

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**

# **Diplomová práce**

Bc. Gabriela Míková

**Vyrovňování se s možnými následky spontánního potratu**

**Coping with impact of miscarriage**

*Velké poděkování patří mé vedoucí diplomové práce PhDr. Kataríně Lonekové, PhD., nejen za cenné rady, komentáře a čas, který konzultacím věnovala. Velmi si cením možnosti spolupráce, která byla inspirativní a obohacující, zároveň také podpůrného, citlivého a milého přístupu, především v momentech, které nebyly snadné.*

*Poděkování bych ráda vyjádřila všem ženám, které se rozhodly do výzkumu zapojit, sdělit svůj příběh se všemi bolestmi, ztrátami i hlubokým významem lidského života od jeho samotného počátku.*

*Další poděkování je odborníkům, kteří jsou v tomto oboru pro mě velkou inspirací a jejich sdělení pomohla odborně obohatit celou práci.*

*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 23. července 2019*

.....  
*Gabriela Míková*

**Abstrakt:**

Diplomová práce se věnuje možným způsobům vyrovnávání se s následky spontánního potratu. Teoretická část práce nejdříve vymezuje téma těhotenství z lékařského a psychologického pohledu. Součástí je vymezení druhů spontánních potratů. Dále je zpracován přehled prožívání ztráty dítěte v raných fázích těhotenství, jsou zvažovány dopady na psychiku ženy a projevy v jejím chování. Proces truchlení dle jednotlivých autorů je zvažován v kontextu rané ztráty dítěte. Problematika ukončení těhotenství je také nahlédnuta z pohledu teorie traumatu. Diskutovány jsou možné protektivní a rizikové faktory doprovázející proces vyrovnávání se se ztrátou. V neposlední řadě je zmíněna i následná odborná psychologická, lékařská a laická péče o ženu po ztrátě dítěte.

Empirická část práce se věnuje postihnutí celého fenoménu ztráty dítěte v průběhu raných fází těhotenství. Důraz je kladen především na zmapování protektivních a rizikových faktorů, se kterými měly ženy vlastní zkušenost. Empirická část se opírá především o rozhovory se ženami se zkušeností ztráty dítěte, tak s odborníky, kteří v této oblasti profesně působí. Vyhodnocení dat proběhlo na základě principů metody zakotvené teorie.

**Klíčová slova:**

Spontánní potrat, úmrtí dítěte, zármutek, proces truchlení, vyrovnávání se se ztrátou dítěte.

**Abstract:**

The thesis deals with possible ways of coping with the consequences of miscarriage. The theoretical part first defines the topic of pregnancy from a medical and psychological point of view. It also includes the definition of miscarriage types. Furthermore, an overview of the experience of the child's loss in the early stages of pregnancy is elaborated, impacts on the psyche of the woman and manifestations in her behavior are considered. The process of grieving by individual authors is considered in the context of the early loss of the child. The issue of termination of pregnancy is also seen from the perspective of trauma theory. Possible protective and risk factors accompanying the loss-making process are discussed. Last but not least, the following professional psychological, medical and lay care for a woman after the loss of a child is mentioned.

The empirical part of the thesis deals with the affection of the whole phenomenon of child loss during the early stages of pregnancy. Emphasis is placed on the mapping of protective and risk factors with which women had their own experience. The empirical part is based mainly on interviews with women with experience of loss of a child and with professionals who work in this field. Data evaluation was based on grounded theory principles.

**Keywords:**

Miscarriage, child death, grief, mourning process, coping with the loss of a child.

## Obsah

<b>Seznam použitých zkratk</b> .....	9
<b>Úvod</b> .....	10
<b>TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE</b> .....	13
<b>1. Těhotenství</b> .....	14
1.1 Těhotenství z lékařského hlediska .....	14
1.2 Těhotenství z psychologického hlediska .....	15
<b>2 Ukončení těhotenství</b> .....	18
2.1 Vymezení druhů ukončeného těhotenství .....	18
2.1.1 Samovolné (spontánní) potraty .....	18
2.1.2 Lékařské potraty .....	22
<b>3 Psychické prožívání prenatální ztráty dítěte</b> .....	24
3.1 Možné následky ukončeného těhotenství .....	24
3.2 Faktory ovlivňující prožívání prenatální ztráty .....	26
3.2.1 Vývojové stadium plodu při ukončení těhotenství .....	26
3.2.2 Opakovaná zkušenosti se spontánním potratem .....	27
3.2.3 Pohlaví rodiče .....	27
3.2.4 Umělé oplodnění .....	28
3.2.5 Spiritualita a víra .....	28
<b>4 Proces truchlení jako reakce na ztrátu dítěte</b> .....	30
4.1 Normální adaptační vzorec .....	32
4.2 Reakce na ztrátu blízké osoby dle Elisabeth Kübler-Rossovové .....	32
4.3 Reakce na ztrátu blízké osoby dle Vereny Kastové .....	34
<b>5 Teorie traumatu v kontextu ztráty dítěte v průběhu těhotenství</b> .....	36
5.1 Akutní reakce na stres .....	36

5.2	Posttraumatická stresová porucha .....	36
<b>6</b>	<b>Vybrané protektivní a rizikové faktory vyrovnávání se se ztrátou dítěte v průběhu těhotenství.....</b>	<b>39</b>
6.1	Sociální opora .....	39
6.2	Proces rozloučení s dítětem .....	39
6.3	Informace .....	41
6.4	Osobnostní charakteristiky .....	41
6.5	Nalezení smyslu události ztráty dítěte.....	41
<b>7</b>	<b>Druhy pomoci při ztrátě dítěte v průběhu těhotenství.....</b>	<b>42</b>
7.1	Odborná lékařská a psychologická pomoc .....	42
7.1.1	Lékařská pomoc .....	42
7.1.2	Psychologická pomoc.....	43
7.2	Další možné formy pomoci .....	43
	<b>EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE .....</b>	<b>45</b>
<b>8</b>	<b>Kvalitativní šetření .....</b>	<b>46</b>
8.1	Teoretická východiska důležitosti předkládaného výzkumu .....	46
8.2	Cíl a úkoly výzkumu .....	46
8.3	Zvolený design výzkumu.....	46
8.4	Metoda zakotvené teorie.....	47
8.5	Průběh sběru dat.....	48
8.6	Etika výzkumu .....	49
8.7	Výzkumný soubor, sběr dat .....	51
8.8	Výzkumné otázky.....	53
8.9	Vyhodnocení dat .....	55
8.9.1	Vyhodnocení dotazníku.....	55
8.9.2	Vyhodnocení interview se ženami po zkušenosti spontánního potratu .....	59
8.9.3	Vyhodnocení interview s odborníky .....	91

8.10	Komparace výsledků získaných dat.....	103
8.11	Diskuze a shrnutí výsledků výzkumu .....	104
8.12	Limity výzkumu .....	108
8.13	Možnosti dalšího výzkumu .....	111
8.14	Doporučení pro praxi.....	112
<b>Závěr</b> .....		<b>113</b>
<b>Seznam použité literatury</b> .....		<b>115</b>
<b>Seznam použitých grafů</b> .....		<b>123</b>
<b>Seznam použitých tabulek</b> .....		<b>124</b>
<b>Přílohy</b> .....		<b>125</b>
	Příloha A – Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce .....	126
	Příloha B – Dotazník vyrovnávání se s přerušáním těhotenství.....	128
	Příloha C – Otázky polostrukturovaného interview pro ženy se zkušeností spontánního potratu .....	134
	Příloha D – Otázky polostrukturovaného interview pro odborníky .....	135



## **Seznam použitých zkratek**

$N$  – celkový výběrový soubor

$N_F$  – výběrový soubor žen

$N_M$  – výběrový soubor mužů

## Úvod

Očekávání příchodu dítěte jako přirozená součást života ženy a muže může být vedle pozitivních stránek zatíženo i těmi negativními. Mezi tu nejtěživější patří ukončení těhotenství v jakémkoli jeho stádiu. Ztráta dítěte je bezpochyby vnímána jako jedna z největších ran, která rodiče může potkat a to i v prenatalním stádiu. Bez ohledu na období těhotenství tak při jeho ukončení můžeme mluvit jako o jednom z nejnáročnějších období života. Citlivost a hloubka tohoto tématu je neodmyslitelná, spojená se smutkem, ztrátou, bolestí a strachem. Proto si tato problematika bezpochyby zaslouží naši pozornost.

Ztráta dítěte v kterémkoli jeho věku je pro rodiče traumatizující zkušeností, není proto možné ji jakkoli kvantifikovat s ohledem na společně prožité dny, týdny či roky. Může být v každém okamžiku prožívána jako ztráta milované osoby se všemi prožitky, které jsou s touto událostí spojeny a v tomto ohledu jsou již v odborné literatuře známy. V této souvislosti se ukazuje, že především ztráta dítěte v prvním trimestru těhotenství je mnohými lidmi a odborníky vnímána jako víceméně běžná, řízená přírodou. O to více poté mohou být u zasažených rodičů omezovány projevy prožitků, které s touto ztrátou mohou být spojeny. Avšak představy a očekávání spojené s těhotenstvím mohou být přítomny již v jeho raných fázích a mohou nabývat různé míry konkrétnosti. Ani s ukončením těhotenství se tyto představy nikam neztratí, mohou být stále bolestně přítomné a zasahovat do prožívání rodičů. Proto je jakákoli reakce na ztrátu dítěte normální reakcí na takovouto vážnou životní událost.

V posledních letech se do popředí dostává i důležitost prožívání ztráty u obou rodičů, nejen žen. Pomalu se tak otevírá cesta ke společenskému uznání významu prožitků mužské, doposud spíše opomíjené, populace. Mimo kladení nároků na muže ve směru podpory partnerky jako té, které nesla nový život a byla s dítětem v přímém kontaktu, je zde velký prostor pro poskytnutí sdílení prožitků ztráty, které jsou i u mužů zcela pochopitelnou součástí reakce na odchod dítěte. I když v předkládané diplomové práci je výzkum zaměřen na ženy, je na místě znovu připomínat, že se jedná o ztrátu dítěte obou rodičů.

Ztráta dítěte v průběhu těhotenství otevírá prostor etickým a morálním otázkám. Je v pořádku nazývat nenarozené miminko před rodiči ztrátou plodu, i když k němu chovali již od počátku vřelý vztah? Je dítě, které přišlo na svět po nenarozeném dítěti, druhorozené? A vnímají se jako *rodiče* ti, kterým zemřelo dítě již během prvních týdnů těhotenství? I proto může být tato oblast tabuizovaným tématem společnosti, o kterém se nemluví, nepíše, nediskutuje. Mnohdy tak tabuizovaným, že pouhé otevření tohoto tématu může působit tíživým dojmem na účastníky

rozhovoru. O to více se pak rodiče mohou cítit na svoji ztrátu osamoceni, protože nevnímají možnost obrátit se na někoho dalšího, s kým by mohli svoji ztrátu sdílet.

Ztráta dítěte tak klade nároky mimo samotné rodiče na jejich širší rodinu, blízké okolí a v neposlední řadě na odborníky v pomáhajících profesích, kteří s touto cílovou skupinou přicházejí do profesního a osobního kontaktu. Do popředí vystupuje nedostatečné teoretické zázemí poskytující oporu pro pomoc zasaženým ztrátou dítěte v průběhu těhotenství, zvláště v jeho raných stádiích. Hlubší výzkum v této oblasti může napomoci tuto chybějící část informací o prožitcích doplnit a přinést širší základnu pro poskytnutí adekvátní podpory a pomoci lidem, kteří si ztrátou dítěte procházejí.

Pozornost tomuto tématu je omezená, mnoho podpůrných publikací lidem po ztrátě dítěte není založena na odborném zkoumání, ale orientuje se spíše na využití vlastních zkušeností s danou problematikou. Vlastní zkušenost je nepřenositelná, ve výzkumu je možné se snažit pouze o co nejbližší přiblížení se skutečnosti. Osobní zážitek může působit vtažení do tématu, absence této zkušenosti odstup. Odborné práce na podobná témata se mohou snažit zachytit odraz těchto zkušeností, poskytnout teoretický rámec prožitků a proniknout k jejich hlubšímu porozumění. Někdy se však odborné práce od skutečného zážitku ztráty dítěte mohou příliš vzdálit. Snahou této práce je propojení osobních zážitků s odbornou teorií, snahou o vystavění spojení mezi teorií a praxí.

Tato diplomová práce má za cíl přinést oporu odborníkům věnujícím se této oblasti, laikům provázejícím osoby, které procházejí touto životní zkušeností a v neposlední řadě i naději pro přímo zasažené ztrátou dítěte v nalezení možné cesty vyrovnání se se ztrátou. Obracení pozornosti na prožitky spojené se ztrátou dítěte může přinést zlepšení psychologické praxe, napomoci laické populaci v kontaktu se zasaženými či samotným rodičům v jakékoli fázi vyrovnávání se se ztrátou. Předkládaná diplomová práce se zaměřuje na zkušenost lidí po prenatalní ztrátě a podpůrné momenty napomáhající se zpracováním a integrací dané zkušenosti. S ohledem na jedinečnost každého rodiče a neopakovatelnost nového života může zmapování těchto podpůrných strategií vytvořit širší teoretické zázemí pro adekvátní pomoc, avšak vždy je důležité teoretické vědomosti využít s ohledem na daný pár a jeho neopakovatelnou historii.

Předkládaná práce se bude soustředit na ztrátu dítěte v raných stádiích těhotenství vlivem spontánních potratů, včetně zamlklého těhotenství. Takto úžeji vymezené téma předpokládá

jednotnější uchopení poznatků v této oblasti, které prozatím nebyl v rámci odborného výzkumu věnován v našem prostředí dostatečný prostor.

V diplomové práci bude nejdříve nahlédnuto na téma těhotenství z psychologického hlediska. Takto široce pojatý úvod má za cíl přiblížit psychické aspekty spojené s vnímáním samotného těhotenství, které mohou lépe napomoci porozumění prožívání ztráty nenarozeného dítěte. Dále budou rozebrány druhy ztráty v průběhu těhotenství a pozornost bude věnována možným následkům ukončeného těhotenství. Tato část bude doplněna rozbořem vlivů, které na prožívání jedince při přerušení těhotenství mohou mít dopad.

V reakci na jakoukoli ztrátu můžeme zaznamenat kvalitativně odlišná stádia reakce, kterými si daný jedinec prochází. Zvláštní pozornost bude směřovat k procesu truchlení a k vyrovnávacím strategiím uplatňovaným v reakci na ztrátu. Na základě komparace jednotlivých bibliografických zdrojů budou sledovány faktory, které mohou mít pozitivní vliv na proces vyrovnávání, tak také ty faktory, které tento proces mohou ohrožovat. Pro doplnění budou rozebrány jednotlivé formy odborné pomoci, které jsou v našem prostředí dostupné a které tvoří nedílnou součást v procesu vyrovnávání se se ztrátou.

Teoretická část se tak stává oporou pro kvalitativní výzkum zaměřený na hlubší mapování vyrovnávacích strategií v reakci na přerušené těhotenství v jeho raných fázích. Kvalitativní výzkum se opírá o rozhovory vedené se ženami, které si prošly zkušeností spontánního potratu. Tato část výzkumu je poté v rámci triangulace dat porovnána s výsledky z rozhovorů s odborníky, kteří se věnují péči o tyto ženy – psychoterapeuti, gynekolog, krizový intervent, dobrovolník, duchovní a zdravotní sestra. Kvalitativní metodologie se opírá o principy zakotvené teorie.

## **TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE**

# 1. Těhotenství

## 1.1 Těhotenství z lékařského hlediska

Těhotenství označuje období vývoje plodu v těle matky počínající splynutím mužské a ženské pohlavní buňky (Roztočil, 2017). Zcela přesné stáří plodu nelze stanovit (Hájek, Čech, & Maršál, 2006), je možné ale vycházet z definice, která určuje, že gravidita „... trvá u člověka 280 dnů (10 lunárních měsíců) počítáno od prvního dne poslední menstruace či 40 týdnů rozdělených do tří trimestrů“ (Kittnar, 2011, s. 561). Dosažené stádium těhotenství se specifikuje na základě určeného týdne těhotenství a dne. Z lékařského hlediska jsou rozlišovány tři trimestry závislé od vývoje plodu: (1) první trimestr trvá do 12. týdne těhotenství, (2) druhý trimestr je vymezen od 12. do 28. týdne těhotenství a (3) třetí trimestr označuje období od 28. týdne až doby porodní (Hájek, Čech, & Maršál, 2006).

Hájek, Čech a Maršál (2006) uvádějí, že zobrazovací a biochemické metody v současné době umožňují potvrzení těhotenství již v jeho velmi raných fázích. Dle uvedených autorů navíc ženy graviditu mohou být schopny určit na základě tělesných a psychických projevů s tím spojených. Autoři vyjmenovávají jednotlivé znaky těhotenství, které s sebou přináší jednak nespecifické příznaky, mezi které mohou být zařazeny projevy emoční nestability, pocity na zvracení, pocity únavy nebo bolesti hlavy. Upozorňují na to, že tyto nespecifické projevy se mohou objevit i v jiných souvislostech a nemusí tedy znamenat graviditu, avšak mohou ženu upozornit na změnu jejího stavu. Dále jsou zmíněnými autory rozlišovány tzv. pravděpodobné známky těhotenství, jež jsou již specifické pro potvrzení těhotenství. Řadí mezi ně amenoreu (vynechání menstruace), hyperpigmentaci (ukládání pigmentu na specifických místech), strie a změny v děloze a pochvě. Potvrzení gravidity se odvíjí od laboratorních testů (dle přítomnosti lidského choriového gonadotropinu – hCG) či ultrasonografie (Hájek, Čech, & Maršál, 2006). Těhotenství je možné zaznamenat pomocí ultrazvuku již v 5. týdnu těhotenství, od následujícího týdne je možné zaznamenat srdeční aktivitu plodu (Roztočil, 2017).

Gregora a Velemínský (2017) uvádějí, že prvním zaznamenaným příznakem gravidity bývá vynechání pravidelné menstruace, po němž u většiny žen následuje návštěva ošetřujícího gynekologa, který na základě vyšetření těhotenství potvrdí či vyvrátí. Návštěva gynekologa obvykle probíhá v průběhu prvního trimestru, a je v současné době doporučována i díky možnému zachycení zdravotních rizik spojených s průběhem těhotenství. Ženě je mimo jiné vystavena průkazka pro těhotné, většinou po dosažení 12. týdne těhotenství, ve které je zaznamenán průběh všech nutných vyšetření (Gregora & Velemínský, 2017).

Prenatální péče v České republice je rozdělena do tří stupňů. Prvním z nich je obvodní gynekolog, který nejčastěji provází ženu celým těhotenstvím včetně potřebných vyšetření. V případě ohrožení průběhu těhotenství je žena odkázána na gynekologicko-porodnická oddělení nemocnic. U největších nemocnic v České republice poté fungují oddělení zaměřující se na riziková a patologická těhotenství (Gregora & Velemínský, 2017).

## **1.2 Těhotenství z psychologického hlediska**

Fyziologické procesy v průběhu těhotenství na straně matky a plodu jsou nutně doplněny psychologickými a společenskými ději (Kittnar, 2011; Matějček & Langmeier, 1986).

Vnímání role matky a role otce v průběhu těhotenství je vázáno na kulturní kontext. V některých kulturách jsou těhotenství a s ním spojený porod považovány za specificky ženské úkoly (Leifer, 2004). Od tohoto pojetí je možné pozorovat posun v současné západní kultuře, která přistupuje k otázce těhotenství více jako k záležitosti celého páru. Výrazem tohoto přístupu může být například podpora přítomnosti otce u předporodních kurzů, při prenatálních vyšetřeních plodu i u samotného porodu (Trča, 2004). Oba rodiče se se svojí novou rolí otce a matky potřebují postupně seznámit a přijmout ji. V tomto ohledu se jeví, že matka má určitou výhodu vzhledem k přímému kontaktu s plodem. Postupné zapojování otce do aktivit spojených s těhotenstvím však může proces přijetí role více podpořit (Leifer, 2004).

Vytváření vztahu mezi dítětem a matkou probíhá již od početí. Plod především v počátcích těhotenství působí jak na rovině emocionální, odvíjející se především od představ matky spojené s těhotenstvím, tak také biologicky, což je spojeno se změnou hormonálního působení během těhotenství (Vymětal, 2003). Významnou otázkou je vnímání plodu uvnitř těla matky. Stejně jako u matek je i u otců především v počátku těhotenství přítomný pocit neskutečnosti vyvíjejícího se plodu. Díky zobrazovacím technikám v průběhu těhotenství stoupá i větší vnímání skutečnosti dítěte (Leifer, 2004). Na základě srovnání dostupných výzkumů bylo potvrzeno vytváření pouta mezi rodiči a dítětem v raných fázích těhotenství, které může být umocněno právě momentem zobrazení plodu pomocí ultrazvukového vyšetření (Rinehart & Kiselica, 2010).

