autoři systematicky hledali články zaměřené na potenciální souvislost mezi potraty a dlouhodobými důsledky v oblasti duševního zdraví, které byly realizovány mezi lety 1989 a 2008. Do výzkumu zařadili 21 studií, které byly posléze rozděleny dle jejich kvality od vynikajících po velmi špatné. Tato analýza ukázala zajímavou skutečnost, a to, že studie nejvyšší kvality docházely většinou k neutrálním zjištěním. To znamená, že se našlo málo významných rozdílů mezi ženami, které potratily a jejich srovnávacími skupinami, z hlediska důsledků pro duševní zdraví. Naopak, nejhůře metodologicky provedené studie prokázaly negativní následky potratů (Charles, Polis, Sridhara & Blum, 2008).

Proti těmto tvrzením stojí řada výzkumů, které se zabývají PAS. Ty poukazují na negativní zkušenosti žen po potratu a zachycují symptomy PAS. Tyto studie nejčastěji využívají kvalitativní design výzkumu (především polostrukturované rozhovory). Také osobní zkušenosti mnoha žen, které vyhledávají psychoterapeutickou pomoc či sdílejí své obtíže v souvislosti s potratem, ukazují, že trpí symptomy PAS.

Podle Babbel (2010) každá traumatizující událost může vést k PTSD. A interrupce za jistých okolností touto událostí bezesporu může být, jelikož u ní může vzniknout hluboký vnitřní konflikt. A to i přes to, že žena byla do té doby naprosto zdravá.

K jednomu z nejznámějších odborníků, kteří se snaží svojí výzkumnou činností poukazovat na existenci PAS, bezesporu patří Reardon. Podle něj existuje o 65% vyšší riziko klinické deprese u žen, které uměle ukončily své první těhotenství než u těch, které nechtěné dítě donosily (Cogle, Reardon & Coleman, 2003). Z jiné studie, ve které bylo analyzováno přes 56000 lékařských zpráv, vyplynulo, že ženy po interrupci byly o 160 % častěji hospitalizované kvůli psychiatrické léčbě než ženy, které dítě porodily (Reardon, Cogle, Rue & Shuping, 2003). Tyto studie byly zahrnuty do metaanalýzy Charles, et al. (2008), přičemž autoři uvádějí, že hlavními výhodami první zmíněné studie (Cogle, et al., 2003) bylo požití validních nástrojů pro měření symptomů, u studie Reardon et al. (2003) autoři využili lékařské zprávy, a tak nedošlo ke zkreslení dat týkající se údajů, zda žena potrat podstoupila. Jako limity těchto studií se ukázaly nevhodné srovnávací skupiny, odlišná kritéria vyloučení žen ze vzorku, nedostačená kontrola duševního zdraví před potratem.

Norská psychiatricka Broen je známa svými studiemi, které zkoumají vliv potratu na psychiku ženy. Potrat považuje za velmi traumatizující stresovou událost, která může způsobit ženě velké psychické potíže. Ve své longitudinální studii sledovala, jaký dopad má nejen umělé přerušování těhotenství provedené na žádost ženy, ale i potrat provedený ze zdravotních důvodů či potrat samovolný. Autorka změny v životě žen sledovala v určitých časových intervalech (po deseti dnech, šesti měsících, dvou letech a pěti letech po prodělaném potratu). Výsledky poukázaly na skutečnost, že ženy zažívají největší počet negativních psychických reakcí v době deseti dní a šesti měsíců po ztrátě těhotenství (Broen, Moum, Bødtker & Ekeberg, 2005). Tato studie také byla zahrnuta do metaanalýzy Charles, et al. (2008), přičemž podle autorů silnou stránkou této studie byla kontrola psychického zdraví před potratem, validní použité nástroje a adekvátní kontrola možného zkreslení. Jako limity práce zhodnotili diskutabilní srovnávací skupinu a nejasný závěr s nedostatečnou diskuzí týkající se velikosti zjištěných rozdílů v prožívání po ztrátě těhotenství.

Také výsledky studie z roku 2006, které vycházejí z dat národní longitudinální studie zdraví dospívajících, poukazují na to, že u dospívajících žen, které postoupily interrupci, je pětikrát vyšší pravděpodobnost, že budou nuceny vyhledat odbornou pomoc z důvodu psychické a emocionální nepohody, ve srovnání s jejich vrstevnicemi, které dítě donosily. Také hlásí třikrát častější problémy se spánkem a devětkrát větší problémy s užíváním návykových látek (Coleman, 2006).

Také výsledky metaanalýzy 22 studií, které byly provedeny mezi lety 1995 a 2009, celkem zahrnovaly přes 870 000 účastníků, poukázaly na existenci PAS. 15 z těchto studií pocházelo z USA, 7 z jiných zemí. Zjistilo se, že u žen, které prodělaly potrat, se v 81 % zvýšilo riziko problémů v oblasti duševního zdraví a v 10 % byla prokázána přímá souvislost výskytu psychických problémů žen s jejich zkušeností s potratem (Coleman, 2011). Na rozdíl od metaanalýzy Charles et al. (2008) byly vybrány studie, které měřily pouze jeden efekt (a to užívání alkoholu, marihuany, deprese, úzkost a sebevražedné chování). Také u nich nebylo stanoveno kritérium, že potíže musí trvat alespoň 90 dnů, jako u výše zmíněné metaanalýzy. Odlišný výběr studií tedy může mít vliv na rozdílnost výsledků těchto metaanalýz.

### **Proč je tak složité vědecky prokázat existenci PAS?**

V první řadě můžeme nalézt řadu rozporných výzkumů PAS, které byly ve světě realizovány. Zatímco některé tento syndrom na základě získaných dat zcela popírají, jiné naopak poukazují na symptomy, kterými se PAS u žen projevuje a snaží se hledat příčiny vzniku PAS.

Za druhé, se objevuje relativně malé procento výskytu obtíží u žen po potratu a v celkové populaci je těžko výzkumně zachytitelné.

Třetím důvodem je, že ačkoliv některé ženy, které mají osobní zkušenost s potratem, posléze skutečně trpí psychickými obtížemi, je velmi složité prokázat, že žena těmito obtížemi netrpěla již dříve nebo by je nespustila jakákoliv jiná zátěžová situace. Mnoho výzkumů je tak zkomplikováno technickými problémy, jako je nedostatek kontroly nad jinými faktory, které by mohly stát například za prožívanou depresí. Navíc každá žena má odlišnou zkušenost s potratem, a i její prožívání po potratu se může značně lišit (Major, Cozzarelli, Cooper, Zubek, Richards, et al. & Gramzow, 2000).

Za čtvrté, PAS stejně jako PTSD, se může v plné síle rozvinout měsíce i roky po traumatické události (Freedová, et al., 2008). Kvůli tomu je obtížné zachytit, zda a kdy k následkům po potratu dochází. Vhodný by zde byl longitudinální design výzkumu, který je poměrně náročný a nákladný. Také si ženy často nejsou schopny spojit přetrvávající emocionální potíže právě s prodělaným potratem. Jejich potlačené pocity poté vedou k psychickým a behaviorálním obtížím v jiných oblastech (Burke, 1994).

V neposlední řadě může být o tématu potratu pro ženy těžké mluvit z kulturních a náboženských důvodů (Burke, 1994). Ženy, které vyhledávají psychologickou pomoc, často

říkají, že před rozhodnutím, zda jít na potrat, své možnosti rozebíraly se svým okolím, nicméně po prodělaném potratu už se s nimi na toto téma nechtěl nikdo bavit.

Také jednoznačně prokázat existenci/neexistenci PAS by mohl mít určitý politický vliv. Tím je myšlen souboj názorů Hnutí Prolife a Pro-choice. Hnutí Prolife bojuje za právo nenarozeného dítěte na život, uznávají existenci PAS a upozorňují na možný negativní vliv potratů. Často také organizace spojené s Hnutím Prolife nabízejí poradenství a pomoc ženám, které trpí obtížemi po potratech. V opozici stojí hnutí Pro-choice, které upřednostňuje svobodnou volbu ženy rozhodnout o tom, zda chce donosit dítě či nikoliv. Zastánci tohoto hnutí se přiklání k názoru, že PAS je vymyšleným syndromem, který se dá využít jako zastrašující strategie pro ženy, které se rozhodují o interrupci. Jeho stoupenci nepopírají krátkodobé pocity smutku či viny po potratu, nicméně je považují za zcela přirozenou reakci (Haškovcová, 2004).

To jsou některé z důvodů, proč nepanuje jednoznačný názor na to, zda PAS existuje, či se jedná pouze o jiné problémy typu zvýšená úzkostnost či deprese, které se mohou objevit nezávisle na osobní zkušenosti s potratem. To však neznamená, že řada žen netrpí psychickými i tělesnými problémy, které vnímají v souvislosti s prodělaným potratem. Tyto ženy jsou posléze nuceny vyhledat psychologickou pomoc, a jejich problémy by neměly být v žádném případě bagatelizovány (APA, 2013). Však v psychoterapeutické praxi obvykle platí, že pokud svoji nemoc, či problém řádně pojmenujeme, je to prvním krokem k pochopení a následnému uzdravení. Tak proč právě neužívat pojem postabortivní syndrom?

### **3.3 Vznik PAS**

Jak výše zmíněné výzkumy ukazují, negativní důsledky v souvislosti s potratem se objeví jen u některých žen. Jak ale ke vzniku PAS dochází? A jsou některé ženy k tomuto syndromu náchylnější?

Ukazuje se, že PAS pravděpodobně nevzniká pouze v důsledku samotného lékařského zákroku, jako je provedená interrupce či kyretáž po spontánním potratu. Pokud se teď zaměříme pouze na umělé přerušování těhotenství, můžeme mluvit o řadě stresorů, kterým je žena před zákrokem i po něm vystavena.

V první řadě se jedná o samotné rozhodování, zda podstoupit umělé přerušování těhotenství. Žena interrupci může zvažovat z finančních, zdravotních, sociálních či zcela jiných důvodů.

Může být také do umělého přerušení těhotenství nucena, ať už svým partnerem, rodiči, lékaři atd. Žena často žádá o radu své okolí, čelí nejrůznějším názorům i hodnotám ostatních. Na jedné straně žena může dítě chtít, na druhé se cítí být okolnostmi tlačena k potratu. Některé kazuistiky jasně ukazují, že ženy na sále cítily, že potrat ve skutečnosti nechtějí, ale měly pocit, že už nemohou vzít své rozhodnutí zpět. Tento ambivalentní postoj k interrupci může být příčinou vzniku PAS (Lauzon, Roger-Achim, Achim & Boyer, 2000).

Ženy často po potratu nejsou psychologicky ošetřeny, v důsledku čehož se u nich může objevit akutní reakce na stres. Jelikož tyto ženy nejsou sledovány a mnoho lékařů negativní důsledky potratu popírá, může u nich akutní reakce na stres přejít v PAS (Freedová, et al., 2008).

### **Riziková skupina žen**

U každé ženy je jiná pravděpodobnost, že se u ní rozvine PAS. Bohužel dopředu nemůžeme odhadnout, kdo bude trpět depresí, pocity viny, lítosti či jinými symptomy PAS. Nicméně současné výzkumy ukazují, že existují skupiny žen, u kterých se PAS může objevit s vyšší pravděpodobností.

Autorka Freedová (et al., 2008) na základě své dlouholeté praxe s ženami trpícími PAS, vytyčila 5 rizikových skupin žen:

#### **1) Mladistvé**

Jelikož můžeme předpokládat, že se názory a žebříček hodnot bude u mladistvých v průběhu následujících let vyvíjet a kolísat, může se stát, že i pohled na potrat se může významným způsobem proměnit. Najednou ženám může např. podstoupená interrupce připadat jako životní chyba a mohou se u nich opožděně objevit symptomy PAS (Freedová, et al., 2008). Kromě toho nechtěná těhotenství u mladistvých bývají obecně zjištěna až v pozdějších stádiích těhotenství, což je další rizikový faktor pro vznik PAS (Casey, 2010). Podle Horsch (2015) je právě mladší věk rizikovým faktorem. PAS se tedy nemusí týkat převážně mladistvých, ale obecně žen mladších 35 let, u kterých je výskyt PAS statisticky vyšší (Lundell et al., 2013).



## **2) Ženy s dětmi**

Pokud už má žena zkušenost s tím, co přesně znamená být matkou, může se dostat do velkého rozporu mezi tím, že jedno své dítě nechala žít a miluje ho, tomu dalšímu už nedala šanci či mu nebyla šance na život dána (v případě spontánního potratu). Také pohled na její děti pro ni může být neustálou připomínkou na ztracené dítě (Freedová, et al., 2008). Naopak jiné výzkumy ukazují, že ženy, které ještě nemají vlastní děti, jsou následně po potratu více ohroženy strachem z toho, že nebudou moci otěhotnět, a vyšší počet předchozích těhotenství považuje za protektivní faktor (Horsch, Jacobs & McKenzie-McHarg, 2015).

## **3) Potrat v druhé třetině těhotenství**

V pozdějším těhotenství se plod podobá čím dál více dítěti, matka si toto dítě výrazněji uvědomuje a vnímá ho. Také měla více času utvořit si konkrétní představy o dítěti, popř. se začala připravovat na jeho narození. Proto jeho ztráta může zasáhnout ženu hlouběji (Freedová et al., 2008).

Následující dva body se týkají pouze žen, které podstoupily umělé přerušení těhotenství.

## **4) Donucené k potratu**

Pokud se žena nerozhodne k potratu na základě vlastního vnitřního rozhodnutí, ale je někým /něčím donucena, mohou se u ní objevit silné pocity viny a lítosti. Zároveň se další negativní pocity mohou promítnout na blízkou osobu, která ji k potratu přiměla, což nepříznivě ovlivňuje její vztahy s druhými lidmi (Freedová et al., 2008).

## **5) Neschvalující potrat**

Ačkoliv některé ženy s potratem nemusejí souhlasit (ať už kvůli víře či morálnímu přesvědčení), z nějakého důvodu se pro něj rozhodnou. V důsledku toho ženy zažívají hodnotový konflikt v souvislosti s umělým přerušením těhotenství (Freedová et al., 2008). Některé ženy mohou cítit větší vinu a emocionální utrpení kvůli náboženským vlivům, které vytvářejí stigma kolem potratů. Sociální stigmatizaci spojenou s interrupcí, a jejím dopadem na psychický stav žen, se zabýval Shellenberg se svými kolegy.

Tito autoři veškeré informace sbírali prostřednictvím rozhovorů či diskuzí ve skupinách. Výsledky studie ukázaly, že stigmatizace „vraždy“ dítěte nebrání ženám v postoupení interrupce, jelikož v druhém případě, kdyby se rozhodly dítě si ponechat, by byly často stigmatizovány jiným způsobem (např. nemanželské dítě). Obtíže nastávají tehdy, když si žena danou stigmatizaci internalizuje. Ukazuje se, že důsledky umělého potratu mohou být větší v zemích, kde interrupce není povolena, a tedy je více stigmatizována (Shellenberg, Moore, Bankole, Juarez, Omideyi & Palomino, et al, 2011).

Podle dalších autorů můžeme také mezi ohrožené ženy PAS zařadit:

### **6) S psychickými obtížemi**

Podle Ratislavové (2008) je psychiatrická nemoc nebo jiné závažné onemocnění rizikovým faktorem PAS. Především předcházející deprese je považována za nejsilnější prediktor (Séjourné, Callahan & Chabrol, 2010). Důležitým faktorem pro vznik PAS je také neuroticismus. Řada studií ukazuje, že obecně PTSD je významně spojena s vyšším neuroticismem (Engelhard, Hout & Schouten, 2006). K opačnému závěru došla jiná studie, ve které bylo získáný skóre neuroticismu od 1 372 těhotných žen. 126 z nich zažilo ztrátu těhotenství a 117 bylo vyšetřeno na symptomy PTSD a negativní hodnocení symptomů. Výsledky ukázaly, že ženy po potratu hodnotily své potíže nezávisle na míře jejich neuroticismu změřeném v období těhotenství (Hout & Engelhard, 2004).

### **7) S malou sociální podporou**

Zdá se, že PAS jsou více ohroženy ženy s malou sociální oporou. Některé studie dokládají, že sociální podpora a kvalita stávajícího partnerství mají vliv na průběh potíží po ztrátě těhotenství (Scheidt, Hasenburg, Kunze, Waller, Pfeifer & Zimmermann, et al., 2012; Paul, Lichtenberg, Borgatta, Grimes, Stubblefield & Creinin, 2009). Vliv na vznik PAS může mít zejména partnerský vztah ženy. Zdá se, že u žen, které považovaly svůj vztah před interrupcí za funkční, se objevuje méně symptomů PAS (Canário, Figueiredo & Ricou, 2011).

Hosch, et al. (2015) s tímto názorem souhlasí, dodává ovšem, že možné symptomy PAS mohou ovlivnit vnímanou sociální podporu a nelze tedy předpokládat příčinnou souvislost. Nicméně se ukazuje, jak je důležitá vnímaná sociální opora v životě žen po potratu. Problémem je, že členové rodiny a přátelé se často tématu potratu vyhýbají, jelikož

neví, jakým vhodným způsobem by ženě poskytli podporu. Proto by rodina a blízcí měli být odborníky povzbuzováni v poskytování potřebné opory. To může zmírnit následky potratu (Hosch, et al. 2015).

### **8) S nižším vzděláním**

Další ohroženou skupinou žen jsou ženy s nízkým vzděláním. Englehart, et al. (2006) ve své studii došli k výsledkům, které ukázaly statisticky významnou korelaci mezi PTSD a úrovní vzdělání.

### **9) Prožily trauma v minulosti**

Významné riziko pro vznik PAS nastává u žen, které již v minulosti byly vystavené nějaké silné traumatické události (Daudirgauté, Akker & Purewal, 2015). Ke stejným závěrům došli i jiní autoři, jejichž studie naznačují, že traumatická událost u žen trpících PAS nejčastěji nabývá podoby fyzického, emocionálního nebo sexuálního zneužívání (Bowles, Bernard, Epperly, Woodward, Ginzburg & Folen, 2006). Pokud jsou ženy tomuto prostředí dlouhodobě vystaveny, mají vyšší riziko vzniku psychických problémů a také obecně hůře zvládají krizové a stresové situace. A takovouto zátěžovou situací může pro ženu být i potrat (APA, 2008).

### **10) Předchozí indukovaný potrat**

Některé studie poukazují na souvislost dříve prodělaných potratů a PAS. Ukazuje se, že riziko vzniku psychických obtíží po spontánním potratu významným způsobem zvyšuje předcházející interrupce (Gravensteen, et al., 2013).

Můžeme říci, že výše vytyčené faktory v různé míře mohou ovlivnit zpracování potratu jako traumatické události. Částečně rozhodují, zda žena po interrupci či spontánním potratu bude trpět psychickými a fyzickými obtížemi, či se s potratem dokáže vyrovnat pomocí běžných adaptačních mechanismů.

### 3.4 Symptomy PAS

V této kapitole budou popsány symptomy, které PAS nejčastěji doprovází. Jednotlivé symptomy a to, v jaké míře se u žen objeví, je velmi individuální. Některé ženy cítí negativní dopad potratu na jejich život téměř okamžitě, jiné až za několik měsíců či let po potratu. V kapitole *Vznik PAS* bylo popsáno, za jakých okolností se mohou symptomy PAS vynořit na povrch. Samozřejmě mnoho žen žádné následky po potratu nikdy nepocítí, nicméně je zřejmé, že po spontánním potratu i umělém přerušení těhotenství může u žen dojít k negativním změnám v jejich chování i prožívání. Podle Burke (1994) ženy tyto změny vnímají, cítí, že je v jejich životě něco špatně, nicméně si je nedokážou spojit s traumatem po potratu. Někdy své negativní pocity mohou zcela potlačit, což může vést k problémům v oblasti chování. Dle výzkumníků z Elliot Institute for Social Science Research až 20 % žen po umělém přerušení těhotenství trpí PTSD a 50 % hlásí některé její příznaky. Tyto výsledky ovšem mohla ovlivnit skutečnost, že většina žen z výzkumného souboru se cítila k umělému přerušení těhotenství donucena (Burke, 1994).

Oproti tomu ale jiné výzkumy ukazují, že se jedná pouze o malé procento žen, které po potratu pociťuje potíže. Dle výzkumů jsou symptomy nejsilnější kolem 3. měsíce od potratu a mezi 3–6 měsícem se zmírňují (Horsch, et al., 2015). Podle Ratislavové (2008) se psychické poruchy po umělém přerušení těhotenství vyskytují méně často než po jiných způsobech ukončení těhotenství (tzn. porod, spontánní potrat). Pokud bylo umělé přerušení těhotenství provedeno ze zdravotních důvodů, negativní následky v oblasti prožívání a chování se u žen objevovaly ve stejné míře, jako v případě spontánního potratu (Ratislavová, 2008).

Je velmi důležité zaměřit se na symptomy PAS, jelikož teprve poté budeme moci tento syndrom diagnostikovat a poskytnout ženám potřebnou odbornou pomoc. Pro lepší přehlednost po vzoru Freedové, et al. (2008) jsme rozdělili jednotlivé symptomy na ty, které má PAS společný s PTSD a symptomy, které jsou naopak pro PAS specifické.

#### 1) Obecné symptomy PTSD a PAS:

##### Vina

Speckhard et al. (1992) ve svém výzkumu zjistili, že mezi 5 základních symptomů PAS patří těžké pocity viny. Vina může být chápána jako bolestivý pocit, kdy jedinec

opovrhuje sám sebou. Vina úzce souvisí s pocitem naléhavosti, napětí a lítosti (Hoffman, 2001). Je zde přítomno často vědomí toho, že bylo ublíženo jiné osobě. Pocit viny je také vyvolán tím, že jsme se nezachovali tak, jak bychom chtěli či měli. V tu chvíli totiž přestáváme žít v souladu s našimi vnitřními hodnotami (Padesky & Greenberger, 2003). Původ pocitu viny podle Širokého (2001) můžeme najít v situacích, kdy došlo k nevhodné volbě našeho chování. Pocit viny se objevuje tehdy, když jsme měli možnost volby, a my se přiklonili k té „horší“ variantě.

V případě žen, které se rozhodly pro UPT, může dojít k morálnímu rozporu mezi tím, že si dítě nechtějí nechat a zároveň považují interrupci za nesprávné řešení. Někteří zastávají názor, že v případě interrupce žena potlačí jeden ze svých nejsilnějších instinktů, tj. instinkt mateřský. V mnoha případech silné pocity viny ženy považují za spravedlivý trest za jejich rozhodnutí. Ačkoliv jistě existují vážné okolnosti, které brání ženám dítě si nechat, většinou ženy musí učinit volbu mezi sebou, svým pohodlím, a dítětem. A právě tato skutečnost, že ženy obětovaly život svého dítěte za své pohodlí, v nich často vzbudí silné pocity viny. Zajímavé je, že podle některých autorů přes 50 % žen po interrupci nezažívá pocity úlevy ani svobody, nýbrž právě hluboké pocity viny, ačkoliv se pro zákrok rozhodly svobodně (Stössel & Ucháčová, 2000). Z těchto pocitů viny poté mohou vycházet i ostatní symptomy PAS (Freedová, et al., 2008).