Výzkum provedený na párech se zkušeností prvního těhotenství (N = 54) se orientoval na zmapování vytvářené vazby k dítěti. Výsledky ukazují, že myšlenky a pocity, které se s očekávaným dítětem pojí, jsou srovnatelné mezi matkami i otcí. Muži však tyto své pocity vůči očekávanému dítěti příliš nevyjadřují, což může souviset s vnímáním jejich sociální role.

Výsledky také naznačují, že vztah k dítěti nemusí nutně korelovat s celkovým vztahem k těhotenství (Condon, 1985).

Vazba k dítěti v době těhotenství je v zahraniční odborné literatuře označována pojmy, které potvrzují vznik vztahu mezi matkou a dítětem již od jeho raných fází. V odborných člancích se tak setkáme s pojmy *mother-foetus relationship* nebo *prenatal mother-child relationship* (Van den Bergh, & Simons, 2009). Odraz vytváření vztahu mezi oba nastávajícími rodiči a dítětem se poté odráží i v pojmech *parental-fetal attachment* nebo *prenatal parent-infant relationship* (Cataudella, Lampis, Busonera, Marino, & Zavattini, 2016).

Není možné opominout ani širší vnímání role těhotenství v životě rodičů. Rodiče svým vřelým vztahem ke svému dítěti podporují jeho zdravý vývoj. Tento vztah se utváří již před příchodem dítěte na svět a navazuje na uspokojení významných životních potřeb rodičů. Je možné vycházet ze základní teorie potřeb dle Matějčka (2017), který specifikuje základní potřeby stimulace, smysluplného světa, bezpečí a jistoty, společenského uznání a potřeby otevřené budoucnosti. Početí může být také spojeno se změnou života obou rodičů v souvislosti s jejich vnímanou svobodou či kariérou (Desjardins-Simon & Debras, 2015). Na přijetí těhotenství mají velký vliv zkušenosti rodičů z jejich vlastní nukleární rodiny (Vymětal, 2003).

### **Stádia těhotenství v kontextu jejich prožívání**

Rozdělení stádií těhotenství z psychologického hlediska se odvíjí od proměnných, na které se autoři teorií zaměří. Gloger-Tippeltová (1988 podle Šulová, 2010) se zaměřila na prožívání těhotenství z hlediska vnímání a představ o dítěti matkou.

První stádium je vymezeno počátkem těhotenství, společně s významným milníkem o zjištění těhotenství, které je spojeno především s vnímáním nejistoty. Tato fáze je ukončena přibližně 12. týdnem těhotenství (Gloger-Tippelt, 1988 podle Šulová, 2010). Tato nová situace s sebou může přinášet ambivalentní pocity (Špaňhelová, 2015).

Druhé stádium trávající přibližně do 15. týdne těhotenství je podle Gloger-Tippelt spjato s obrazem očekávaného miminka v mysli matky. Tato fáze souvisí s touhou po dítěti, která získává na intenzitě díky obrazu z ultrazvukového vyšetření (Gloger-Tippelt, 1988 podle Šulová, 2010). Toto a předcházející období je charakterizováno přijmutím nové role matky, kterou již žena zůstane navždy (Špaňhelová, 2015).

Třetí období je charakteristické zaznamenáním prvních pohybů plodu v těle matky, které se jasněji objevují přibližně okolo 20. týdne těhotenství. Jedná se o fázi, ve které již matka vnímá chování dítěte uvnitř sebe samé (Gloger-Tippelt, 1988 podle Šulová, 2010).



Poslední, čtvrté období je nazýváno anticipačním, u matky se objevují jasné představy o tom, co bude dítě po narození potřebovat a jaké bude jej chovat v náručí (Gloger-Tippelt, 1988 podle Šulová, 2010).

Z novějších výzkumů se ukazuje, že ženy mohou představy o budoucnosti s dítětem mít již v dřívějších fázích těhotenství. Ve chvíli, kdy dojde ke spontánnímu potratu, se navíc ukazuje, že potracený plod je ženami vnímán již jako *dítě* (Adolfsson, Larsson, Wijma, & Bertero, 2004).

Otázka spjatá s lingvistickým pojmenováním skutečnosti ztráty embrya, plodu či dítěte je diskutovaná. Jasně dané vymezení přechodu označení plodu a dítěte neexistuje a je patrné, že záleží na kontextu, ve kterém se o plodu hovoří. Moulderová (2001) uvádí, že jiné definice dítěte můžeme vnímat z biologického pohledu, jiné z definice vymezené zákony, jiné vnímání je u religiózních lidí či u dalších sociálních skupin s nepsanými normami vnímání dětí v prenatálním stádiu. Tato nejasnost se poté promítá i do odborné literatury, ve které se kvůli označení dítěte či miminka jako plodu povětšinou ztrácí důraz na vztah mezi matkou a dítětem. Na druhé straně označení dítě či miminko po spontánním potratu může některé ženy vést k uvědomění si hlubší a závažnější ztráty, než při označení spontánního potratu jako ztráty plodu (Moulder, 2001)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> V této souvislosti není ani v České republice ustálená terminologie týkající se označení embrya či plodu, miminka a dítěte. V diplomové práci proto bude využito pojmů s ohledem na kontext probíraného tématu. Medicínské vymezení spontánních potratů bude respektovat terminologii plodu, oproti kapitolám věnujícím se psychologickému pohledu na téma, ve kterých bude kladen důraz na zvýraznění vztahu mezi rodiči (či širším sociálním okolím) a miminkem či dítětem. Jednotně bude tento vztah zahrnut pod pojmem dítě.

## 2 Ukončení těhotenství

### 2.1 Vymezení druhů ukončeného těhotenství

*„Potratem se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500 g nebo jehož hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů“* (Hájek, Čech, & Maršál, 2006, s. 182). Po uplynutí této doby je dle zákona plod od 22. týdne těhotenství vnímán jako dítě. V případě narození dítěte po 22. týdnu těhotenství nejevícího známky života nebo s hmotností vyšší jak 500 g mluvíme o mrtvě narozeném dítěti (Špaňhelová, 2015).

Od 1. 9. 2017 nabyla právní účinnosti novela Zákona č. 256/2001 Sb., o pohřbnictví a o změně některých zákonů, která umožňuje na základě žádosti rodičů důstojné zacházení s plodem po potratu, ke kterému došlo ve zdravotnickém zařízení. Tato úprava zákona přináší zásadní změnu ve vnímání ztráty plodu před dosažením 22. týdne těhotenství jako lidský ostatek, oproti předchozímu vnímání plodu jako biologického odpadu, se kterým v nemocničním prostředí bylo dle tohoto vymezení do té doby nakládáno.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) rozlišujeme samovolný (spontánní) a lékařský (indukovaný) potrat.

#### 2.1.1 Samovolné (spontánní) potraty

Termín samovolný potrat je označením pro spontánní ukončení těhotenství do 12., respektive do 22. týdne těhotenství (Hájek, Čech, & Maršál, 2006; Leifer, 2004; Roztočil & Bartoš, 2011). Ukončení těhotenství v prvním trimestru, tzn. do 12. týdne těhotenství, je označováno jako raný spontánní potrat (Roztočil & Bartoš, 2011). Vlivem technického zdokonalení zobrazovacích metod v prenatální péči dochází také ke kvalitnějšímu zaznamenávání celého průběhu těhotenství. Četnost diagnosticky potvrzených spontánních potratů se pohybuje mezi 10 – 30 %. Dle některých autorů je ale možné dospět až k odhadované hranici 70 % ukončených těhotenství v důsledku spontánního potratu (Hájek, Čech, & Maršál, 2006; Kašparová & Fait, 2009; Penka, Penka, & Gumulec, 2014; Roztočil & Bartoš, 2011). Statistické údaje odkazují na skutečnost, že spontánní potrat je nejčastější komplikací prvního trimestru těhotenství (Roztočil & Bartoš, 2011) a těhotenství vůbec (Rai & Regan, 2006).

Dle statistik zaznamenaných potratů je přítomen nárůst samovolné potratovosti u žen fertilního věku, přičemž počet samovolných potratů na 1000 žen v roce 2008 byl 5,6 – v roce 2016 počet

stoupl na 5,9. V roce 2016<sup>2</sup> mluvíme tedy o 14 212 zaznamenaných samovolných potratech (Zdravotnická statistika, 2018).

Do prvních šesti týdnů těhotenství je pravděpodobnost ztráty plodu v rozmezí od 22 – 57 %, mezi 6. – 10. týdnem se tato pravděpodobnost snižuje na 15 %, nad 10. týden je pravděpodobnost ztráty plodu okolo 2 – 3 % (Roztočil & Bartoš, 2011). Latentní povědomí společnosti o možnostech ukončení těhotenství v prvním trimestru následkem spontánního potratu se ve společnosti projevuje chováním lékařů, kteří doporučují s oznámením gravidity počkat do třetího měsíce těhotenství. Zaznamenat je také můžeme ze samotného chování párů, kteří nejčastěji o graviditě informují až v pozdějších stádiích.

Výskyt samovolných potratů koreluje s věkem matky (Hájek, Čech, & Maršál, 2006). Pravděpodobnost ztráty plodu u matky mladší 20 let je 4,4 %, u matky mezi 20. – 35. rokem je pravděpodobnost ztráty 6,7 %. U žen nad 35 let je pravděpodobnost ztráty 18,8 % (Makrydimas, Sebire, Lolis, Vlassis, & Nicolaides, 2003). Rozdíl v počtu spontánních potratů se jeví i v závislosti na způsobu otěhotnění. Ve studii více jak 50 000 případů umělého oplodnění zaznamenaného v letech 1985–1991 v porovnání s přirozeným početím byl výskyt až 30 % spontánních potratů po umělém oplodnění v porovnání s 19 % spontánních potratů po přirozeném početí (Ezra & Schenker, 1995). Výzkum zaměřený na možnou souvislost mezi prožívaným stresem při náročných životních událostech a výskytem spontánního potratu nepotvrdil, že by vážné životní situace statisticky významně zvyšovaly výskyt spontánně ukončeného těhotenství (Hamilton Boyles et al., 2000). Ani pohlavní styk během těhotenství nezvyšuje riziko spontánního potratu, mimo jiné díky tomu, že v raných stádiích je plod obalen několika plodovými vrstvami, později je chráněn plodovou vodou (Weiss, 2010).

I přes zkušenost spontánního potratu, však zůstává možnost dalšího úspěšného těhotenství až 76 %. Tato prognóza se příliš nesnižuje i s opakovanou zkušeností potratu, jelikož statisticky je i po čtyřech spontánních potratech prognóza úspěšného těhotenství 60 % (Roztočil & Bartoš, 2011).

Z opačné strany statistiky je uváděno, že spontánní potrat zvyšuje riziko přerušení u dalšího těhotenství o 4 – 20 % (Roztočil & Bartoš, 2011). U žen, které potratily více než třikrát, se riziko dalšího potratu zvyšuje na 30 – 70 %. Počet žen se zkušeností opakovaného potratu více jak třikrát se odhaduje na 0,4 – 0,8 % v populaci (Hájek, Čech, & Maršál, 2006). Příčiny bývají multifaktoriální – genetické, anatomické, hematologické, endokrinní, infekční,

---

<sup>2</sup> Pro roky 2017 a 2018 není zdravotnická statistika prozatím dostupná.

imunologické, environmentální, psychologické či idiopatické (Kašparová & Fait, 2009). Tato frekvence dle názoru autorky textu bude pravděpodobně zkreslena především tím, že opakovaná zkušenost se spontánním potratem, může znamenat odmítnutí dalších možných těhotenství, což žádná dostupná statistická šetření nezachycují.

Důvody samovolných potratů jsou dle Hájka, Čecha a Maršála (2006) rozlišovány na příčiny na straně matky nebo na straně plodu. Autoři uvádějí, že až 40 % spontánních potratů je ze zdravotnického hlediska způsobeno abnormalitou plodu. Dle nich se jedná o abnormality na chromozomální či genetické úrovni. Další příčinnou mohou být komplikace z hlediska vývinu neurální trubice nebo malformace plodu (Hájek, Čech, & Maršál, 2006). Z hlediska příčin na straně matky se může jednat o následující oblasti: hormonální příčiny, malformace dělohy, záněty či nádory dělohy, myomy, onemocnění matky, infekce, otravy, trombofilie, inkompetence děložního hrdla nebo prodělané trauma (Hájek, Čech, & Maršál, 2006). Přibližně u poloviny spontánních potratů není možné příčinu přesně odhalit (Roztočil & Bartoš, 2011).

Jelikož jsou důvody spontánních potratů především na straně plodu a týkají se chromozomálních problémů, nelze v tomto ohledu dělat kroky, které by riziko spontánního potratu zcela odstranilo (Oster, 2013). Moulderová (2011) upozorňuje na příčiny úmrtí plodu, které mohou být nezachytitelné vyšetřením a mohou být přítomny jak před oplozením, během něj, tak i po něm. Dle autorky se vady pohlavních buněk projeví v abnormalitách samotného početí, které pokud těhotenství bude dále pokračovat, se promítne v podobě malformace plodu. Dále Moulderová (2011) uvádí, že vajíčko se spermií jsou také náchylné k vnějšímu poškození vlivem radiace, určitým drogám nebo infekcím, stejně tak plod je k těmto vnějším vlivům citlivý. V tomto smyslu tedy možné považovat spontánní potrat normální reakcí na vzniklé abnormality (Moulder, 2011).

V některých případech rizikových faktorů na straně matky je možné využívat preparáty odpovídající zdravotním komplikacím matky. V případě chronických onemocnění je doporučována stabilizace zdravotního stavu před samotným otěhotněním (Roztočil & Bartoš, 2011). Příčiny spontánního potratu jsou v raných fázích těžko odhalitelné, k diagnostice se přistupuje až při třetím po sobě jdoucím potratu. V raných fázích ani odchod plodu z dělohy matky není spojen s tím, že by v množství odcházející krve byl plod jasně rozeznatelný (Moulder, 2011), což způsobuje nemožnost lékařského vyšetření příčin spontánního potratu.

Diagnostika raného spontánního potratu je založena na anamnestických údajích ženy zahrnujících především její zdravotní stav. Dále na gynekologickém vyšetření, určení hladiny

vybraných hormonů specifických pro těhotenství a ultrazvukové vyšetření. Přesná diagnostika umožňuje diferenciaci reverzibilních a ireverzibilních stavů počátku spontánního potratu a tím i adekvátní návrh opatření spojených se zachováním těhotenství či doporučení ukončení těhotenství (Roztočil & Bartoš, 2011). Krvácení spojené se spontánním potratem na začátku těhotenství nebývá ohrožující pro život matky. S postupujícími týdny gravidity je však riziko ohrožení matky vyšší (Penka, Penka, & Gumulec, 2014). Fyziologické projevy spontánního potratu, nemusí být zcela vnímány ihned po odumření plodu. Tato skutečnost je spojena s tím, že placenta a plodové obaly se vyvíjejí ještě nějaký čas i po odumření plodu, a matka se tak může cítit stále těhotná (Moulder, 2011). V některých případech potratů žena může krvácení považovat za projev menstruace (Roztočil & Bartoš, 2011).

Dle průběhu přerušování těhotenství rozlišujeme následující druhy spontánního potratů: hrozící potrat, počínající a probíhající potrat, kompletní a inkompletní potrat, zamlklý potrat a septický potrat (Penka, Penka, & Gumulec, 2014; Roztočil & Bartoš, 2011).

### **Hrozící potrat**

Hrozící potrat se projevuje slabým krvácením společně s bolestmi v podbřišku a v zádech. Plod je životaschopný, děložní hrdlo není prostupné. Ženám se doporučuje klid na lůžku bez pracovních povinností. Potratem je po těchto příznacích ukončeno přibližně 16 % těhotenství (Penka, Penka, & Gumulec, 2014). Avšak i tyto odhady se mohou lišit v závislosti na způsobu posuzování. V některých publikacích se tak setkáváme až s prevalencí 50 % ukončených těhotenství po uvedených příznacích (Leifer, 2004). Příčinou krvácení v raném stádiu může být i pravidelnost menstruace (Roztočil & Bartoš, 2011).

### **Počínající a probíhající potrat**

Projev krvácení je silnější než v případě hrozícího potratu a je doprovázen kontrakcemi. Dle záznamu z ultrazvuku vykazuje plod známky života, avšak další zachování těhotenství se z lékařského hlediska jeví jako nemožné. Zákroky ze strany ošetřujícího personálu se orientují na vyvolání potratu a následnou revizi dělohy (Penka, Penka, & Gumulec, 2014; Roztočil & Bartoš, 2011).

### **Kompletní a inkompletní potrat**

Kompletní potrat označuje odumření plodu a jeho následné plné vypuzení z dělohy. V děloze se však po spontánním potratu mohou nalézat ještě rezidua (tzv. inkompletní potrat), která se při narkóze pomocí kyrety odstraňují (Penka, Penka, & Gumulec, 2014; Roztočil & Bartoš, 2011).

### **Zamlklý potrat**

V případě zamlklého těhotenství dochází k přerušení vývoje plodu a jeho odumření. Tento proces nemusí být doprovázen krvácením. Žena může, ale nemusí, pociťovat ztrátu nespécifických projevů těhotenství (Penka, Penka, & Gumulec, 2014). Odumřelý plod zůstává v děloze, přičemž žena může zaznamenat pocity únavy a nechutenství či zvýšenou teplotu. Tyto projevy mohou souviset s intoxikací, kdy dochází ke vstřebávání tkání odumřelého plodu (Hájek, Čech, & Maršál, 2006).

### **Septický potrat**

Septický potrat je spojen s infekcí. K projevům spontánního potratu se pojí horečka, kvůli které se ženě aplikují antibiotika. Následně dochází pod narkózou k revizi dělohy (Penka, Penka, & Gumulec, 2014). Nejčastější příčinou ukončení těhotenství následkem infekce jsou sexuálně přenosné nemoci (Streitová & Zoubková, 2015).

#### **2.1.2 Lékařské potraty**

Lékařské potraty jsou prováděny na základě ohrožujícího zdravotního stavu matky či plodu. Indikace k lékařským potratům bývá častěji ze strany zdravotních komplikací u plodu, jakými jsou například závažné vrozené vady. Na základě ohrožení zdravotního stavu matky se setkáváme s indikací k lékařskému potratu ve velmi malém měřítku (Weiss, 2010). Pravděpodobně nejčastější příčinou je zjištění tzv. ektopického těhotenství, které označuje všechna těhotenství, kdy dojde k uhníždění oplodněného vajíčka mimo dělohu (Hájek, Čech, & Maršál, 2006).

Do této kategorie je dále zahrnováno umělé přerušení těhotenství na základě žádosti matky (Hájek, Čech, & Maršál, 2006). Umělé přerušení těhotenství (interrupce) na základě žádosti matky je v České republice legální do 12. týdne těhotenství, pokud si o to matka požádá (Weiss, 2010). Pro srovnání počet umělých potratů v České republice v roce 2016 byl 20 406 (Zdravotní statistika, 2018).

Žena rozhodující se pro interrupci se často ocitá v situaci, ze které nevidí jiné východisko, než je ukončení těhotenství. Při rozhodování o ukončení těhotenství se žena ocitá často ve stavu velkého stresu a strachu. Na její rozhodnutí může působit i stav okolností, mezi které patří i finanční či materiální zajištění ženy. Jako nejdůležitější faktor se při rozhodování o umělém přerušení těhotenství jeví podpora okolí. Ve chvíli, kdy je žena podpořena ponechat si dítě i přes nepříznivý vliv okolností, velmi pravděpodobně tak učiní (Rotter, 1999).

Zdravotní následky interrupcí nejsou obvyklé, zvláště pokud se jedná o interrupci prováděnou do 8. týdne těhotenství (Weiss, 2010). Poruchy fertility s ohledem na vyspělé techniky umělého přerušeni těhotenství se vyskytují výjimečně, vyšší riziko je navázáno na pozdější týdny provedené interrupce či zdravotní komplikace při zákroku (Roztočil & Bartoš, 2011). Diskutovaná otázka mezi odborníky je v oblasti psychických dopadů na prožívání žen po potratu. Současná vyspělost zdravotnického systému, legálnosti prováděných interrupcí a možnosti rozhodnutí samotné matky, mohou přispívat k minimálním zdravotním následkům interrupcí (Šulová & Fait, 2009).

Dopady na psychické prožívání jsou velmi individuální. Na jedné straně se tak setkáváme s tvrzením, že tzv. postinterrupční syndrom (vykazující diagnostická kritéria jako posttraumatická stresová porucha) neexistuje a s psychickými následky umělých přerušeni těhotenství se prakticky nesetkáváme. A to i v případě, že interrupce může být společensky vnímaná jako nepřijatelná a legislativní opatření zamezují využívání této možnosti kontroly rodičovství (David, 1978). Psychické následky interrupcí bývají v tomto případě považovány za minimální, týkající se přibližně 10 % žen s touto zkušeností a přetrvávají pouze na přechodnou dobu (Weiss, 2010). Oproti tomu se setkáváme i s výsledky výzkumů potvrzujícími psychické následky po prodělané interrupci kvalitativně naplňující projevy po traumatu, které si žena nese ve svém životě (Freed & Salazar, 2008; Poltawska, 1991; Rotter, 1999; Roztočil & Bartoš, 2011).

Literatura věnující se umělému přerušeni těhotenství, i množství výzkumů na toto téma jsou dostupnější, než v případě publikací věnujících se spontánnímu ukončení těhotenství. I když psychické následky se mohou v obou případech podobat, příčiny se u obou druhů potratů liší, proto bude v diplomové práci dále zaměřena pozornost pouze na téma spontánních potratů i s ohledem na ženy, které neměly možnost volby ukončení těhotenství.

### **3 Psychické prožívání prenatalní ztráty dítěte**

Úmrtí dětí je z dnešního pohledu považováno za událost, která je nepřirozená. V historii tomu tak vždy nebylo. Ještě v minulém století se setkáváme s tím, že úmrtí novorozenců a mladších dětí bylo součástí běžné lidské zkušenosti (Parkes & Prigerson, 2009; Šiklová 2013).

Ztráta v prenatalním období je spojena s vnímáním osobní krize, zasahující prožívání ženy, které si ani sama nemusí být vědomě schopna připustit. Po zkušenosti spontánního potratu je žena zranitelnější, v některých případech může být ohrožena nedořešeným smutkem nad ztrátou svého dítěte (Stack, 1984).

Ztrátou jsou ovlivněni i blízcí ženy. Zvýraznění ztráty dítěte v průběhu těhotenství může nastat především, pokud už pár má za sebou ultrazvukové vyšetření spojené s fotografickým záznamem plodu (Rinehart & Kiselica, 2010). Okolí truchlící může být i samo ztrátou zasaženo, může být bezradné v poskytování podpory pro danou ženu nebo cítit znepokojení nad projevenými reakcemi (Špatenková, 2008), hloubku prožívané ztráty nemusí být schopné ani přijmout (Stack, 1984).

Dopad ztráty se promítá do partnerského vztahu ale i do vztahu k vlastním dětem (Freed & Salazar, 2008). Bowlby (2013) poukazuje na možný odraz ztráty dítěte ve vztahu matky k přeživším dětem, kterým nemusí věnovat takovou pozornost jako doposud (Bowlby, 2013). Součástí jsou i vztahy nastávající rodiny s prarodiči, kteří s příchodem těhotenství mají přijmout svoji roli babiček a dědečků (Leifer, 2004). V případě ztráty vnoučete poté truchlí nejen za úmrtí vnoučete, ale i za vlastní děti, které přišli o své dítě (Ponzetti & Johnson, 1991 podle Parkes & Prigerson, 2009).

#### **3.1 Možné následky ukončeného těhotenství**

Psychické následky ukončeného těhotenství mohou následovat bezprostředně po ztrátě, jindy se mohou objevit s odstupem až několika let (Freed & Salazar, 2008). Vynoření následků s odstupem řady let může být spojeno například s nemožností dalšího otěhotnění. Zpětně se tak zkušenost se spontánním potratem může jevit jako náročnější, než v danou chvíli byla prožívána.

Projev následků přerušeno těhotenství mohou spustit situace spojené s touto zkušeností, předměty, nebo lidé. I s časovým odstupem se může být prožita znovu se všemi svými projevy, ač byla považována za uzavřenou a zpracovanou (Freed & Salazar, 2008).



Specifickým projevem následků je tzv. výroční syndrom vázaný na den spontánního potratu či na den očekávaného porodu. V tyto dny se mohou následky především v emoční oblasti, ale i tělesné prohlubovat a být intenzivnější (Freed & Salazar, 2008). Často se tak děje na neuvědomované rovině, která není rodičům srozumitelná. Ale při vědomí této možnosti jim mohou být tyto prožitky srozumitelnější.

### **Emoční prožívání**

Situace ztráty dítěte, která se již nedá nijak změnit, vyvolává pocity naprostého zoufalství a smutku. Silně bývá prožíván hněv a rozhořčení nad ztrátou dítěte. Projevy hněvu mohou být spojeny se zmatením, jak je možné, že v době radosti z očekávání příchodu dítěte na svět se objevila smrt, která vše zmařila (Kohner & Henley, 2013). Na základě výsledků metaanalýzy je u žen nejpravděpodobnější reakcí na stres způsobený ztrátou dítěte vlivem spontánního potratu depresivní reakce (Adolfsson, 2011).

V prvních chvílích po ztrátě dítěte se mohou u žen objevit pocity viny, spojené především s vnímáním vlastní zodpovědnosti za ukončení těhotenství (Bowlby, 2013). Pocity viny se mohou soustředit na hodnocení jednotlivých kroků, které mohly vést k tomu, že ke spontánnímu potratu došlo. K těmto pocitům se může připojovat vnímání zodpovědnosti za bolest partnera nebo širšího okolí, které reaguje na ztrátu dítěte. V ženě tak mohou vznikat pocity ze selhání v mateřské roli (Kohner & Henley, 2013). V případě neplánovaného početí může být dítě vnímáno jako důvod pro udržení vztahu, který by jinak skončil (Desjardins-Simon & Debras, 2015). Pokud v takovém emočním nastavení dojde ke ztrátě dítěte, mohou si zpětně rodiče uvědomovat význam dítěte v jejich životě, a ztráta tak může být vnímána jako velmi tíživá. Současně s tím se mohou vyskytovat i pocity viny a zodpovědnosti za ztrátu vlivem negativních myšlenek o počatém dítěti (Kohner & Henley, 2013).

Doprovázejícím jevem tíživého prožívání bývá izolace od blízkého okolí a přátel. Svojí roli zde hraje možnost jak nedostatečného pochopení ze strany sociálního okolí, tak také přesvědčení, že nikdo bez této zkušenosti nemůže dostatečně pochopit následky, které si s sebou žena nese. Nakonec se tak ženy mohou ocitnout samy a bez jakékoli sociální opory (Harvey, Creedy, & Moyle, 2001). Není tedy výjimkou, že následují pocity osamělosti a prázdnoty (Kübler-Ross, 1995).

### **Projevy v somatické oblasti**

Po ztrátě dítěte se prožitky mohou objevit i na tělesné úrovni. Mezi tyto prožitky patří především v akutní fázi změny spánkového rytmu, změny v oblasti stravování, objevují se

pocity nechutenství či sevření žaludku. Člověk může pociťovat bušení srdce, stažení hrdla či problémy s dýcháním. Celkově se může člověk cítit slabý a unavený (Gärtnerová, 2017).

### **Dopady na kognitivní oblast a změny v chování**

Mimo následky v emočním prožívání se mohou intenzivně projevit změny v kognitivní oblasti a v oblasti chování. Studie poukazují na to, že ženy mohou vnímat svoji roli matky již od doby početí. S touto rolí matky se pojí také naděje a sny týkající se dítěte. Se spontánním potratem o tuto roli ženy přicházejí a vnímají, že i společnost je již jako matky nevnímá, jelikož ztráta v raných fázích těhotenství není ostatními vnímaná jako ztráta *dítěte* (Harvey, Creedy, & Moyle, 2001). Na základě komparace výsledků jednotlivých výzkumů se ukazuje, že i muži mají s těhotenstvím spojené představy o tom, jakými budou otci. Přerušování těhotenství ničí jejich očekávání bezproblémového narození dítěte (Rinehart & Kiselica, 2010). Malacridová (2016) označuje ztrátu nadějí, snů a očekávání jako sekundární a méně zřejmý dopad na psychické prožívání po úmrtí dítěte.

V oblasti chování jsou zaznamenatelné projevy především v sexuální oblasti. Vyhýbavé chování se záměrem nevyvolávat emoce spojené se ztrátou se může projevovat v různých oblastech života ženy. Může vést k izolaci od těhotných známých, rodičů, malých dětí či k odmítání gynekologických vyšetření. Zároveň se myšlenkové procesy a chování mohou začít soustředit pouze směrem k dalšímu otěhotnění nahrazujícímu aktuální ztrátu (Freed & Salazar, 2008).

## **3.2 Faktory ovlivňující prožívání perinatální ztráty**

### **3.2.1 Vývojové stadium plodu při ukončení těhotenství**

Prožívání smutku u žen jako projevu ztráty po spontánním potratu může být ve své intenzitě srovnatelné jako při ztrátách v pozdějších stádiích těhotenství (Peppers & Knapp, 1980 podle Stack, 1984). Na druhé straně výzkumná studie Laskera a Toedtera (1991) provedená u žen a mužů ( $N_F = 138$ ,  $N_M = 56$ ) po ztrátě dítěte během těhotenství poukazuje na možné rozdíly prožívaného smutku s ohledem na gestační věk dítěte. Na základě výsledků *Škály perinatálního zármutku*<sup>3</sup> dospěli výzkumníci k tomu, že hloubka prožívání po ztrátě dítěte se zvyšuje s gestačním stádiem plodu. Zároveň také upozorňují, že při opakovaném měření došlo k signifikantnímu posunu ve skóru prožívaného smutku u lidí, kteří si prošli ztrátou dítěte v brzkých stádiích těhotenství – zatímco po dvou měsících od ztráty byly skóry oproti jiným

---

<sup>3</sup> V originále *Perinatal Grief Scale* (Potvin, Lasker, & Toedter, 1989; Toedter, Lasker, & Alhadeff, 1988).

skupinám významně nižší, s odstupem dvou let již byl jejich průměrný skór prožívaného smutku statisticky na stejné hladině jako u ostatních skupin (Lasker & Toedter, 1991).

Je tedy na místě mít na paměti metodologické vedení výzkumů, které se na význam gestačního věku zaměřují. Jak bylo naznačeno výše, míra zaznamenaného smutku může být odvislá od doby, ve které k studii dochází. Vedle metodologického hlediska svoji roli hraje také průběh reakce na ztrátu. Adolfsson (2011) přichází se zjištěním, že rodiče po ztrátě dítěte v raných fázích těhotenství zažívají především pocity spojené s vinou a vnímáním zodpovědnosti za ukončení těhotenství, které neumožňují dostatečně prožít smutek spojený se ztrátou dítěte v raných fázích těhotenství.

Vliv vývojového stadia plodu při ukončení těhotenství na míru prožívaného smutku je stále diskutovanou otázkou. Dle autorky textu, snaha dobrat se jasného výsledku však může zastínit celkový obraz prožitků rodičů po zkušenosti se spontánním potratem, kteří svůj smutek skutečně prožívají bez ohledu na to, jak prožívají svůj smutek rodiče, kteří přišli o starší dítě. Jakákoli snaha kvantifikovat míru prožívaného smutku v porovnání různých skupin může spíše vyvolávat pocit nepochopení, bagatelizace prožívané ztráty či neuznání míry truchlení.

### **3.2.2 Opakovaná zkušenosti se spontánním potratem**

Rai a Reganová (2006) upozorňují na to, že zavedené postupy léčby opakujících se spontánních potratů vyžadují hlubší výzkum pro lepší zaměření intervencí pro páry s touto zkušeností. Opakující se potrat třikrát či vícekrát za sebou přináší pocity frustrace na straně párů, které se snaží o další těhotenství, tak i na straně ošetřujícího personálu. Až třetina žen navštěvujících specializovaná zařízení je klinicky depresivní a mohou se u nich objevovat i úzkosti (Rai & Regan, 2006).

Význam dalšího zkoumání tohoto tématu se odvíjí i od výsledků dalšího výzkumu, ve kterém bylo potvrzeno, že mezi rizikové faktory, které mohou mít vliv na výskyt psychiatrických diagnóz po zkušenosti spontánního potratu, předchozí ztráty v těhotenství patří (Lok & Neugebauer, 2007).

### **3.2.3 Pohlaví rodiče**

Rozdílnost v prožívání ztráty dítěte může v páru vzbuzovat konfliktní situace a vést k projevům depresivní symptomatologie u žen (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad, & Weiner, 1996). Upozornění na možné rozdíly v prožívání prenatální ztráty z hlediska pohlaví, se stává možností, jak lépe vnímat možné následky ztráty dítěte u obou rodičů a být citlivý ke všem projevům emocí u obou rodičů. Ač prožití ztráty je značně individuální, obecně se role mužů

orientuje na poskytnutí pomoci a podpory ženě. Tento předpoklad může vést k útlumu emočních projevů ve prospěch ženy. Neznamená to však, že by ztráta pro muže byla méně významná (Špaňhelová, 2015). Dynamika prožívání v páru se odrazila i ve výsledcích výzkumu zaměřeného na rodiče ( $N_F=39$ ;  $N_M=32$ ) se zkušeností spontánního potratu. Závěry poukazují na to, že muži mohou prožívat vlastní zármutek nad ztrátou dítěte a navíc ještě zármutek nad prožitky jejich partnerky, který znovu ovlivňuje jejich vlastní reakci (Conway & Russell, 2000). Výsledky další studie provedené na partnerských párech nejdříve po ztrátě dítěte ( $N=56$ ), s odstupem šesti měsíců ( $N=47$ ) a poté po dvanácti měsících po ztrátě dítěte ( $N=45$ ) potvrzují rozdíly v truchlení v závislosti na pohlaví. U mužů je truchlení jiné především v nižší intenzitě zato v dlouhodobějším trvání. Muži nemají tolik potřebu plakat a mluvit o zkušenosti ztráty dítěte jako ženy. Ztráta očekávání a nadějí vložených do narození dítěte je srovnatelná u obou pohlaví (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad, & Weiner, 1996). Studie ( $N_F=138$ ,  $N_M=56$ ) věnující se mimo jiné i vlivu pohlaví na prožívání ztráty přinesla závěry, že projevy ztráty dítěte jsou v prvních měsících závislé od pohlaví, avšak po roce od ztráty již nejsou rozdíly signifikantní (Lasker & Toedter, 1991). V kontrastu s těmito zjištěními jsou výsledky výzkumu Conwayové a Rusella (2000). Autoři na základě studie provedené na rodičích ( $N_F=39$ ;  $N_M=32$ ) komentují výsledky celkového skóru a skóru subškál na *Škále perinatálního zármutku*, které u mužů byly signifikantně vyšší, než u žen. Autoři tento výsledek diskutují a zvažují možný vliv nedostatečně velkého souboru dat (Conway & Russell, 2000).

### **3.2.4 Umělé oplodnění**

Studie zaměřená na ženy ( $N=10$ ), které přišly o své dítě během těhotenství po umělém oplodnění, probíhala formou hloubkových rozhovorů. Výsledky ukazují prožívání žen shodné se ženami po ztrátě dítěte, které bylo počato přirozenou cestou. Mezi prožitky se řadí pocity smutku, ztráty kontroly nad situací, vnímání osobní zodpovědnosti za ztrátu dítěte a otřesení vlastní víry. Ztráta plodu po umělém oplodnění však umocňuje prožitek všech minulých ztrát spojených s neplodností. Další pokusy o otěhotnění pomocí asistované reprodukce se tak jeví pouze jako možnost dalšího spontánního potratu. Proto nemusí být další pokusy o otěhotnění pomocí asistované reprodukce využity (Harris & Daniluk, 2009).

### **3.2.5 Spiritualita a víra**

Role náboženského přesvědčení ve zvládání náročných životních situací spojených se zvýšeným stresem není dostatečně prozkoumána (Brier, 2008; Cowchock, Lasker, Toedter, Skumanich, & Koenig, 2010).

Studie ( $N_F = 103$ ) zaměřující se na náboženská přesvědčení a praktiky v souvislosti se zvládáním ztráty dítěte v průběhu těhotenství nepotvrdila souvislost mezi vnitřní religiozitou (která zahrnuje prožitek víry jako nejvyšší vnitřní hodnoty) a pozitivními náboženskými strategiemi vyrovnávání se se stresem (např. religiózní odpuštění nebo hledání náboženské podpory). Předpoklad výzkumníků, že vysvětlení ztráty dítěte na základě Boží vůle bude predikovat menší skóry na *Škále perinatálního zármutku*, nebyl potvrzen. Ukázalo se, že toto přesvědčení může vést k vnitřnímu náboženskému boji, který je spjat s vyššími skóry v rámci prožívání perinatální ztráty. Vyšší hodnoty skóre prožitků perinatální ztráty jsou spojeny také s negativními religiózními strategiemi, ve kterých se odráží přesvědčení o trestání ze strany Boha nebo nepochopení Božích záměrů (Cowchock, Lasker, Toedter, Skumanich, & Koenig, 2010).

Rozdílné výsledky dopadu víry a náboženství při ztrátě dítěte můžeme najít ve studii zaměřené na rodiče ( $N = 124$ ), kterým náhle zemřel novorozenec, ukazuje se, že větší náboženská účast napomáhala hlubšímu vnímání sociální opory a hledání významu ztráty dítěte. Náboženství umožnilo kognitivně zpracovat a nalézt smysl smrti (McIntosh, Silver, & Wortman, 1993).

## 4 Proces truchlení jako reakce na ztrátu dítěte

Proces truchlení je normální reakcí na ztrátu dítěte, jedná se o způsob vyrovnávání se se závažnou životní událostí spojenou s úmrtím blízkého (Kubíčková, 2001). Připuštění si všech pocitů spojených se ztrátou dítěte je v procesu vyrovnávání se klíčové a dle Kohnerové a Henleyové (2013) i přes počáteční pocit naprostého zoufalství je možné postupné urovnávání silných emocí a jejich pozvolné měnění. Ztrátu dítěte to nevrátí, událost ztráty nebude zapomenuta, může se však změnit prožívaná bolest obou rodičů (Kohner & Henley, 2013). Dle Kübler-Rossové (2003) žádný člověk nedokáže v případě ztráty dítěte uchránit rodiče od bolesti, která je se ztrátou spojená. Každý tu však může být jako opora pro truchlící rodiče, jako někdo, kdo naslouchá, je po ruce kvůli praktickým činnostem a pomáhá od pocitu osamocení (Kübler-Ross, 2003).

Hughes a Riches (2003) upozorňují, že zármutek bývá u rodičů, kteří procházejí ztrátou dítěte v průběhu těhotenství znatelný i po dobu dvou let. K výraznějšímu zlepšení psychického stavu dochází obvykle po období šesti měsíců od ztráty dítěte (Hughes & Riches, 2003). Jelikož ztráta dítěte patří mezi nejobtížnější události, které v životě jedince mohou nastat, je pro překonání této ztráty zapotřebí především dostatečné množství času a dostatečné pochopení péče (Kübler-Ross, 1995).

Brier (2008) na základě srovnání dostupné literatury dospěl k názoru, že pozornost věnovaná oblasti spontánních potratů a s tím spojeného truchlení je malá a výsledky jsou tedy velmi nekonzistentní a málo jasné. Zároveň uvádí, že projevy procesu truchlení v reakci na ztrátu dítěte v průběhu těhotenství jsou u každého specifické, celkovým obrazem se ale prožívaný zármutek neliší od zármutku prožívaného u jiných typů závažných ztrát (Brier, 2008). Různorodost projevených prožitků jiných lidí od vlastního prožívání může dále vytvářet pocity osamělosti, jelikož nemusí být snadné nalézt pochopení ani pro vlastní obraz prožívání (Gärtnerová, 2017).

Současné společenské nastavení není tématu smrti zcela otevřeno, a může tu tak být vytvořen tlak na pozůstalé, aby o tématu ztráty nehovořili a nezatěžovali tím své okolí. Zasažený člověk se tak může cítit nepochopen a sám může své projevy zármutku skrývat, protože se mu jeví jako nepatřičné (Kubíčková, 2001). Sociální hodnocení hloubky ztráty blízké osoby může ovlivnit prožívání prenatalní ztráty dítěte. Doka (1999) hovoří o tzv. neuznaném smutku<sup>4</sup> jako

---

<sup>4</sup> V originále disenfranchised grief (Doka, 1999).

o vyjádření ztráty, která není ve společnosti známá nebo se o ní nemluví jako o možném traumatu. Kvůli společenskému vnímání spontánního potratu jako méně významné události může být zamezováno projevu truchlení, a zasažený člověk tak může zůstat sám a nepochopen ve svém prožívání. Každá společnost má určité normy, které určují projevy procesu truchlení a stanovují míru uznané ztráty. Tyto normy však nemusí korespondovat s osobním vnímáním ztráty (Doka, 1999). V souvislosti se spontánním potratem může nastat směrem od okolí bagatelizace této zkušenosti, nedostatek projeveného pochopení nad ztrátou či přehlížení projevů žalu nad ztrátou dítěte.

Proces truchlení je přirozenou reakcí na závažnou životní událost ztráty blízké osoby. Dle diagnostického a statistického manuálu duševních poruch 5. revizi můžeme rozlišit tzv. komplikované a protrahované truchlení. Dle kritérií jde o projevy zármutku, které přetrvávají déle jak 12 měsíců a jsou spojeny s trvalým truchlením po blízké osobě, intenzivními emocemi a pláčem (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015). Kubíčková (2001) do projevů komplikovaného truchlení zařazuje: (1) chronické reakce na ztrátu, (2) odložené reakce na ztrátu, (3) nezvykle přehnané reakce a (4) skryté reakce (Kubíčková, 2001).