Pro terapeutickou práci je poté důležité pracovat s pocity viny prostřednictvím smíření se svým rozhodnutím a odpuštěním. Žena často musí odpustit nejenom sobě, ale i svému partnerovi, nejbližšímu okolí, lékařům, společnosti atd. Autorka Freedová et al. (2008) v souvislosti s vinou mluví o syndromu přežití, který se může objevovat u těch, kteří přežili nějakou tragickou událost. Vysvětlují, že ženy, které potratily, mohou cítit vinu, jelikož ony, na rozdíl od svého dítěte, přežily. Syndrom přežití se může objevit i u dalších dětí matky. Ty se mohou trápit otázkou, proč právě ony mohou žít a jejich sourozenec ne.

## **Smutek a lítost**

Smutek, popř. zármutek je přirozenou reakcí na ztrátu či smrt blízké osoby. Prožitek zármutku ze ztráty dítěte následně vyvolává truchlení, jehož podoba se časem proměňuje, jak žena prochází jednotlivými fázemi truchlení. V případě smrti blízké osoby zůstávají pozůstalí, kterým je v naší společnosti akceptována jistá potřeba času k uzdravení. Ovšem v případě potratu maminky tvoří tzv. „neviditelné“ pozůstalé, kdy v mnoha případech bývá jejich ztráta

nejen společností, ale i jejich okolím bagatelizována. Nešporová (2013) tuto skutečnost nazývá sociálně neuznaným smutkem.

Lítost je prolnutím pocitů smutku, výčitek svědomí, soucitu a určité touhy (Slaměník, 2011). Je zažívána jako smutek nad něčím, co se odehrálo v minulosti. Lítost je u žen tím intenzivnější, čím si uvědomují, že by si mohly dítě přes nepříznivé okolnosti ponechat či mohly zabránit potratu.

## **Úzkost**

Úzkost (anxieta) je nepříjemný emocionální a fyzický stav, který bývá někdy nazýván strachem bez předmětu. Jedinec cítí strach, ale nedokáže přesně říci, čeho se obává. Na rozdíl od strachu, který nás spíše vede k útěku, úzkost se projevuje celkovou strnulostí (Praško, 2003).

Za její somatické projevy je považováno svalové napětí, třes, silné bušení srdce, bolesti hlavy atd. Do určité míry může být úzkost užitečná, nicméně při silné úzkosti v psychické oblasti dochází k útlumu, jedinec není schopen konstruktivního řešení situace, má problémy s pozorností, podrážděností, vtíravými myšlenkami atd. (Nakonečný, 2000).

V praxi se stává, že žena po potratu cítí silnou úzkost, nicméně si tento pocit nespojí s prodělaným potratem. Projevem této úzkosti např. je, že se žena začne po potratu vyhýbat dětem či těhotným ženám (Freedová, et al., 2008). Tato úzkost může přerůst dokonce v paniku. Steinberg a Russo (2008) ověřovali souvislost potratu s generalizovanou úzkostnou poruchou, s posttraumatickou stresovou poruchou a se sociální úzkostnou poruchou. Porovnávali výsledky žen po interrupci prvního nechtěného dítěte a žen po porodu prvního dítěte bez ohledu na to, zda dítě chtěly. Zjistili, že zkušenost s umělým potratem zvyšuje riziko úzkostného prožívání. Souvislost panické poruchy s potratem v populaci Spojených států amerických studovala se svým výzkumným týmem i Coleman v roce 2009. Zjistila, že potrat může zvyšovat riziko vzniku panické poruchy o 111 %, panických atak o 44 %, PTSD o 59 %. Odhaduje, že až 10 % incidence úzkostných poruch v americké populaci souvisí s potratem. Avšak autoři dodávají, že potrat může být příčinou poruch úzkosti pouze v případě, jestliže je prožíván ženami jako trauma (Coleman, Coyle, Shuping & Rue, 2009).

## **Deprese**

Speckhard a Rue (1992) depresi označili za jeden z hlavních symptomů PAS. Ačkoliv si ženy po potratu často stěžují na to, že trpí depresemi, většina z nich se nepotýká přímo s klinickou depresí a je určitým způsobem schopná zvládat své každodenní povinnosti. Nejčastějšími příznaky deprese jsou trvalý hluboký smutek, pocity beznaděje, zoufalství, anhedonie, strach, úzkost, nízké sebevědomí. Lidé v depresi také obvykle trpí pocity viny, ztráty smyslu života a svých zájmů (Praško, Prašková & Prašková, 2015).

Byly provedeny dlouhodobé výzkumy, jejichž výsledky ukazují, že u žen, které mají osobní zkušenost s potratem, se vyskytuje těžká forma deprese dvakrát častěji než u zbytku populace (Cougler et al., 2003). U 76 % žen, které trpí PTSD v důsledku potratu, byly zjištěny depresivní příznaky (Lundell, Poromaa, Frans, Helström, Högberg & Moby, et al., 2013). Po potratu u žen často kolísá nálada od lehkých stavů melancholie po celkovou beznaděj, nekontrolovatelné záchvaty pláče, zhoršené sebepojetí, nespavost, nedostatek energie, ztráta zájmů a mnoho dalších projevů deprese (Diallo, et al., 2015). Deprese u žen po potratu může navazovat na smutek ze ztráty, který se prohloubí do té míry, že žena přestane v každodenním životě fungovat tak, jako před tím. Deprese v některých případech vede k pocitům ztráty smyslu života a sebevražedným myšlenkám (Praško, et al., 2015).

## **Pocit bezradnosti a bezmoci**

Psychický stav žen po potratu ovlivňuje také to, zda si myslí, že jsou schopny zvládat složité životní situace. Jedním z pasivních způsobů zvládnutí, který lidé využívají, je bezradnost a vzdání se. Pocit bezradnosti odráží vnímanou ztrátu kontroly (Hanžlová & Macek, 2009). Tento pocit může u ženy po spontánním potratu vzniknout, když si žena uvědomí, že nad svým dalším těhotenstvím nebude mít kontrolu a celá situace se může znovu opakovat. Pocit bezradnosti se může objevit i po UPT, kdy ženy svého rozhodnutí litují a chtěly by své rozhodnutí vzít zpět.

## **Potlačení emocí, psychická otupělost a pocit prázdnoty**

K potlačení či popření negativních emocí u žen po potratu dochází v případě, kdy byl pro ně potrat bolestivou a zahlcující zkušeností. Někdy tuto zkušenost ženy nejsou schopné jinak zpracovat, než že ji vytěsní a celou událost odsunou do nevědomí. Z tohoto důvodu

nemusí být vždy odhalena příčina psychických obtíží žen po potratu, což brání jejímu uzdravení (Freedová, et al., 2008). V případě, že žena potlačuje své negativní emoce, není často schopna zpracovat ani emoce pozitivní. Najednou neprožívá smutek ani radost z věcí, které před tím byla schopna prožívat. Mnoho žen po potratu popisuje, že mají pocit, jako by svůj život nadále neřídily a byly jen jakýmsi strojem. Tento stav úzce souvisí s pocitem prázdnoty. Když ženy mluví o pocitu prázdnoty v souvislosti s potratem, zmiňují, že neztratily jenom dítě, ale zemřela část jich samých (Freedová, et al., 2008).

Podle Rupperta (2008) početím vzniká vztah mezi matkou a dítětem, který je potratem násilně ukončen. Mnoho žen cítí bolest ze ztráty dítěte. Jako obranu před bolestí mohou potlačit své negativní emoce a vzpomínky na potrat. Tím, že se odpojí od svých emocí, mohou mít pocit, jako by se jich zkušenost s potratem vnitřně nedotýkala. To může ovšem vyvolat hluboký pocit prázdnoty.

### **Vztek, agresivita a zlost**

Zlost či vztek může být generalizovaný či konkrétně zaměřený na ty, kteří např. ovlivnili rozhodnutí ženy podstoupit UPT. Pokud má žena negativní zkušenost s potratem, může být hněv nasměrován dovnitř nebo ven. Externě nasměrován hněv by mohl být zaměřen na lékaře, kteří potrat provedli, nebo na blízké osoby, například partnera, který je donutil k potratu či jim neposkytl dostatečnou emocionální podporu (Freedová, et al., 2008). Vztek může žena namířit i proti sobě samé. To se dále může projevit např. v sebedestruktivním chování, které patří mezi další symptomy PAS.

### **Zneužívání alkoholu, léků nebo drog**

Závislosti na drogách či alkoholu patří také mezi hlavní symptomy PAS (Speckhard et al., 1992). Pomocí tohoto sebedestruktivního chování se ženy vyrovnávají s těžkou životní zkušeností, tj. potratem, a snaží se utlumit bolest, kterou cítí, či chtějí uniknout z reality. Zdá se, že potrat je spojen až s dvojnásobným rizikem kouření a nadužívání alkoholu. To poté může vést k agresivnímu chování, problémům ve vztazích, neschopnosti zvládat své každodenní povinnosti.

Pokud žena podlehne zneužívání návykových látek, často se ocitá ještě v závažnější situaci. Jelikož ke zmírnění bolesti a uvolnění potřebuje čím dál větší množství např. alkoholu, snadno pak nadměrné pití může přejít v závislost (Diallo, et al., 2015).



## **Krátké psychotické příhody**

Po potratu také může dojít ke ztrátě kontaktu s realitou. Tento stav může trvat několik dní, maximálně dva týdny, k čemuž dochází velmi zřídka. Může dojít k poruchám vnímání i myšlení. Obvykle se jedná o jednorázový krátký proces, kdy nedojde k dlouhodobému porušení integrity osobnosti ani k jiným vedlejším následkům (Diallo, et al., 2015).

## **Negativní pojetí sebe sama**

Mateřství je chápáno jako jeden z aspektů identity ženy. Pokud žena nedokáže donosit dítě či se rozhodne si jej nenechat, může to hluboce otřást s její identitou i sebepojetím. Zkušenost s potratem se může významným způsobem promítnout do obrazu, který si o sobě vytváří (Freedová, et al., 2008).

## **Narušení vztahů**

U mnoha párů, které mají zkušenost s potratem ženy, dojde k narušení jejich vztahu či se vztah dokonce po nějakém čase rozpadne. Jedná se zejména o partnery, kdy si jeden z nich dítě nepřál a druhý ano. Pokud např. žena byla partnerem k UPT donucena, může mu následnou špatnou situaci dávat za vinu či cítit zlost. Tato zkušenost se často přenáší i do budoucích vztahů, kdy žena cítí nedůvěru vůči dalším mužům a může mít problémy s navázáním dlouhodobých vztahů (Freedová, et al., 2008). Partneři spolu mohou chodit velmi krátce nebo naopak už být v konečné fázi vztahu, či mohou žít v nefunkčním vztahu. Pokud se žena pro UPT rozhodne, zapíše se tato událost do historie vztahu a může mít významný vliv na jeho budoucnost (Coleman, 2007). Dle jedné rozsáhlé německé studie 22 % vztahů končí do roku od potratu rozpadem (Barrett, Freudenberg & Wille, 1992).

Napětí ve vztahu může být přítomno i tehdy, když se partneři na rozhodnutí shodnou. Některé výzkumy ukazují, že tito partneři mohou mít mezi sebou více konfliktů a vedou častěji spory ohledně dětí, peněz i budoucnosti (Naziri, 2007). Také se častěji u nich objevuje násilí (Coleman, et al., 2009). K odcizení partnerů také může dojít kvůli jejich odlišné potřebě oplakat ztracené dítě a kvůli jinému způsobu, kterým se s touto ztrátou vyrovnávají. Například ženy se mohou cítit dotčeny, pokud jejich muži nechtějí o dítěti či potratu s nimi mluvit. To, že muži často své emoce potlačují, může na ženy působit dojmem, že je jim ztráta

jejich dítěte lhostejná. To vše se může stát příčinou vzteku, hádek a nedorozumění v partnerských vztazích (Kohnerová & Henleyová, 2013).

Narušení vztahů se týká nejenom těch partnerských. Ženy po potratu se často od svého okolí izolují, zvláště se vyhýbají matkám a těhotným ženám, jelikož jim setkání s nimi způsobuje bolest (Freedová et al., 2008).

### **Izolace**

Ženy po potratu mohou začít více trávit čas o samotě, jelikož se snaží vyhýbat určitým lidem, místům či situacím, které by jim mohly připomenout zkušenost s potratem či bolestnou ztrátu dítěte. Někdy toto chování může zajít do té míry, že žena raději neopouští svůj domov a zcela se izoluje od svého okolí (Freedová, et al., 2008).

### **Noční můry, poruchy spánku, záblesky minulosti**

Mezi nejčastější somatické symptomy můžeme zařadit kvantitativní i kvalitativní poruchy spánku (Kohnerová, et al., 2013). Ženy nemohou usnout, v noci se často budí či se probouzí časně nad ránem. Také se jim zdají špatné sny, které se mohou přeměnit do nepříjemných nočních můr. Pokud trpí dlouhodobou nespavostí, jsou unavené a hůře zvládají své každodenní povinnosti. Proto je v případě léčby u žen trpících PAS nutné zjišťovat kvalitu spánku a popřípadě nechat lékaře předepsat léky. Až po zlepšení tohoto symptomu je užitečné s ženou terapeuticky pracovat. Ženy po potratu také uvádějí opakující se flashbacky, které souvisejí s potratem. Ty se mohou promítnout i do opakovaných snů a nejčastěji mají podobu obrazu o dětech či o vlastním nenarozeném dítěti (Freedová, et al., 2008).

### **Sebevražedné myšlenky nebo činy**

Hluboké pocity viny, smutku, deprese a další symptomy PAS mohou donutit ženu přemýšlet nad smyslem jejího života. Může se stát, že žena v tomto stavu může ztratit vůli dál žít. To může vést k sebevražedným myšlenkám, popřípadě sebevraždám. Výsledky výzkumů sledující souvislost potratu se sebevražednými myšlenkami se velmi liší. Gissler, Berg, Bouvier-Colle & Buekens (2005) uvádí, že až 60 % žen s postinterrupčním syndromem trpí sebevražednými myšlenkami. Zjistili, že počet sebevražd u žen po potratu byl třikrát větší než

u všech žen a sedmkrát větší než u žen, které dítě donosily. Nejvyšší riziko sebevražd bylo u dívek ve věku 15 – 24 let.

## **2) Specifické symptomy PAS (Freedová, et al., 2008)**

### **Výroční syndrom a opětovné prožívání potratu**

V případě výročního syndromu se významně zvýší počet a intenzita symptomů PAS a vrací se prožitek z potratu. Zmíněným výročním může být datum okolo prodělaného potratu či očekávané datum porodu (Freedová, et al., 2008). Dle Gissler, et al. (2005) v těchto obdobích až 54% žen vnímá více psychických potíží. Také se ženě může vybavovat zkušenost z potratu a objevit symptomy PAS při návštěvě zdravotnického zařízení. V podstatě ale opětovné prožívání potratu může vyvolat jakýkoliv podnět, který ženě připomene situaci potratu či pocity, které s ním měla spojené. Toto opětovné prožívání se často promítá do snů a nočních můr.

### **Strach z neplodnosti**

Ženy po potratu se velmi často obávají toho, že nebudou moci v budoucnu otěhotnět či že zažijí problémové těhotenství. V případě interrupce mohou některé ženy očekávat trest za své rozhodnutí podstoupit UPT. Obávají se trestu v podobě narození postiženého nebo mrtvého dítěte. Některé výzkumy ukazují na zajímavou souvislost mezi potratem a neplodností. Ukazuje se, že se ženy obávají vlastní neplodnosti natolik, že jim tento strach brání v otěhotnění, a to i přes to, že jsou po zdravotní stránce naprosto v pořádku (Diallo, et al., 2015).

### **Vyhýbavé chování**

Tento symptom má PAS společný s PTSD, liší se ovšem typem tzv. spouštěčů. Ženy se po potratu často vyhýbají těhotným ženám, dětem, dětským hřištím, lékařům atd. Tyto osoby mohou vyvolat vzpomínky na potrat a tak ještě zhoršit projevy PAS. Ačkoliv se ženy

záměrně těmto osobám vyhýbají, nelze je od sebe izolovat úplně, což způsobuje, že žijí v neustálé úzkosti a obavách (Freedová, et al., 2008).

### **Poruchy příjmu potravy**

Bylo zjištěno, že se u žen mohou vyvinout poruchy příjmu potravy jako následek potratu. Těmito poruchami je myšlena mentální anorexie a mentální bulimie. Nebo naopak u těchto žen můžeme zachytit nadměrné přejídání. Toto chování odborníci vysvětlují tím, že ženy v jídle hledají útěchu či se trestají za to, že podstoupily UPT. Snaží se vypadat odpudivě a odradit od sebe své okolí, především muže. Dalším vysvětlením je, že se ženy shazováním váhy snaží nalézt vhodného partnera, se kterým by mohly otěhotnět. Po spontánním potratu mohou mít ženy pocit ztráty kontroly nad svým životem. Proto vědomí, že jsou schopny své stravování řídit a usměrňovat, jim dává pocit, že mají něco ve svém životě pod kontrolou (Diallo, et al., 2015).

### **Neschopnost vytvořit si pouto k vlastním dětem**

Coleman, Reardon & Cogle (2005) zjistili, že děti žen po potratu mají méně příznivé domácí prostředí a problémovější chování než děti žen, které potrat v anamnéze nemají. Ukazuje se, že v důsledku zkušenosti s potratem může dojít k narušení vztahu s vlastními dětmi či dětmi, které se ženě narodí později (Speckhard, et al., 1992). To úzce souvisí se strachem, že ztratí další dítě. Tyto obavy znemožní či ztíží ženě si po potratu vytvořit silné emocionální pouto s ostatními dětmi. Některé klinické studie ukazují na souvislost mezi PAS a syndromem CAN. V důsledku traumatu způsobeným potratem se vedle slabšího emocionálního pouta k vlastním dětem může objevit agresivita, deprese, nadužívání návykových látek. To vše se může podepsat na násilném chování k vlastním dětem (Ney, 1979).

### **Snaha co nejrychleji znovu otěhotnět**

Výsledky studií ukazují, že poměrně velké procento žen po potratu brzy znovu otěhotní, a to i v případech, kdy se jedná o dobrovolné podstoupení interrupce. Ženy bývají totiž často zaskočeny negativními pocity v souvislosti s potratem a očekávají, že jim otěhotnění

poslouží jako lék. Mají dojem, že jim nové dítě pomůže zapomenout. Dle Freedové et al. (2008) tento způsob ovšem nemusí být efektivní. Někdy ženy potřebují dostatek času na to, aby si odpustily a byly připraveny na další těhotenství. Také si ženy uvědomují, že potracené dítě bylo jiné než to, které se jim narodí a stále se k němu v představách vracejí a přemýšlí, jak by vypadalo. To jim opět může bránit v navázání emocionální vazby k dalšímu dítěti.

### **Přílišná péče o již narozené děti**

Některé ženy se po potratu mohou nadměrně upnout na své narozené děti. Toto chování může opět souviset se strachem ze ztráty dalšího dítěte. O své děti se pak velmi strachují. Ženy se snaží o odpuštění a zbavení se pocitu viny tím způsobem, že se za každou cenu snaží být perfektními matkami. Zároveň se jejich chování může jevit velmi ochranné. Přílišná hyperprotektivita má ovšem neblahý následek pro jejich děti a může je brzdít v procesu individuace (Chlebounová & Čermák, 2013).

### **Psychosexuální poruchy**

Po potratu mohou ženy trpět sexuálními dysfunkcemi či ztratit zájem o sexuální aktivity. Nejčastěji se jako příčina uvádí podvědomý strach z nového otěhotnění či hluboký pocit viny. Dle výzkumu Speckhard (1997) těmito obtížemi trpí 30–50 % žen po potratu. Nejčastěji dochází ke ztrátě potěšení z pohlavního styku, jeho bolestivosti, odporu k sexuálním aktivitám či k mužům, nebo naopak k promiskuitnímu chování. Naopak jiná studie naznačuje, že ačkoliv u žen, které otěhotní, může dojít k negativnějším postojům a pocitům vůči sexuálním záležitostem, po potratu tyto negativní dopady vymizí (Bradshaw & Slade, 2005).

### **Náhlý nekontrolovatelný pláč**

Ženy uvádějí, že po potratu mají nekontrolovatelné záchvaty pláče. Pláč „bez příčiny“ uvádí 35 % žen po interrupci. Kolísání nálady a podrážděnost se vyskytuje až ve třetině případů (Freedová et al., 2008).

To, zda a jaké symptomy PAS se u ženy objeví, je individuální. Jednotlivé symptomy se také pravděpodobně liší u spontánního potratu a UPT. Zajímavý výzkum na toto téma

provedli Broen et al. (2005). Ti zjistili, že u žen, u kterých došlo k samovolnému potratu, se vyskytují častěji symptomy pocitu ztráty a smutku, než u žen po UPT. Naopak u žen po interrupci se objevovaly s vyšší frekvencí pocity úlevy, hanby a viny. Obecně lze říci, že krátkodobé emoční reakce na potrat jsou větší a silnější u spontánních potratů. Z dlouhodobého hlediska však ženy po UPT, hlásí výraznější vyhýbání se myšlenkám a pocitům souvisejícím s potratem.

### **3.5 Léčba PAS**

Mnoho žen, které po potratu trpí psychickými obtížemi, jsou nuceny vyhledat odbornou psychologickou pomoc. Jelikož si často své negativní prožívání nespojují s potratem, jejich léčba může být neúspěšná. V současné době však i na českém internetu můžeme najít informace o PAS a také odkazy na odbornou pomoc.

Ženy trpící PAS mohou vyhledat psychologické poradenství nebo terapii. Jelikož PAS často doprovází symptomy deprese a úzkosti, někdy bývá vhodné léčbu doplnit i farmaky. Obecně bývá těmto ženám doporučováno, aby vyhledaly psychologa/terapeuta, který má zkušenosti s prací s traumatem (Freedová, et al., 2008). Léčba PAS se může týkat nejenom žen po potratu, ale i dalších blízkých osob nenarozeného dítěte. Tyto osoby mohou vnímat spontánní potrat i interrupci jako ztrátu svého dítěte, nikoliv „pouze“ jako zánik plodu. Z tohoto důvodu rodiče i blízké okolí těchto nenarozených dětí mohou být považováni za pozůstalé, a je tak potřeba s nimi dle toho pracovat.

Výše byl popsán proces truchlení jako normální reakce na ztrátu. Worden (2009) ho přirovnává k traumatu. Platí, že prožívání truchlení /traumatu je do jisté míry individuální, i když můžeme najít společné prvky. Na jejich základě je poté možné postavit léčbu. Když aplikujeme na ženy po potratu Wordenovy 4 základní úkoly, kterými člověk musí projít v procesu truchlení, můžeme je vytyčit takto:

- 1) Ženy by měly přijmout ztrátu dítěte jako neměnnou skutečnost
- 2) Prožít si bolest spojenou se ztrátou dítěte, přiznat si své pocity
- 3) Přizpůsobit se tomu, že již nejsou těhotné, naučit se žít v prostředí, kde jsou děti, těhotné ženy atd.
- 4) Ukončit vztah s nenarozeným dítětem, rozloučit se s ním, nasměrovat svoji činnost a energii do jiných oblastí svého života

Ať již po spontánním potratu, tak po UPT se mohou objevit hluboké pocity smutku. Tento smutek Worden (2009) označuje jako smutek nekomplikovaný, který je normální reakcí v situaci ztráty. Pokud ovšem smutek neodezní či znemožňuje normální fungování, nazývá ho smutkem komplikovaným. V tomto případě je užitečné vyhledat odbornou pomoc. Ta může mít několik podob.