(1) Chronická reakce na ztrátu může být přítomna i několik let. Truchlící člověk si sám uvědomuje, že jeho reakce trvá delší dobu, než je u truchlících osob obvyklé, a proto se rozhodne vyhledat odbornou pomoc. (2) Odložená reakce na ztrátu blízkého se může projevit až s odstupem od této události a může být spuštěna například jinou ztrátou. (3) Excesivní reakce přerůstají svým charakterem až do patologického prožívání obav z možné smrti, mohou se zde rozvíjet silné pocity bezmoci a zoufalství. Poslední zmíněná (4) skrytá reakce na ztrátu blízké osoby se také označuje pojmem larvovaná reakce. Nedostatečný prostor pro projev emocí po ztrátě blízké osoby může vést až k potlačení procesu truchlení. Takto potlačený zármutek se může projevit v podobě psychosomatických obtíží, které truchlícího přivedou do ordinace nejčastěji praktických lékařů, protože mají snahu dopátrat se somatické příčiny pozorovaných obtíží (Kubíčková, 2001).

V následujících podkapitolách bude nejdříve shrnut tzv. normální adaptační vzorec v reakci na závažnou stresovou událost. Dále budou rozebrány dvě teorie věnující se reakcím na ztrátu blízké osoby podle Elisabeth Kübler-Rossovové a Vereny Kastové, které jsou pravděpodobně nejčastěji užívanými teoriemi reakcí na ztrátu blízké osoby. Autorka si je vědoma, že dané teorie se nevěnují primárně ztrátě dítěte v raných fázích těhotenství. Nicméně žádná doposud

zveřejněná a dostupná literatura k tomuto tématu není, proto zde uvedené informace o procesu truchlení při ztrátě blízké osoby budou konfrontovány s výsledky empirické části diplomové práce věnující se ztrátě dítěte v raných fázích těhotenství (viz Diskuze a shrnutí výsledků výzkumu).

#### **4.1 Normální adaptační vzorec**

Především v rámci krizové intervence se můžeme opírat o jednoduchý třístupňový model reakce na sdělení o úmrtí dítěte: (1) *okamžitá reakce*, zahrnující především otupělost a neschopnost uvěřit, (2) *rozvoj plné reakce*, projev všech emocí souvisejících se ztrátou, např. úzkost, zoufalství, vztek a pocity viny, mohou se objevit i depresivní projevy, (3) *vyšetření*, zahrnující přijetí skutečnosti a orientaci na budoucnost (Brown, Pullen, & Scott, 1992).

#### **4.2 Reakce na ztrátu blízké osoby dle Elisabeth Kübler-Rossové**

Pět etap vývoje reakce na ztrátu blízké osoby je pravděpodobně jeden z nejznámějších konceptů, se kterými se můžeme v psychologické teorii setkat. Dle Kübler-Rossovové a Kesslera (2005) teorie nepřináší jasnou linii vývoje emočních reakcí na ztrátu blízké osoby, jako spíše možný podklad pro pochopení probíhajících procesů. Dle autorů je každá ztráta blízkého specifická, což s sebou přináší i specifické reakce každého ze zasažených. Autoři se však shodují, že teorie poskytuje zachycení toho, s jakými obtížemi se člověk může setkávat a nabídnout hlubší porozumění těmto procesům truchlení. Upozorňují však, že ne každý projde všemi fázemi reakce na ztrátu a ne u každého se budou reakce projevovat podle předem dané šablony (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

Přijetím projevů v jednotlivých stádiích, bez jejich souzení, či snahy o jejich korekci, se lidé sami dostávají z jednoho stádia do druhého. Každý má právo zůstat v jednotlivých stádiích, jak dlouho potřebuje. Není cílem klienty posouvat ze stádia do stádia, každý je schopen projít dle svých aktuálních možností tam, kam sám může (Kübler-Ross, 1993). Jednotlivá stádia jsou: (1) popření, (2) hněv, (3) smlouvání, (4) deprese a (5) akceptace (Kübler-Ross, 2015).

#### **Popření**

Toto stádium připravuje organismus na přijetí zprávy o úmrtí, je fází mobilizace k uvědomění si ztráty (Kübler-Ross, 2015). Důležitým momentem je odžití si této fáze, po které bude daný jedinec schopen přijmout informace, které se ztrátou blízké osoby pojí. V dané fázi šoku nemusí být možné pro člověka dané informace vstřebávat a je tedy na místě citlivě zhodnotit jaké informace a kdy sdělovat (Kübler-Ross, 2015). Lidé v této fázi jsou pod vlivem šoku ze sdělené



zprávy, případně u nich můžeme vnímat znečitlivění. Tato reakce je někdy mylně interpretována jako popření dané události, avšak to tak nebývá. Lidé vnímají tuto událost, ale prožívané emoce jsou natolik silné, že organismus reaguje zmíněnými způsoby (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

Mohou se také objevit pocity, že zprávy o úmrtí byly mylné a s tím se pojí snaha o další přezkoumání sdělené zprávy. Taková reakce je výraznější u lidí, kterým byla zpráva sdělena jednoduše a bez empatie, urychleně či osobou, která daného člověka příliš nezná (Kübler-Ross, 2015).

### **Hněv**

Hněv po ztrátě milované osoby může být směřován na různé objekty – na ty, kteří nás opustili, blízké, nás samotné, doktory a všechny, kteří teoreticky mohli být se ztrátou spojeni. Hněv může být zaměřen na situaci a její okolnosti. Zároveň se hněv orientuje na čas, který jsme s daným blízkým už nemohli prožít (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

### **Smlouvání**

Fáze smlouvání je charakteristická představami událostí, které by mohly smrt blízké osoby odvrátit. Člověk může pociťovat vinu, která je s událostí ztráty blízké osoby spojená. Snaží se hledat možnosti, kterými se dalo události zabránit. Typické jsou fráze: „Co kdyby...?“ (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

### **Deprese**

Fáze deprese je prožitek v přítomnosti, který je spojen s obrovskou ztrátou. Smutek, který v této fázi pociťujeme, zasahuje hluboké vrstvy našeho prožívání a je vnímán jako nikdy nekončící. Je důležité tuto fázi nezaměňovat s klinickou depresí. Reakce na ztrátu milované osoby je obvykle velmi hluboká. Je bezpochyby, že ztráta blízkého je sama o sobě značně depresivní a i samotná reakce tomu odpovídá (Kübler-Ross & Kessler, 2005).

### **Akceptace**

Stadium akceptace je spojeno s přijutím stavu konečnosti tak, jak je. Toto stádium stále může být spojeno s prožíváním zármutku, ač již není jediným projevem, kterým se lidé po ztrátě vyrovnávají. Na smrt je možné nahlížet z mnoha různých úhlů pohledu a je na každém, jaký úhel pohledu si pro sebe zvolí. Velkou roli zde hraje přístup odborníků, kteří podporují daného člověka. Zároveň záleží i na okolí, které se s danou zprávou také vyrovnává různými způsoby, a které daného člověka může vázat k předchozím stádiím (Kübler-Ross, 1993).

### **4.3 Reakce na ztrátu blízké osoby dle Vereny Kastové**

Verena Kastová (2015) vymezuje jednotlivé fáze následovně: (1) fáze, kdy člověk nechce uvěřit, (2) fáze otevřených emocí, (3) fáze hledání zemřelého a odpoutávání se od něj, (4) fáze nového vztahu k sobě a ke světu (Kastová, 2015).

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

V této fázi člověk zprávu o ztrátě blízkého nepřijímá, nevěří jí. Jedná se o reakci na silný emoční prožitek, se kterým může být neskutečně těžké se vyrovnat, a proto dochází k možnému emocionálnímu ustrnutí s cílem zvládnout náročnou životní zkušenost. Pozdější projevy silné emoční reakce mohou mít svůj původ právě v těchto prvních okamžicích po sdělení zprávy o úmrtí. Člověk v této fázi potřebuje od okolí ujištění, že na situaci nezůstává samotný a je zde někdo, komu se může svěřit. Zároveň je důležité respektování emočních projevů, které se mohou vyskytnout (Kastová, 2015).

#### **Fáze otevřených emocí**

V této fázi se setkáváme s celou řadou projevených emocí v souvislosti se ztrátou. Jedná se o pocity vzteku, smutku, radosti, hněvu, úzkosti, neklidu či bezmoci. Právě bezmocnost tváří v tvář smrti může podněcovat projevy hněvu vůči okolí, kdy se zasažený člověk snaží hledat viníka dané situace. Projevy pozitivních emocí mohou být spjaty se vzpomínkou na vztah, či na existenci daného člověka, kterou nemůže smrt zrušit (Kastová, 2015).

Hledání příčin ztráty blízké osoby může být spojeno s hledáním viníka, který za smrt může. Nalezení tohoto vysvětlení může být podpurným momentem v kontaktu se smrtí, která se jinak zdá všemohoucí, a my jsme vůči ní bezmocní. Každá ztráta blízké osoby se dotýká našich hranic vnímání smrti a konečnosti našich životů. Nalezení konkrétní osoby zodpovědné za smrt, byť jen částečně se může projevit znovunabytím důvěry v předvídatelnost světa (Kastová, 2015).

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

Kastová (2015) tuto fázi vnímá jako možnost nacházení významu odchodu blízké osoby v kontextu vlastní identity, respektive té části, která s ním byla spjata. Jedním ze způsobů vyhledávání ztracené osoby je vnitřní dialog s představou této osoby. Konfrontace skrze vnitřní dialog může napomoci uzavřít nedořešené otázky a smířit se s odchodem (Kastová, 2015).

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

Člověk v této fázi již přijal ztrátu a osvojil si nové vzorce chování, které nejsou vázány na ztracenou blízkou osobu. Stále se mohou objevovat regrese do fáze truchlení, avšak tyto fáze můžeme vnímat jako možnost ke znovuzpracování prožitého zážitku. Zvláště v situacích

připomínajících konkrétní zážitek střetu se smrtí se může objevit prožitek stejného emočního ladění jako dříve. Pozdní fáze zdařilého odžití smutku se dá charakterizovat jako nové vnímání vztahu k sobě samému a ke světu. Člověk v této fázi může na danou skutečnost pohlížet i ze strany rozvoje sebe samého. Tato fáze neznamená nepřítomnost negativních emocí, avšak člověk je nyní vědom nového smyslu svého života (Kastová, 2015).

## **5 Teorie traumatu v kontextu ztráty dítěte v průběhu těhotenství**

Výzkum Krosche a Shakespeare-Finchové (2017) provedený na ženách (N= 328) se zkušeností spontánního potratu a mrtvě narozených dětí naznačují, že ztráta dítěte může být prožívána jako traumatická událost. Ratislavová (2008) upozorňuje na možnost výskytu posttraumatické stresové poruchy u žen, které zažily náročný porod, nebo se jim narodilo mrtvé dítě.

Další výzkumy věnující se výskytu posttraumatické stresové poruchy po ztrátě v raných fázích těhotenství budou rozebrány níže. Jednoznačný závěr však není k dispozici. Nicméně jak již bylo uvedeno, dle Briera (2008) je obraz zármutku na ztrátu v průběhu těhotenství srovnatelný s průběhem zármutku i u jiných ztrát. Pokud budeme z tohoto předpokladu vycházet, domnívá se autorka textu, že tak můžeme uvažovat i o možnosti srovnatelných následků v reakci na ztrátu blízké osoby i u ztráty dítěte v průběhu raných fází těhotenství, do které by tedy posttraumatická reakce mohla být zařazena také.

Proto následující kapitoly budou věnovány možným následkům střetu se závažnou životní událostí. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (1992) je možnou odpovědí organismu na stresovou situaci *akutní reakce na stres* nebo *projev posttraumatické stresové poruchy*.

### **5.1 Akutní reakce na stres**

Akutní reakce na stres je odpovědí na závažnou životní událost, která obvykle přetrvává v řádu hodin až dnů. Mezi příčiny akutní reakce na stres se řadí mimo jiné i náhlé ohrožující změny v mezilidských vztazích, včetně ztráty blízké osoby (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992).

Vznik reakce i její podoba jsou u každého velmi individuální. Prvotní reakce na závažný stres zahrnuje ustrnutí, které dále ovlivňuje zúžení vědomí a snižuje schopnost orientace a pozornosti. Současně se může objevit depresivní reakce, úzkost, zlost a zoufalství. Mohou se střídát fáze nabuzení a útlumu (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992).

### **5.2 Posttraumatická stresová porucha**

Traumatická událost je vymezována jako situace, ve které dochází k ohrožení tělesné integrity člověka nebo jako nečekaná a rychlá změna v prostředí jedince, která může způsobit ztrátu vnímaného bezpečí. V kontextu posttraumatické stresové poruchy se hovoří o následcích situace, která přesahuje svojí mimořádně ohrožující silou obvyklé události a u které se dá předpokládat silná reakce v emočním prožívání u každé osoby (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992). V situaci traumatu prožívá člověk ohrožení základních lidských potřeb, především zničení pocitu bezpečí a ztrátu smysluplnosti života. Traumatické situace jsou

spojeny s prožitkem ztráty kontroly nad situací, respektive prožitkem bezmoci a zaplavením pocitem hrůzy (Herman, 2001). Situace, u nichž nedochází k přímému ohrožení života jedince, se však mohou stát traumatizujícími také. Mezi takové události mohou být zařazeny zkušenosti ztráty blízkého člověka, i ve formě náročného rozchodu, operace, extrémní stavy po užití drog. Zároveň do této skupiny patří i úmrtí dítěte (Praško, Hájek, Pašková, Preiss, Šlepecký, & Záleský, 2003). Reakce na trauma jsou velmi individuální a pro každého může být traumatem jiná zkušenost (Levine, 2018).

Levine (2011) pracuje především se zachycením prožívání, které je pro trauma typické, a mnohdy jsou projevy traumatu spojeny s primitivními reakcemi organismu. Symptomy traumatu se v reakci na zjevně závažnou životní událost mohou objevit jasně a v plné síle. U řady lidí však takové reakce nemusí být zřetelné, zvláště pokud si sílu dané události nepřipustí, a proto může být trauma odhaleno až na základě zkoumání vlastních reakcí ve stresových situacích (Levine, 2011). Autor upozorňuje na jeden z hlavních faktorů traumatizace, která spočívá ve ztrátě kontaktu, jak se sebou samým, tak s lidmi v našem okolí. Ztráta kontaktu většinou nepřichází ihned, spíše jde o pozvolný proces odpojování. Člověk si začne u sebe všimnout, že něco s ním není v pořádku, především ve vztahu k vnímání vlastní osoby a k životu obecně (Levine, 2018).

Projevy následované po traumatu mohou být pro člověka až zahlcující v jeho běžném fungování. Mohou se objevit pocity zvýšené energie, následované pocity vyčerpání. Vzpomínky na trauma se mohou vynořit často v situaci, která nemusí mít na první pohled nic společného s původním zážitkem. Tyto vzpomínky na traumatickou událost však mohou být spojeny s návaly paniky. V této souvislosti se pak může objevit úzkost z vlastních reakcí (Rothschildová, 2015). Ratislavová (2008) říká, že projevy traumatu se mohou objevit v opakovaných vzpomínkách na tuto zkušenost, snech. Dále může docházet k depresivnímu prožívání a vyhýbání se všemu, co zkušenost připomíná. Ženy se mohou cítit snadněji podrážděny různými podněty (Ratislavová, 2008).

Z výše uvedeného bychom mohli předpokládat, že ztráta dítěte v raných fázích těhotenství by za traumatickou zkušenost mohla být považována také. Současný výzkum možných souvislostí spontánního potratu a výskytu posttraumatické stresové poruchy je na počátku. Například Engelhardová (2004) považuje zkušenost spontánního potratu za stresovou událost vyvolávající adekvátní odpovědi smutku, vzteku, viny nebo ztráty zájmu, které po čase odezní. Zůstává zde skupina žen vykazující psychiatrické obtíže i s odstupem času, nicméně potenciální traumatický původ těchto obtíží ve zkušenosti spontánního potratu není uznáván (Engelhard, 2004). Ve

výzkumu zaměřeného na prodělané spontánní potraty a ektopické těhotenství bylo potvrzeno, že 28 % žen (N = 128) se zkušeností raného spontánního potratu vykazovalo symptomy pro pravděpodobný výskyt posttraumatické stresové poruchy, v kontrolní skupině žádná z žen tyto kritéria nenaplnila (Farren et al., 2016). Stejně opomíjení spojitosti mezi traumatem a zkušeností spontánního potratu přináší i Leeová a Sladeová (1996), které však shledávají výzkum traumatu a od něj odvozených intervencí jako možnou cestu, jak pomoci ženám procházet zkušeností spontánního potratu (Lee & Slade, 1996).

## **6 Vybrané protektivní a rizikové faktory vyrovnávání se se ztrátou dítěte v průběhu těhotenství**

### **6.1 Sociální opora**

Sociální opora je důležitou složkou v překonávání náročných životních situací. Jedná se o veškerou pomoc, která přichází od okolí daného člověka s cílem mu ulehčit v jeho situaci (Křivohlavý, 2009). Sociální opora poskytovaná v rámci truchlení po spontánním potratu není v literatuře dostatečně zmapovaná. Jedním z důvodů je také to, že mnoho rodičů čeká na oznámení těhotenství až do doby 12. týdne těhotenství, tudíž okolí mnohdy ani netuší, že došlo ke ztrátě (Brier, 2008).

Důležitým protektivním faktorem je i sociální uznání významu ztráty dítěte v raných fázích těhotenství. Mnohdy však okolí ženy spíše snižuje důležitost této ztráty (Renner, Verdekal, Brier, & Fallucca, 2000).

Nejdůležitější oporu v rámci prenatalní ztráty tak poskytuje partnerský vztah. Partnerský vztah jako prediktor úspěšného zvládnutí procesu vyrovnávání se se ztrátou potvrzuje řada studií (Lasker & Toedter, 1991). Ukazuje se, že ženy potřebují emocionální podporu od svých partnerů a žádají si o ni (Corbet-Owen, 2003). Lok & Neugebauer (2007) řadí nestabilní partnerský vztah mezi rizikové faktory rozvoje psychického onemocnění následujícího spontánního potrat, stejně tak může být ohrožujícím faktorem i bezdětnost (Lok & Neugebauer, 2007).

### **6.2 Proces rozloučení s dítětem**

Narození a smrt jsou v každé kultuře vyznávající odlišný druh náboženství spojeny s přechodovými rituály umožňujícími vyrovnání se s podstatnými momenty lidského života. Pojí se k představám lidí o podstatě lidského bytí i fungování celého světa (Ondračka, Kropáček, Halík, Lyčka, & Zemánek, 2010).

Možnost rozloučení se se zemřelým dítětem ve formě rituálů může napomáhat pocitu kontroly nad hranicí mezi životem a smrtí. Společensky uznané rituály spojené s odchodem blízké osoby přinášejí obraz role truchlící osoby, kterou máme tendenci přijmout. Pokud je společnost nastavená na odmítání smrti a popírání všech jejích projevů, bude vytvářen i tlak na snížení projevů utrpení a zármutku (Ratislavová, 2016).

V dřívějších dobách úmrtí dítěte bylo spojeno s uzavřením této zkušenosti a snahou se k dané události nevracet. Gawinski (1994) uvádí, že v současné době je ztráta dítěte vnímaná v širším

kontextu, do procesu loučení se s dítětem jsou zapojováni všichni členové rodiny a je zohledněn i sociální kontext ztráty. Celá rodina je podpořena v tom, aby se s dítětem mohla rozloučit, pochovat si ho, dát mu jeho jméno, uchovat si na něj hmotné vzpomínky či provést obřad rozloučení, kremace a pohřbení (Gawinski, 1994). Bowlby (2013) shrnuje závěry jednotlivých výzkumů ve prospěch podpory rodičů v rozloučení se s mrtvě narozeným dítětem. Do procesu rozloučení může patřit spatření dítěte, chování dítěte v náručí, možnost uspořádat pro dítě pohřeb či dát dítěti vlastní jméno.

V kontextu ztráty dítěte v průběhu raného těhotenství některé tyto možnosti rozloučení nejsou možné. Ratislavová (2016) mluví o pozdější vděčnosti rodičů, kteří nějakou upomínku na dítě mají. Důležité je především respektovat rozhodnutí rodičů a dopřát jim dostatečný časový prostor na to, co a jak si chtějí jako památku na dítě uchovat. Může se jednat například o uchování fotografie z ultrazvuku nebo vytvoření tzv. vzpomínkového listu, na které se napíšu údaje o dítěti doplněné obrázkem či fotografií. Dalším momentem na cestě uchování vzpomínky a zhmotnění dítěte může být udělení jména (Ratislavová, 2016).

Dle Stirtzingerové a Robinsonové (1989) je s ohledem na prožívání ztráty dítěte v rané fázi důležité uznání významu ztráty. Zároveň je důležité poskytnout truchlícím rodičům dostatek informací, včetně možnosti vidět dítě, a pokud si to pár přeje, mělo by mu to být umožněno. Součástí by mělo být také informování o možnostech a způsobu pietního zacházení s dítětem (Stirtzinger & Robinson, 1989). Ratislavová s Beranem (2010) dodávají, že všechny tyto procesy mohou být umocněny vhodným prostředím, ve kterém by k rozloučení s dítětem mělo docházet. V případě spontánního potratu ve starším stádiu je dle autorů vhodné, aby rozloučení s dítětem probíhalo mimo blízkost porodního sálu, místnost by měla být vhodně střídmě osvětlena, doplněna například svíčkou. Personál by měl vědět o tom, že v místnosti jsou truchlící rodiče (Ratislavová & Beran, 2010).

Rituály rozloučení s mrtvě narozenými dětmi jsou v perinatálních centrech v České republice využívány (Ratislavová & Beran 2010).

Dle názoru autorky se o rituálech u spontánních potratů v raných fázích v nemocničním zařízení nedočteme. Proto se autorka domnívá, že je nasnadě podpora rodičů směrem k provedení rituálu v domácím prostředí jako jedna z cest, jak se mohou se zkušeností spontánního potratu vypořádat. Autorka práce také upozorňuje na to, že zároveň je vždy nutné mít na paměti, protože každý rodič ke ztrátě přistupuje jiným způsobem a jakékoli nucení by mohlo působit opačným efektem. Ať si již tedy rodič zvolí možnost napsání rozlučkového dopisu, malbu



obrazu, tetování, vytvoření pietního místa, puštění svíčky či cokoli dalšího, jde hlavně o to, jaký význam bude mít tento akt rozloučení pro něj ve vztahu k nenarozenému dítěti.

### **6.3 Informace**

Jak bylo naznačeno výše, dostatek informací pojících se k rozloučení s dítětem je důležitý. Poskytnutí informací se však vztahuje také na celý průběh ztráty dítěte v průběhu raných fází těhotenství. Ratislavová (2016) dává do souvislosti poskytnutí dostatečného množství informací a pocitu bezpečí u ženy s prenatální ztrátou.

Ratislavová (2016) dále uvádí, že ženy byly vděčné a klidnější při citlivém poskytnutí informací vztahujících se k celému průběhu porodu mrtvého plodu.

### **6.4 Osobnostní charakteristiky**

Psychologie osobnosti mimo jiné přinesla několik konceptů orientujících se na zmapování osobnostních charakteristik, které mohou napomoci překonání náročné životní situace. Křivohlavý (2009) vyjmenovává některé z nich: J. Rottera s teorií locus of control, A. Antonovského s konceptem sense of coherence, S. Kobasovou a teorii hardiness či A. Banduru s teorií self-efficacy. V souvislosti se strategiemi zvládnání stresu upozorňuje také na téma vnímaného optimismu, smysluplnosti života, humoru, sebedůvěry, svědomitosti nebo naučených zdrojů síly (Křivohlavý, 2009).

### **6.5 Nalezení smyslu události ztráty dítěte**

Samuelová (2018) na základě studia odborné literatury a své praxe dochází ve své knize věnované lidem po ztrátě dítěte k možnosti transformace traumatické události v proces psychologického růstu. U některých lidí se po takto závažné životní události mohou projevit změny v jejich životě, které tak činí život z jejich pohledu kvalitnější.

Také výzkum provedený na ženách (N = 328) po zkušenosti spontánního potratu společně se ženami mrtvě narozených dětí ukazuje na možnost posttraumatického růstu (Krosch & Shakespeare-Finch, 2017).

## **7 Druhy pomoci při ztrátě dítěte v průběhu těhotenství**

### **7.1 Odborná lékařská a psychologická pomoc**

Vyhledání odborné pomoci se spíše pojí s tím, že člověk je ve svém žalu uvězněn a nevidí cesty, jak z něj ven, než s pocitem, že je v nepořádku to, že neprožívá truchlení nad ztrátou blízké osoby (Parkes, Relf, & Couldrick, 2007).

Ženy (N = 305), které měly hodnotit poskytnutou péči následující po zkušenosti spontánního potratu, oceňovaly nejvíce intervence týkající se zdravotní stránky. Zároveň sledávaly poskytované informace, které se k této zkušenosti pojí, nedostatečnými (Sejourne, Callahan, & Chabrol, 2010).

#### **7.1.1 Lékařská pomoc**

V systému celé péče je patrné, že největší kontakt se ženou po zkušenosti spontánního potratu je uskutečněn v rámci lékařské péče. Obrácení se na pomoc psychologů, případně psychiatrů, není v současné době nijak podpořeno tím, že by žena informaci o této péči získala. Hlubší pochopení prožitků spojených se ztrátou dítěte v průběhu raného těhotenství tak může napomoci podpoře lékařů v citlivějším přístupu k ženám s touto zkušeností. Provázanost s následnou odbornou psychologickou péčí by mohla být pro ženy velmi podpůrná.

Zdravotnická péče o ženy po prenatální ztrátě může tedy mít velký dopad na zpracování této ztráty. Zároveň se poskytovaná péče odvíjí od profesní představy o tom, jak vypadá reakce na ztrátu dítěte, avšak toto naučené schéma nemusí reagovat na aktuální potřeby dané ženy, a proto může profesionální lékařská pomoc selhávat v poskytování citlivé emoční podpory (Corbet-Owen & Kruger, 2001).

V rámci systému předporodní péče je vnímáno asymetrické postavení mezi odborným personálem pracoviště a samotnou ženou. Tato nerovnováha může být spojena s rolí zdravotníka, který je zodpovědný za poskytovanou péči. Těhotná žena v rámci institucionalizované péče je ve své roli odkázána na pomoc od někoho dalšího, ne vždy tak může mít celou situaci pod kontrolou (Takács, Sobotková, Šulová, & kol. 2015). Stejně tak to může být i v případě zkušenosti se spontánním potratem. Žena potřebuje získat dostatek informací, aby se mohla rozhodnout, co pro ni bude nejlepším řešením. Volba partnerského a empatického přístupu mezi ošetřujícím lékařem a danou ženou musí stát v základu celé poskytované odborné péče.

### **7.1.2 Psychologická pomoc**

Vysoký počet rodičů po ztrátě dítěte v průběhu těhotenství by se měl odrážet i v připravenosti psychologů, kteří se s touto cílovou skupinou ve své praxi velmi pravděpodobně setkají. Markinová (2017) shledává, že větší zájem o výzkumy v této oblasti mohou napomoci k přiblížení se vnímání a prožívání zkušenosti ztráty dítěte v průběhu těhotenství jako traumatické události. Připuštění ztráty dítěte v průběhu těhotenství jako traumatu směřuje i psychologickou pomoc k vytvoření důvěrného a bezpečného prostředí mezi terapeutem a rodičem s touto zkušeností. Takto bezpečný prostor může umožnit přiblížení se prožitku ztráty se všemi dopady na psychiku daného jedince (Markin, 2017).

Markin (2017) dospívá k těmto bodům, které je v rámci klinické praxe vhodné respektovat: (1) v procesu truchlení je důležité pojmenování a projevení emocí spojených se ztrátou dítěte, (2) věnovat se pocitům hanby, nedostatečnosti a viny, které zabraňují procesu truchlení, (3) podporovat terapeutický vztah podporující vyjádření všech pocitů, (4) přistupovat ke každému rodiči se ztrátou dítěte individuálně a snažit se pochytit, jak jeho obraz vnímání ztráty ovlivňuje jeho prožívání a chování, (5) pomoci ucelit příběh ztráty dítěte a snažit se pojmenovat pocity slovně, aby byly jasné a srozumitelné pro daného rodiče a nebyly pouze internalizovanými procesy nebo se neprojevovaly na nevědomé úrovni v kontaktu s druhými, (6) celý proces by měla doplňovat edukace o probíhajícím stavu, podpora ve vlastních kompetencích a normalizace prožitků, (7) ve spojení s nepochopením ve vztahu k prožitkům současného truchlení se mohou na pozadí vynořovat dřívější zkušenosti, kdy se rodič necítil pochopen a podpořen, které by měly v procesu být odtruchleny (Markin, 2017).

Při přerušení těhotenství žena prožívá jak ztrátu dítěte, tak i možné nedořešené konflikty, které se díky těhotenství mohly otevřít. Psychoterapeutickou praxi ovlivňuje následující: (1) schopnost terapeuta rozlišit normální a patologický zármutek, (2) obeznamenost terapeuta s průběhem reakce na ztrátu dítěte během těhotenství, (3) současná situace psychoterapeuta týkající se dětí a (4) tolerance k projeveným silným emocím (Elkin, 1990).

## **7.2 Další možné formy pomoci**

### **Duchovní pomoc**

V době ztráty dítěte je také možné hledat podporu v odborné péči duchovního (Špaňhelová, 2015)

Spirituální potřeba může v situaci tváří v tvář smrti vyvstat u každého jedince (Kübler-Ross, 1993). Duchovní pomoc je nabízena všem, bez rozdílu na to, zda jsou nebo nejsou věřícími. Pomoc poskytují například faráři či kaplani, je ale také možné oslovit i další osoby, které se duchovní pomoci věnují. Pomoc je zaměřena na duchovní složku prožívání, může se zaměřit na pocity viny, zoufalství či bezmoci.

### **Svépomocné organizace**

Jednou z možností vyrovnávání se se ztrátou dítěte v průběhu těhotenství je i kontakt se svépomocnými organizacemi působícími v České republice. Ty sdružují lidi s podobnou ztrátou a nabízejí jim odbornou či laickou pomoc. Svépomocné organizace také reagují na potřeby rodičů po ztrátě dítěte, především v rovině informační (Kohner & Henley, 2013).

### **Laická pomoc**

Nedílnou součástí systému poskytované péče je i laická pomoc. Jde o podporu poskytovanou především ženami, které si samy prošly ztrátou dítěte. V dnešní době dostupnosti internetu a sociálních sítí vzniká celá řada vlastních iniciativ. Jsou využívány jak formy osobně psaných blogů, tak platformy sociálních sítí. Laická pomoc se orientuje především směrem k podpoře žen (či párů) s podobnou ztrátou, poskytnutí důležitých informací a odkazů na následnou pomoc (Ratislavová, 2016).

## **EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE**

## **8 Kvalitativní šetření**

### **8.1 Teoretická východiska důležitosti předkládaného výzkumu**

Na základě shrnutí teoretické části diplomové práce je zřejmé, že i přes vysoký výskyt zkušeností se ztrátou dítěte v raných stádiích těhotenství je této oblasti věnována malá pozornost výzkumníků.

Nedostatečné informace jsou jak o samotném prožitku ztráty dítěte v raných fázích těhotenství, tak také psycho-sociálních okolnostech vyrovnávání se se ztrátou dítěte (Harvey, Creedy, & Moyle, 2001). Tyto informace chybí odborným pracovníkům, kteří se s touto cílovou skupinou setkávají (Markin, 2017). Péče o matku končí většinou lékařským zákrokem a propuštěním po pár hodinách po zákroku domů, aniž by se kdokoli staral o emoční stránku prožitku ztráty dítěte (Harvey, Creedy, & Moyle, 2001).

Dlouhodobý a systematický výzkum této oblasti zahrnující zmapování zkušenosti se ztrátou dítěte po spontánním potratu, proces truchlení a vyrovnávání se s touto ztrátou, může napomoci hlubšímu pochopení významu této ztráty v životě každého páru. Empirická část diplomové práce se zaměřuje na zmapování této zkušenosti u populace žen. Záměrem výzkumu je pokusit se nabídnout komplexnější pohled na vnímání této ztráty a načrtnout způsoby, které mohou napomoci procesu truchlení u žen po ztrátě dítěte v průběhu raných fází těhotenství.

### **8.2 Cíl a úkoly výzkumu**

Cílem diplomové práce je zmapování procesu vyrovnávání se s možnými následky spontánního potratu u žen. Mezi dílčí cíle patří zmapování prožitků ztráty dítěte po spontánním potratu a dále zachycení průběhu truchlení u žen s touto ztrátou.

Mezi jednotlivé úkoly výzkumu pro naplnění jeho jednotlivých cílů patří: (1) vypracování přehledové části na základě studia odborné literatury a odborných výzkumných článků vztahovaných danému tématu, (2) vymezení cílů práce a designu výzkumu, (3) vymezení etických hranic výzkumu (4) vlastní sběr dat, (5) zpracování dat a jejich vyhodnocení, (6) popsání závěrů vyplývajících z analýzy dat a jejich konfrontace s dosavadním poznáním, (7) diskuze nad limity výzkumu, (8) navržení možných intervencí a (9) možné směřování dalšího výzkumu v této oblasti.

### **8.3 Zvolený design výzkumu**

Jelikož je oblast ztráty dítěte v průběhu raných fází těhotenství málo zmapovaná, byl pro výzkum zvolen kvalitativní přístup. Dle Miovského (2006) jde o přístup, který umožňuje

zachycení jedinečných vlastností určitého jevu v jeho širších souvislostech. Součástí daného přístupu je dle autora popis zkoumaného jevu, jeho analýza a interpretace získaných dat, které se obtížně kvantifikují. Strauss a Corbinová (1999) považují kvalitativní výzkum za přístup, který umožňuje získat hlubší informace a náhled na to, co je podstatou daného jevu. Z dostupných metod získávání dat byla zvolena kombinace dotazníku a polostrukturovaného interview (Miovský 2006). Pro vyhodnocení dat z dotazníku byly využity prvky deskriptivní statistiky (Hendl, 2012).

První část výzkumu obsahuje interview vedené se ženami se zkušeností spontánního potratu. V rámci interview byl na začátku se ženami vyplněn dotazník vytvořený pro účely uvedení respondentek do tématu. Druhá část výzkumu obsahuje interview vedené s odborníky, kteří se ve své odborné praxi s těmito ženami setkávají a poskytují jim péči, pomoc a oporu. Pro daný výzkum byla záměrně vybrána co nejširší skupina odborníků, jejichž výpovědi budou doplňovat výsledky, které vyplynuly z interview se ženami s touto zkušeností.

Zvolené metody výzkumné části mají za cíl zvýšit validitu získaných dat. Tento způsob označuje Miovský (2006) jako techniku triangulace dat. Z jeho rozdělení na jednotlivé druhy triangulace je ve výzkumu využita technika *triangulace metod získávání dat*, zajištěná dotazníkem a interview a *triangulace zdrojů dat*, založená na interview prováděného se samotnými ženami s touto zkušeností a následně s odborníky pracujícími s touto skupinou.

Polostrukturovaná interview budou analyzována na základě metody zakotvené teorie.

#### **8.4 Metoda zakotvené teorie**

Hendl (2008) popisuje zakotvenou teorii jako celkový způsob vedení výzkumu a následného zpracování dat. V pojetí zakotvené teorie dle Strausse a Corbinové (1999) je kladen důraz na systematickosti celého výzkumu, který ústí v teorii vysvětlující zkoumaný jev. Dle autorů je základem systematické zkoumání dané oblasti, ze kterého potom usuzujeme na to, co je tím zásadním a specifickým pro tuto oblast. Na základě získaných dat z rozhovorů bude na základě metody zakotvené teorie možné induktivně vytvořit teoretické uchopení daného jevu (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013).

Řiháček, Čermák a Hytych (2013) upozorňují, že v praxi často dochází k využívání kvalitativní analýzy dat na základě metody zakotvené teorie, aniž by byly dodrženy všechny její principy. Avšak také dodávají, že vzhledem k okolnostem sběru a analýzy dat je možné přistupovat ke kvalitativní analýze pouze na základě vybraných *principů* metody zakotvené teorie.

V empirické části budou vysvětleny jednotlivé postupy, které využívají pouze principy metody zakotvené teorie.

Po stanovení výzkumné otázky můžeme přistoupit ke kvalitativní analýze získaných dat (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Uvedení autoři na základě komparace jednotlivých zdrojů věnujících se metodě zakotvené teorie, definují tři stupně kódování. Na začátku kvalitativní analýzy dochází k tzv. otevřenému kódování neboli rozpoznání významových jednotek, respektive konceptů, které jsou zdrojem informací pro naši výzkumnou otázku. Tyto koncepty obsahují charakteristické vlastnosti jednotlivých prvků (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). V další fázi, tzv. axiálního kódování již tvoříme samostatné kategorie a hledáme a specifikujeme vztahy mezi nimi (Strauss & Corbinové, 1999). Dle Řiháčka, Čermáka a Hytycha (2013) je dále možné přistoupit k tvorbě ústředního konceptu, který by byl pro danou oblast stěžejní. Na základě předem provedené přehledové literárně-teoretické části je patrné, že zkoumaná oblast s sebou přináší široké spektrum jednotlivých aspektů, u kterých by formulace jednoho ústředního konceptu postrádala svůj smysl. Formulace ústředního konceptu tedy nebude součástí kvalitativní analýzy dat.

Jedním z principů metody zakotvené teorie je tzv. teoretické vzorkování, umožňující výběr respondentů na základě již průběžně vyhodnocených dat (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Tento princip nemohl být z časových a kapacitních důvodů v rámci diplomové práce využit a bylo přistoupeno k výběru na základě předem stanovených kritérií.

## **8.5 Průběh sběru dat**

Výzkumné rozhovory k diplomové práci probíhaly v rozmezí května až června 2019 a to jak se ženami se zkušeností spontánního potratu, tak s odborníky, kteří s těmito ženami pracují.

Komunikace s respondenty před vlastním setkáním probíhala osobně, nebo skrze e-mailovou a telefonickou komunikaci, vždy s ohledem na to, kterou variantu účastník nejvíce preferoval. Před samotným vstupem do studie byli respondenti seznámeni s cílem diplomové práce. U žen bylo navíc ověřeno, že od zkušenosti ztráty dítěte uplynuly nejméně tři měsíce. Setkání nad rozhovorem bylo domluveno vždy v Praze, využity byly především prostory Katedry psychologie FF UK a prostory poradny určené pro krizovou pomoc ženám. V některých případech autorka práce dojela za daným respondentem do jím zvolených prostor. Všichni účastníci rozhovorů vstupovali do výzkumu dobrovolně.

Na začátku setkání byli respondenti znovu seznámeni s cílem a průběhem výzkumu. S každým účastníkem byl sepsán informovaný souhlas, ve kterém byl podrobně popsán celý výzkum,



okolnosti vstupu do výzkumu a dobrovolný souhlas s účastí ve výzkumu. Součástí informovaného souhlasu byly i kontakty na autorku výzkumu. Znovu bylo zopakováno, že rozhovor bude pro výzkumné účely nahráván, a poté bude pořízen jeho přepis. V rámci informovaného souhlasu byli účastníci seznámeni s tím, kdo vše má možnost v rámci posouzení diplomové práce k nahlédnutí do pořízených materiálů. S ohledem na citlivost sdělení nejsou záznamy přístupné ve veřejné části diplomové práce. Audio nahrávky a pořízené přepisy rozhovorů budou zpřístupněny pouze pověřeným osobám u přezkumu diplomové práce na osobní vyžádání u autorky textu.

Způsob sběru dat byl v původním návrhu plánovaný jako dotazník, který by umožnil sběr dat po celé České republice. Vzhledem citlivosti tématu ztráty dítěte však byl tento původní návrh upraven a všechna data byla sesbírána pomocí osobních rozhovorů. Původně vytvořený dotazník však zůstal ve zjednodušené formě součástí výzkumu u žen se zkušeností spontánního potratu. Je to z toho důvodu, aby na začátek setkání bylo možné zařazení možnosti vyjádření – strukturovaného dotazníku – jako seznámení se s tím, na co v rozhovoru bude kladen důraz. Ženy tak mohly již během vyplňování dotazníku možnost zjistit, zda je pro ně přijatelné o daném tématu hovořit.

Na úvod rozhovoru byla vždy položena otázka, zda respondent souhlasí s jeho nahráváním. Následovalo seznámení se s průběhem rozhovoru, podpoření ke kladení otázek v případě nejasnosti nebo možnost na otázku vůbec neodpovědět. První otázka u žen se zkušeností spontánního potratu směřovala na aktuální psychický stav a jejich možnosti se v danou chvíli tématu věnovat. Pokud s tím souhlasily, pokračovalo se dále. Po ukončení rozhovoru byly všechny respondentky dotázány, jak se cítí. Všechny byly dle svých slov schopny rozhovor v daný moment ukončit.

## **8.6 Etika výzkumu**

S ohledem na citlivost tématu ztráty dítěte v průběhu těhotenství byla zvažována možná úskalí, které se pojí s etickým vedením výzkumu.

Kvalitativní výzkum ctí principy nonmaleficence a beneficence. Je zachována anonymita s ohledem na potřeby kvalitativního výzkumu.