### **3.5.1 Poradenství**

Mnoho lékařů a zdravotnických pracovníků mají ve své péči ženy, které si prošly samovolným či umělým potratem. Tito odborníci cítí, že by ženy kromě zdravotní péče potřebovaly i poradenství, ke kterému se odborníci necítí kompetentní. Také někteří cítí, že psychologické poradenství není jejich zodpovědnost. Úkolem potratového poradenství by mělo být poskytnutí potřebných informací a emoční podpory ženám a jejich blízkým. To je potřeba ve třech fázích:

#### **1) Před potratem**

Lékaři by měli zjistit, jaké jsou potřeby a pocity ženy ohledně zákroku, poskytnout jí informace, co ji čeká, jak probíhá celý zákrok, anestezie. Také je potřeba zmínit možné vedlejší účinky, rizika, komplikace související se zákrokem. Lékaři by měli ženu informovat i o současných vědeckých studiích na toto téma a poskytnout další možná řešení její situace.

#### **2) Během potratu**

Zde je velmi důležitá emocionální podpora, verbální a neverbální komunikace lékaře a středního zdravotního personálu se ženou, ohleduplnost během celého zákroku.

#### **3) Po potratu**

Po zákroku by se měl lékař zaměřit na pocity ženy a poskytnout jí dostatek prostoru pro vyjádření jejích otázek a veškerých obav. Také by ji měl upozornit na možné obtíže, které se mohou objevit. V tom případě by se žena měla vrátit a svojí situaci řešit. Na místě je určitě lékařské poradenství spojené se sexuálním chováním po potratu, zmínit rizika infekce. Na následné kontrole by měl lékař ověřit psychický i zdravotní stav ženy. U žen po samovolném potratu se často objevují pocity viny či strachu z toho, že se situace bude opakovat. Tento strach ženy doprovází velkou část dalšího těhotenství. Pokud by se těmto ženám dostala

odborná péče, mohla by jim významně usnadnit průběh těhotenství. Ženám často pomáhá i pouhé ujištění, že jejich reakce na ztrátu je normální a že s sebou obvykle nese jimi popisované pocity (Tabbutt-Henry & Graff, 2003).

Ve skutečnosti je ale velmi obtížné navázat tyto ženy na potratovou péči. Často lékaři neakceptují psychická rizika potratu, neumí s těmito ženami pracovat, obávají se sdílení pocitů, mají strach z emocí ženy, nemají dobré komunikační schopnosti atd. V neposlední řadě lékaři nemají čas se ženám věnovat, nemohou jim ani poskytnout dostatek soukromí a důvěrnosti. Pro odstranění těchto bariér je proto potřeba, aby poskytovatelé potratové péče byli na tyto situace připravováni (Tabbutt-Henry, et al., 2003) nebo alespoň odkazovali na odbornou psychologickou péči.

### **3.5.2 Psychoterapie**

Někdy ženy po potratu nenacházejí ve svém okolí porozumění a potřebnou pomoc, proto jsou nuceny vyhledat terapeuta či psychologa. Ten pro ženy může vytvořit bezpečný prostor, kde se mu svěří s jejich pocity a obavami. Terapeut s nimi postupně projde všechny kroky vedoucí k uzdravení. Jelikož se jedná o velmi citlivé téma, terapeut je často tou první osobou, které se žena svěří, je důležité, aby k němu cítila důvěru a vytvořila si s ním terapeutický vztah (Praško, et al., 2003). Dalším krokem je poté edukace o tom, co se s ženou děje, a poté zmírnění nebo odstranění stigmatizace. Tyto kroky léčby by měly ideálně podstoupit i blízké osoby, kterých se celá situace dotýká. Edukace by se měla týkat především popisu symptomů PTSD a tomu, jak tyto příznaky působí na chování a vztahy jedinců, a také na vysvětlení základních principů léčby. Dopředu by měl být stanoven cíl léčby nebo očekávání, které pacient má. Terapeut by se měl zde soustředit spíše na fungování v každodenním životě, lepší kontrolu impulzů a afektů, než na úplné odstranění příznaků (Praško, Pašková, Soukupová & Tichý, 2001).

Freedová et al. (2008) na základě své odborné praxe s ženami po potratu vytyčila 8 základních bodů, kterými musí žena projít, aby byla její léčba úspěšná. Prvním krokem je přijetí, že potrat ovlivnil život ženy, a že musí přijmout svoji ztrátu. Dále ji terapeut může pomoci zorientovat se ve svých pocitech a v tom, co pro ni ztráta dítěte znamená. Na základě toho by žena měla přestat s neúčelným chováním, které slouží jako obranný mechanismus. V tomto bodě žena rozumí svým pocitům, nicméně je čas, aby s nimi dokázala pracovat.



Měla by s pomocí psychologa dát průchod svému vzteku, pracovat s pocity viny, studu atd. Jedním ze symptomů PAS je deprese. Zde je důležité, aby žena depresi nepodlehla a naučila se ji zvládat. Dalšími nevyhnutelnými kroky je proces odpuštění a smíření (Freedová, et al., 2008).

Dle Wordena (2009) je při léčbě traumatu potřeba znovu prožít traumatizující událost a tentokrát ji pomocí terapeuta ukončit. V případě perinatální ztráty tomuto ukončení často brání fakt, že ženy mrtvé dítě již nevidí a nemohou se s ním rozloučit. I mnoho žen po potratu vyjadřuje potřebu a přání se s nenarozeným dítětem rozloučit. To by jim mohlo pomoci se svou situací smířit, akceptovat, že se jim v životě stala a přijmout ji. Tuto skutečnost si uvědomuje řada odborníků, v České republice existují mj. projekty Prázdná kolébka a Tobit, které se zaměřují na ztrátu dítěte, a upozorňují na důležitost pohřebního rituálu. Ženy jsou vedeny k tomu, aby své potracené dítě pojmenovaly a symbolicky pro něho uspořádaly pohřeb. To jim dá potřebný prostor k rozloučení a truchlení (Kohnerová, et al., 2013). Dalším doporučovaným krokem ke smíření se ztrátou dítěte je napsání dopisu, ve kterém žena může vysvětlit důvody např., k podstoupení interrupce, vyjádřit nad tím lítost, lásku k dítěti a poprosit ho za odpuštění (Freedová, et al., 2008). Také ženám pomáhá čtení tematických knih, které se zabývají příběhy lidí s PTSD či PAS, nebo čtení odborných knih popisující příznaky a léčebné přístupy (Praško, et al., 2001).

Při léčbě PTSD můžeme aplikovat různé psychoterapeutické přístupy. Využívá se například podpůrná, psychodynamická či kognitivně-behaviorální psychoterapie, nebo dokonce hypnóza.

Praško, et al. (2001) zdůrazňuje při léčbě PTSD potřebu znovuprožití traumatické události, abreakce a podporu klienta, která vede k pocitu bezpečí. Z přístupu Lavineho et al. (2011) však vyplývá, že bychom neměli ženy po potratu nutit znovuprožívat jejich potrat a tím více prohlubovat jejich bolest. Naopak by se měly soustředit na své tělo, pracovat s jeho energií a nebrzdit ji neustálými snahami o racionální pochopení jejich prožívání. Úkolem terapeuta je zde pomoci se ženě s jejími negativními pocity vypořádat, aby ji příliš nezahltily.

V rámci terapie PAS se dají použít i jiné techniky, které jsou určeny pro zvládání obtížných životních událostí. Techniky relaxace, meditace, autoregulace, desenzibilizace pomocí rychlých očních pohybů a mnohé další přispívají k lepšímu zvládání stresorů a tím vedou jedince k pozitivnějšímu životnímu přístupu. V neposlední řadě je zde užitečná i práce s vírou a náboženským přesvědčením člověka (Křivohlavý, 2009).

Podle Vágnerové (2004) vhodnou formou léčby může být i skupinová psychoterapie. Skupinová psychoterapie umožňuje ženám sdílet traumatickou událost a různé pohledy

mohou pomoci novému vnímání a reinterpretaci celé situace. U žen s podobnou zkušeností mohou nalézt pochopení a ujistit se, že jejich současné prožívání je normální a nejsou v této situaci samy. Tím se významným způsobem snižuje riziko stigmatizace (Kohnerová, et al., 2013). Ukazuje se, že skupinová psychoterapie může dobře fungovat u dospívajících a mladých žen, které zároveň mají potřebu sdílet své zkušenosti s vrstevníky (Daly, Ziegler & Goldstein, 2004).

Úskalím skupinové psychoterapie může být skutečnost, že se ženy mohou stavět do rolí „obětí“ a tím se posilovat v nežádoucím chování a sekundárních zisků z traumatu (Praško, 2005).

### **3.5.3 Farmakoterapie**

Ačkoliv je psychoterapie v léčbě PAS poměrně úspěšná, někdy musí být doplněna medikací. Ta sice nezabaví ženu traumatu, nicméně zmírní jeho symptomy do té míry, že žena najde sílu s problémem aktivně bojovat. Obvykle se předepisují například léky na spaní, jelikož žena, která několik nocí nespí, je příliš vyčerpaná na to, aby s terapeutem efektivně pracovala. Za neúčinnější léky pro léčbu PTSD jsou považována antidepresiva, zejména SSRI (Praško, et al., 2001). Tyto léky mohou zmírnit nutkavé myšlenky, flashbacky nebo nesoustředěnost. Při jejich nasazení je potřeba upozornit ženu, že léky nezačnou účinkovat ihned, ale obvykle za 3–6 týdnů. Pokud léky žena vysadí dříve, než jí doporučí psychiatr, může se stát, že se obtíže znovu objeví. Další možností je ženě předepsat anxiolytika, a to ke zmírnění úzkosti, kterou trpí. Ty by se však měly užívat pouze krátkodobě, jelikož na ně může vzniknout závislost (Praško, et al., 2003). Tyto léky lze nahradit betablokátory nebo atypickým neuroleptikem v anxiolytické indikaci (Kryl, 2002).

Obecně tedy platí, že v případě léčby PAS by se medikace měla doplňovat s intenzivní psychoterapií, nicméně terapie zaměřená na trauma je nadřazená dalším intervencím, aby došlo k efektivnímu snížení symptomů PTSD (Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards. & Turner, 2007). Samozřejmě mnoho negativních psychických reakcí žen po potratu nemůžeme považovat za poruchu, ale spíše za způsob, kterým se tyto ženy vyrovnávají s obtížnou životní situací (Vágnerová, 2004). Přesto tyto obtíže nemůžeme podceňovat jen z toho důvodu, že nesplňují všechna kritéria pro PTSD. I ty mohou významně ohrozit zdraví člověka a narušit jeho integritu (Kohoutek & Čermák, 2009).

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 1 Analýza dotazů v poradně

#### 1.1 Výzkumný problém a cíle

V současné době existuje mnoho otázek ohledně existence PAS. Ačkoliv řada studií jeho výskyt potvrzuje (Cogle, et al., 2003; Broen, et al., 2005), někteří ho považují za fikci (MacGill, 2016; Major, et al., 2009).

Nicméně zkušenost odborníků, kteří pracují s ženami po potratu, říká, že ženy trpí velkými psychickými obtížemi i mnoho let od ztráty těhotenství. Tento syndrom je popsán řadou symptomů, které se u žen po potratu mohou či nemusí vyskytnout, je jich ovšem velké množství a není jasné, zda se některé symptomy vyskytují souběžně či spolu navzájem příliš nespojují a mohou se projevovat individuálně. Domníváme se, že teoretická základna PAS není dostatečná, a je tedy potřeba negativní projevy žen po potratu lépe zachytit a popsat. To je prvním důležitým krokem, jak vydělit PAS od jiných potíží a poruch, které ženy mohou v souvislosti se ztrátou těhotenství vnímat.

Cílem kvalitativní části této práce je popsat chování a prožívání ženy po prodělaném spontánním potratu či UPT. Z výzkumného tématu vyplývá především explorativní a deskriptivní cíl výzkumu. Nejčastější designem výzkumu na téma PAS v českém prostředí jsou polostrukturované rozhovory, pomocí nichž byly vytyčeny možné následky potratu. Nicméně tyto rozhovory jsou prováděny vždy s malým vzorkem žen. Proto jsme se rozhodli identifikovat symptomy PAS u žen po potratu na základě analýzy databáze Linky pomoci, která se mj. zaměřuje právě na ženy po ztrátě těhotenství.

**VO: K jakým změnám v životě žen po potratu dochází v souvislosti se ztrátou těhotenství?**

## **1.2 Výzkumný vzorek**

### **1.2.1 Zdrojová databáze**

Linka pomoci, která funguje již 14. rokem, je známá pod svým dřívějším názvem Aqua Vitae. Jejím zřizovatelem je Hnutí pro život. Linka mj. poskytuje potřebnou pomoc a podporu ženám po ztrátě těhotenství. S potížemi, které ženy vnímají po potratu, pracovníci linky zachází jako s diagnózou PAS. Linka pomoci se také snaží pomáhat ženám v souvislosti s nečekaným těhotenstvím, neplodností, otázkami ohledně antikoncepce, těhotenství a dalšími navazujícími problémy. Linka pomoci nabízí telefonickou krizovou intervenci a poradenství. Funguje každý den 24h, nicméně přímý telefonický kontakt s pracovníkem Linky pomoci je možný pětkrát týdně po 3 hodinách, ve zbylém čase mohou klienti nechat vzkaz na záznamníku. Kromě telefonické krizové intervence pracovníci linky poskytují emailové poradenství, které je v současné době nejužívanější formou, kterou se klienti na linku obrazejí. K pravidlům Linky pomoci patří, že se pracovníci snaží prostřednictvím emailů klientům odpovědět do 3 pracovních dnů. Dalším způsobem poskytování pomoci je chatové poradenství.

Jelikož jsou cílovou skupinou Linky pomoci ženy postižené PAS, pracovníci zde úzce spolupracují s psychoterapeutkami, které mají zkušenosti s léčbou traumatu, a po domluvě poskytují ženám dlouhodobou terapii zdarma. Linka pomoci také nabízí ženám pomoc formou krizové intervence „face to face.“

V neposlední řadě Linka pomoci spolupracuje s řadou dalších odborníků, tj. právníků, lékařů, psychologů atd., a zprostředkovává svým klientkám kontakt s nimi.

### **1.2.2 Popis vzorku**

Vzhledem ke způsobu získávání dat nelze určit bližší demografické údaje o probandech, což však nemusí být považováno za nedostatek z důvodu kvalitativního zaměření studie, která si klade za cíl zmapovat různorodé symptomy, kterými ženy trpí po ztrátě těhotenství. Naše znalosti o vzorku jsou tedy limitované tím, co ženy ve zprávách samy uvedly. Data byla získána ze zpráv, které ženy adresovaly na Linku pomoci mezi lety 2013 – 2017. Ženy se obracely na Linku pomoci prostřednictvím webového formuláře, Facebooku nebo emailu. Po vyřazení zpráv na základě stanovených kritérií databáze Linky pomoci

obsahovala zprávy od 241 žen. Z toho 172 žen podstoupilo UPT a 66 prodělalo samovolný potrat či zamlklé těhotenství. Pouze 3 ženy jasně nevedly, o jakou ztrátu těhotenství se jedná. Ženy vždy popisovaly své obtíže v souvislosti s konkrétní ztrátou těhotenství, je ale možné, že určité množství žen má zkušenost s více typy ztrát těhotenství. Tuto skutečnost jsme ale pro tuto část studie nepovažovali za významnou.

Průměrná doba od ztráty těhotenství, kdy se ženy obrátily na Linku pomoci, byla přibližně 12 měsíců. Nejčastěji ovšem psaly 1 měsíc od potratu. Nejkratší doba byla zaznamenána 1 den, nejdelší 26 let po potratu. Tuto informaci uvedlo 183 žen, u 58 tato informace chyběla. 113 žen, které podstoupily interrupci, uvedly důvody, proč se pro zákrok rozhodly. V 59 případech se jednalo o jejich dobrovolné rozhodnutí, 44 žen vnímalo, že se k potratu rozhodly pod nátlakem svého okolí a u 10 žen hlavním důvodem byly zdravotní indikace buď na jejich straně, nebo na straně nenarozeného dítěte. U 59 žen tato informace chyběla.

## **1.2 Metodika kvalitativní části**

Hlavní metodou analýzy dat v této části práce je obsahová analýza. Pomocí této metody můžeme provést analýzu nějakého dokumentu či záznamu lidské komunikace pomocí vyhledávání stanovených slov, pojmů či slovních spojení (Veselý & Nekola, 2007). Díky ní můžeme objasnit význam zkoumaného problému, identifikovat jeho zvláštnosti, či odhalit jeho strukturu (Mioviský, 2006). Podle Jeřábka (1992) obsahovou analýzu můžeme využít k vytvoření vzájemně se vylučujících a vyčerpávajících kategorií, které mohou sloužit k rozboru dokumentů, a poté následně zaznamenat četnosti výskytu námi stanovených kategorií.

V této práci jsme tedy pomocí obsahové analýzy provedli rozbor zpráv, které byly adresovány na Linku pomoci. V prvním kroku byly vybrány všechny zprávy, které obsahovala databáze od roku 2013 do konce roku 2017. Domníváme se, že se za 5 let jedná o dostatečně velký soubor dat pro naše účely.

V dalším kroku jsme vytyčili zprávy, které pracovníci linky interně označili zkratkou PAS. Tato složka obsahuje všechny zprávy od osob, které mají zkušenost s jakýmkoliv typem ztráty těhotenství a které pociťují jisté obtíže. Byly vyřazeny všechny zprávy od osob, které se na Linku pomoci obracejí kvůli jiné osobě a sami nevnímají obtíže spojené s vlastní ztrátou těhotenství. Také jsme vyřadili zprávy, kdy se ženy pouze informují o PAS, nebo když ve

zprávě chybí popsané jakékoliv obtíže či popis jejich aktuálního psychického stavu a zpráva je pouze stručnou žádostí o pomoc.

Při obsahové analýze jsme použili otevřené kódování, které nám umožnilo převést data na samostatné obsahové celky, které byly na základě své tematické příbuznosti sdružovány do nadřazených kategorií s vyšší mírou obecnosti (Strauss & Corbin, 1999). Identifikovali jsme tak hlavní témata, kategorie (tj. různé symptomy), které ženy zmiňovaly. Pro analýzu jsme využili transkripci, segmentaci a redukci dat. Snažili jsme se tak identifikovat vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Pro analýzu jsme využili Microsoft Excel. Po celý proces obsahové analýzy docházelo k průběžnému shrnování dat a pojmenování kategorií. Díky tomu bylo možné spočítat četnosti a z toho vyvodit a okomentovat závěry, ke kterým jsme došli (Hendl, 2005).

Symptomy žen po ztrátě těhotenství byly řazeny do nadřazených kategorií, které jsme pojmenovali:

- 1) Emocionální úroveň
- 2) Celkový psychický stav
- 3) Fyziologická úroveň
- 4) Behaviorální úroveň

Ženy velmi často zmiňovaly problémy v partnerských a jiných blízkých vztazích, proto jsme se rozhodli zařadit čtvrtou kategorií, která je spíše důsledkem symptomů výše vypsanych kategorií.

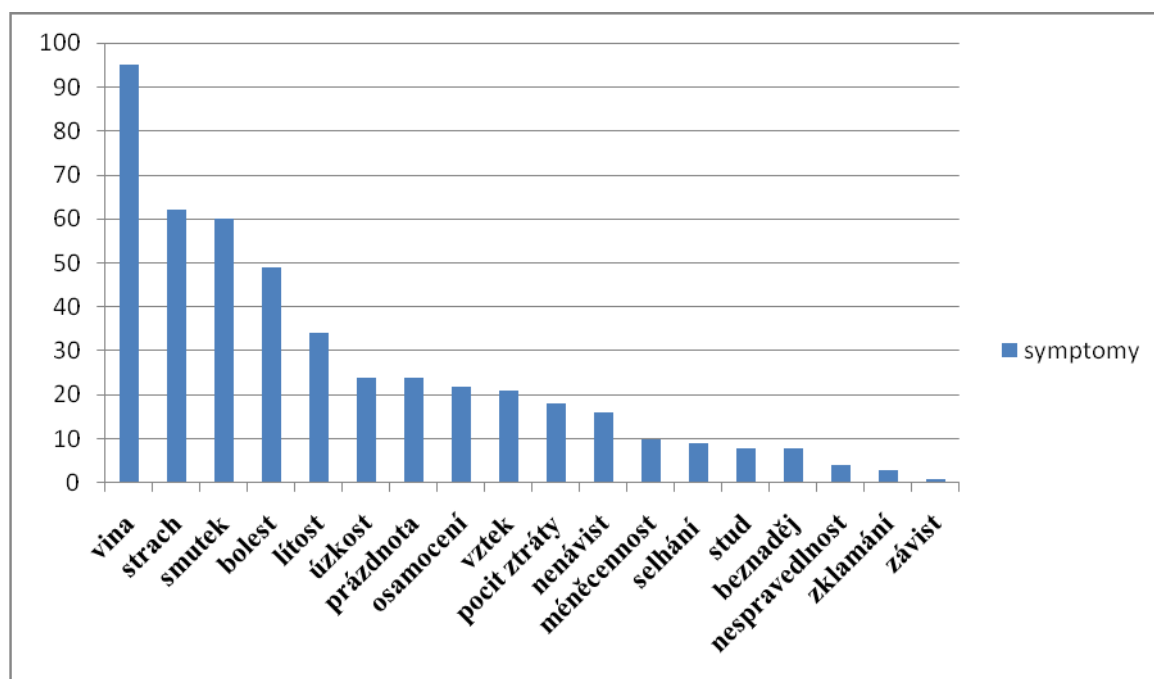
- 5) Vztahová úroveň

Pozornost jsme v analýze věnovali především potížím, které byly buď jasně vyjádřeny (např. „vyhýbám se těhotným ženám“) nebo je bylo možné i vyvodit z kontextu (např. nemůžu se na těhotné ženy ani podívat“). Po domluvě s vedoucí z výše zmíněné Linky pomoci nebyly kvůli ochraně údajů a bezpečí klientek do textu vybírány doslovné citace, ale pouze typické výroky. Za typické výroky považujeme takové, které se ve zprávách klientek opakovaly nejčastěji.

## 1.4 Výsledky

Na základě všech zachycených projevů byly vytyčeny 4 hlavní kategorie, které částečně popisují změny, které v životě žen po ztrátě těhotenství nastávají.