Podmínkou vstupu do výzkumu byl minimální odstup od zkušenosti ztráty dítěte tři měsíce. Tento časový odstup respektuje výsledky longitudinální studie, která zaznamenala znatelný pokles úzkostných a depresivních reakcí následujících po spontánním potratu po 12 týdnech od této zkušenosti (Pettyman, Cordle, & Cook, 1993). Účastníkům bylo vždy vysvětleno, že

průběh se bude odvíjet především od jejich potřeb. Všichni byli podpořeni, aby se během rozhovoru doptávali v případě nejasnosti kladených otázek a zároveň byla nabídnuta možnost neodpovídat na otázky, které by v danou chvíli byly vnímány jako citlivé a nebylo možné na ně odpovědět z jakéhokoli důvodu.

Autorka výzkumu si uvědomuje, že nemá dokončené studium na Katedře psychologie a není tedy psychologem. S tímto byli seznámeni i účastníci, byli upozorněni na to, že se jedná o výzkumný rozhovor (vylučující ostatní druhy rozhovorů, např. terapeutický rozhovor). Pro možnost provedení tohoto výzkumu mohou být podpůrné zkušenosti autorky z oblasti krizové intervence, zvláště krizové intervence poskytované ženám v náročných životních situacích spojených s těhotenstvím, mezi které patří i ztráta dítěte v průběhu těhotenství. Autorka má absolvovaný akreditovaný výcvik komplexní krizové intervence a je frekventantkou výcviku v psychoterapii a poradenství zaměřeného na člověka dle C. Rogerse pod PCA institutem Praha.

Průběh samotného výzkumného rozhovoru se snažil s účastníky probrat všechna připravená témata. Vždy však byl respektován aktuální psychický stav respondenta. Během rozhovoru se objevovaly silné prožitky spojené se ztrátou dítěte, které jsou zcela pochopitelné. Vzhledem k principu nonmaleficence byla však snaha o to, aby pro respondenty rozhovor nebyl zatěžující, proto se v některých rozhovorech objevily i prvky podpory, pochopení, normalizace a možnosti vyhledání pomoci. V tomto kontextu nebyly všem ženám položeny všechny otázky v přesném znění, ale byla respektována individualita, tempo a připravenost účastníka o své zkušenosti hovořit. Pokud došlo k odklonění výzkumného rozhovoru k vyjádření pochopení a podpory, respondent o tom byl seznámen. Tento odklon ve směru k respektování daného člověka se všemi jeho prožitky, který se za cenu své bolestivé zkušenosti odhodlá výzkumu účastnit, je z mého úhlu pohledu velmi důležitý a v rámci etického jednání možný. Případné ovlivnění výsledků tímto přístupem však bude s ohledem na odborný výzkum probráno v limitech výzkumu.

S etickou stránkou výzkumu souvisí i způsob sběru dat. Všechna data byla sbírána autorkou samotnou, přepis všech získaných dat provedla také sama.

Během rozhovorů bylo také dbáno o komfort účastníků. Byly voleny klidné prostory pro rozhovor a byla připravena voda a drobné občerstvení. Byly respektovány časové možnosti účastníků.

## 8.7 Výzkumný soubor, sběr dat

Výběr respondentů do výběrového souboru se odvíjel od následujících kritérií: (1) výzkum probíhá na ženách se (2) zkušeností spontánního potratu (mezi který řadíme i zkušenost zamklého těhotenství) a (3) doba, která od zkušenosti musela uplynout je minimálně tři měsíce.

Způsob získávání respondentů pro diplomovou práci probíhal několika způsoby.

V případě oslovování žen se zkušeností spontánního potratu bylo využito několika cest. Na základě rozhovoru o tématu diplomové práce se aktivně nabídly dvě ženy samy. Dále byly dvě osoby odkázány na probíhající výzkum. Tři další účastnice se zapojily na základě sdíleného příspěvku na sociálních sítích. Skrze sociální sítě se aktivně ozvalo několik dalších osob, které z určitých výše zmíněných kritérií nemohly být zařazeny do výzkumu, byla však nabídnuta možnost oslovení v případě návazných výzkumů.

Pro oslovení odborníků, kteří se setkávají se ženami se zkušeností spontánního potratu, bylo nejdříve zvoleno přímé oslovení, všichni oslovení souhlasili s účastí na výzkumu, celkem se jednalo o čtyři osoby. Další osoba se na základě příspěvku na sociálních sítích ozvala sama. Zbytek osob byl osloven na základě osobního doporučení, jedná se především o oblasti, které byly vybrány s ohledem na pokrytí celého spektra odborníků věnujících se této oblasti.

Celkový počet osob ve výzkumu je 15. Počet žen se zkušeností spontánního potratu je 7, jeden rozhovor byl veden v manželském páru. Počet odborníků věnujících se této cílové skupině je 8. Následující tabulky uvádějí nezbytné demografické údaje vztahující se k jednotlivým účastníkům výzkumu.

<b>Respondent</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Bydliště (kraj)</b>	<b>Rodinný stav</b>	<b>Druh ukončení těhotenství</b>	<b>Týden ukončení těhotenství</b>	<b>Pořadí ukončeného těhotenství</b>	<b>Odstup od zkušenosti</b>
1.	žena	30	Praha	svobodná	zamlklé těhotenství	11.	1.	8 měsíců
2.	žena	36	Praha	vdaná	zamlklé těhotenství	10.	1.	2 roky
3.	žena	52	Praha	vdaná	zamlklé těhotenství	12.	1.	14 let
4.	žena	45	Středočeský kraj	vdaná	zamlklé těhotenství	12.	2.	7 let
5.	žena	26	Praha	vdaná	spontánní potrat	21.	5.	4 měsíce
6.	žena	42	Jihomoravský kraj	vdaná	zamlklé těhotenství	20.	1.	5 let
7.	žena	24	Středočeský kraj	vdaná	zamlklé těhotenství	10.	1.	5 měsíců

Tabulka 1 Ženy se zkušeností spontánního potratu. Sociodemografické údaje respondentů a okolnosti ztráty plodu

<b>Respondent</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Místo hlavního působení</b>	<b>Profese</b>
1.	žena	27	Praha	Krizová interventka, dobrovolnice pro svépomocnou organizaci
2.	žena	45	Praha	Zdravotní sestra; poradkyně
3.	žena	40	Praha	Psycholožka, psychoterapeutka
4.	žena	42	Praha	Psycholožka, psychoterapeutka
5.	žena	53	Praha	Psycholožka, psychoterapeutka
6.	žena	50	Praha	Farářka
7.	žena	41	Praha	Krizová interventka
8.	muž	29	Praha	Lékař (gynekolog, porodník)

Tabulka 2 Odborníci. Sociodemografické údaje respondentů a profesní zaměření

## 8.8 Výzkumné otázky

Pro naplnění cílů výzkumu byly i s ohledem na citlivost tématu zvoleny osobní polostrukturovaná interview. Jelikož každá zkušenost byla individuální, bylo nutné otázky přizpůsobovat aktuální situaci, proto forma polostrukturovaného interview se jevila jako nejhodnější a schopná vhodně reagovat na aktuální prožívání respondentů.

V případě rozhovorů s odborníky bylo nutné přizpůsobit interview profesnímu zaměření respondentů.

Jelikož chybí jasná opora v datech o zkušenosti spontánního potratu, otázky polostrukturovaných interview se nejdříve zaměřovaly na popis prožitků spojených s touto událostí. Dále se otázky zaměřovaly na kontakt s lékaři, kteří jsou u spontánního potratu vždy přítomni. Zmapována byla i role ostatních odborníků, se kterými žena přišla do kontaktu. Nejdůležitější částí bylo zaměření na konkrétní zkušenosti, které ženám pomáhaly, respektive nepomáhaly v procesu vyrovnávání se se ztrátou dítěte. Neméně významnou oblastí je role rituálů, které byly či nebyly využity a jaký měly na prožívání ztráty dítěte dopad. Další otázka mapovala význam víry či spirituality obecně v procesu truchlení.

Zde je konkrétní znění otázek, které byly připraveny pro vedení polostrukturovaného interview se ženami po zkušenosti spontánního potratu

- Jak se nyní cítíte, abychom mohly téma spontánního potratu/zamklého těhotenství probrat?
- O jakou formu přerušení těhotenství se jednalo?  
    Jak dlouho od této zkušenosti uplynulo?
- Jaké konkrétní činnosti Vám v dané době pomáhaly se s touto ztrátou vyrovnat?  
    Jak proběhl způsob rozloučení s dítětem?  
    Měla jste nějaké rituály? Pokud ano, jaké?
- Kteří lidé Vám v danou chvíli poskytli největší podporu? Díky čemu jste v nich oporu pociťovala?  
    S kým se o tom dalo hovořit?  
    Jaké je obecné nastavení ve společnosti, je otevřená sdílení?
- Změnil se Váš vztah s otcem dítěte? Pokud ano, jak?
- Vyhledala jste v dané době odbornou pomoc (psychoterapeut, psycholog, léčitel, lékař, krizové centrum...). Pokud ano, specifikujte prosím druh této pomoci:  
    Jak Vy sama vnímáte možnost obrácení se na odborníka?  
    Jak vnímáte poskytnutou odbornou pomoc?

- Co Vám konkrétně umožňovalo/pomáhalo se vyrovnat se ztrátou v průběhu těhotenství?
- Co Vám konkrétně nepomáhalo se vyrovnat se ztrátou v průběhu těhotenství?
- Co považujete v dané době pro Vás nejvíce zraňující?
- Jakou úlohu pro Vás hrála víra/spiritualita v procesu vyrovnávání se s přerušáním těhotenství?
- Co byste doporučila ženám, které se ocitly v podobné situaci?
- Jsou nějaké odpovědi, které Vás během rozhovoru napadaly, ale nezazněly, nebo jsem se na ně nezeptala a ráda byste je dodala?
- Jak se po našem rozhovoru cítíte?

Zde jsou uvedeny otázky, které byly připraveny pro vedení výzkumného polostrukturovaného rozhovoru s odborníky:

- V jaké souvislosti se s ženami po přerušném těhotenství setkáváte?  
  - Jakou pomoc jim poskytujete? Co je náplní Vaší práce?
  - Jak dlouho se tomuto tématu věnujete?
- Co se Vám vybaví v souvislosti se spontánním potratem?  
  - V čem se může tato ztráta lišit v porovnání se ztrátou dítěte v pozdějších stádiích těhotenství?
- Jaká je podle Vás atmosféra ve společnosti se o tomto tématu bavit?  
  - Jaký to může mít dopad na prožívání žen s touto zkušeností?
- V jaké chvíli podle Vás ženy po spontánním potratu/ztrátě dítěte vyhledávají možnost sdílení této zkušenosti s odborníkem?  
  - Jaká by měla být v tu chvíli role odborníka, na kterého se žena obrací?
  - Jaký je podle Vás stav dostupnosti odborné péče pro tyto ženy?
- S jakým prožíváním se u žen po prodělaném spontánním potratu setkáváte?  
  - Jaké pocity jsou v této souvislosti nejběžnější?
- V čem spatřujete největší oporu pro tyto ženy?  
  - sociální okolí/pracovní prostředí/víra/osobnostní nastavení ženy/...
  - Co je v dané chvíli pro ženu s touto zkušeností nejdůležitější?
- Co je naopak pro tyto ženy zraňující?
- S jakými způsoby vyrovnávání se s přerušným těhotenstvím jste se Vy osobně setkal/a?

Je něco, co Vás překvapilo/dojalo...?

Je něco, co Vám přišlo líto?

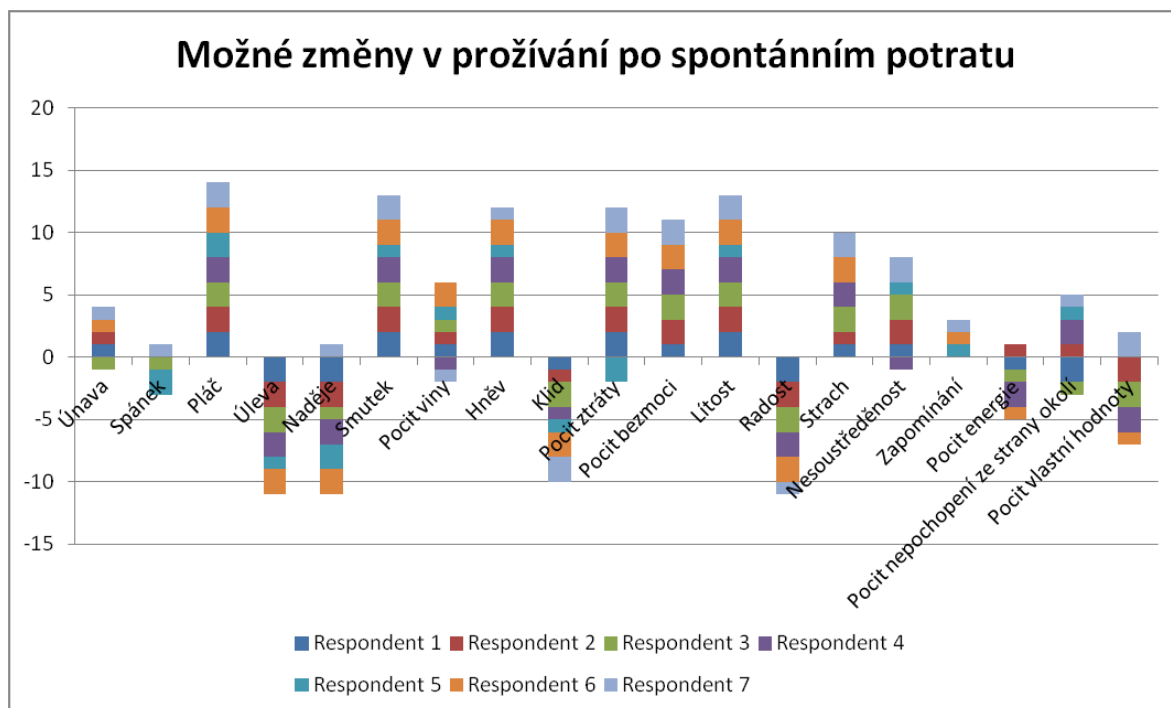
- Co konkrétně pomáhá při ztrátě dítěte během těhotenství?  
postupy/intervence/metody/strategie
- Co konkrétně nepomáhá ženám po ztrátě dítěte během těhotenství?
- Máte osobní zkušenost s vyrovnávacími rituály?  
Rozlučkové krabice, fotky, pamětní listy...? Co dalšího?  
Co si o tom Vy sama/sám myslíte?  
K čemu to může být ženám užitečné?  
Znáte ještě nějaké, které jste ale v praxi nezažil/a?
- Co konkrétně může ženám pomoci usnadnit přijetí ztráty?
- Co byste doporučil/a odborníkům, kteří by s těmito ženami pracovali?
- Co byste doporučil/a ženám s touto zkušeností?
- Jakou roli podle Vás v procesu truchlení hraje víra/spiritualita?

## 8.9 Vyhodnocení dat

### 8.9.1 Vyhodnocení dotazníku

Využití dotazníku v rámci kvalitativního výzkumu má především informativní a doplňující charakter. Jeho zařazení v rámci výzkumu bylo zvaženo i vzhledem k citlivosti tématu a možnosti podpořit respondenty ve vyjádření méně zatěžujícím než je osobní rozhovor. Zároveň je možné, že při spontánním vybavování prožitků či procesu vyrovnávání se se ztrátou, může dojít k opomenutí některých faktorů, které naopak v rámci dotazníku mohou být připomenuty. Jednotlivé položky dotazníku tvoří informace získané studiem dostupných zdrojů věnujících se tématu ztráty dítěte v průběhu těhotenství. Je zcela zřejmé, že výsledky není možné jakkoli zobecňovat, jelikož položky nebyly testovány položkovou analýzou, nicméně mohou umožnit komplexnější pohled na získaná data z rozhovorů.

Dotazník se skládá ze dvou částí. První část se věnuje prožitkům, které se ke ztrátě dítěte v průběhu těhotenství pojí. Obsahuje celkem 19 položek, které vyjadřují nějaký pocit – od libých po nelibé. Ženy na pětibodové škále (hodnoty -2 až +2) hodnotily nárůst daného pocitu, respektive jeho úbytek či stejnou hladinu. Celkové hodnocení jednotlivých pocitů, které mohou být vnímány po ztrátě dítěte v raných fázích těhotenství, jsou uvedeny jako záznam četností v Grafu 1.



Graf 1 Možné změny v prožívání po spontánním potratu

Graf 1 zobrazuje jednotlivé položky, jak byly hodnoceny jednotlivými ženami. Pro celkové zhodnocení není důležité vnímání jednotlivých žen, ale celkové prožívání výběrového vzorku po zkušenosti spontánního potratu. Z grafu je patrné, že ženy zažívají po ztrátě dítěte především **pocity smutku, hněvu a lítosti**. Ukončení těhotenství pro ně představuje **ztrátu**. Tyto pocity mohou být doprovázeny **pláčem**, který se objevil u všech žen. Výrazné je prožívání **ztráty naděje** a **radosti**, naopak je výrazněji prožíván **strach**. Ztráta dítěte v žádném dotazníku nebyla hodnocena jako úleva ani nepřinášela pocity klidu.

Ve vztahu k vlastní osobě bychom mohli posuzovat **pocity viny za ztrátu dítěte**, které jsou prožívány výrazněji společně s poklesem vnímání vlastní hodnoty. Tyto pocity jsou doplněny zvýšením vnímáním **pocitu bezmoci**.

I přes prožívání **vysoké únavy** pravděpodobně nedochází ke zvýšené potřebě spánku. Společně s úbytkem energie můžeme poté přepokládat možný dopad na nesoustředěnost, případně zapomínání.

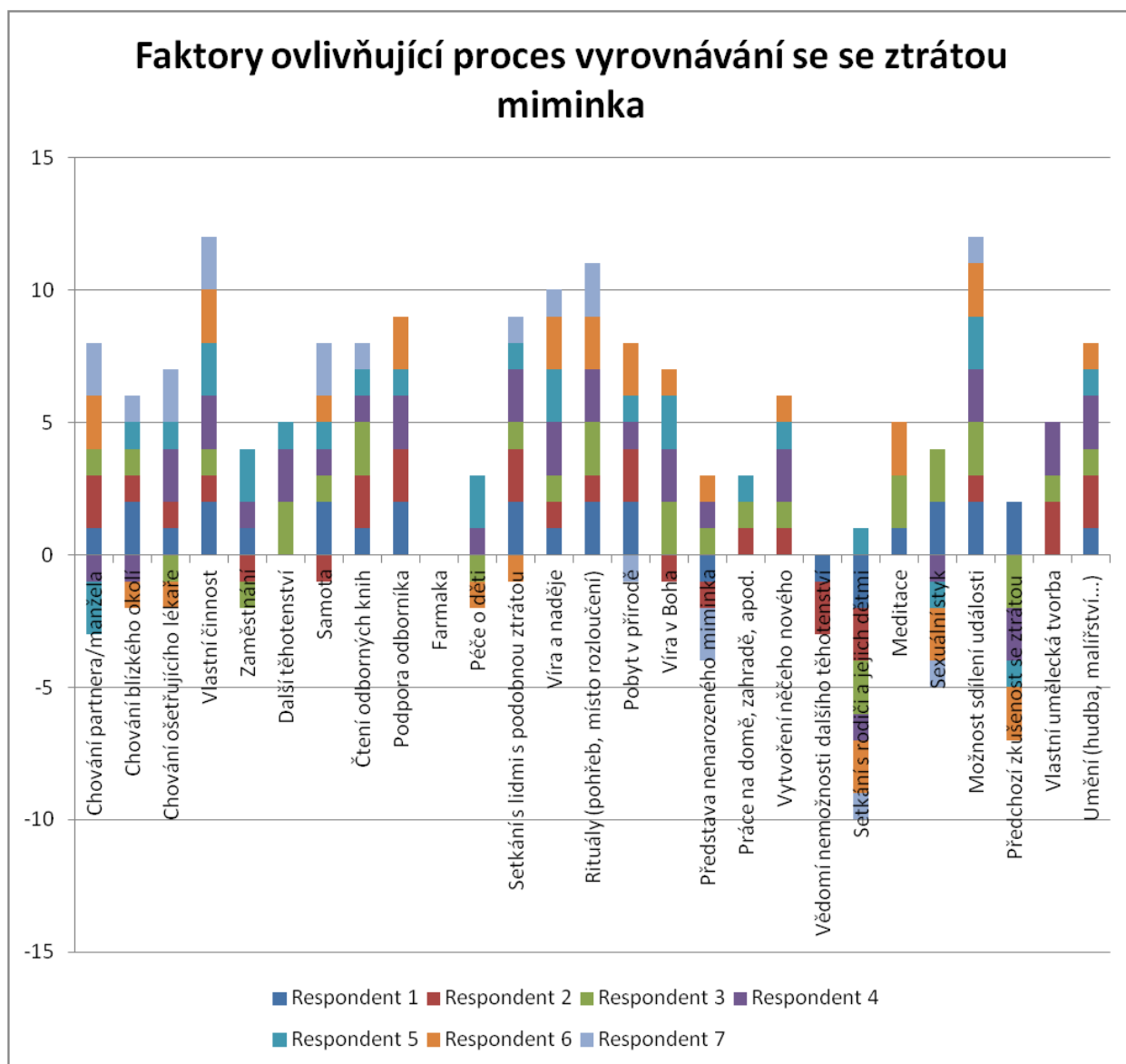
Pro další analýzu je z grafu důležitá položka vnímání **pochopení ze strany okolí**, která je hodnocena jak kladně, tak záporně. Bližší pochopení těchto rozdílů bude rozebráno na základě analýzy rozhovorů.

V dotazníku byl ženám dán prostor pro dopsání pocitů, které zažívaly, ale v seznamu je nebylo možné ohodnotit. Další pocity, které ženy prožívaly a sdělily je, se týkaly pocitu



**nespravedlnosti**, proč zrovna jim se něco takového stalo. Tento pocit byl spojen s vnímáním **hněvu** na to, že se to stalo. Dále vycházíme z jednotlivých vyjádření, které mohou napomoci zachycení celého spektra prožívaných emocí. Z dotazníku vyplývá, že byla pocíťována **závist** vůči těhotným a prožitek selhání za ukončení vlastního těhotenství. Celá ztráta může být také spojována s **nejistotou** a **celkovou otupělostí** v dané situaci.

Druhá část dotazníku se zaměřila na faktory, které mohou ovlivňovat proces vyrovnávání se se ztrátou dítěte v průběhu těhotenství. Skládá se z celkem z 27 položek analogicky hodnocených jako v předchozím případě. Ženy byly vyzvány, aby jednotlivé faktory ohodnotily dle své vlastní zkušenosti na ty, u kterých vnímaly pro sebe získání podpory a na ty, které jim úlevu nepřinášely. Střední hodnota byla využita jako možnost, kterou respondent nedokáže ohodnotit.



Graf 2 Faktory ovlivňující proces vyrovnávání se se ztrátou dítěte

Graf 2 znázorňuje faktory, které byly ženami hodnoceny jako ovlivňující proces vyrovnávání se se ztrátou dítěte v raných fázích těhotenství. Nejvýraznější kladně hodnocenou položkou je **možnost sdílení události ztráty dítěte a vlastní činnost** respondenta. Naopak jako **nejméně podpůrný faktor je vnímán střet s jinými rodiči a jejich dětmi**. Stejně tak není vnímáno jako podpůrné, když se jedná o opakovanou ztrátu, ač to tak nemusí být všech žen.

Zajímavou otázkou v tomto kontextu, která si zaslouží hlubší poznání, je i **vnímání dalšího těhotenství** – v tomto případě není možné z grafu vycházet zcela přesně, jelikož ne všechny ženy po zkušenosti ztráty dítěte otěhotněly znovu.

**Sociální okolí** respondentů včetně odborných pracovníků je hodnoceno spíše kladně. Jelikož otázka byla položena obecně a respondent měl ohodnotit pouze vnímaný přínos či jeho opak, jsou tyto výsledky důležité jako podklad pro další zkoumání v rámci rozhovorů, které může napomoci odhalit, jaké konkrétní chování může ženám pomáhat a které pro ně může být zraňující. Z dotazníku je však patrné, že hodnocení přístupu **sociálního okolí** k ženě je významným faktorem. Stejně tak do této kategorie patří i starost o vlastní děti, pokud zde jsou.

Na druhé straně jsou jako velmi důležité faktory hodnoceny možnosti **vlastní činnosti, tvorby něčeho nového a vlastní umělecké tvorby**. Tyto způsoby mohou být vázány pouze na vlastní osobu, odkazují na aktivní činnost dané osoby, která něco vytváří a může ovlivňovat. Mohli bychom usuzovat, že tyto faktory mohou působit ve směru nabytí znovu vlastní hodnoty. Můžeme také uvažovat o tom, že **rituály** jako činnosti, které mohly být provedeny také vlastní osobou, by mohly přispívat k nabytí kontroly nad situací a snížení pocitu bezmoci. Tyto úvahy budou podrobněji rozebrány na základě kvalitativní analýzy dat z rozhovorů.

Mezi další podpůrné faktory patří **čtení odborných knih**, u kterých bychom mohli přepokládat, že přinášejí snižování pocitů bezmoci a strachu, jelikož mohou poskytovat potřebné informace vztahující se k tématu a možnost uchopení zcela nepochopitelné situace, se kterou se žena v daný moment setkává.

Kladně je hodnocena také možnost být v přírodě, v kontaktu s uměleckou stránkou nebo meditovat. Významná je také **možnost samoty**, ač i ta může být vnímána jako nepodpůrná. V tomto případě je znovu nutné se na prožívání samoty zaměřit při hlubší analýze rozhovorů. Je možné, že by zde mohlo hrát roli i významové rozlišení samoty a osamocení.

Významnou oblastí je vnímání **víry a naděje**, které jsou vnímány jako velmi důležité faktory ve smyslu podpory v dané situaci. **Víra v Boha** může být znovu vnímána jak podpůrná, tak jako zatěžující.

V neposlední řadě zbývá oblast týkající se **zaměstnání**, které může působit jak v kladném slova smyslu, tak v tom negativním. Z oblasti změn v chování jsou značně individuální rozdíly ve vnímání **pohlavního styku**.

V dotazníku dostaly ženy prostor vyjádřit se k jednotlivým položkám a dopsat způsoby, které jim osobně pomohly se se ztrátou dítěte vypořádat. Pro někoho byla tato zkušenost cestou k **osobnímu růstu** a **duchovní transformaci**. Podpůrné se jeví sociální sítě, na kterých je možnost kontaktování lidí s podobnou zkušeností. Dalším podpůrným faktorem byl **návrat k činnostem, které nebyly v těhotenství možné** nebo **zájem o sportovní aktivity**.

### 8.9.2 Vyhodnocení interview se ženami po zkušenosti spontánního potratu

Pro analýzu dat bylo využito transkripce. Jelikož dle Miovského (2006) dochází k prvotní redukci dat, je důležité dodržet stanovené principy přepisu po celou dobu transkripce. Dle autora je možné přistoupit k redukci prvního řádu, která umožňuje získaná data převést do textové podoby, která bude plynulá a srozumitelná. Při přepisu je tedy možné vynechání všech částí sdělení, která nenesou hodnotově významnou informaci. Dále je možné vynechání výplňkových slov (Mioviský, 2006).

Autorka textu sama přepsala všechna získaná interview, proto jsou tyto principy jednotně dodržovány napříč všemi transkripcemi. Pro kvalitativní analýzu textu využívající principy zakotvené teorie bylo využito textového dokumentu Microsoft Word.

Autoři Řiháček, Čermák a Hytych (2013) přidávají důraz stanovení *výzkumné otázky*, která definuje oblast našeho zájmu. Ta by měly vycházet z praxe samotného výzkumníka, aby bylo možné relevantně přistoupit k celé šíři problematiky. Zároveň je také možné definovat výzkumnou otázku po první tematické analýze dat.

Autorka textu využila svých dosavadně nabytých vědomostí o tomto tématu a zároveň na počátku znovu prošla všechny získané interview. Na tomto základě byla stanovena výzkumná otázka relevantní získaným datům: „**Jak probíhá proces vyrovnávání se se zármutkem nad ztrátou dítěte?**“

Následující Tabulka 3 přináší přehled jednotlivých kategorií a konceptů, které byly získány na základě kvalitativní analýzy využívající principy metody zakotvené teorie. Bylo identifikováno celkem šest základních kategorií, které popisují celý obraz zkušenosti spontánního potratu u výběrového souboru. Tyto kategorie jsou: (1) těhotenství a okolnosti otěhotnění, (2) proces

ztráty plodu, (3) emoční prožívání ztráty dítěte, (4) protektivní a rizikové faktory v procesu truchlení nad ztrátou dítěte, (5) odborná pomoc a (6) současný náhled na situaci.

<b>Kategorie</b>	<b>Seznam konceptů</b>
<b>Těhotenství a okolnosti otěhotnění</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- začátek těhotenství</li> <li>- okolnosti otěhotnění</li> <li>- emoce spojené s těhotenstvím</li> </ul>
<b>Proces ztráty plodu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- první náznaky komplikací</li> <li>- lékařské potvrzení úmrtí plodu</li> <li>- nerozpoznání úmrtí plodu</li> <li>- druh spontánního potratu</li> <li>- potrat v nemocnici</li> <li>- potrat v domácím prostředí</li> <li>- komunikace s lékařským personálem (kladné zkušenosti s přístupem lékařského personálu, záporné zkušenosti s přístupem lékařského personálu)</li> </ul>
<b>Emoční prožívání ztráty dítěte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pocity spojené se ztrátou dítěte</li> <li>- vývoj v čase</li> </ul>
<b>Protektivní a rizikové faktory v procesu truchlení nad ztrátou dítěte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sdílení ztráty dítěte</li> <li>- podpora od sociálního okolí ženy (partner/manžel, blízké okolí, širší sociální okolí)</li> <li>- nepochopení a zraňující reakce od okolí</li> <li>- potřeba informací</li> <li>- rozloučení se s dítětem</li> <li>- vzpomínky na dítě</li> <li>- vlastní činnosti</li> <li>- tvůrčí činnost</li> <li>- hledání vyššího smyslu ztráty dítěte</li> <li>- víra v Boha</li> </ul>
<b>Odborná pomoc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vnímání odborné pomoci</li> <li>- vyhledání odborné pomoci</li> </ul>
<b>Současný náhled na situaci</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- co je pro ženu nejdůležitější</li> <li>- doporučení ženám</li> </ul>

Tabulka 3 Přehled kategorií a konceptů vytvořených na základě kvalitativní analýzy dat dle principů zakotvené teorie (rozhovory se ženami se zkušeností spontánního potratu)

## I. Těhotenství a jeho ukončení

### Začátek těhotenství

Počátek těhotenství byl u většiny dotázaných spjatý s **bezproblémovým průběhem**, který nenaznačoval žádné komplikace: „*já jsem předtím měla dvě prohlídky. Ta první tedy byla velmi brzo, tam mi potvrdil těhotenství, ale že je to moc brzy, že tam ještě není srdíčko, tak ať přijdu později. Ta druhá prohlídka byla moc fajn, že tam říkali, i mi tam ukázali, jak vypadá to srdíčko, že vypadá dobře, ale vlastně i na té první i na té druhé, že ještě tedy nevíme, nedostala jsem ještě ani průkazku, nic.*“ A to i v případě otěhotnění po delší době: „*a světe div se, nejprve to vycházelo, nejdříve pozitivní těhotenský test a tak dále a pokračovalo to, i krevní testy napovídaly tomu.*“

### Okolnosti otěhotnění

V některých případech těhotenství **předcházelo intenzivní snažení**, kdy těhotenství bylo popisováno jako **vymodlené**: „*protože já jsem přesně věděla, že to těhotenství bylo v našem případě strašně vymodlené a bylo to opravdu pětileté intenzivní snažení.*“ Další **vyjádření touhy** po miminku se objevilo v situaci, kdy možnost otěhotnění nebyla jistá: „*akorát, že to fakt to bylo něco, co bylo velmi vytoužené, co vypadalo, že se to nikdy nestane.*“

Podobně **reflektování doby**, která uplynula před otěhotněním, se objevilo u další z dotázaných žen: „*protože my jsme se chvíli o to miminko pokoušeli, že to nešlo úplně hned, já nevím, třeba do půl roku, že to nebylo ani nějak super dlouho, ale zároveň to nebylo hned.*“

V jednom případě se jednalo o **zkušenost umělého oplodnění**, které s sebou přinášelo náročný proces spojený s nadějí a důvěrou v tělo: „*takže to byl možná jako dobrý signál, jakože dobře, to tělo je s podporou všech hormonů a tak schopné přeci jen k těhotenství, k němu nějak dospět, i když s velkou asistencí.*“

### Emoce spojené s těhotenstvím

Právě okolnosti otěhotnění s sebou mohly přinášet **silné emoční prožitky** již v jeho počátcích, nejsilněji byl vnímán **pocit napětí, očekávání či naděje**: „*takže celé to bylo s obrovským napětím, očekáváním a vlastně poprvé se stalo, že jsme byli těhotní, takže jsme v sobě měli strašně obrovskou naději okolo toho, že prostě tentokrát to vyjde.*“

Po delším časovém úseku snažení byla projevena **radost** z toho, že se otěhotnění podařilo: „*že jsem byla ráda, že se mi podařilo otěhotnět.*“

Objevily se i vzpomínky na **pocity nevolnosti**, které mohou být se začátkem těhotenství spojeny: „*já už si to nevzpomenu... bylo mi blbě.*“ Ale i tyto negativní prožitky mohly být **přijímány kladně**: „*to, že mi bylo špatně ráno, nebo různé bolesti prsou. Vlastně to byly všechno takové nepříjemné věci, ale mně byly příjemné.*“

**Shrnutí:** Uvedená kategorie obsahuje procesy spojené se samotným těhotenstvím a okolnostmi otěhotnění. Většina žen výběrového souboru sdělovala delší časový úsek, ve kterém se o těhotenství snažily. S tím mohly být spojeny silné emoční prožitky očekávání a naděje z toho, že se těhotenství podařilo. Toto období bylo pro ženy spojeno s převahou kladných emocí, i přes možný výskyt těhotenských nevolností. Počátek těhotenství nenaznačoval žádné komplikace.

## II. Proces ztráty plodu

### První náznaky komplikací

První náznaky, že něco nemusí být s těhotenstvím v pořádku, se u některých žen objevily již **před samotnou kontrolou**: „*ale nutno říci, že shodou okolností ten večer předtím, kdy jsem měla naplánovanou tu prohlídku, tak vím, že jsem trošku zašpinila.*“ Případně: „*tak já jsem byla těhotná, byla jsem v 9. týdnu a začala jsem špinit. Trvalo to čtyři dny, a pak jsem na doporučení své asistentky jela do porodnice, abychom se koukli, že je vše v pořádku s tím, že jsme relativně počítali i s tou špatnou možností, ale pořád jsme doufali v to, že to bude dobré.*“

Tyto náznaky však byly brány jako **běžná součást těhotenství**: „*v tu dobu je to normální, začíná se tvořit placenta, ale nenapadlo mě, že by něco mohlo být špatně.*“ A to, i když žena informaci o možné komplikaci získala: „*ani mě nenapadlo nad nimi ani přemýšlet.*“

Případně se ženy o komplikacích spojených s těhotenstvím dozvěděly **při běžné lékařské prohlídce**: „*byl to první záznam. Já jsem asi tři neděle byla objednaná na vyšetření, a když jsem přišla s tím pocitem, že už jsem vlastně za vodou, že končím dvanáctý týden, tak jsem se dověděla, že nekončím.*“ Tyto první náznaky, že něco není v pořádku, se odvíjely ve většině případů od neodpovídající velikosti plodu gestačnímu stadiu: „*bylo to už v devátém týdnu, kdy jsme byli na první ultrazvukové kontrole, tak se to lékařovi nezdálo, že to malé je menší, než by mělo být v tom týdnu.*“

Prvotní předpoklady ukončeného těhotenství byly u některých žen dále **ověřovány s odstupem** několika dnů: „*a on právě, že tam nevidí srdeční akci, ale že se může mýlit, že neví a že by bylo fajn, kdybych přišla ještě v pondělí, že se na to podívá ještě jiná paní doktorka na jiném*

monitoru, ale že bude upřímný, že si myslí, že by to mohlo být i tohle [zamlklé těhotenství] a že počkáme.“

Tento moment si ženy často vybavovaly i s **neverbální komunikací gynekologa**: „no a co si pamatuju, tak se koukal do toho ultrazvuku a že jsem viděla jenom tu jeho tvář a byla taková zamračená a v tu chvíli jsem tušila, že něco není v pořádku a to nevím, kolik to bylo sekund, ale takové mlčení, nic, a potom mi řekl, že tam nevidí srdíčko, ale že se může mýlit a že by bylo lepší jet na nějaký větší ultrazvuk do nějaké nemocnice.“

Často byl přítomný **pocit časové prodlevy** při sdělování úmrtí plodu: „jak jsem si vlezla na ten ultrazvuk a viděla jsem to miminko na tom monitoru, tak bylo mnohem větší, než když jsem ho viděla poprvé a ani mi v tu chvíli vůbec nedošlo, že mu netluče srdíčko, protože na tom předchozím ultrazvuku to bylo vidět, jak se to tam hýbe. A teď tam nebylo vůbec nic. Pusto, ticho. Hrozně divný pocit, ale asi mi to pořád nedocházelo, nebo jsem si říkala, nevidím to, nerozumím tomu. Vidím dítě v děloze, nevím, jak to má vypadat, když se něco děje. A v tu chvíli, mi to přišlo hrozně dlouhá chvíle, jako kdybych tam seděla půl dne, než mi řekne co a jak. On různě do všech stran rejdl a snažil se tam něco zjistit a říká, že... on ani neřekl srdeční akce, on řekl, že nevidí srdíčko, že už netluče srdíčko.“

### **Lékařské potvrzení úmrtí plodu**

S odstupem času tedy ženy podstupují znovu prohlídku o **potvrzení předpokladu ukončeného těhotenství**: „takže jsme šli na kontrolu zase za týden a tam se potvrdilo, že nežije.“

Potvrzení diagnózy mohou být pro ženy **zraňující**, protože jsou spojené s **opakovaným sdělením** o úmrtí plodu. S opakovanými kontrolami se poté mohou pojit **pocity naštvání**: „možná teď bez nějakých silných pocitů, ale vím, že to dlouho ve mně utkvělo, že víckrát, a to i vím, že jsem v sobě měla pocity naštvání, že x-krát jsem musela slyšet: ‚Ne, opravdu tady není ta srdeční akce.‘ Já jsem měla sto chutí křičet: ‚Do hajzlu, já to vím, já vám to věřím, už to nemusíte ověřovat.‘ Ale potom si říkám, ano, fajn, že to nepodceňují, je to jistota nad jistoty, pravda že jsem neměla jedinou pochybnost. Pravda, že kdyby mě viděl asi jen jeden doktor a ne... vzali to zodpovědně, já to беру, jenom prostě tolikrát to slyšet, to mě fakt zranilo.“

### **Nerozpoznání úmrtí plodu**

**Příznaky ukončení těhotenství nebyly** pro řadu žen do okamžiku lékařského vyšetření **rozpoznatelné**: „mně v těhotenství vždy bylo špatně, zvracela jsem a mně bylo pár dnů lépe,

*„tak jsem si myslela, že je to tím, že na konci prvního trimestru se to zlepšuje, jak už placenta se vytvoří a začíná fungovat, a že už mi bude dobře.“*

Pro některé to mohlo být spojeno s **překvapením** tichého odchodu dítěte bez příznaků na těle, což dále může vyvolat u žen **pocitu zklamání**, že ukončené těhotenství **samy nepoznaly**: „*a myslela jsem si, že i když to nastane, tak to prostě poznám. Že bych měla aspoň bolesti, nebo bych krvácela.*“ Případně další vyjádření: „*to bylo zvláštní, myslela jsem, že to poznám. Že nejdříve zareaguje to tělo a já to poznám v té situaci.*“

I odeznívání příznaků těhotenství mohlo být spojeno s prožitky **ztráty důvěry ve vlastní tělo**: „*a to bylo zajímavé, že já jsem potom přestala věřit tomu tělu. Že já jsem si myslela, že jsem prostě těhotná, tak to tělo dávalo najevo i fyzicky. Jakmile jsem se dověděla, že nejsem, tak najednou i to tělo na to zareagovalo, že prostě nebylo. (...) Takže to vím, že to bylo divné. Přišla jsem si, jak jsem sugestibilní, že jak se mi řekne, tak se prostě cítím.*“

### **Druh spontánního potratu**

U většiny žen, se kterými byl proveden rozhovor, bylo ukončení těhotenství způsobeno **zamlklým těhotenstvím**: „*zamlklý potrat, zjištěný ve dvanáctém týdnu těhotenství, ale nejspíš už bylo čtrnáct dnů zpětně, co se přestal plod vyvíjet.*“ U jedné ženy se jednalo o **spontánní potrat**: „*byl to spontánní potrat, (...) ve 21. týdnu těhotenství.*“

Po ukončení těhotenství v jeho raných fázích, kdy plodu přestane bít srdíčko a dojde k jeho úmrtí, bylo na většině žen, aby se rozhodly, zda budou čekat na možný **samovolný potrat plodu**, či zvolí **možnost revize dělohy**. Jedna z žen popisovala **náročnost samotného vyřizování**: „*byla jsem odeslaná na revizi. Znovu s odstupem nějakých dnů. A to mi přišlo také zdrcující, že jsem si to musela sama zařizovat, tu revizi. Víím, že jsem dospělá a kompetentní osoba, ale přišlo mi to asi nedomyšlené ze strany toho systému a necitlivé, že si to ta žena musí zařizovat sama, sama si to vytelefonovat jako: ‚Dobrý den, mám doporučenku na revizi, na kdy mi dáte termín a tak dále...‘ Takže tehdy to bylo opravdu náročné.*“