### 1.4.1 Emocionální úroveň



Graf 1- Emoce

Do této kategorie jsme zařadili emoce, které ženy zmiňovaly. Nejčastější zachycenou emoci byly pocity **vin**y, které popsalo 95 žen. Nejčastěji ženy kladly vinu samy sobě, neřídka viděly viníka v partnerovi, rodičích, lékařích či společnosti. Typickým výrokem bylo „*mám pocity viny* či *nedokážu si to odpustit*.“ Pocity viny se u žen vázaly s tím, že se rozhodly pro potrat, mohly jít dříve k lékaři či svým chováním zamezit spontánnímu potratu. Výčitky směřované k partnerovi se týkaly především toho, že je k potratu donutil či jim nebyl dostatečnou oporou.

Další prožívanou emocií byl **smutek**. 60 žen uvedlo, že v současné době zažívá pocity smutku. Typickým výrokiem bylo „*jsem smutná*“, nebo „*nedokážu se radovat*“. Ačkoliv neschopnost se radovat nemusí být ve všech případech emocií smutku, ale například může být spojena s pocitem prázdnoty, rozhodli jsme tyto výroky do této kategorie zařadit. Ve většině případů totiž ženy popisovaly negativní prožívání. Pokud zároveň s absencí radosti zmiňovaly pocity prázdnoty, jejich emoce byly přiřazeny do kategorie pocit prázdnoty.

Také jsme do této kategorie zařadili **pocity zoufalství**. Smutek se pojil především obecně se ztrátou dítěte, ale také ženy cítily smutek při pohledu na malé děti či z toho, že se k UPT rozhodly.

V 62 případech se objevovaly **pocity strachu**. Typickým výrokiem bylo „*bojím se*“, „*mám strach*“. Na rozdíl od úzkosti, strach je vždy na něco zaměřen. Pokud ženy konkretizovaly svůj strach, zmiňovaly především:

- 1) Strach, že už nikdy neotěhotní
- 2) Strach z lékařů
- 3) Strach z otěhotnění
- 4) Strach, že se nedokážou se ztrátou vyrovnat
- 5) Strach o svůj partnerský vztah
- 6) Strach z trestu
- 7) Strach z budoucnosti

**Pocity lítosti** se prokazatelně vyskytovaly u 34 žen, v naprosté většině případů se vztahovaly ke ztrátě dítěte, ojediněle jim bylo líto samotného dítěte. Typickým výrokiem je „*hořce lituji*“ či „*je mi to líto*“. Mnoho z žen uvedlo, že ztráty dítěte bude litovat do konce života.

Další častou emocií po ztrátě těhotenství byly **pocity nespravedlnosti**. Ty odráží skutečnost, že ženy vnímají prodělaný potrat jako k nim nespravedlivý. Typickým výrokiem je „*není to fér*“. Do této kategorie byly zařazeny výroky, kdy si kladou otázku, proč se to muselo stát právě jim. Pocit nespravedlnosti se v analýze vztahoval pouze k spontánním potratům, a to u 4 žen.

Zjistili jsme, že **pocit prázdnoty** se objevoval u 24 případů. Nejčastější výrok je „*mám v sobě pocit prázdnoty*“. Tato prázdnota byla ženami přirovnávána k černé díře či díře v srdci.



Ženy popisovaly velké **pocity bolesti** (49 žen). Tuto bolest umisťovaly do oblasti hrudníku či přímo srdce. Typickým výrokem je „*tak moc to bolí*“ či „*žiju s bolestí*“. **Pocity nenávisti** popsalo 16 žen. Tento pocit můžeme ještě rozdělit, a to na:

1) Nenávist k sobě

Sebenenávist se objevovala nejčastěji, a to hlavně z důvodu vlastního rozhodnutí podstoupit umělé přerušování těhotenství

2) Nenávist k partnerovi

Tyto pocity směřovaly k partnerovi především z důvodu, že potrat ženy dopustil, nepodpořil je či je k potratu donutil

3) Nenávist k okolí

To se týkalo zejména těhotných žen či těch, kterým se na poprvé podařilo otěhotnět, a dítě donosily.

U 22 žen se objevoval **pocit osamocení**. Pocit osamocení ženy vnímaly především tak, že jim nikdo nemůže porozumět v tom, co prožívají, nemají si s kým promluvit a připadají si osamocené, přestože např. žijí ve funkční rodině. Typickým výrokem je „*připadám si občas tak hrozně sama*“, „*nemám se komu svěřit*.“

**Pocity vzteku** byly zachyceny u 21 žen. Typickým výrokem je „*jsem naštvaná*“, „*mám záchvaty vzteku*.“ Tento vztek se opět vztahoval především na sebe, ale i na okolí ženy. Ženy také popisovaly, že selhaly.

**Pocit selhání** se týkal zejména selhání nějaké jejich role (9 žen), především se jednalo o selhání role ženy či role matky. Také se objevilo selhání ve víře. Typickým výrokem je „*jako žena jsem selhala*.“

**Pocit ztráty** byl zachycen u 18 žen, které hodnotily potrat jako ztrátu dítěte. Typickým výrokem je „*chybí mi miminko*“ či „*cítím obrovskou ztrátu*.“

8 žen zmiňovalo **pocity studu**. Do kategorie stud byly nejčastěji zařazeny výroky žen „*moc se stydím*.“ Pocity studu se převážně vztahovaly k tomu, že ženy podstoupily potrat, méně často k tomu, že vyhledaly odbornou pomoc.

Také 8 žen cítilo **beznaděj**. Do této kategorie byly zařazeny ty výroky žen, kdy popisovaly, že „*cítí beznaděj*“ či „*jsou bezradné*.“

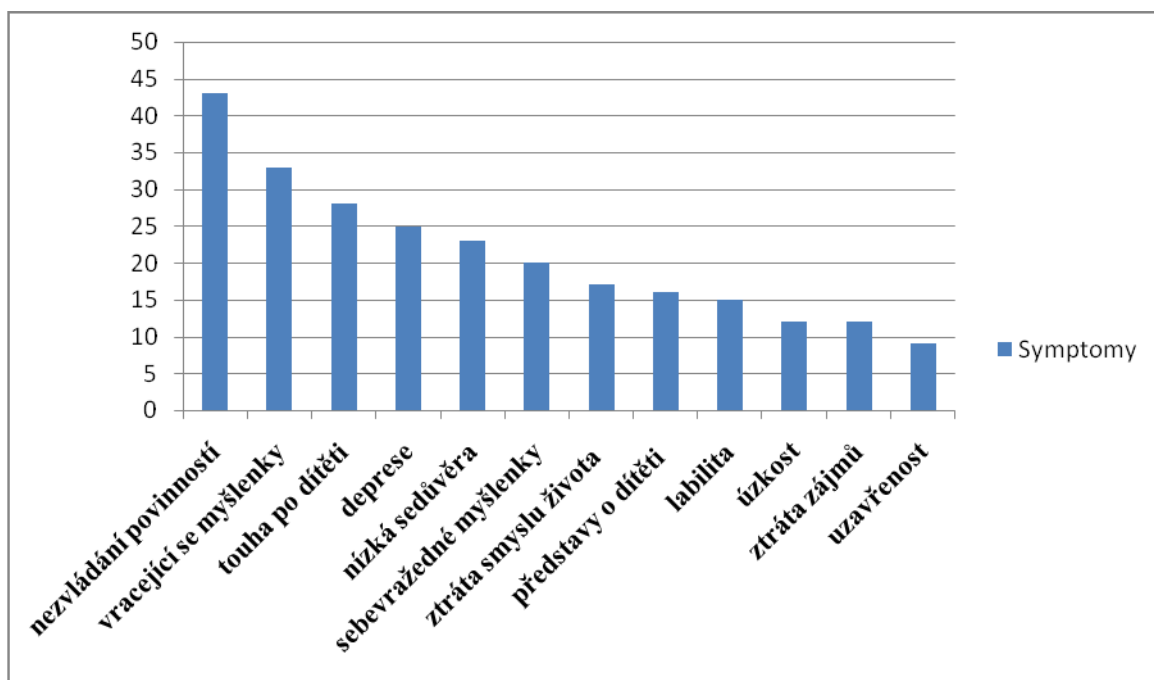
Jako **méněcennost** byly vyhodnoceny ty pocity, kdy ženy pochybovaly o sobě, o své hodnotě. Tomu tak bylo v 10 případech. Typickými výroky jsou „*jsem k ničemu*“, „*mám pocit, že každé mé rozhodnutí je špatné*.“

Další zachycenou emocií bylo **zklamání**. 3 ženy popsaly, že jsou zklamané ze sebe sama (nejčastěji, že šly na potrat) či z partnera. Typickým výrokiem je „*jsem zklamaná*.“

O **pocitu závidění** se zmínily pouze 2 ženy. V obou případech se pocit závidění vztahoval k ženám, které jsou v současné době těhotné.

#### 1.4.2 Celkový psychický stav

Všechny ženy, které se obrátily na Linku pomoci, hodnotily svůj psychický stav jako špatný. Popisovaly, že se „*cítí mizerně*“ a „*strašně se trápí*“. Pokud podstoupily interrupci, často ji popisují jako traumatizující zážitek a hlubokou ztrátu. Jedna žena označila svůj život po potratu jako „*soukromé peklo*“. Některé obtíže, kterými trpí, 6 žen označilo přímo termínem postabortivní syndrom. Myšlenky žen se často upínaly k minulosti, přály by si vrátit čas. 11 žen označilo podstoupení interrupce jako svoji největší životní chybu. Oproti tomu 4 ženy by se i přes nastalé obtíže znovu pro UPT rozhodly.



Graf 2 - Celkový psychický stav

Typickým projevem po potratu se ukázalo **nezvládnutí každodenních povinností** ve smyslu, že ženy mají pocit, že v tuto chvíli nic nestíhají, neumí se přinutit k práci a vyšší aktivitě. Ženy popisovaly, že neví, jak začít fungovat a zvládat běžný život nebo nejsou schopny nic dělat. Takto svůj současný psychický stav hodnotilo 43 žen.

Velmi častým symptomem, na který si ženy po ztrátě těhotenství stěžovaly, také byly **vracející se myšlenky (nutkavé představy)**. 33 žen uvedlo nutkavé, vracející se myšlenky. Tyto myšlenky se týkaly především samotného potratu, či myšlenek na dítě. Ženy je popisovaly jako neodbytné, které je nutí vracet se ke dni, kdy došlo k potratu. Typickým výrokiem je „*se mi to všechno začalo vracet*“, „*pořád myslím jen na to, co se stalo*.“

Symptom **úzkost** zmínilo 12 žen. Typickým výrokiem bylo „*mám pocit úzkosti*.“ Do této kategorie byl zařazen i stav, který žena přirovnávala k panické atace i ty, které cítily silnou vnitřní tenzi.

Některé ženy hodnotily svůj psychický stav jako **depresi** nebo zmiňovaly, že trpí depresivními myšlenkami. Do této kategorie byla zařazena nejenom klinicky diagnostikovaná deprese, ale i stav, který ženy jako depresi hodnotily. To se týkalo 25 žen. Typickým výrokiem bylo „*upadám do depresivní nálady*“ či „*prožívám stavy deprese*.“

17 žen vyjádřilo **ztrátu smyslu života** v souvislosti s potratem. Tato ztráta se týkala především toho, že nevidí důvod, proč by měly žít či nevidí smysl ve své budoucnosti. Typickým výrokiem bylo „*už nevím pro co žít*“, „*nevím, co dál se životem*.“ Pokud ženy vyjadřovaly nechuť žít, byly zařazeny do této kategorie.

12 žen nemluvilo přímo o ztrátě smyslu života, ale spíše **ztrátě svých zájmů** a koníčků, které měly dříve. Popisovaly, že postrádají radost, kterou měli z dříve vykonávaných aktivit. Tento nezájem se týkal jak koníčků, různých maličkostí v životě, tak dokonce i vlastních dětí. Typickým výrokiem bylo „*nic mě nebaví*“, „*nic mě nezajímá*.“

Dalším častým symptomem se ukázala být **touha po dítěti a myšlenky na něj** (28 žen). Ta se objevovala i v případech, kdy ženy podstoupily interrupci z vlastního rozhodnutí. Typickým výrokiem bylo „*nezajímá mě nic jiného než další těhotenství*“ či „*toužím po miminku*.“ Tato touha byla někdy spojena s představami, jak bude žena vypadat těhotná či jaké bude její další dítě.

9 žen také řeklo, že jsou více **uzavřené** a méně komunikují se svým okolím. Typickým výrokiem bylo „*uzavírám se do sebe*.“

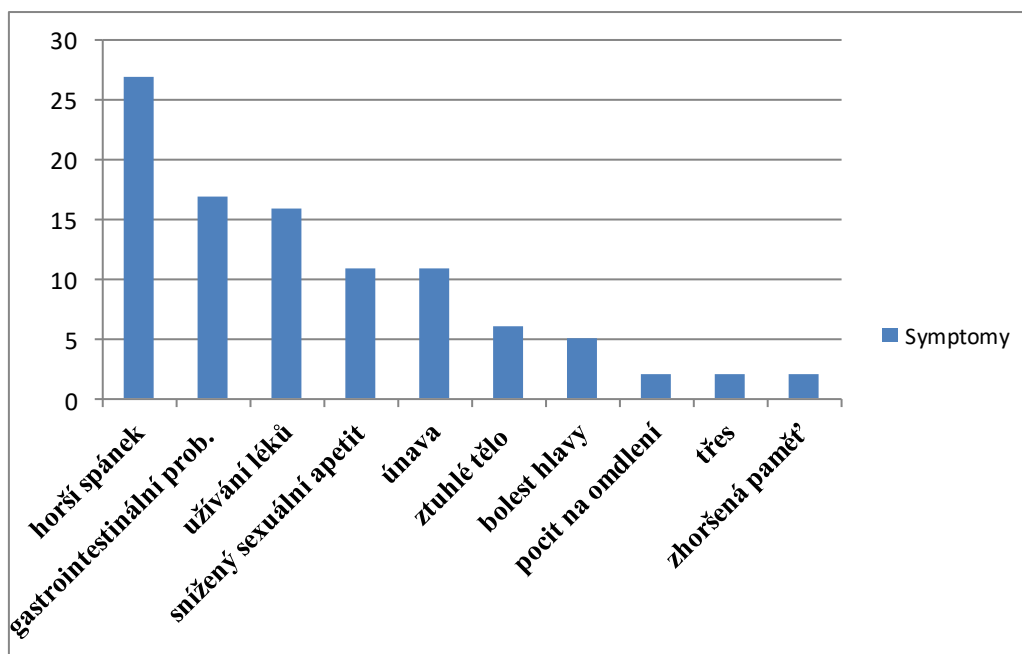
Ukázalo se, že 23 žen trpělo po ztrátě těhotenství **nižším sebevědomím**. Ženy popisovaly, že už si tolik nevěří, jako dříve, nemohou si samy sebe vážít. V některých

případech se objevovaly silné pocity viny a nenávisti k vlastní osobě. Typickým výrokiem bylo „připadám si jako troska“ nebo „už si nevážím sebe sama.“

Dalším projevem celkového psychického stavu u 15 žen byla **labilita**. Do této kategorie patří takový psychický stav, kdy ženy popisovaly náhlé změny nálad, nebo přímo konstatovaly, že jsou více labilní než před zkušeností s potratem. Typickým výrokiem bylo „jsem hodně labilní“ či „trpím stavy nahoru a dolů.“ Také jsme sem zařadili to, když ženy uváděly, že jsou psychicky nevyrovnané.

U 20 žen se objevily **sebevražedné myšlenky**. Ženy zmiňovaly, že smrt vidí jako řešení své situace. Některé uvažovaly o tom, že spáchají sebevraždu, jiné si přály, aby zemřely. Objevily se také obavy z toho, aby si něco neudělaly. Do této kategorie jsme zařadili i sebevražedné tendence, tj. když si ženy například už nakoupily léky, prostřednictvím nichž by spáchaly sebevraždu. Typickým výrokiem je „mám myšlenky se vším skoncovat“ či „přemýšlím nad sebevraždou.“ 2 ženy zmínily, že již se o sebevraždu pokusily.

### 1.4.3 Fyziologická úroveň



Graf 3 - Fyziologické projevy

Do této kategorie byly zařazeny všechny fyziologické projevy, které ženy po ztrátě těhotenství zmiňovaly. Somatické změny a obtíže ženy popisovaly méně často, než změny psychické či změny v chování.

Prvním somatickým projevem byla **snížená kvalita i množství spánku**. Na horší spánek si stěžovalo 27 žen. Obtíže se týkaly neschopnosti usnout, časného i častého probouzení. Zároveň do této kategorie byly zařazeny zlé sny, které ženy zmiňovaly, ačkoliv by mohly být zařazeny i do kategorie úrovně celkového psychického stavu. Nicméně podle žen tyto sny vedly ke zhoršení spánku a celkové tělesné únavy. Typickým výrokem je „*špatně spím*“, „*trpím nočními můrami, kvůli nim nemůžu spát*.“

Další symptom, který ženy trápil, byla **zhoršená paměť**. Do kategorie zhoršená paměť bychom zařadili všechny stížnosti žen související s jejich pamětí. To znamená problémy se zapamatováním, uchováním a vybavením informací. Typickým výrokem bylo „*hůř si všechno pamatuji*.“ Tyto obtíže se ovšem týkaly pouze 2 žen.

Častěji zmiňované byly **gastrointestinální problémy**, které se objevovaly v 17 případech. Ženy uváděly jak žaludeční obtíže, tak neschopnost přijímat jídlo, nechutenství či naopak nadměrnou konzumaci potravin. Typickým výrokem bylo „*je mi zle od žaludku*“ či „*nemůžu jíst*.“

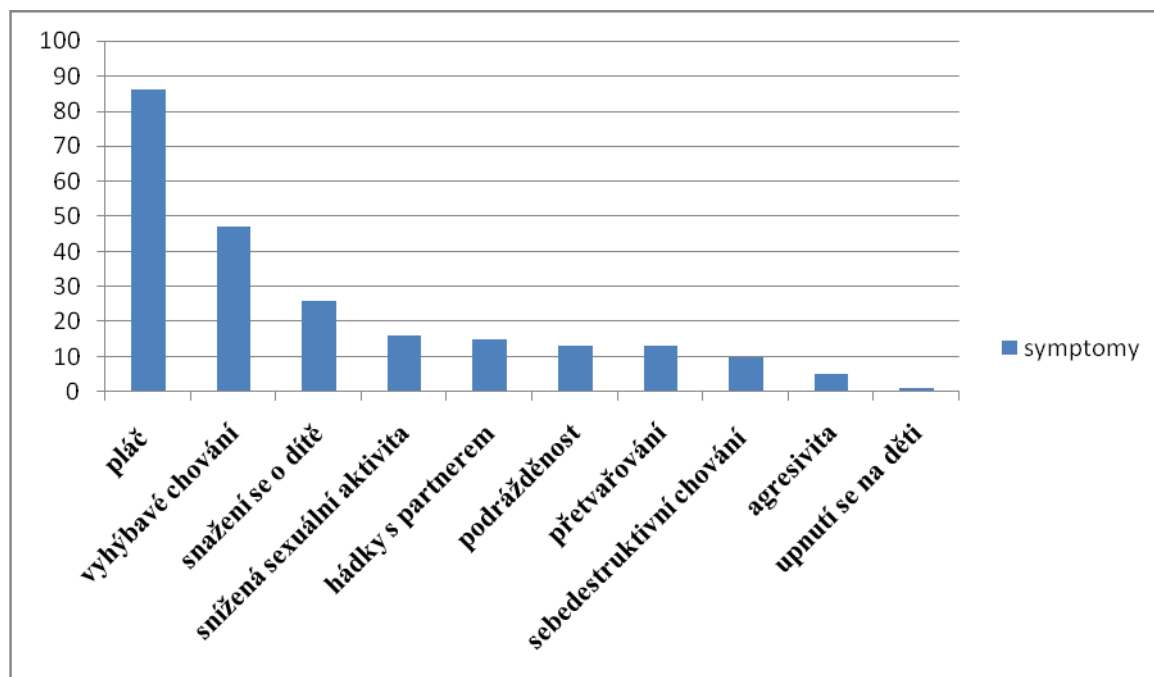
11 žen řeklo, že jsou velmi **unavené**. Dle některých jim tato únava brání vykonávat každodenní činnosti. Typický výrok je „*sem hrozně unavená*.“ Do této kategorie jsme zařadili i nedostatek fyzických sil, který ženy vykazovaly.

U 16 žen se objevilo, že byly nuceny v souvislosti s prodělaným potratem začít **užívat léky**. Nejčastěji zmiňovaly antidepresiva či léky na spaní. S tím se pojí nutnost vyhledat lékařskou pomoc.

Se somatickými potížemi se pojí snížená sexuální aktivita, kdy ženy uváděly, že po ztrátě těhotenství trpí **nízkou vzrušivostí** či **bolestí během sexuální aktivity**. Tyto problémy zmínilo 11 žen. Typickým výrokem je „*nemám na sex chuť*.“

5 žen si také stěžovalo na nadměrné bolesti hlavy. Typickým výrokem bylo „*bolí mě hlava*.“ 6 žen popisovalo celkovou **tělesnou ztuhlost**. Ve dvou a méně případech se ještě objevovaly ještě **bolesti hlavy, třes těla, srdeční obtíže, pocit na omdlení, zhoršení dýchání, brnění končetin, nepravidelná menstruace a pocit na zvracení**.

#### 1.4.4 Behaviorální úroveň



Graf 4 - Behaviorální projevy

V této kategorii zachycujeme změny v chování žen po ztrátě těhotenství. Nejčastěji ženy (86) zmiňovaly **pláč**. Pokud uváděly, že „brečí“, „tečou jim slzy“, „jsou plačtivé“, či „mají záchvaty pláče“, jejich chování bylo zařazeno do kategorie pláč. Zde ženy často zmiňovaly, že mají nekontrolovatelné záchvaty pláče, brečí každý den a plačtivé chování se zhoršuje ve chvílích, když jsou o samotě. Na druhé straně 6 žen uvedlo, že po potratu začaly vyhledávat samotu, aby měly dostatek prostoru k pláči a nikdo je při tom nemohl vidět.

Mezi další často popisovaný behaviorální projev patřilo **vyhýbavé chování**, při kterém se ženy vyhýbají svému okolí, jsou více doma, aby nepotkaly své známé, nechtějí s nikým mluvit a tráví více času o samotě. 47 žen popisovalo toto chování. Také se objevuje vyhýbání se lékařům a nemocničnímu prostředí. Typickým výrokem je „vyhýbala jsem se jakémukoliv kontaktu s dětmi a s těhotnými kamarádkami,“ či „trávím více času o samotě“ nebo „trávím méně času s blízkými.“

Dalším projevem chování bylo **impulzivní chování** a to u 13 žen. Do této kategorie jsme zařazovali takové chování, kdy ženy uváděly, že „reagují podrážděně“, „jsou podrážděné“ apod. Také jsme se rozhodli jako impulzivní chování označit i situace, kdy ženy

ztrácí trpělivost s okolím a jejich reakce nabývají větší intenzity než obvykle, či jsou na své okolí protivné.

Mezi zmiňovanými obtížemi jsme u 10 případů zachytili **sebedestruktivní chování**.

Do této kategorie jsme zařadili chování, které může být chápáno jako rizikové. Nejčastěji bylo zmiňováno „*nadměrné pití alkoholu*“, „*užívání drog*“, „*vyhledávání sebedestruktivních vztahů či situací*“ a „*promiskuita*“. Toto sebedestruktivní chování bylo často spojeno se slovy „*trestám se*“ či „*hledám úlevu*“. Mohlo by sem ještě patřit nadměrné přejídání či odmítání jídla, které může být ženami vnímáno jako trestání sebe sama. Přesto jsme se rozhodli toto chování přiřadit ke změnám na fyziologické úrovni.

5 žen zmínilo, že jsou po potratu agresivnější než dříve. Kategorie **agrese** zahrnuje chování, kdy se ženy nedokážou ovládnout a uchylují se k násilí či agresivnímu chování. Typickým výrokem je „*častěji se uchyluji k násilí*“, či „*jsem agresivnější*“.

Další detekovanou změnou v chování u 13 žen po potratu byla **přetvářka**. Jako přetvářka bylo hodnoceno takové chování, kdy se ženy musí před okolím přetvařovat a nemohou být samy sebou. Nejčastěji se jedná o případ, kdy žena nechce dát svému okolí najevo, že je smutná či nemůže, jelikož její okolí o ztrátě dítěte nevědělo. Typickým výrokem je „*musím se tvářit, jakoby se nic nestalo*“, či „*snažím vypadat normálně*“.

**Symptom snažení se o dítě** se vyskytoval u 26 žen. Bylo sem zařazeno takové chování, kdy ženy zmiňují, že s partnerem aktivně usilují o početí. Toto chování se objevovalo jak po spontánním potratu, tak po umělém přerušení těhotenství, kdy ženy zákroku litovaly. Pouze 2 ženy uvedly, že se po potratu více **upnuly na své děti**. Do této kategorie spadají takové změny v chování, kdy u ženy po potratu se svými dětmi tráví více času a mají k nim vztaženo více svých očekávání, než tomu tak bylo dříve. Typickým výrokem je „*upnula jsem se na děti*“. Změny v chování se významným způsobem odrážejí v partnerských vztazích. Dalšími vnímanými obtížemi (15 žen) byla horší komunikace a **hádky s okolím, nejčastěji s partnerem**, kdy mezi partnery dochází v souvislosti se ztrátou těhotenství k častějším hádkám. Typickým výrokem je „*trápím přítele hádkami a křikem*“ či „*každý pokus mluvit s partnerem končí hádkou*“.

Objevuje se také **snížená sexuální aktivita** či **problémy v intimní oblasti**. Do kategorie behaviorálních projevů jsme změny v sexuální aktivitě zařadili tehdy, pokud ženy uváděly, že se sexu s partnerem vyhýbají, mají ho méně často nebo vůbec od ztráty těhotenství. Oproti tomu do kategorie fyziologických projevů spadaly spíše kvalitativní změny u nich samotných, kdy si ženy stěžovaly na nízkou vzrušivost či bolest během sexuální aktivity s partnerem. Se sníženou aktivitou se pojil odpor k partnerovi, snížený sexuální apetit

či neschopnost přijímat cizí doteky. Dalším důvodem snížené sexuální aktivity byl zachycen strach z dalšího otěhotnění. Typickým výrokiem je „s partnerem jsme od té doby nespali,“ či „vyhýbám se sexu.“

#### 1.4.5 Vztahová úroveň

Na základě všech změn a potíží v chování i prožívání dochází ke změně na **vztahové úrovni**. V první řadě často partnerský vztah ženy získává novou podobu. Větší množství hádek, problémy v intimní oblasti a horší komunikace mohou přispět k **odcizení** s partnerem, které ženy velmi často zmiňovaly. Ženy popisovaly, že se s partnerem v souvislosti se ztrátou těhotenství odcizili. To znamená, že mají pocit, že jsou si s partnerem vzdálenější, láska mezi nimi vyprchala a mají zábrany ve vzájemné komunikaci. Některé si stěžovaly na změnu v partnerském vztahu, uvedly, že nemohou s partnerem mluvit o své ztrátě těhotenství tolik, kolik by potřebovaly. Nejčastějším důvodem odcizení ženy zmiňovaly nepochopení ze strany partnera. Typickým výrokiem je „přítel moji bolest nedokáže nikdy pochopit.“ Také se objevovalo obvinění partnera z toho, že ji nedokázal podržet či ji donutil např. podstoupit umělé přerušování těhotenství. Některé ženy dokonce vyjadřovaly pohrdání nad svým partnerem. Objevovaly se také časté **obavy o budoucnosti partnerského vztahu či ukončení vztahu**. Ženy vyjádřily obavu o to, že v souvislosti se ztrátou těhotenství bude jejich vztah poškozen či zcela zničen. Některé ženy psaly, že se bojí, aby jejich partner vztah neukončil kvůli změně v jejich chování (např. zvýšené plačtivosti, snížené sexuální aktivitě, podrážděnosti atd.) Některé z nich zmínily ukončení partnerského vztahu v důsledku ztráty těhotenství. Typické byly výroky „bojím se, že se mi rozpadne vztah“ či „nechci ho svým chováním odehnat.“ K narušení vztahu s partnerem můžeme také přiřadit problémy obecně v intimní oblasti. To znamená, že je již partner nepřitahuje, je jim intimní kontakt s partnerem nepříjemný či si ho nedokážou užít. Některé dokonce zmínily, že v nich partnerovy doteky vzbuzují odpor. Partneři jsou také méně v kontaktu, méně spolu komunikují či tráví méně společného času.

Ženy také uváděly, že se jim určitým způsobem změnil **vztah k okolí**. Nejčastější bylo zmiňované vyhýbavé chování, kdy se ženy vyhýbají především dětem a těhotným ženám. Ty v nich vzbuzují emoce jako smutek, bolest, vyvolávají pláč. Typickým výrokiem je „nedokážu se na svoji těhotnou kamarádku podívat“ či „mám slzy v očích, když vidím miminko.“ Také ženy zmiňovaly, že netráví již tolik času s přáteli a vyhledávají samotu. Kromě toho se musí



před ostatními přetvařovat, nechtějí dát najevo smutek. Také mají pocit nepochopení od okolí, které jim neumí poskytnout potřebnou útěchu. Typickým výrokem je „mluvit s kamarády mi moc nepomáhá, protože to stejně nechápou.“

## **2 Dotazník ztráty těhotenství**

### **2.1 Konstrukce Dotazníku ztráty těhotenství a cíle výzkumu**

V současné době nemáme k dispozici spolehlivý nástroj, který by zjišťoval symptomy PAS a měřil tak tento syndrom. Z dostupné literatury i teoretické části této práce vyplývá, že problém PAS není zcela dobře vytyčen a je tedy potřeba jeho teoretickou základnu upřesnit a popřípadě obohatit. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli vytvořit dotazník, který jsme nazvali Dotazník ztráty těhotenství. Tento dotazník využijeme k rozšíření znalostí o symptomech, které ženy hlásí po spontánním potratu či interrupci. Skutečnost, že nevíme, do jaké míry vnímají ženy změny ve svém životě po ztrátě těhotenství, a zda převažují změny pozitivní či negativní, jsme museli zohlednit při tvorbě tohoto dotazníku.

Dotazník ztráty těhotenství byl vytvořen na základě nejčastějších témat, která jsme vytyčili na základě obsahové analýzy databáze Linky pomoci. Jelikož se veškeré zachycené následky po ztrátě těhotenství shodují se symptomy PAS, které byly popsány dosavadní literaturou, budeme nadále o těchto potížích mluvit jako o symptomech PAS. Dotazník je konstruován tak, aby zachytil změny u žen po ztrátě těhotenství na úrovni chování, prožívání a úrovni fyziologické. Tematické okruhy získané v rámci obsahové analýzy tak sloužily jako základ pro vytvoření první verze dotazníku. Tyto položky byly následně vyhodnoceny.

Dotazník obsahuje 30 hlavních položek, které zachycují tyto změny. Respondentky mají zaznamenat na 7 bodové škále (-3 až 3), zda u nich došlo v důsledku ztráty těhotenství k určitým změnám. Pokud žádnou změnu nezpozorovaly, měly označit položku číslem 0. V dotazníku se jedná o položky 36–65.

Příklad položek:

36.	S partnerem se více hádáme	-3	-2	-1	0	1	2	3	S partnerem se méně hádáme
54.	Jsem více unavená	-3	-2	-1	0	1	2	3	Mám více energie
65.	Toužím po dítěti	-3	-2	-1	0	1	2	3	Nechci další dítě

Dotazník ztráty těhotenství byl doplněn o některé otázky, které mohou pomoci doplnit teoretickou základnu PAS. Například zjišťuje jednotlivé emoce, které ženy po ztrátě těhotenství subjektivně vnímají. Do dotazníku bylo zařazeno 12 negativních emocí, které ženy nejčastěji zmiňovaly. Jednalo se o položky 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 26, 27. Ačkoliv pozitivní emoce ženy ve zprávách neuváděly, rozhodli jsme se je do dotazníku zařadit, abychom lépe zmapovali emocionální úroveň žen po potratu. Byly zařazeny: 11. - *naděje*, 16. - *úleva*, 18. - *radost*, 20 - *spokojenost*, 22. - *vnitřní klid*, 24. - *vnitřní síla* a 28. - *svoboda*.

Také se pomocí dotazníku snažíme upřesnit, kdy se ženy cítí hůře a co tedy může být tzv. spouštěčem PAS. Jednalo se o tyto položky:

*Prosím vyberte políčko dle Vaší míry souhlasu či nesouhlasu s jednotlivými výroky, přičemž 1= zcela souhlasím, 2= spíše souhlasím, 3= spíše nesouhlasím, 4= zcela nesouhlasím, 5= nevím*

**Obvykle se cítím hůře:**

Když jsem v nemocničním prostředí	1	2	3	4	5
-----------------------------------	---	---	---	---	---

Kolem dne výročí ztráty těhotenství	1	2	3	4	5
Když jsou kolem mě těhotné ženy	1	2	3	4	5
Když jsou kolem mě děti	1	2	3	4	5
Když se někdo baví o potratu	1	2	3	4	5
Když jsou v televizi informace o vývoji plodu	1	2	3	4	5

Dotazník obsahuje doplňující, především sociodemografické a anamnestické otázky (věk, rodinný stav, typ ztráty těhotenství, doba od ztráty těhotenství, děti, zaměstnání, vnímaná role náboženského přesvědčení).

**1. Uved'te prosím Váš věk**

\_\_\_\_\_

**2. Uved'te prosím Váš rodinný stav**

Vdaná

Svobodná

Vdova

Rozvedená

**3. Prosím zaškrtněte, jaké jste prožila ztráty těhotenství**

Samovolný potrat	Umělé přerušení těhotenství	Narození mrtvého dítěte	Adopce	Jiné
------------------	--------------------------------	----------------------------	--------	------

**4. Prosím zaškrtněte, jakou ztrátu těhotenství hodnotíte jako nejvíce stresující**

Samovolný	Umělé přerušení těhotenství	Narození mrtvého dítěte	Adopce	Žádnou
-----------	--------------------------------	----------------------------	--------	--------

**5. Jak dlouho to je od doby, kdy jste prožila tuto ztrátu těhotenství?**

< 1 měsíc	1-6 měsíců	7-12 měsíců	13 měsíců >
-----------	------------	-------------	-------------

**6. Měla jste v té době již vlastní děti?**

Ano

Ne

**7. Jste v současné době zaměstnaná?**

Zaměstnaná na plný úvazek	Zaměstnaná na částečný úvazek	Na rodičovské dovolené	Nezaměstnaná	Jiné
------------------------------	----------------------------------	---------------------------	--------------	------

**8. Jakou roli hraje ve Vašem životě Vaše náboženské přesvědčení?**

Velmi důležitou      Důležitou      Spíše  
bezvýznamnou      Bezvýznamnou      Žádnou

Ženy, které podstoupily interrupci, vyplňovaly ještě 3 otázky, které se týkaly jejich důvodu k UPT, vnímané jistoty či naopak morálního nebo náboženského rozporu svého rozhodnutí.

**66. Prosím uveďte hlavní důvod, proč jste podstoupila umělé přerušování těhotenství**

Dítě jsem nechtěla

Finanční důvody

Mé zdravotní důvody

Nátlak partnera či blízké osoby

Dítě by se narodilo postižené

Jiné

**67. Vnímáte umělé přerušování těhotenství jako nemorální či v rozporu s Vaším přesvědčením?**

Určitě ano      Spíše ano      Spíše ne      Určitě ne      Nevím

**68. Byla jste v té době nejistá svým rozhodnutím jít na umělé přerušení těhotenství?**

Určitě ano                      Spíše ano      Spíše ne                      Určitě ne                      Nevím

V neposlední řadě byly do dotazníku zařazeny 2 obecnější položky, které by mohly sloužit jako validizační kritérium.

**9. Jak byste popsala svůj současný život?**

Velmi šťastný                      Šťastný                      Nevím                      Nešťastný                      Velmi nešťastný

*Prosím vyberte políčko dle Vaší míry souhlasu či nesouhlasu s jednotlivými výroky, přičemž 1= zcela souhlasím, 2= spíše souhlasím, 3= spíše nesouhlasím, 4= zcela nesouhlasím, 5= nevím*

**29. Kvůli ztrátě těhotenství**

se mnoho věcí v mém

životě změnilo                      1                      2                      3                      4                      5

**2.2 Sběr dat**

Sběr dat probíhal online formou. Data byla sbírána od začátku listopadu 2017 do konce března 2018. Nejprve byl proveden pilotní výzkum, kdy byl dotazník distribuován 12 ženám, které mají v anamnéze buď samovolný potrat nebo UPT. Tyto ženy nejenom vyplnily

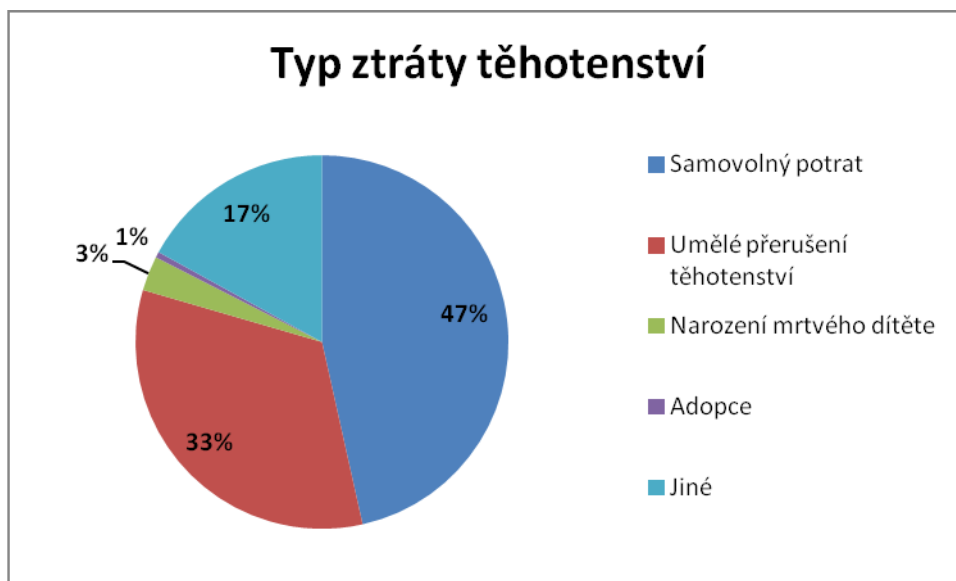
dotazník, ale také byly požádány o zpětnou vazbu k jednotlivým položkám. Byla zjišťována srozumitelnost, jednoznačnost a obsahová přiléhavost jednotlivých položek.

Na základě této zpětné vazby byly 4 položky dotazníku upraveny. Jedna respondentka negativně reagovala právě na název tohoto dotazníku. Svoji ztrátu totiž nevnímá jako ztrátu těhotenství, nýbrž jako ztrátu dítěte. Ačkoliv si uvědomuje, že mnoho žen vnímá již embryo jako dítě, fakticky se jedná o ztrátu těhotenství. Pokud bychom použili termín ztráta dítěte, dotazník by mohl vyvolávat dojem, že například interrupcí ženy zabily své dítě, a dotazník by mohl získat odlišnou konotaci, než bylo naším záměrem. Například ale Ratislavová (2016) v případě perinatální ztráty doporučuje používat termín ztráta dítěte, jelikož termín dítě lépe vyjadřuje vztah, který rodina k nenarozenému dítěti cítí. V jiných částí práce ale pojem plod slovem dítě často nahrazujeme.

Poté jsme provedli samotné dotazníkové šetření, kdy byl dotazník umístěn na diskusní fóra [www.emimino.cz](http://www.emimino.cz) a [www.modrykonik.cz](http://www.modrykonik.cz), kde ženy probírají nejrůznější témata ohledně dětí a domácnosti, mj. několik diskuzí je věnováno právě ztrátám těhotenství. Dále byl dotazník umístěn na stránky [www.popotratu.cz](http://www.popotratu.cz), které navštěvují zejména ženy, které prodělaly ztrátu těhotenství či se například rozhodují, zda jít na interrupci. Jednalo se o metodu samovýběru, kdy byly o vyplnění dotazníku Ztráty těhotenství požádány ženy, které mají osobní zkušenost s umělým přerušением těhotenstvím, spontánním potratem, zamlklým těhotenstvím či jinou ztrátou těhotenství.

## **1.2 Výběrový soubor**

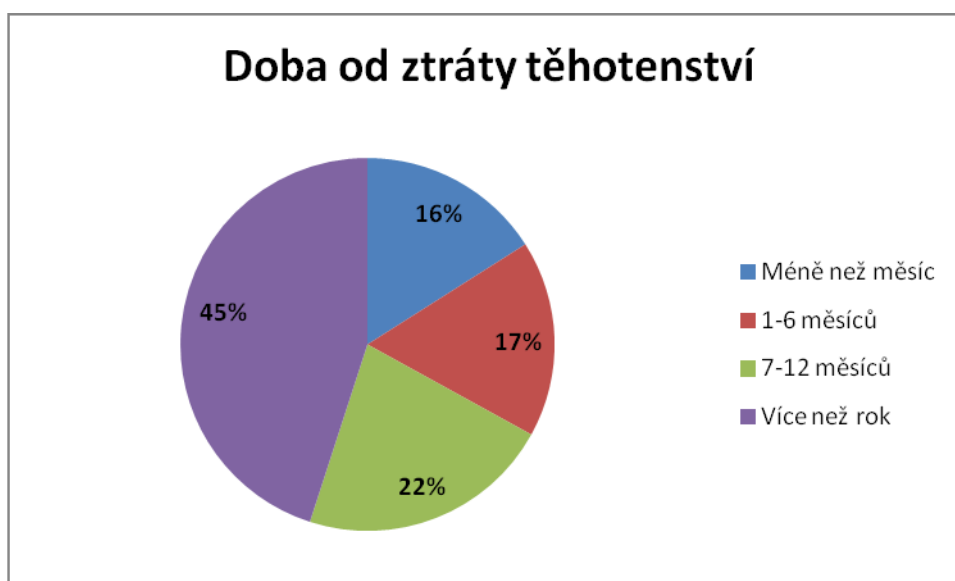
Výběrový soubor tvoří 129 žen. Jejich udávaný věk se pohybuje od 21 do 48 let, s tím, že průměrný věk je 31,4 let. 79 žen (61,2 %) jsou vdané, 42 (32,6 %) svobodné a 8 (6,2 %) rozvedené. 56 (43,4 %) z nich již v době ztráty těhotenství mělo vlastní děti, 73 žen (56,6 %) nikoliv. 49 (38 %) žen je zaměstnáno na plný úvazek, 16 (12,4%) žen je v současné době zaměstnáno na částečný úvazek, 48 (37,2 %) žen je na rodičovské dovolené, 3 (2,3 %) jsou nezaměstnané. Ostatní ženy označily odpověď „jiné“. Zajímala nás také role náboženského přesvědčení v životě žen, přičemž víra je nějakým způsobem důležitá pro 38 (29,5 %) žen, zatímco pro 91 (70,5 %) žen náboženské přesvědčení hraje spíše bezvýznamnou či žádnou roli.



Graf 5- Typy ztráty těhotenství

Ženy v dotazníku uváděly, jaký typ ztráty těhotenství prožily. Měly možnost zaškrtnout více možností. 60 žen (46,5 %) má osobní zkušenost se spontánním potratem, 43 (33,3 %) podstoupilo umělé přerušeni těhotenství, 4 (3,1 %) ženám se narodilo mrtvé dítě a 1 žena ztratila své dítě formou adopce po jeho narození. 21 žen uvedlo odpověď „jiné“. Zde ženy zmiňovaly mimoděložní těhotenství a zamlklé těhotenství. Jelikož se jednalo o poměrně velké procento žen (17,1 %), domníváme se, že by bylo zapotřebí tyto kategorie zahrnout do dotazníku zvlášť. V další otázce ženy zaznamenávaly, jakou ztrátu těhotenství považují za nejvíce stresující. Toto se ukázalo jako problematická položka, jelikož 90 žen uvedlo, že za nejvíce stresující ztrátu těhotenství považují narození mrtvého dítěte. To značí, že otázka nebyla správně pochopena a bude ji tedy potřeba přeformulovat.





Graf 6 - Doba od ztráty těhotenství

Výsledky dosavadních studií naznačují, že délka doby od ztráty těhotenství má vliv na vnímání obtíží po potratu. Proto ženy tento údaj v dotazníku zaznamenávaly. 21 (16,3 %) žen v době vyplňování dotazníku bylo méně než 1 měsíc od ztráty těhotenství, u 22 (17,1 %) proběhlo 1–6 měsíců od potratu, u 28 (21,7 %) 7–12 měsíců. Nejčetnější skupinu (58, tj. 45 %) tvořily ženy, které prožily ztrátu těhotenství více než před rokem.

### 1.3 Statistická analýza

Popisné statistické údaje o souboru představují především počet žen v určité kategorii a jejich četnost v procentech. Pro lepší přehlednost byla tato procenta zaokrouhlována na jedno desetinné místo. U kvantitativních proměnných je poté zaznamenán především aritmetický průměr a směrodatná odchylka. Celkové výsledky v dotazníku Ztráty těhotenství jsou vypočteny jako celkový součet skóre 29 položek (1 byla analýzou vyřazena), které zachycují změny v chování, prožívání a somatickém stavu. Minimální dosažitelný skóre je 29, maximální 203.

Za účelem analýzy dimenzionality a obsahových vlastností škál dotazníku Ztráty těhotenství byla provedena explorační faktorová analýza (s rotací varimax), díky níž jsme vyloučili nevhodné proměnné, a která nám zároveň pomohla rozdělit jednotlivé položky do škál. Výsledné položky byly rozděleny do 5 faktorů, jejichž vlastní číslo bylo vyšší než 1. Pro

analýzu jednotlivých škál byly vypočteny popisné statistiky a Cronbachův koeficient vnitřní konzistence  $\alpha$ . Byla také vyhodnocena interkorelace jednotlivých položek, jejich souvislost s kritériální položkou a celkovým HS dotazníku. Všechny analýzy byly prováděny v programu SPSS, většina tabulek a grafů následně tvořena v Excelu.

## 2.5 Výsledky

### 2.5.1 Deskriptivní statistika

Podívali jsme se na to, jak ženy vnímají svůj současný život po ztrátě těhotenství.



Graf 7 - Mnoho věcí se v mém životě změnilo

Dotazník zjišťoval subjektivní vnímání změn v životě po ztrátě těhotenství. Ženám byly položeny i obecnější otázky, zda si myslí, že se v jejich životě změnilo mnoho věcí a jak vnímají svůj současný život. Většina žen hodnotí svůj život pozitivně, 25 žen (19,4 %) považuje svůj současný život za velmi šťastný a 66 (51 %) za šťastný. Oproti tomu 14 žen (10,9 %) hodnotí svůj život jako nešťastný nebo velmi nešťastný. 24 žen (18,6 %) vybralo odpověď „nevím“. Jelikož tato otázka byla položena velmi obecně a výsledné odpovědi nám ženy příliš nediferencují, rozhodli jsme se ji nepoužít jako validizační kritérium dotazníku.

Většina žen ovšem vnímá, že po ztrátě těhotenství se výrazněji změnil jejich život. 76 (58,9 %) uvedlo, že souhlasí s výrokem, že se od ztráty těhotenství v jejich životě mnoho věcí

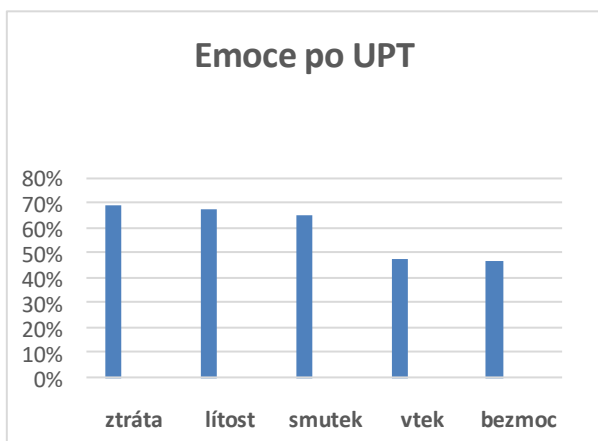
změnilo. 41 (31,8 %) žen s tímto výrokiem nesouhlasí a 12 (9,3 %) žen označilo odpověď „nevím“.

### **Emocionální úroveň**

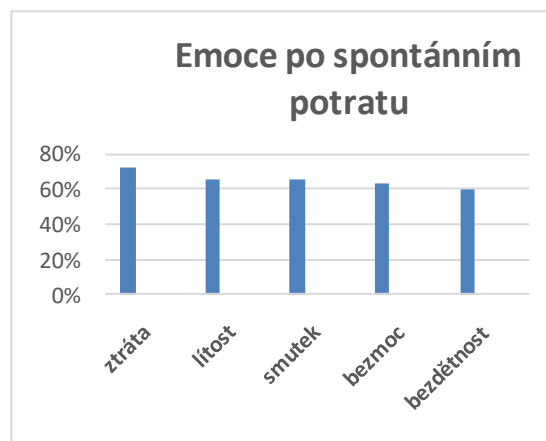
V dotazníku bylo sledováno, jak ženy vnímají změnu jednotlivých emocí po ztrátě těhotenství. Nejčastěji ženy vnímaly pocit ztráty, který uvedlo 71,3 % žen. Jako další velmi časté emoce, které označila nadpoloviční většina žen, byly uvedeny lítost (66,7 %), smutek (66 %), strach že nebudou mít děti (58,1 %), bezmoc (56,6 %). O něco méně ženy po ztrátě těhotenství cítí více prázdnoty (48,1 %), bolesti (47,3 %), úzkosti (45,7 %), vzteku (42,6 %), viny (41,1 %), osamění (34,1 %), a v neposlední řadě strach z lékařů (21,7 %), kde ženy nejčastěji uváděly odpověď beze změny.

Naopak z pozitivních emocí došlo u nejvíce případů k poklesu vnitřního klidu (51,1 %), radosti (48,1 %), spokojenosti (47,3 %), naděje (42,6 %), a vnitřní síly (38 %). Jako beze změny ženy nejvíce vnímaly pocit úlevy (55 %) a pocit svobody (63,6 %). Ani u jedné z negativních emocí nebyl u většiny žen zjištěn pokles a u emocí pozitivních naopak nárůst jednotlivých emocí. Subjektivně vnímaný pocit úlevy se nenavýšil ani v případě, kdy ženy podstoupily UPT. Zatímco u 21 % žen došlo po UPT ke zvýšení pocitu úlevy, u 44 % se tento pocit ještě snížil.

Dále jsme se podívali, zda se jednotlivé emoce liší u žen, které mají zkušenost se samovolným potratem a u žen po UPT. U žen po interrupci se nejčastěji objevovaly pocity ztráty (69,8 %), lítosti (67,9 %), smutku (66 %), vzteku (47,7 %) a bezmoci (47,2 %). U samovolného potratu dominují pocity ztráty (72,4 %), lítosti (65,8 %), smutku (65,8 %) bezmoci (63,2 %) a strachu, že nebudou moci mít děti (59,5%). Prožívané negativní emoce u spontánního potratu a UPT se tedy příliš nelišily. Je zajímavé, že pocity viny se objevovaly častěji u žen po spontánním potratu (50 %) než u žen, které mají zkušenost s interrupcí (28,3 %).



Graf 8 - Emoce po UPT



Graf 9 - Emoce po spontánním potratu

## Projevení symptomů PAS

58,9 % žen vnímá, že se kvůli potratu v jejich životě mnoho věcí změnilo. Zajímalo nás, co může být spouštěčem PAS. Zjistili jsme, že jako nejhorší vnímají ženy symptomy kolem doby výročí ztráty dítěte (57,4 %), když jsou kolem nich těhotné ženy (55,8 %) či když se někdo kolem nich baví o potratu (52,7 %). Zatímco kontakt žen s nemocničním prostředím (31,8 %), dětmi (30,5 %) či informacemi o vývoji plodu (42,6 %) nemá dle většiny dotazovaných žen vliv na zhoršení symptomů PAS.

### 2.5.2 Škály dotazníku Ztráty těhotenství

Dále jsme se blíže podívali na jednotlivé proměnné a vztahy mezi nimi. Provedli jsme faktorovou analýzu se všemi proměnnými. Byla použita metoda hlavních komponent s následnou rotací Varimax. Extrahovali jsme 7 faktorů s vlastním číslem vyšším než 1, přičemž prvních pět nejsilnějších faktorů vysvětlovalo přibližně 68 % variability dotazníku. Na základě analýzy jsme se rozhodli vyřadit položku *Nezvládnání povinností*, která sytila všechny faktory a hodnotili jsme ji jako nadbytečnou.

Faktory	Vlastní číslo	Procento variability	Kumulativní procento
1	10,82	36,066	36,066
2	2,981	9,936	46,002
3	1,819	6,064	52,006
4	1,79	5,966	58,033
5	1,345	4,485	62,517

Tabulka 2 - Faktorové složení variability dotazníku

### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,838
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2376,518
	df	406
	Sig.	,000

Tabulka 3 KMO and Bartlett's Test

Z tabulky č. 3 je vidět, že hodnota KMO je větší než 0,8, což značí, že jsou proměnné vhodné pro faktorovou analýzu, a to samé potvrdila i hodnota signifikance Bartlettova testu.

### Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component				
	1	2	3	4	5
Stav úzkosti	,712				
Pláč	,712				
Vyhýbavé chování	,703				
Sebedůvěra	,700				
Ztráta smyslu života	,663				

Přetvařování	,639			
Čas s blízkými	,617			
Depresivní nálada	,614		,421	
Nutkové myšlenky	,530		,409	
Užívání léků	,486			
Poruchy spánku	,570	,413		
Myšlení na dítě	,449			
Únava		,740		
Třes		,718		
Pocit na omdlení		,708	-,407	
Bolest hlavy		,692		
Ztuhlost těla		,647		
Zhoršená paměť		,602		
Podrážděnost			,662	
Hádky s partnerem			,596	
Psychická labilita	,409		,592	
Gastrointestinální problémy			,587	
Sex. apetit			,581	
Sex. aktivita			,577	
Násilí				,792
Sebedestruktivní chování				,760
Sebevražedné chování				,694
Snaha otěhotnět				,822
Spokojenost s dětmi				,658

Tabulka 4 - Faktorová analýza (Varimax)

Mezi prvních pět faktorů patřily:

### Faktor číslo 1 = PRIMÁRNÍ PAS

Do tohoto nejsilnějšího faktoru bylo zařazeno 12 položek (pláč, vyhubavé chování, přetvařování, užívání léků, nutkavé myšlenky, úzkost, snížená sebedůvěra, depresivní nálada, myšlení na nenarozené dítě, ztráta smyslu života, trávení času o samotě, zhoršený spánek).

	Zlepšení symptomu	Beze změny	Zhoršení	Průměr	SD	Alfa
Trávím méně času se svými blízkými	22,8 %	52,7 %	24,5 %	4,1457	1,53251	<b>,909</b>
Častěji brečím	5,4 %	45,7 %	48,9 %	4,8372	1,28568	<b>,890</b>
Trávím více času o samotě	9,3 %	46,5 %	44,2 %	4,7364	1,42258	<b>,891</b>
Musím se před ostatními více přetvařovat	9,3 %	52,7 %	38 %	4,6589	1,39472	<b>,894</b>
Hůře spím	2,3 %	62 %	35,7 %	4,7364	1,18927	<b>,896</b>
Musím užívat více léků	7,08 %	75,2 %	17 %	4,1318	1,03365	<b>,899</b>
Častěji mám nutkavé myšlenky, které nemohu dostat z hlavy	9,3 %	43,4 %	47,3 %	4,7209	1,24359	<b>,895</b>
Častěji cítím úzkost	4,7 %	47,3 %	48 %	4,8140	1,14406	<b>,889</b>
Méně si vážím sama sebe	27,9 %	40,3 %	31,8 %	4,2016	1,61719	<b>,891</b>
Častěji upadám do depresivní nálady	5,4 %	45,7 %	48,9 %	4,7984	1,18835	<b>,888</b>
Ztrácím smysl života	17,1 %	48,8 %	34,1 %	4,3411	1,24685	<b>,906</b>
Jsem posedlá myšlenkami, jak dítě teď mohlo vypadat	22,5 %	10,9 %	66,6 %	4,6047	1,52796	<b>,892</b>

Tabulka 5 - Primární PAS

**Faktor číslo 2 = SOMATICKÉ OBTÍŽE (ÚTLUM)**

Do tohoto faktoru bylo zařazeno 6 položek (únava, třes, pocit na omdlení, bolesti hlavy, ztuhlost těla, zhoršená paměť).

	Zlepšení symptomu	Beze změny	Zhoršení	Průměr	SD	Alfa
Častěji se mi třese celé tělo	6,2 %	66,7 %	27,1 %	4,3643	,99952	<b>,776</b>
Mám častější bolesti hlavy	5,4 %	64,3 %	30,3 %	4,4419	,97554	<b>,795</b>
Jsem více unavená	10,9 %	41,1 %	48 %	4,7674	1,40040	<b>,782</b>
Celé tělo mám ztuhlejší	4,7 %	62 %	33,3 %	4,5581	1,08186	<b>,783</b>
Více zapomínám	4,7 %	71,3 %	24 %	4,3643	,98376	<b>,814</b>
Mívám častěji pocit na omdlení	10,1 %	71,3 %	18,6 %	4,0078	1,09328	<b>,812</b>

Tabulka 6 - Somatické potíže

**Faktor číslo 3 = PSYCHICKÁ LABILITA A PROBLÉMY V PARTNERSKÝCH VZTAZÍCH**

Do tohoto faktoru bylo zařazeno 6 položek (hádky s partnerem, snížená sexuální aktivita, snížený sexuální apetit, podrážděnost, gastrointestinální problémy, psychická labilita).

	Zlepšení symptomu	Beze změny	Zhoršení	Průměr	SD	Alfa
S partnerem se více hádáme	23,3 %	56,60 %	20,1 %	4,0078	1,48690	<b>,839</b>
Více se vyhýbám sexuální aktivitám	11,6 %	58,10 %	30,3 %	4,3953	1,30155	<b>,817</b>
Častěji reaguji podrážděně	9,3 %	41,9 %	48,8 %	4,6822	1,24364	<b>,825</b>
Nemůžu jíst nebo se záchvatovitě přejídám	9,3 %	60,5 %	30,2 %	4,3798	1,21317	<b>,819</b>



Snížil se mi sexuální apetit	7 %	58,9 %	34,1 %	4,5659	1,20445	<b>,810</b>
Během dne u mě častěji dochází ke změně nálady	7 %	46,5 %	46,5 %	4,7209	1,22460	<b>,805</b>

Tabulka 7 - Psychická labilita a problémy v partnerských vztazích

#### Faktor číslo 4 = AGRESIVITA A AUTOAGRESIVITA

Do tohoto faktoru byly zařazeny 3 položky (sebedestruktivní chování, násilí, sebevražedné chování).

	Zlepšení symptomu	Beze změny	Zhoršení	Průměr	SD	Alfa
Své problémy častěji řeším pomocí alkoholu či jiných drog	34,1 %	51,9 %	14 %	3,3566	1,63840	<b>,652</b>
Ve vzteku se častěji uchyluji k násilí	21,7 %	69,8 %	8,5 %	3,5349	1,28724	<b>,612</b>
Častěji přemýšlím nad sebevraždou	22,5 %	59,7 %	17,8 %	3,6744	1,52665	<b>,703</b>

Tabulka 8 - Agresivita a autoagresivita

#### Faktor číslo 5 = TOUHA PO DÍTĚTI

Do tohoto faktoru byly zařazeny 2 položky (snaha otěhotnět, spokojenost s dětmi).

	Zlepšení symptomu	Beze změny	Zhoršení	Průměr	SD	Alfa
Více toužím po dítěti	24 %	25,6 %	50,4 %	4,4651	1,82879	,622
S partnerem více usilujeme o další dítě	24 %	39,5 %	36,5 %	4,2868	2,01632	,603

Tabulka 9 - Touha po dítěti

Jako nejčastější symptomy se ukázaly být myšlenky na nenarozené dítě, touha po dítěti, pláč, podrážděnost, depresivní nálada, psychická labilita, úzkost a únava. Naopak všechny položky škály Agresivity a autoagresivity (tj. sebedestruktivní chování, násilí, sebevražedné chování) byly málo frekventované, dokonce respondentky vnímají, že došlo od ztráty těhotenství k pozitivní změně těchto symptomů.

### Reliabilita

Dále jsme zjišťovali vnitřní konzistenci dotazníku Ztráty těhotenství a jeho jednotlivých škál.

Škála	N	Průměr HS	SD	Průměr položky	Alfa
PP	129	54,5271	11,10326	4,544	,903
SP	129	26,5039	4,79929	4,417	,823
PL	129	26,7519	5,7744	4,459	,845
AG	29	10,5659	3,62897	3,522	,740
TP	129	13,6512	4,1015	4,376	,643

**Tabulka 10 – vnitřní konzistence dotazníku** (PP = škála Primární PAS, SP = škála Somatické potíže, PL = škála Psychická labilita a problémy v partnerských vztazích, AG = škála Agresivita a autoagresivita, TP = škála Touha po dítěti)

Vnitřní konzistence jednotlivých škál měřená Cronbachovým koeficientem alfa se pohybuje v rozmezí 0,64 až 0,9 (tabulka 9). Hodnoty koeficientů vnitřní konzistence vypovídají o stabilní struktuře dotazníku. Konkrétní hodnoty Cronbachovo alfa jednotlivých položek jsou vypsány v tabulkách č. 4–7.

### Validita

Validita dotazníku Ztráty těhotenství byla posouzena experty (osobami, které pracují s ženami s PAS na Lince pomoci) a v pilotní fázi vývoje dotazníku se k ní měly možnost vyjádřit ženy, které mají osobní zkušenost se ztrátou těhotenství. Za účelem vyhodnocení souběžné validity nástroje byly zjišťovány korelace jednotlivých škál a hrubého skóru dotazníku s následujícím kritériem, tj. výrokem: *Kvůli ztrátě těhotenství se mnoho věcí v mém*

životě změnilo. Domníváme se, že pro další testování validity by měl být dotazník doplněn o další kritériální položky.

	PP	SP	PL	AG	TP	DZT	KI
PP		<b>0,591</b>	<b>0,682</b>	<b>0,381</b>	<b>0,303</b>	<b>0,941</b>	<b>0,287</b>
SP			<b>0,385</b>	0,143	<b>0,304</b>	<b>0,693</b>	<b>0,303</b>
PL				<b>0,511</b>	<b>0,28</b>	<b>0,792</b>	<b>0,32</b>
AG					0,185	<b>0,539</b>	0,044
TP						<b>0,366</b>	<b>0,308</b>
DZT							<b>0,268</b>

**Tabulka 11 - korelace** Zvýrazněné korelace jsou signifikantní na hladině významnosti 0,05. (PP = škála Primární PAS, SP = škála Somatické potíže, PL = škála Psychická labilita a problémy v partnerských vztazích, AG = škála Agresivita a autoagresivita, TP = škála Touha po dítěti, DZT = hrubý skór dotazníku Ztráty těhotenství, KI = vnímaná změna po potratu)

Interkorelace škál, jejich korelace s celkovým skórem dotazníku a korelace jednotlivých škál a hrubého skóru dotazníku s empirickým kritériem jsou uvedeny v tabulce č. 11. Zvýrazněné korelace jsou signifikantní na hladině významnosti 0,05. Pro určení síly závislosti mezi jednotlivými proměnnými byl použit Pearsonův korelační koeficient. Jako problematická se opět ukazuje škála Agresivity a autoagresivity, která nekoreluje se škálami Touha po dítěti a Psychická labilita, ani s našim empirickým kritériem. Na základě nízkého korelačního koeficientu i malé frekvence těchto symptomů jsme se rozhodli tuto škálu z dotazníku vyřadit.

### 2.5.3 Analýza faktorů vzniku PAS

V dotazníku Ztráty těhotenství je možné dosáhnout HS maximálně 203. Čím vyšší HS, tím se u žen více objevují symptomy PAS. To znamená, že tyto ženy ve vyšší míře vnímají negativní změny ve svém životě po ztrátě těhotenství. Výsledky analýzy faktorů souvisejících s vyšším výskytem symptomů PAS poukázaly na to, že ženy, které spontánně potratily, dosahují v dotazníku průměrně skóru o 14 vyššího než ženy po UPT. Také jsme v dotazníku zjišťovali, jak dlouhá doba uplynula od ztráty těhotenství. Ukázalo se, že ženy, které zažily ztrátu těhotenství méně než před měsícem, dosahují průměrně o 12 vyššího skóru než ostatní ženy. V dalších skupinách se průměrný HS lišil pouze o 1. Také jsme se podívali na to, zda může hrát nějakou roli to, zda měla žena děti v době ztráty těhotenství či nikoliv. Výsledky

nám ovšem významný rozdíl v HS těchto žen neukázaly (průměrný HS se lišil asi o 2). Naše data také neukázala žádnou souvislost mezi věkem respondentek a HS Dotazníku ztráty těhotenství. Nicméně v našem dotazníku byl zjišťován pouze současný věk žen a chyběla otázka, v jakém věku tyto ženy ztrátu těhotenství zažily. Proto bychom ji pro další využití dotazníku doporučovali doplnit.

Na poslední 3 položky v dotazníku odpovídaly pouze ženy, které prodělaly UPT. Žen po interrupci jsme se zeptali, jaký byl hlavní důvod k podstoupení UPT. Nejvyššího průměrného HS pak dosahovaly ženy, které podstoupily interrupci pod nátlakem partnera či blízké osoby (oproti ostatním skupinám asi o 28). Jako druhý nejsilnější faktor se ukázalo, když ženy byly donuceny k potratu z finančních důvodů. Naopak nejnižšího průměrného HS dosáhly ženy, které podstoupily interrupci ze zdravotních důvodů.

Jako rizikový faktor se také ukázala vnímaná jistota svého rozhodnutí podstoupit UPT. Ženy, které vnímaly, že jsou si jisté (nebo spíše jisté svým rozhodnutím), dosahovaly průměrného HS asi o 19 méně než ženy, které si jisté svým rozhodnutím nebyly. Poslední položka dotazníku se týkala skutečnosti, zda ženy vnímají UPT jako nemorální či v rozporu s jejich náboženským přesvědčením. Zjistili jsme, že ty ženy, které vnímají tento rozpor, v dotazníku skórují více (průměrně o 18 bodů) než ženy, které tento rozpor nevnímají.

### **3 Diskuze**

Cílem následujících odstavců je kriticky zhodnotit empirickou část práce jak z hlediska výběrového souboru, tak z hlediska zvolené metody a dosažených výsledků, které budou porovnány s dosavadní literaturou. Pro lepší přehlednost je diskuze strukturována do 2 částí, které kopírují strukturu části empirické.

#### **3.1 Analýza dotazů v poradně**

Můžeme říci, že výsledky kvalitativní části práce naplnily předem stanovený cíl, a to zmapovat prožívání žen po potratu a vytyčit tak hlavní symptomy PAS. K obsahové analýze byla využita databáze Linky pomoci, na kterou se mj. obracejí ženy, které trpí určitými obtížemi po spontánním potratu či interrupci. Díky této databázi se nám podařilo analyzovat zprávy od 241 žen, což je pravděpodobně významně vyšší číslo, než kterého by se nám podařilo dosáhnout jinou metodou sběru dat (např. rozhovory). Je třeba zmínit, že tento výběrový soubor nemůžeme považovat za reprezentativní. Předpokládáme totiž, že se na Linku pomoci obrací specifická skupina žen, ať již po stránce vzdělanosti (využívají internet, jsou schopné napsat o svých obtížích), motivace k tomu, aby se obrátily o pomoc na Linku pomoci, a mnoho dalších. Nejedná se tedy o obecnou populaci, nýbrž o ženy, které mají po ztrátě těhotenství takové problémy, že hledají odbornou pomoc. V našem výběrovém souboru převažovaly ženy, které měly zkušenost s interrupcí. Tato skutečnost poté mohla ovlivnit i samotné výsledky. Na druhou stranu výhodou našeho výběrového souboru je jeho poměrně velká rozmanitost, a to z hlediska věku respondentek, počtu dětí, místa bydliště, religiozity a především doby, která uplynula od ztráty těhotenství. Na Linku pomoci se obrátily jak ženy, které potratily např. před 30 lety, tak ženy, pro které byla ztráta těhotenství čerstvou zkušeností. Ukázalo se, že potíže mohou skutečně nabývat dlouhodobého charakteru. To je v rozporu například s tvrzením Weiss (2010), podle kterého jsou obtíže po potratu přechodného charakteru. Naše zjištění může být odlišné i díky tomu, že zatímco Weiss sledoval ženy po interrupci, v našem výběrovém souboru byly i ženy po spontánním potratu.

Jako metoda pro analýzu dat byla použita obsahová analýza. Výhodou obsahové analýzy je její nezávislost na čase, prostoru, i sledovaných jedincích. Díky tomu mohla být

sledována data z delšího časového úseku (v našem případě 5- ti let). Na druhou stranu je tato metoda časově náročná a pracná. Další její nevýhodou je, že nám zůstávají skryté motivy jedinců, nemůžeme se na fakta doptat či ověřit si význam jednotlivých výroků (Beck & Manuel, 2008).

Pomocí obsahové analýzy jsme tedy vytyčili negativní změny v životě žen po potratu na různých úrovních a zaznamenali jejich četnost. Pomocí analýzy jsme zjistili, že se změny objevují na úrovni behaviorální, fyziologické, emocionální, celkového psychického stavu a úrovni vztahové. Analýza zpráv totiž ukázala, jak se jednotlivé symptomy promítají do partnerských a dalších vztahů a vedou k jejich kvalitativním změnám.

Uvědomujeme si, že četnost jednotlivých symptomů přesně neodráží vážnost či četnost jednotlivých problémů v životě žen po ztrátě těhotenství. Ženy zmiňovaly pouze takové symptomy, které jsou schopny samy reflektovat nebo je pro ně například snaží je písemně vyjádřit. Obecně ženy popisovaly ve vyšší míře své emoce a celkový psychický stav, než například fyzické projevy, které mohou jejich zhoršený psychický stav doprovázet.

Zařazení do jednotlivých kategorií je do jisté míry subjektivní a závislé na rozhodnutí výzkumníka. Díky tomu může dojít ke zkreslení výsledků. Přesto se domníváme, že toto rozdělení bylo užitečné obzvláště pro přehlednost zjištěných symptomů. Naším cílem bylo vytyčit hlavní témata, tj. potíže, které ženy po ztrátě těhotenství vnímají a zobrazené četnosti slouží spíše pro naši představu. Proto byla do dotazníku zařazena naprostá většina vytyčených symptomů.

Ženy obecně hodnotily svůj psychický stav jako velmi špatný a omezující v každodenním životě. Jako nejčastěji prožívané emoce se objevily pocity viny, smutku, bolesti a lítosti. Námi zjištěné symptomy se velmi shodují s těmi, které byly vytyčeny odborníky, které se oblasti PAS věnují (Freedová et al., 2008; Speckhard, 1992; Coleman, et al., 2009.). Ženy popisovaly opakující se flashbaky, které souvisejí s potratem, jen ojediněle, a to především prostřednictvím snů. Také žádná žena nezmínila krátkou psychotickou příhodu, či narušení kontaktu s realitou ačkoliv podle Freedové et al. (2008) flashbaky patří k jednomu ze symptomů PAS. Také ženy přímo nepopisovaly duševní poruchy, ačkoliv podle některých studií potvrzují silnou souvislost mezi potraty a duševními poruchami (Mota, Sareen, Burnett, 2010). Také jsme nezaznamenali některé specifické symptomy PAS, které vytyčili Freedová et al. (2008) jako je neschopnost vytvořit si pouto k vlastním dětem či přílišná péče o vlastní děti. Domníváme se, že tato skutečnost nemusí znamenat, že se tyto symptomy u žen nevyskytují, ale například se o nich nezmínily či je nedokázaly reflektovat. Na druhou stranu jsme nenašly žádné výzkumy, které by tyto symptomy zachycovaly.

Zmiňované pocity viny se netýkaly pouze výčitek svědomí, ale vina byla adresována i partnerovi, lékařům, rodičům ženy či celé společnosti, která je tolerantní k interrupcím a nevaruje ženy před následky. Z tohoto důvodu terapeutky, které se léčbě PAS věnují, pomáhají ženám odkrývat, co přesně se pod jejím pocitem viny skrývá a kdo všechno nese vinu za to, co se stalo. Poté pracují na tom, aby toto postupně dokázala od-pustit. Také jsme u žen zaznamenaly mnohé obavy, nejčastěji se týkaly toho, že v budoucnu nebudou moci otěhotnět. To je v souladu se zjištěním Diallo et al. (2015), podle které tento strach může být příčinou toho, že se ženám skutečně otěhotnět nedaří (Diallo, et al., 2015). Existuje také studie, podle které spontánní potrat komplikuje následné těhotenství (Haghpour, Hassanzadeh, Faramarzi, 2016). Tito autoři se zaměřili na psychiatrické symptomy žen a těhotenské potíže v pozdějším těhotenství méně než jeden rok po spontánním potratu. Ženy po spontánním potratu hlásily vyšší míru depresivity, úzkosti a obav o to, zda skutečně dítě donosí, než ženy, které nepotratily. Na základě toho autoři doporučují zvýšenou psychologickou péči o ženy, které otěhotní do roku po spontánním potratu. Na základě tohoto se domníváme, že by se ženy měly nejprve vypořádat se svými emocemi a projít procesem uzdravení, než jsou opět připraveny být matkami.

Přestože mnoho žen mohlo mít zábrany psát o svých potížích v sexuální oblasti, tyto problémy se ukázaly jako velmi časté. Ženy popisovaly hlavně snížený sexuální apetit či bolest při intimním styku s partnerem. Naše zjištění jsou v souladu s tvrzením Mavrić (2012), podle kterého dokonce 30–50 % žen, které pociťují obtíže po potratu, hlásí zhoršenou kvalitu sexuálního života. Tyto problémy mohou zahrnovat ztrátu potěšení z pohlavního styku, zvýšení bolesti, averzi k sexu nebo mužům obecně, či promiskuitní životní styl. Ten jsme se ovšem rozhodli zařadit se kategorie sebedestruktivního chování, jelikož ženy často promiskuitní chování dávaly do souvislosti s tím, že toto chování vnímají jako trest pro sebe samé. Do sebedestruktivního chování bylo také zařazeno nadměrné užívání alkoholu, drog či cigaret. Mnoho studií ukazuje právě na souvislost sebedestruktivního chování a PAS. Podle Harlep & Davies (1975) ženy, které prožily ztrátu těhotenství, mají dvakrát větší pravděpodobnost, že se stanou silnými kuřačkami.

Zjistili jsme, že všechny tyto symptomy vedou ke změně na vztahové úrovni. Ženy často cítí nepochopení ze strany partnera. Ve zprávách popisovaly, že se s nimi partneři o potratu nechtějí bavit a že by nejraději to, co se stalo, přešli. To poté podle nich vedlo k postupnému odcizení ve vztahu. Tato zjištění jsou v souladu s dostupnou literaturou. Podle Kohnerové et al. (2013) muži často své emoce potlačují, což může na ženy působit dojmem,

že je jim ztráta jejich dítěte lhostejná. Zvýšené množství hádek a snížená sexuální aktivita poté vede k obavám o rozpad vztahu či k jeho ukončení. Podle studie Barrett, et al. (1992) až 22% partnerských vztahů končí do roku od potratu rozpadem.

Domníváme se, že potrat (ať již spontánní či UPT) může do života žen přinést i pozitivní změny. Někdy ženy mluví o tom, že jim zkušenost se ztrátou těhotenství pomohla upevnit jejich partnerský vztah či jim dala nový náhled na život, interrupce jim přinesla pocit úlevy atd. Jelikož tyto pozitivní změny byly ve zprávách od žen velmi ojedinělé, nebyly popsány v kapitole Výsledky. Tyto pozitivní změny však byly impulzem k tomu, aby první verze Dotazníku ztráty těhotenství byla sestavena tak, aby tyto pozitivní změny dokázala zachytit.

Jelikož se námi vytyčené potíže žen po ztrátě těhotenství plně shodovaly s dosavadní literaturou, rozhodli jsme se dále o nich uvažovat jako o symptomech PAS. Uvědomujeme si, že PAS není uznán jako oficiální diagnóza. Například podle MacGill (2016) by bylo vhodnější uvažovat o obtížích žen jako o projevech PTSD. Na druhou stranu jsme obsahovou analýzou databáze linky pomoci zachytili i problémy specifické právě pro PAS (například strach z neplodnosti, touha po dítěti, vyhýbání se těhotným ženám atd.)

### **3.2 Dotazník ztráty těhotenství**

V další části práce byl na základě vytyčených symptomů PAS sestaven dotazník, který jsme nazvaly Dotazníkem ztráty těhotenství. Cílem tohoto dotazníku je zachytit hlavní oblasti změn, které ženy vnímají v souvislosti s potratem. To může pomoci usnadnit dřívější zachycení potíží a nabídnout těmto ženám následnou odbornou péči.

Sestavení považujeme za první krok ke kvantitativnímu zkoumání PAS. V současné době totiž nemáme validní nástroj, který by symptomy PAS měřil. V zahraničí se pro měření potíží po potratu nejčastěji využívá IES (Impact of Event Scale), GAD (Generalized Anxiety Disorder), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) nebo Rosenberg Self - Esteem Scale (Charles, et al., 2008). My ovšem chtěli zachytit takové symptomy, které jsou specifické pro ztrátu těhotenství. Dotazník ztráty těhotenství nám umožňuje nejenom zachytit symptomy PAS na větším vzorku žen, ale také se podívat, zda skutečně k nějakým změnám po ztrátě těhotenství dochází a zda nepřevažují změny pozitivní.

Výhodou dotazníkové metody je snadnější administrace, vyhodnocení a snadnost analýzy dat. Je možné tak získat data od velkého množství respondentů za poměrně krátký



čas. Na druhou stranu jsou výsledky závislé na tom, jak je respondent schopný introspekce, a vyžaduje alespoň průměrnou inteligenci (Jeřábek, 1992). Jelikož ztráta těhotenství může být pro řadu žen traumatická, je možné, že tyto ženy své potíže potlačily a v tuto chvíli je nedokážou reflektovat.

Jelikož se jednalo o administraci první verze dotazníku, nebyl kladen takový důraz na reprezentativu výběrového souboru. Ve vzorku žen převažovaly ty, které mají zkušenost se spontánním potratem, nad ženami, které podstoupily UPT. Nejčetnější skupinu (45 %) tvořily ženy, které prožily ztrátu těhotenství více než před rokem. V dotazníku nejvíce skórovaly ženy, které tuto ztrátu prodělaly méně než před měsícem. To je v rozporu se zjištěním Horsch et al. (2015), podle kterých jsou symptomy nejsilnější kolem 3. měsíce od potratu a mezi 3–6 měsícem se zmírňují (Horsch, et al., 2015). Pokud chceme považovat PAS za formu PTSD, doporučovali bychom, aby byly sledovány ženy, u nichž uplynula doba od ztráty těhotenství delší než měsíc (APA 2013).

Limity práce vidíme i v samotném sběru dat, kdy byl dotazník umístěn na internetová fóra a na stránky [www.popotratu.cz](http://www.popotratu.cz). Můžeme tedy předpokládat, že tyto stránky /diskuze vybírají ženy, které mají negativní zkušenost se ztrátou těhotenství, zajímají se o ztrátu těhotenství, či mají potřebu vyhledat lidi s podobnou zkušeností a hledat tak pro sebe podporu. Dotazník byl šířen také prostřednictvím sociální sítě autorky, tudíž výběrový soubor do jisté míry kopíruje její sociální okolí. Všechny ženy byly osloveny pouze prostřednictvím internetu, což znamená, že si nemůžeme ověřit pravdivost získaných údajů. Díky této metodě výběru byla oslovena pouze část spektra všech českých žen, které mají zkušenost se ztrátou těhotenství.

Na získané výsledky mohla působit řada faktorů, které jsme nesledovali a bylo by potřeba se na ně v budoucnu zaměřit (další sociodemografické údaje, psychiatrická anamnéza, doba trvání těhotenství atd.). Ve výběrovém souboru se nacházely také ženy, které měly zkušenost s více typy ztrát těhotenství. V případě, že jsme sledovaly rozdíly mezi ženami po UPT a spontánním potratu, byly tyto ženy z analýzy vyřazeny. Data se nám podařilo získat od 129 žen, což považujeme s ohledem na citlivost tématu a pro účely pilotního výzkumu za dostatečné.

Domníváme se, že se intenzita prožívání změn po ztrátě těhotenství může lišit v závislosti na tom, ve kterém týdnu ke ztrátě došlo. Například Coleman, Coyle, Rue (2010) zjistili, že ženy, které potratily či podstoupily interrupci v pozdějším stádiu těhotenství, hlásí více projevů PTSD, obzvláště je trápí noční můry, opakované myšlenky na potrat, potíže s usínáním, obavy o své zdraví atd.

Z tohoto důvodu navrhujeme Dotazník ztráty těhotenství doplnit o položku zjišťující, v kolikátém týdnu gravidity se žena nacházela.

Na základě faktorové analýzy byly symptomy PAS rozděleny do 5 faktorů, a to primární PAS, somatické potíže (útlum), psychická labilita a problémy v partnerských vztazích, agresivita a autoagresivita, touha po dítěti. Rozhodli jsme se vyřadit položku nezvládání povinností, která sytila všechny faktory a zhodnotili jsme ji jako nadbytečnou. Zmíněné faktory vysvětlují přibližně 62 % variability dotazníku, což považujeme za dostatečné. Za účelem vyhodnocení souběžné validity nástroje byly zjišťovány korelace jednotlivých škál a hrubého skóru dotazníku s empirickým kritériem. Na základě toho byla vyřazena škála Agresivity a autoagresivity. Domníváme se, že pro další testování bude užitečné přidat další kritériální položky, které budou sledovat, zda ženy hodnotí konkrétní změny po ztrátě těhotenství na úrovni prožívání, fyziologické i behaviorální jako negativní. Jak už bylo řečeno, neexistuje jiný validní nástroj pro měření symptomů PAS, se kterým by mohl být HS dotazníku Ztráty těhotenství korelován. Nicméně bychom pro korelaci mohli využít například IES či GAD.

Dotazník Ztráty těhotenství by v budoucnu mohl sloužit jako screeningový dotazník pro ženy trpícími PAS. V tomto případě bychom doporučovali převést současnou stupnici (-3 – 3) na škálu likertova typu. Tím se zamezí frekventovanému označování střední hodnoty (tzn. odpověď beze změny), což by bylo pro klinické i další výzkumy praktičtější. Je totiž možné, že převažující označování středové odpovědi nám mohlo zkreslit výsledná data.

Pomocí Dotazníku ztráty těhotenství se nám podařilo získat zajímavé informace, které by mohly pomoci obohatit teoretickou základnu PAS. Ze všech emocí, které ženy vnímaly, dominoval pocit ztráty. U většiny žen se také objevily pocity lítosti, smutku, bezmoci a strachu, že nebudou moci v budoucnu otěhotnět.

V Dotazníku ztráty těhotenství jsme sledovali i pozitivní emoce, jako jsou pocity spokojenosti, radosti, naděje atd. Podle Lazarus (1985) jsou totiž ženské reakce na potrat složité, ženy mohou cítit směs pozitivních a negativních emocí. Podle něj většina žen (76 %) po potratu v prvním trimestru hlásí pocity úlevy a štěstí. V našem vzorku ovšem nedošlo u většiny žen k intenzivnějšímu prožívání žádné z pozitivních emocí a to dokonce ani u pocitu úlevy u žen, které podstoupily interrupci. Zjistili jsme, že zatímco 21 % žen UPT přineslo pocit úlevy, u 44 % se tento pocit ještě snížil. Když se ovšem zeptáme žen, co od interrupce očekávají, pocit úlevy bývá zpravidla jednou z prvních odpovědí. Naše zjištění jsou v rozporu

např. s Weissem (2010), který tvrdí, že obtíže po interrupci jsou spíše přechodného rázu a zákrok ženám přináší častěji pocity úlevy.

V závěru práce jsme se podívali na některé faktory, které mohou souviset se vznikem PAS a na základě našich výsledků sestavili hypotézy pro další výzkum v této oblasti. Zdá se, že u žen, které spontánně potratily, se objevují symptomy PAS ve vyšší míře než u žen po interrupci. Tato naše zjištění jsou v souladu s Broen et al. (2015), která sledovala 120 žen po ztrátě těhotenství, ženy, které spontánně potratily, hlásí vyšší výskyt psychických problémů. Ke zcela opačným závěrům došli Benute, Nomura, Zugaib, Pereira & de Lucia (2009), kdy indukované potraty byly spojeny s větší úzkostí než spontánní potraty. Tato nesrovnalost může být vysvětlena např. odlišným designem výzkumu, kdy Benute et al. (2009) sledoval ženy jen několik týdnů od potratu. Také autoři použili odlišné dotazníky, které mohly vést k různým odhadům duševního stavu sledovaných žen. I podle Ratislavové (2008) se psychické poruchy po umělém přerušení těhotenství vyskytují méně často než po spontánním potratu. Tato autorka ovšem říká, že pokud bylo umělé přerušení těhotenství provedeno ze zdravotních důvodů, negativní následky v oblasti prožívání a chování se u žen objevují ve stejné míře, jak v případě spontánního potratu. Naše výsledky ovšem ukazují, že větší negativní změny ve svém životě vnímají ženy, které byly k interrupci donuceny partnerem či blízkou osobou. To je v souladu se zjištěním Freedové et al. (2008), která považuje ženy donucené k interrupci za jednu z nejohroženějších skupin žen PAS.

Podle této autorky mezi další rizikové faktory patří to, že žena již má děti a ví přesně, co znamená být matkou. Zde není dostupná literatura jednotná, naopak studie Horsch, et al. (2015) ukazuje, že ženy, které ještě nemají vlastní děti, jsou následně po potratu více ohroženy strachem z toho, že nebudou moci otěhotnět, a vyšší počet předchozích těhotenství tyto autoři považují za protektivní faktor. Naše data ovšem neukázala žádný rozdíl mezi ženami, které již v době ztráty těhotenství měly děti, a které ne.

Ačkoliv jsou získaná zjištění velmi zajímavá, je nutné mít na paměti, že tato data jsou výsledkem prvotní verze Dotazníku ztráty těhotenství a slouží spíše k sestavení hypotéz, které mohou být budoucími výzkumy dále testovány.

## **Závěr**

Cílem této práce bylo zmapovat a popsat, jaké následky může mít ztráta těhotenství v životě žen po potratu. Pro vnímané obtíže můžeme užít termín postabortivní syndrom, který je ale v současné době značně diskutabilní a doposud nebyl uznán jako oficiální diagnóza.

V teoretické části jsem se zabývala typy ztrát těhotenství, tedy především spontánním potratem a umělým přerušáním těhotenství. Prostor byl také věnován perinatální ztrátě, která může ženu hluboce zasáhnout a způsobit jí trvalé psychické následky. Dále jsem sledovala možné způsoby adaptace na ztrátu, značná část se týkala procesu truchlení jako zcela přirozené, adaptabilní reakci na ztrátu dítěte. Největší část byla věnována samotnému postabortivnímu syndromu, především otázkám ohledně jeho existence, vzniku, symptomů. V neposlední řadě jsem se zabývala možnostmi léčby PAS.

V empirické části práce byly nejdříve pomocí obsahové analýzy databáze Linky pomoci zachyceny hlavní symptomy PAS. Ačkoliv se ženy nejčastěji obracely na Linku pomoci po 1 měsíci od ztráty těhotenství, ukázalo se, že potíže mohou skutečně nabývat dlouhodobého charakteru. Pomocí obsahové analýzy jsem zjistila, že se změny objevují na úrovni behaviorální, fyziologické, emocionální, celkového psychického stavu a úrovni vztahové. Ženy obecně hodnotily svůj psychický stav jako velmi špatný, nejčastěji zmiňovaly pocity viny, smutku, bolesti a lítosti. Také si stěžovaly na zhoršený spánek, nechutenství či nadměrnou únavu. V oblasti chování dominoval především pláč a vyhýbavé chování. Zjistila jsem, že všechny tyto symptomy se negativně promítají do osobních vztahů těchto žen.

Na základě výsledků obsahové analýzy jsem sestavila Dotazník ztráty těhotenství, který slouží k zachycení vnímaných změn v životě žen po ztrátě těhotenství. Z prvotního ověření tohoto nástroje můžeme poukázat na jeho dobrou vnitřní konzistenci. Nicméně pro další použití by bylo potřeba dále testovat jeho reliabilitu a validitu.

Získaná data pomocí Dotazníku ztráty těhotenství naznačují, že u žen, které spontánně potratily, se objevují symptomy PAS ve vyšší míře než u žen, které byly na UPT. Nejvíce obtíží ženy vnímají v době kratší než 1 měsíc od potratu. Také se zdá, že to, jak intenzivně vnímají ženy změny po interrupci, souvisí s jejich pocitem jistoty správnosti rozhodnutí, dobrovolnosti jejich rozhodnutí a souladem UPT s jejich náboženským či morálním přesvědčením.

V celé práci uvažuji o obtížích žen po potratu v termínu PAS, ačkoliv se vede mnoho diskuzí o jeho existenci. Není ovšem pochyb, že u nás i ve světě žije řada žen, které vnímají

ztrátu těhotenství jako enormní zásah do života, který jim přinesl psychické i fyzické problémy. V psychoterapeutické praxi obvykle platí, že pokud svoji nemoc, či problém řádně pojmenujeme, je to prvním krokem k pochopení a následnému uzdravení. Tak proč právě neužívat pojem postabortivní syndrom?

## Použitá literatura

Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248(4951), 41-44.

American Psychological Association [APA] (2008). Task Force on Mental Health and Abortion [Online]. [cit. 2017-12-27]. Dostupné z: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>.

American Psychological Association [APA] (2013). Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 5th ed. Arlington, VA: Author.

Babbel, S. (2010). Post Abortion Stress Syndrome (PASS) - Does It Exist?: The PTSD of abortion is called PASS. [Online]. [cit. 2017-12-27]. In *Psychology Today*. Dostupné z <https://www.psychologytoday.com/blog/somatic-psychology/201010/post-abortion-stress-syndrome-pass-does-it-exist>.

Bagchi, D., & Friedman, T. (1999). Psychological aspects of spontaneous and recurrent abortion [Online]. *Current Obstetrics*, 9(1), 19-22.

Barnett, W., Freudenberg, N., & Wille, R. (1992). Partnership after induced abortion: A prospective controlled study. *Archives of Sexual Behaviour*, 21, 443-455.

Beck, S. E., & Manuel, K. (2008). *Practical research methods for librarians and information professionals* (pp. 109-129). New York, NY: Neal-Schuman Publishers.

Behinová, M., Kaiserová, K. (2006). *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá Fronta.

Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Zugaib, M., Pereira, P. P., & de Lucia, M. C. S. (2009). Spontaneous and induced abortion: Anxiety, depression and guilty [Online]. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 55(3), 322 - 327.

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.

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

Bowles, S. V., Bernard, R. S., Epperly, T., Woodward, S., Ginzburg, K., Folen, R.,... & Koopman, C. (2006). Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous

abortion: a pilot study of patient characteristics associated with these disorders. *Journal of family practice*, 55(11), 969-974.

Bradshaw, Z., & Slade, P. (2005). The relationships between induced abortion, attitudes towards sexuality and sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(4), 391-406.

Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ø. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC medicine*, 3(1), 18.

Bui, E., Mauro, C., Robinaugh, D. J., Skritskaya, N. A., Wang, Y., Gribbin, C.,... & Zisook, S. (2015). The structured clinical interview for complicated grief: reliability, validity, and exploratory factor analysis. *Depression and anxiety*, 32(7), 485-492.

Burke, T. K. (1994). Abortion and Post Traumatic Stress Disorder: The Evidence Keeps Piling Up. [online]. [cit. 2017-2-19]. Dostupné z <http://www.rachelsvineyard.org/PDF/Articles/Abortion%20and%20Post%20Traumatic%20Stress%20Disorder%20-%20Theresa%20.pdf>.

Canário, C., Figueiredo, B., & Ricou, M. (2011). Women and men's psychological adjustment after abortion: a six month prospective pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 262-275.

Casey, P. R. (2010). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 24,(4) 491 – 502.

Coleman, P. K., Reardon, D. C., & Cogle, J. R. (2005). Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *British journal of health psychology*, 10(2), 255-268.

Coleman, P. K. Resolution of Unwanted Pregnancy During Adolescence Through Abortion Versus Childbirth: Individual and Family Predictors and Psychological Consequences. (2006). *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (6), 903-911.

Coleman, P. K. (2007). The Decline of partner relationships in the aftermath of abortion. Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change. *Research Bulletin*, 20(1), 157-164.

- Coleman, P. K., Coyle, C. T., Shuping, M., & Rue, V. M. (2009). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of Psychiatric Research*, 43, (8) 770–776.
- Coleman, P. K., Coyle, C. T., Rue, V. M. (2010). Late-Term Elective Abortion and Susceptibility to Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal Of Pregnancy, Vol 2010*.
- Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 180-186.
- Cogle, J. R., D. C. Reardon a P. K. Coleman (2003). Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Med Sci Monit*, 9 (4), 105-112.
- Čepický, P. (1999). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 8(3), 162-250.
- Čepický, P., & Kurzová, H. (2003). *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum.
- Černý, M., & Schelleová, I. (2003). *Právní úprava umělého přerušení těhotenství*. Eurolex Bohemia.
- Český statistický úřad (ČSÚ). (2015). *Potraty podle druhu potratu v letech 2003–2014* [online].[cit. 2017-12-27]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-potratovosti-v-ceske-republice-2003-az-2014>.
- Dadlez, E. M., & Andrews, W. L. (2010). Post-Abortion Syndrome: Creating an Affliction. *Bioethics*, 24(9), 445-452.
- Daly, J. Z., Ziegler, R., & Goldstein, D. J. (2004). Adolescent postabortion groups: risk reduction in a school-based health clinic. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42(10), 48-54.
- Daudirgauté, V., Akker, O., & Purewal, S. (2015). Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: A systematic review. *Journal of pregnancy*, 20, 1-15.
- Davis, D. (2016). *Empty cradle, broken heart: Surviving the death of your baby*. Fulcrum Publishing.



- Diallo, K., & Lhotová, M. (2015). Postinterrupční syndrom. *Caritas Et Veritas*, (1), 60-66.
- Doherty, C. M., & Clark, M. M. (2006). *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Computer Press.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Schouten, E. G. (2006). Neuroticism and low educational level predict the risk of posttraumatic stress disorder in women after miscarriage or stillbirth. *General Hospital Psychiatry*, 28, 414–417.
- Fedor-Freybergh, P. G. (2002) Prenatální a perinatální psychologie a medicína: nový přístup k primární prevenci. In: *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět*. Praha: Aperio.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., De Longis, A. (1986). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Frank, K., Gerychová, R., Janků, P., Huser, M., & Ventruba, P. (2015). Farmakologické ukončení gravidity mifepristonem a misoprostolem– zhodnocení úspěšnosti, komplikací a spokojenosti pacientek. *Česká gynekologie*, Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně.
- Freedová, L., & Salazarová, P. Y. (2008). *Čas k uzdravení. Naděje a pomoc při překonání postabortivního syndromu*. Praha: Paulínky.
- Gissler, M., Berg, C., Bouvier-Colle, M. H., & Buekens, P. (2005). Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987–2000. *The European Journal of Public Health*, 15(5), 459-463.
- Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., & Sen, A. (2016). Depression and posttraumatic stress symptoms after perinatal loss in a population-based sample. *Journal of Women's Health*, 25(3), 263-269.
- Gravensteen, I. K., Helgadóttir, L. B., Jacobsen, E. -M., Sandset, P. M., Ekeberg, Ø., & Rådestad, I. (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: A retrospective study *Bmj Open*, 3(10).
- Gómez, C. L., & Zapata, R. G. (2005). Diagnostic categorization of post-abortion syndrome. *Actas espanolas de psiquiatria*, 33(4), 267-272.

- Haghparast, E., Hassanzadeh, R., & Faramarzi, M. (2016). Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*, 32(5), 1097-1101.
- Hájek, Z., Čech, E., & Maršál, K. (2014). *Porodnictví*. Praha: Grada.
- Hanžlová, M., & Macek, P. (2009). Vztah mezi styly zvládání, přesvědčení o vlastním vlivu a problémy dospívajících. *E-psychologie*, 3(1), 12-21.
- Harlap S, & Davies AM. (1975). Characteristics of pregnant women who report previous induced abortions [Online]. *Bulletin Of The World Health Organization*, 52(2), 149-54.
- Haškovcová, H. (2004). Interrupce-stále aktuální problém. *Moderní babictví*. [online]. [cit. 2018-2-27]. Dostupné z <https://www.medicalnewstoday.com/articles/313098.php>.
- Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Henley, A., & Schott, J. (2008). The death of a baby before, during or shortly after birth: good practice from the parents' perspective. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 13, (5), 325-328.
- Hoffman, M. L. (2001). *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hollá, K., Weiss, P., Unzeitig, V., & Cibula, D. (2009). Interrupční chování a postoje k umělému přerušení těhotenství u českých žen: Výsledky národního výzkumu. *Česká gynekologie*, 74(2), 92-96.
- Horsch, A., Jacobs, I., & Mc Kenzie-Mc Harg, K. (2015). Cognitive predictors and risk factors of PTSD following stillbirth. *A short-term longitudinal study. Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 110-117.
- Hout, M. A., & Engelhard, I. M. (2004). Pretrauma neuroticism, negative appraisals of intrusions, and severity of PTSD symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(3), 181-183.
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. Dunod.

- Chae, S., Desai, S., Crowell, M., & Sedgh, G. (2017). Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *Contraception*, 96(4), 233-241.
- Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., & Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436-450.
- Chibber, K. S., Biggs, M. A., Roberts, S. M., & Foster, D. G. (2014). The role of intimate partners in women's reasons for Peking abortion. *Women's Health Issues*, 24(1), 131-138.
- Chlebounová, M., & Čermák, I. (2013). Utváření vztahu rodičů k předčasně narozeným dětem. *Československá Psychologie*, 57(4), 307.
- Christiansen, D. M. (2017). Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review. *Clinical psychology review*, 51, 60-74.
- Jeřábek, H. (1992). Koncepce měření v sociálních vědách. *Sociologický časopis*, 28, 103-118.
- Kast, V. (2015). *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál.
- Kaspárková, P., & Bužgová, R. (2013). Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě. *Ošetřovatelství a porodní asistence*, 4(4), 643-656.
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S., & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: A review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 12(6), 365-378.
- Kobilková, J. (2005). *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén.
- Kohnerová, N., & Henleyová, A. (2013) *Když dítě zemře. Zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence*. Praha: Triton.
- Kohoutek, T., Blatný, M., & Bréda, M. (2003). Zdravotní stesky, copingové strategie a kognitivně emoční typologie osobnosti: Analýza vzájemných souvislostí. *Sociální procesy a osobnost*, 1, 159-168.
- Kohoutek, T., & Čermák, I. (2009). *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia.
- Koschin, F. (2000). *Demografie poprvé*. Praha: Vysoká škola ekonomická.
- Kryl, M. M. (2002). Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 1 (1), 31-34.

- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV nakladatelství.
- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.
- Látalová, K., Praško, J., Kamarádová, D., Sandoval, A., Jelenová, D., Havlíková, P. & Černá, M. (2014). Posttraumatická stresová porucha. *Praktický Lékař*, 94(4), 172–176.
- Lauzon, P., Achim, R. D., Achim, A., & Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician*, 46 (10), 2033-2040.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A. (1985). Psychiatric sequelae of legalized first trimester abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 4, 141- 150.
- Levine, P., & Frederick, A. (2011). *Probouzení tygra: Léčení traumatu*. Praha: Maitrea.
- Lucká, Y. (2002). Mrtvě narozené děti. In: *Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět*. Praha: Aperio, 75-76.
- Lundell, I. W., Poromaa, I. S., Frans, Ö., Helström, L., Högberg, U., Moby, L., & Svanberg, A. S. (2013). The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *The European Journal Of Contraception And Reproductive Health Care*, 18(6), 480-488.
- MacGill, M. (2016). Depression After Abortion: Understanding and Coping. *Medical News Today*. [online]. [cit. 2017-12-27].
- Dostupné z <https://www.medicalnewstoday.com/articles/313098.php>.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., & Gramzow, R. H. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of general psychiatry*, 57(8), 777-784.
- Major, B. (2008). *Report of the APA task force on mental health and abortion*. Washington: American Psychological Association.

- Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, & West C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *The American Psychologist*, 64(9), 863-90.
- Mavrić B. (2012). Legal, Social and Psycho-Medical Effects of Abortion. *Epiphany, Vol 5, Iss 1, Pp 120-137 (2012)*, 5(1), 120-137.
- Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (1992)*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.
- Moody, R. A., & Arcangel, D. (2011). *Život po ztrátě*. Praha: Knižní klub.
- Mota, N. P., Sareen, J., & Burnett, M. (2010). Associations Between Abortion, Mental Disorders, and Suicidal Behaviour in a Nationally Representative Sample [Online]. *Canadian Journal Of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 55(4), 239-247.
- Nakonečný, M. (1998). *Psychologie osobnosti*. Academia-nakladatelství Akademie věd ČR.
- Nakonečný, M. (2000). *Lidské emoce*. Praha: Academia.
- Naziri, D. (2007). Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: A clinical study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 12(2), 168-174.
- Nešporová, O. (2013). *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Ney, P. (1979). Relationship between abortion and child abuse. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 24(7), 610-620.
- O'Connor, M. F., & Arizmendi, B. J. (2013). Neuropsychological correlates of complicated grief in older spousally bereaved adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(1), 12-18.
- Padesky, CH. A., & Greenberger, D. (2003). *Na emoce s rozumem. Příručka kognitivní terapie pro klienty*. Praha: Portál.
- Pařízek, A. (2015). *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. Praha: Galén.

- Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A., Stubblefield, P. G., & Creinin, M. D. (Eds.). (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Peterson, B. D., Newton, Ch. R., Rosen, K. H., & Schulman, R. S., (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55(2), 227-239.
- Praško, Pašková, Soukupová, & Tichý (2001). Posttraumatické stresové poruchy - II. díl: léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 2 (5), 206 -210.
- Praško, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.
- Praško, J. (2005). Posttraumatická stresová porucha. *Postgraduální medicína*, 1, 73-75.
- Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2015). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
- Quinn, A. (2007). Kontext ztráty, změny a zármutku v paliativní péči. In: Firth, P. et al. (2007). *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Rahe, R. H. (1996). *Stres and Psychiatry*. In Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams a Wilkins, New York.
- Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Area.
- Ratislavová, K., Beran, J., & Kašová, L. (2012). Psycho-sociální péče o ženu po perinatální ztrátě. *Prakticky Lekar*, 92(9).
- Ratislavová, K. (2016). *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praga: Grada.
- Reardon, D. C., J. R. Coughle, V. M. Rue a M. W. Shuping. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *Canadian Medical Association Journal*. 168 (10), 1253-1256.
- Rotter, H. (1999). *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad.
- Roztočil, A. (2001). *Porodnictví*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

- Ruppert, F. (2008). *Trauma a rodinné konstelace: psychické disociace a jejich léčba*. Praha: Portál.
- Řežábek, K. (2008). *Léčba neplodnosti-4., aktualizované vydání*. Praha: Grada.
- Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2010). The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28 (3)*, 287–296.
- Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., & Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Global Public Health, 6 (1)*, 111-125.
- Scheidt, C. E., Hasenburg, A., Kunze, M., Waller, E., Pfeifer, R., Zimmermann, P., & Waller, N. (2012). outcome after perinatal loss? A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research, 73 (5)*, 375–382.
- Schreiber, V. (2000). *Lidský stres*. Praha: Academia.
- Slaměnik, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada.
- Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Speckhard, A. C., & Rue, V. M. (1992). Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern. *Journal Of Social Issues, 48(3)*, 95-119.
- Speckhard, A. (1997). For some teens, abortion as a means of coping can become a stressor. *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter, 13(1)*, 1.
- Steinberg, J. R., & Russo, N. F. (2008). Abortion and anxiety: what's the relationship?. *Social science & medicine, 67(2)*, 238-252.
- Stössel, K., & Ucháčová, K. (2000). *Proč pláčeš, Miriam: Utrpení žen po potratu: Postabortivní syndrom*. Jihlava: Hnutí pro život.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení Podané ruce.
- Široký, E. (2001). *Meze a obzory psychoanalýzy*. Praha: Triton.
- Špatenková, N. (2008). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada.

- Tabbutt-Henry, J., & Graff, K. (2003). Client-provider communication in postabortion care. *International Family Planning Perspectives, 29*(3), 126-9.
- Takács L, Smolík F, Sněhotová, J. & HOSKOVCOVÁ, S. (2013). Diagnostika psychosociálního klimatu porodnice – konstrukce a psychometrická evaluace dotazníku KLI-P. *Československá Psychologie, 57*(1), 73-91.
- Takács L, Smolík F, Mlíková Seidlerová J, Čepický P, & Hoskovcová S. (2016). Postpartum blues - a Czech adaptation of the Maternity Blues Questionnaire. *Česká Gynekologie, 81*(5), 355-368.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., & Reynolds, R. V. C. (1984). Coping strategies inventory. *CSI Manual*.
- Ulčová-Gallová, Z., & Lošan, P. (2013). *Neploďnost: útok imunity*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Veselý, A., & Nekola, M. (2007). *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON.
- Vodáčková, D. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Worden, J. W. (2008). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company.
- Worden, J. W. (2013). *Smútkové poradenstvo a smútková terapie. Príručka pre odborníkov z oblasti duševného zdravia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana, s.r.o.
- Wulf, D. (1999). *Sharing responsibility: women society and abortion worldwide*. The Alan Guttmacher institute, New York.
- Zwinger, A. (2004). *Porodnictví*. Praha: Galén.



## Přilohy

Přiloha č. 1: Dotazník ztráty těhotenství

1. **Uved'te prosím Váš věk**

\_\_\_\_\_

2. **Uved'te prosím Váš rodinný stav**

Vdaná

Svobodná

Vdova

Rozvedená

3. **Prosím zaškrtněte, jaké jste prožila ztráty těhotenství**

Samovolný potrat      Umělé přerušeni  
těhotenství      Narození mrtvého  
dítěte      Adopce      Jiné

4. **Prosím zaškrtněte, jakou ztrátu těhotenství hodnotíte jako nejvíce stresující**

Samovolný      Umělé přerušeni  
těhotenství      Narození mrtvého  
dítěte      Adopce      Žádnou

5. **Jak dlouho to je od doby, kdy jste prožila tuto ztrátu těhotenství?**

< 1 měsíc

1-6 měsíců

7-12 měsíců

13 měsíců >

6. **Měla jste v té době již vlastní děti?**

Ano

Ne

7. **Jste v současné době zaměstnaná?**

Zaměstnaná na plný  
úvazek

Zaměstnaná na  
částečný úvazek

Na rodičovské  
dovolené

Nezaměstnaná

Jiné

**8. Jakou roli hraje ve Vašem životě Vaše náboženské přesvědčení?**

Velmi důležitou      Důležitou      Spíše  
bezvýznamnou      Bezvýznamnou      Žádnou

**9. Jak byste popsala svůj současný život?**

Velmi šťastný      Šťastný      Nevím      Nešťastný      Velmi  
nešťastný

*Na škále -3 až 3 prosím označte, zda došlo v důsledku ztráty těhotenství ve Vašem životě ke změně v pocitech, které v současné době prožíváte. Přičemž 0 znamená, že se jednotlivý pocit nezměnil vůbec, 1 mírný nárůst pocitu, 2 střední nárůst pocitu, 3 vysoký nárůst pocitu, -1 mírný pokles pocitu, -2 střední pokles pocitu, -3 vysoký pokles pocitu.*

	pokles			stejně			nárůst
	-3	-2	-1	0	1	2	3
10. Vina	-3	-2	-1	0	1	2	3
11. Naděje	-3	-2	-1	0	1	2	3
12. Smutek	-3	-2	-1	0	1	2	3
13. Vztek	-3	-2	-1	0	1	2	3
14. Lítost	-3	-2	-1	0	1	2	3
15. Bezmoc	-3	-2	-1	0	1	2	3
16. Úleva	-3	-2	-1	0	1	2	3
17. Strach z lékařů	-3	-2	-1	0	1	2	3
18. Radost	-3	-2	-1	0	1	2	3
19. Prázdnota	-3	-2	-1	0	1	2	3
20. Spokojenost	-3	-2	-1	0	1	2	3
21. Osamění	-3	-2	-1	0	1	2	3
22. Vnitřní klid	-3	-2	-1	0	1	2	3

23. Pocit ztráty	-3	-2	-1	0	1	2	3
24. Vnitřní síla	-3	-2	-1	0	1	2	3
25. Úzkost	-3	-2	-1	0	1	2	3
26. Strach, že už nebudu mít další dítě	-3	-2	-1	0	1	2	3
27. Bolest	-3	-2	-1	0	1	2	3
28. Svoboda	-3	-2	-1	0	1	2	3

*Prosím vyberte políčko dle Vaší míry souhlasu či nesouhlasu s jednotlivými výroky, přičemž 1= zcela souhlasím, 2= spíše souhlasím, 3= spíše nesouhlasím, 4= zcela nesouhlasím, 5= nevím*

	<b>Zcela souhlasím</b>	<b>Spíše souhlasím</b>	<b>Spíše nesouhlasím</b>	<b>Zcela nesouhlasím</b>	<b>Nevím</b>
29. Kvůli ztrátě těhotenství se mnoho věcí v mém životě změnilo	1	2	3	4	5
<b>Obvykle se cítím hůře:</b>					
30. Když jsem v nemocničním prostředí	1	2	3	4	5
31. Kolem dne výročí ztráty těhotenství	1	2	3	4	5
32. Když jsou kolem mě těhotné ženy	1	2	3	4	5
33. Když jsou kolem mě děti	1	2	3	4	5
34. Když se někdo baví o potratu	1	2	3	4	5
35. Když jsou v televizi informace o vývoji plodu	1	2	3	4	5

Na škále -3 až 3 prosím označte, zda došlo v důsledku ztráty těhotenství ve Vašem životě k jednotlivým změnám. Pokud žádnou změnu nepozorujete, označte položku číslem 0.

36. S partnerem se více hádáme	-3	-2	-1	0	1	2	3	S partnerem se méně hádáme
37. Trávím méně času se svými blízkými	-3	-2	-1	0	1	2	3	Trávím více času se svými blízkými
38. Více se vyhýbám sexuální aktivitám	-3	-2	-1	0	1	2	3	Jsem sexuálně aktivnější
39. Častěji brečím	-3	-2	-1	0	1	2	3	Častěji se usmívám
40. Své problémy častěji řeším pomocí alkoholu či jiných drog	-3	-2	-1	0	1	2	3	Své problémy častěji řeším bez pomoci alkoholu či jiných drog
41. Častěji reaguji podrážděně	-3	-2	-1	0	1	2	3	Méně často reaguji podrážděně
42. Ve vzteku využívám více násilí	-3	-2	-1	0	1	2	3	Ve vzteku využívám méně násilí
43. Trávím čas více o samotě	-3	-2	-1	0	1	2	3	Trávím čas více mezi lidmi
44. S partnerem více usilujeme o další dítě	-3	-2	-1	0	1	2	3	S partnerem se více chráníme před otěhotněním

45. Musím se před ostatními více přetvařovat	-3	-2	-1	0	1	2	3	Můžu být více sama sebou
46. Hůře spím	-3	-2	-1	0	1	2	3	Lépe spím
47. Mám častěji pocit na omdlení	-3	-2	-1	0	1	2	3	Nemám častěji pocit na omdlení
48. Nemůžu jíst nebo se záchvatovitě přejídám	-3	-2	-1	0	1	2	3	Jím pravidelně
49. Více zapomínám	-3	-2	-1	0	1	2	3	Lépe si pamatuji
50. Častěji se mi třese celé tělo	-3	-2	-1	0	1	2	3	Mé tělo je více v klidu
51. Musím užívat více léků	-3	-2	-1	0	1	2	3	Přestala jsem užívat určité léky
52. Mám častější bolesti hlavy	-3	-2	-1	0	1	2	3	Méně mě bolí hlava
53. Snížil se mi sexuální apetit	-3	-2	-1	0	1	2	3	Zvýšil se mi sexuální apetit
54. Jsem více unavená	-3	-2	-1	0	1	2	3	Mám více energie
55. Celé tělo mám ztuhlejší	-3	-2	-1	0	1	2	3	Celé tělo mám více uvolněné
56. Častěji mám nutkavé myšlenky, které nemohu	-3	-2	-1	0	1	2	3	Soustředím se a přemýšlím o tom, o čem chci

dostat z hlavy								
<b>57.</b> Častěji cítím úzkost	-3	-2	-1	0	1	2	3	Jsem více uvolněná
<b>58.</b> Méně si vážím sama sebe	-3	-2	-1	0	1	2	3	Více si vážím sama sebe
<b>59.</b> Častěji přemýšlím nad sebevraždou	-3	-2	-1	0	1	2	3	Méně často nebo nikdy nepřemýšlím nad sebevraždou
<b>60.</b> Hůře zvládám své povinnosti	-3	-2	-1	0	1	2	3	Lépe zvládám všechny své povinnosti
<b>61.</b> Častěji upadám do depresivní nálady	-3	-2	-1	0	1	2	3	Častěji mám velmi dobrou náladu
<b>62.</b> Během dne u mě častěji dochází ke změně nálady	-3	-2	-1	0	1	2	3	Přes den je moje nálada více stálá
<b>63.</b> Jsem posedlá myšlenkami, jak dítě teď mohlo vypadat	-3	-2	-1	0	1	2	3	Vůbec nemyslím na nenarozené dítě
<b>64.</b> Ztratila jsem smysl života	-3	-2	-1	0	1	2	3	Můj život mi připadá více smysluplný
<b>65.</b> Toužím po dítěti	-3	-2	-1	0	1	2	3	Nechci další dítě

**Pokud jste v minulosti podstoupila umělé přerušení těhotenství, prosím odpovězte na následující 3 otázky. V opačném případě můžete test ukončit.**

**66. Prosím uveďte hlavní důvod, proč jste podstoupila umělé přerušení těhotenství**

Dítě jsem nechtěla                      Finanční důvody                      Mé zdravotní důvody  
Nátlak partnera či blízké osoby                      Dítě by se narodilo postižené                      Jiné

**67. Vnímáte umělé přerušení těhotenství jako nemorální či v rozporu s Vaším přesvědčením?**

Určitě ano                      Spíše ano                      Spíše ne                      Určitě ne                      Nevím

**68. Byla jste v té době nejistá svým rozhodnutím jít na umělé přerušení těhotenství?**

Určitě ano                      Spíše ano                      Spíše ne                      Určitě ne                      Nevím