Revize dělohy probíhá s časovým odstupem, který si je možné zvolit dle svých možností a možností lékařů. Z výpovědi jedné ženy je patrná **úvaha nad volbou samovolného potratu i pocitu při čekání**: „*a pak jsem se objednala až za čtrnáct dnů (...) na revizi. Takže jsem věděla, že mám před sebou dva týdny, s tím plodem, který už byl mrtvý, ale prostě ještě nemohl ven. Oni mi totiž řekli, já jsem to řešila s tím doktorem, já jsem chtěla počkat, až to odejde samo, abych potratila spontánně, že by to bylo přirozenější a tak. On mi řekl, že jsem zavřená nebo*



co a že by to pravděpodobně neodešlo. Jako podle mě by to někdy jako odejít muselo a možná až za dlouho. A pravda je, že ani u těch spontánních potratů není jistota, že bych na tu revizi nemusela. Tak jsem si řekla, že ano, že to budu mít za sebou, vyčistí to, bude to. Trošku tam proběhlo takové rozhodování, asi jsem s tím nechtěla čekat delší dobu, už i takhle jsem s tím čekala. A byla jsem, trochu jsem si říkala, nebo i doufala, že by bylo fajn, kdyby během těch deseti dnů to nakonec odešlo samo, ale nevyšlo to.“

Oproti tomu pro někoho byla **možnost okamžité revize** vnímána kladně: „já nevím, mně tam bylo dobře na [název nemocnice], cítila jsem, že jsem v dobrých rukách a chtěla jsem to hrozně rychle mít za sebou.“

Zkušenosti s provedením revize v nemocnici byly u několika žen spjaty s **nepříjemnými okolnostmi**, které vnímaly jako necitlivé:

- **setkání s těhotnými ženami v nemocnici:** „potom ale ta nemocnice, hlavně co bylo nepříjemné, protože je to porodnice, takže tam byla miliarda těhotných maminek, nastávajících maminek. To bylo dost nepříjemné, protože ve stejný čas v čekárně tam na stejný monitor čekaly ony, s úplně jiným případem. Tak to bylo těžké.“
- **setkání se ženami jdoucí na ukončení těhotenství na vlastní žádost:** „to co bylo úplně necitlivé a úplně až absurdní, že jsem byla na pokoji, byla to jednodenní hospitalizace, kdy mě k večeru pustili domů, ale byla jsem na pokoji se ženou, která šla na interrupci na vlastní žádost. A to jsem zvládla prostě jen tak, že jsem nebyla ochotná si s ní povědět nic, ani jen dobrý den a jmenuji se tak a tak, to mi přišlo vážně, zda jsou normální, když na jeden pokoj dají někoho, kdo přišel o dítě s někým, kdo prostě jde... [na interrupci].“

### **Potrat v nemocnici**

V pozdějších fázích ukončení těhotenství většinou dochází k potratu pod lékařským dohledem. Pro jednu z dotazovaných byla důležitá **volba nemocnice**, která umožňuje rozloučení se s miminkem: „ale já už jsem v té době byla vědomá, takže ve chvíli, kdy to pro mě byl totální šok a držela jsem tu žádanku, tak já už jsem v té chvíli začala řešit, aby to proběhlo co nejvíc podle mých představ. Protože jsem dost věděla, že tohle je naprosté tabu a tak trošku jsem tušila, že když to nechám v rukou zdravotníků, že vím, co mě tak čeká. Že mi vyvolají potrat a asi se se mnou nebudou moc bavit. A já jsem potřebovala si projít rozloučením s tím dítětem. Takže jsem začala hledat místo, kam bych mohla jít a kde by mi tohle umožnili.“

**Doba čekání na potrat** byla různá: „takže tam jsem prostě čekala na pokoji na ten potrat. Týden jsem tam byla.“

Dvě ženy se zkušeností potratu plodu ve starším gestačním stadiu popisovaly, že se jim **nevyloučila placenta**, která byla následně chirurgicky odstraněna: „mně se nevyloučila placenta, takže jsem jela na sál s – to je taková ta mísa, kterou znáte z nemocnice, kam chodí ženy, když nemohou na toaletu, tak taková mísa. A v tom byl necháný společně s tou krví a se všemi možnými – to nebudu rozebírat – a potom mě vezli na sál a vlastně jsem ho měla dané v té míse v nohách postele, takhle mě vezli na sál, aby odstranili tu placentu.“ Jedna z žen musela po porození mrtvého plodu čekat, než byla odvezena na sál. Tuto zkušenost zpětně vnímá negativně: „pak bylo další drama, protože oni mi řekli, že tam mají akutní císařský řez a vlastně mě v té posteli plné krve a plodové vody nechali, já jsem v ní ležela asi ještě dvě další hodiny. Což teda... jako mně tak zvláště plynul čas, já jsem byla v takovém zvláštním stavu, ale zpětně si uvědomuji, jak hrozné to pro mě bylo, protože jsem věděla, že mě ještě čeká ta anestezie a ta kyretáž a já jsem se z nějakého zvláštního důvodu té kyretáže trochu bála, tak prostě je to jako operace, může se stát cokoli.“

### **Potrat v domácím prostředí**

U jedné ženy došlo před revizí k samovolnému potratu, který proběhl doma, což hodnotila jako možnost **částečného odžití ztráty dítěte**: „ale měla jsem tu možnost to dítě potratit spontánně. Ono se to nakonec stejně nepovedlo, takže to muselo být dokončeno lékařsky. Ale v zásadě jsem byla objednaná po zjištění hned na druhý den do nemocnice. A ještě jako ten večer začal porod. Takže všechny ty porodní bolesti, ta prasklá plodová voda a všechno tohle. Tak já jsem si to v tom mohla odžít a obrovskou část z té ztráty zpracovat během těch fyzických bolestí, pro mě byly hodně důležité.“

U další ženy rozhodnutí pro potrat doma bylo spojeno s **nejistotou, kdy k potratu dojde**. Pomocné mohly být již rané příznaky krvácení, které dodaly **důvěru v samotný proces**: „ale já jsem v tu chvíli cítila, takové to: ‚Dobře, rozhodli jsme se, že si tím projdeme doma.‘ – Absolutně nějaká nemocnice to vůbec, já jsem to v mysli neměla, že bych tam měla nakonec skončit, ne, nic takového pro mě neexistovalo. A já jsem věděla, že to může být i několik týdnů. (...) Ale zase si říkám, že ale už krvácím, už je to rozběhlé, není to, že na náhodné kontrole se přišlo na to, že miminku netluče srdíčko a teď to může trvat třeba dva měsíce. Takže jsem si říkala: ‚Sakra, my na té cestě už jsme a už jsme skoro v cíli, to musíme zvládnout.‘“

**Průběh samovolného potratu** se může lišit, jedna z žen popisovala náročnost zážitku takto: „někdy ve tři mě začalo strašně bolet břicho a začaly přicházet intervaly bolesti, začala jsem mít kontrakce a psala jsem té kamarádce, že ta bolest je v intervalech – byly dost dlouhé intervaly a mě nenapadlo, že to jsou kontrakce. (...) [Já] jsem střídavě chodila na ten záchod, bolelo to a začalo to bolet víc a víc. A říkala jsem si, kde to uděláme, protože já nechci rodit na záchodě a potřebovala jsem něco, co je mi pohodlné. Ale mně nebylo pohodlné vůbec nic. Já jsem si pořád nedokázala uvelebit, najít si nějakou polohu. Manžel mi na zemi dal deky, dal tam tu podložku, já jsem si tak různě klečela, a ono klečet nějakou dobu je dobré, ale když už člověk klečí dlouho, tak se mi klepaly nohy a už jsem to nedávala. Takže jsem vymýšlela vše možné.“

Domácí prostředí napomohlo jedné ženě vytvořit **pocit bezpečí a klidu**: „vím, že i my doma jsme měli zapálené svíčky a měla jsem geranium a levanduli v aromalampě a to bylo tak strašně intimní, jak vždycky čtu ty příběhy těch domácích porodů, jak mají to přítmi a tu příjemnou atmosféru, tak my jsme ji taky měli, my jsme tam měli jenom zapálené svíčky, vonělo to tam tou levandulí a tím geraniem a byla tma a taková hrozně zvláštní atmosféra, že bylo to tak, jak jsem si to přála, aniž bych věděla, že si to tak přeju.“

Z rozhovoru vyplynulo, že potrat doma byl spojen s obavami. Důležitá v danou chvíli byla **možnost mluvit s odborníkem**: „říkala jsem [doktorce], že mám hrozný strach. [Doktorka:], Tak mi to řekněte. – Já říkám, že se bojím toho, ne, že nezvládnou tu bolest, která při tom bude, ale že nepoznáme kolik krve je v pořádku a kolik už je průšvih na to zavolat záchranku. A ona mi řekla, ať si koukám začít věřit, že to zvládnou, a že prostě sama sebe znám nejlépe a sama dokážu říci, co je a co není v pořádku a že do toho té přírodě moc zasahujeme a že to zvládneme a že to bude dobré. Což pro mě asi byla ta slova, která jsem potřebovala slyšet od toho zdravotníka. Já vím, že mi to říkalo spoustu lidí, ale ten zdravotník.“

### **Komunikace s lékařským personálem**

Komunikace s lékaři se promítla ve všech rozhovorech. V **celkovém hodnocení** zdravotnického personálu měly ženy většinou pochopení pro jednotlivá jednání: „v podstatě od těch lékařů vysloveně nějakou necitlivost nebo něco zraňujícího jsem nezažila.“ Avšak se objevovaly, jak kladné zkušenosti s přístupem lékařů, tak záporné. Vždy bylo patrné, že hodnocení se odvíjí od konkrétní osoby lékaře či pomocného lékařského personálu.

## A. Kladné zkušenosti s přístupem lékařského personálu

Jedna z žen kladně hodnotila **otevřený přístup** lékařky při potvrzení úmrtí plodu. Důležitým momentem je **normalizace situace**: „dokonce ta lékařka byla tak nějak v mém věku a povídala, že s tím má také zkušenost. Tak to všechno bylo takové normalizující, že ano, toto se děje i jiným a může to patřit nějak do života a být.“

Podobnou normalizující zkušenost zažila i druhá žena v **empatickém přístupu** lékařky. Důležité je poskytnutí **naděje ohledně dalších těhotenství** a objevuje se i **orientace ženy na budoucnost**: „tam byla [jméno doktora], Slovenka, ta byla úžasná, takový anděl, a ptala se mě i na ta předešlá těhotenství, a potom mi řekla, že to vůbec nic neznamená pro další těhotenství. (...) A tady v tom prvním trimestru, že končí, už nevím, kolik mi tehdy řekla, nějaké číslo, ale že je to hodně časté. A že za tři cykly to můžu zkusit znovu. Že mi to řekla, že je to v pohodě a úplně mě uklidnila a byla opravdu empatická.“

Jeden z oceňovaných faktorů v přístupu doktorů je **projevení lidskosti**: „ještě potom jsem šla na vyšetření srdce a tam byla sestřička, že jsme si tak hezky popovídaly a i ten člověk, který mě vzal na sál, tak všichni byli hrozně hodní. Tak možná to bylo tím, jak jsem s nimi komunikovala. Byla jsem vděčná za to, že byli lidští.“

Další žena popisovala přínos ve **věcném přístupu a provázení** celým procesem: „a mám i zkušenost, že ti doktoři byli v tu chvíli úplně bezvadní, citliví, byli věcní, což je v tu chvíli dobré, neříkat takové to: ‚To bude dobrý,‘ a ‚nebojte.‘ To nepomáhá. Nejlepší je věcně říci, co se bude dít a jak to bude probíhat, co se mnou budou dělat, to je v tu chvíli to nejlepší. A nechat mě být, ať si to tam prožiju.“

Respektování **vlastního rozhodnutí a podpora ve volbě postupu** potratu bylo vnímáno jednou ženou jako pocit úlevy: „doktor byl naprosto v pohodě, profesionál, že to chápe, že mám jet domů, že ta kamarádka, protože ji zná, tak ať se s ní domluví, ať mě tedy kontroluje. Že i kdyby cokoli, kdybych si to rozmyslela, ať prostě přijedu, že mi tu kyretáž udělá sám. Já jsem pocítila velký pocit úlevy, já jsem mu poděkovala, že se takhle zachoval, protože já jsem v tu chvíli tu podporu potřebovala.“

V případě potratu mrtvého plodu, kdy se rodiče rozhodnou se s dítětem rozloučit, působila na rodiče samotná **ochota** lékařského personálu k tomuto úkonu: „tak jako dobré, oni to miminko odnesli, ta porodní asistentka, která sloužila tu noc, byla úplně výborná, to si uvědomuju, že ta

na mě působila skvělým dojmem, že mi to dítě nesla. Ona mi to dítě nesla s tím, že: ‚Tady má hlavičku.‘ Že bylo vidět, že u té jsem cítila, že to pro mě chce udělat.“

## B. Záporné zkušenosti s přístupem lékařského personálu

Jedna z žen si vybavuje nepříjemný zážitek z nevhodného **užití lékařské terminologie** v daném kontextu: „on mi chtěl říci, že je to v pořádku, že se to [revize dělohy] povedlo, ale použil, já už to přesně nevím, ale něco v tom smyslu: ‚No ta děloha je prostě krásně prázdná.‘ Nebo něco takového. A já jsem řekla, že ne, to bylo nepříjemné, protože já ji nechci prázdnou. Tak to slovo prázdná se mnou docela zarezonovalo. On to myslel v medicínském způsobu, že je to dobře, ale...“

**Komentáře bez nosných informací** týkajících se úmrtí plodu v danou chvíli nebyly pro několik žen podporující: „asi se mě dotklo, že jediné, co pan doktor na ultrazvuku zjistil, tak řekl, že: ‚Asi to tak mělo být, příroda to vyřešila.‘ Tak to bylo něco, co jsem v tu chvíli nepotřebovala slyšet.“ Podobně jako vyjádření jiné paní doktorky: „do desátého/dvanáctého týdne se to miminko bere ještě jako, že nemá duši a že to tak mám brát. Tak to opravdu nepomohlo.“

Negativně vnímán je i **nedostatek informací** ohledně možností, které žena v dané chvíli pro sebe má: „a setkali jsme se s dost odporným chováním toho personálu. Respektive doktor byl takový chladnější, ale nic hrozného. Jen mi řekl, že nemám nic jíst, že si mě tam nechá, že se na mě ráno ještě někdo podívá, protože to bylo večer a že ráno by on osobně udělal kyretáž. A vůbec mi tu možnost, že existují i jiné možnosti – jedte domů, promyslete si to, buďte v klidu, kdyby něco, ozvěte se – nikdo mi nic neřekl.“

Pocit bolesti, zneužití a nedůstojnost zacházení zažívala jedna z dotazovaných při **necitlivém vyšetření**: „já jsem vůbec nechápala, co po mně chce, on na mě nepromluvil. Za celou tu dobu, co vedl ten potrat, tak na mě vůbec nepromluvil a skončilo to tak, že po mně chtěl, abych tlačila do kopce, a ještě udělal potom takový chvat, aby to dítě ze mě vyndal. A to byla taková bolest. Já jsem si v tu chvíli připadala strašně zneužitá, protože to hrozně bolelo. A on to dítě vyndal a dal to dítě do mísy a tu mísu nechal na posteli. A já jsem říkala: ‚Co to jako je? To jako ani já nemám žádnou cenu, ani to dítě nemá žádnou cenu?‘“

Vytváření **bariéry mezi lékařem a pacientem** vyjádřila jedna z žen, která byla zrazována od možnosti vidět své potracené dítě: „tak oni mě pořád zrazovali od toho, že to dítě může být ve mně strašně dlouho mrtvé a že může být v hrozném stavu ta tkáň. A tam bylo hrozné popření

*toho mého pocitu, že já vím, že ve mně ještě předvčerem žilo. Jenže tam bylo tak zřejmé, že oni přeci vědí líp. Tak oni to nedělali ve zlém, oni mě chtěli ochránit. Ale byla tam absolutní propast toho, že oni nejlépe vědí, co je pro mě dobré.“*

**Shrnutí:** Popsaná kategorie se věnovala celému průběhu ztráty plodu. Případné první náznaky, že něco není v pořádku, byly považovány za běžnou součástí těhotenství. Mezi oznámením podezření na úmrtí plodu a definitivním potvrzením byl většinou časový odstup, který mohl být spojen s náročným prožíváním. Moment lékařského potvrzení úmrtí plodu u některých žen přišel opakovaně, aby se předešlo možné chybě. Pro někoho opakované potvrzení mohlo být zraňující a spojené s pocitem hněvu. Lékařské oznámení o úmrtí plodu bylo většinou spojeno se zapamatováním přesných detailů situace, včetně slovního i neverbálního vyjádření lékaře. Významná se jevila ztráta důvěry ve vlastní tělo a pocit zklamání plynoucí z případného nerozpoznání úmrtí plodu.

Dále byly popsány druhy spontánního potratu, od kterých se odvíjí rozhodování ženy o dalším postupu. V případě zamklého těhotenství stála většina oslovených před rozhodnutím způsobu odchodu plodu z těla. Některé v takovém případě volily možnost počkat, zda plod nepotratí spontánně, přirozenou cestou. Jiné ženy volily možnost revize dělohy. Pro některé ženy nebyl snadný střet s ostatními těhotnými ženami v nemocnici, ve které revize či potrat probíhaly. Součástí kategorie byl popis vnímané zkušenosti ženami, které potratily plod ve vyšším gestačním stadiu pod dohledem lékařů v nemocnici, u kterých byl vnímán necitlivý přístup zdravotnického personálu. Dále popis vnímané zkušenosti se spontánním potratem v domácím prostředí spojený se strachem z bolesti a s obavami nad ztrátou velkého množství krve.

Velmi významnou částí celé kategorie je přístup lékařského personálu k samotné ženě a jejím potřebám. Kladně byly vnímány projevy empatie a lidského přístupu. Důležitý moment směrem od lékařů k ženě je vyjádření normalizace toho, že ke spontánním potratům dochází často, ale že je zde velká naděje ohledně budoucího těhotenství. Pro některé ženy byl důležitý vnímaný respekt ze strany lékařského personálu k vlastním rozhodnutím. Také věcný přístup a informovanost o tom, co se bude dít, byly hodnoceny kladně.

Mezi uvedené negativní zkušenosti dotázaných žen patřilo užití lékařské terminologie, komentáře bez nosných informací a celkový nedostatek informací spojených s úmrtím plodu. Několik žen se také vyjadřovalo ohledně necitlivého vyšetření lékařem. Všechny tyto momenty mohly napomoci vytváření bariéry mezi lékařem a dotázanými.

### III. Emoční prožívání ztráty dítěte

#### Pocity spojené se ztrátou dítěte

Prvotní fáze, která následuje po podezření na úmrtí plodu, nebo přímo jeho zjištění, byla u všech žen popisována jako **moment šoku**: „*já jsem z toho byla vážně špatná, já jsem byla tak jako v šoku, já jsem nezačala brečet, ale byla jsem taková zaražená.*“ Případně: „*celkově to pro mě byl šok, protože jsem vážně nečekala, že bych mohla potratit, nebo že jsem potratila. Že mám v zásadě mrtvé dítě.*“

Při oznámení úmrtí došlo **k propadu** z prožívání radosti do šoku a negativních emocí: „*až na té první ultrazvukové kontrole, na kterou jsme šli oba také natěšení, takže to bylo dost šokující a hrozné.*“ Z pozitivních pocitů, že se podařilo otěhotnět, k hořkosti: „*že jsem to [otěhotnění] vnímala jako velký úspěch, ale potom to zase bylo s takovou hořkostí.*“

Propad může být také spojen s **ukončením snu** o dalším dítěti: „*tak se mi ten sen o dalším dítěti úplně zhroutil, absolutně jsem to nečekala, takže jsem byla v šoku.*“

Po oznámení úmrtí se ve fázi šoku objevil **moment popření**. Na zpracování podané informace je **potřeba dostatek času**: „*říkala jsem si: ‚To nemůže být pravda, to se musel splést, to je blbost.‘ V zásadě bych tam potřebovala minimálně hodinu k tomu, abych byla schopná slyšet, co je za tím vysloveným.*“ Další žena popisovala situaci, kdy po oznámení podezření na úmrtí plodu byla hned vypuštěna na ulici: „*[doktor] byl v takovém presu, takže mě vypustil na ulici a to vím, že byla nejstrašnější hodina z tohoto těhotenství, že jsem vůbec... Vůbec nevím, jak jsem došla na zastávku autobusu.*“

Ve fázi šoku informace o úmrtí dítěte **nemusela být nejdříve přijata** se vším, co k dané informaci náleží. Také byly popsány **stavy, které neumožňovaly vnímat**, co daný lékař říká: „*vůbec. Opravdu to vůbec nám to nedošlo. Jen jsme se v tu chvíli na sebe podívali a měli jsme asi skleněné oči, ale v tu chvíli to nebylo tak hrozné, až jsem slezla z toho ultrazvuku a sedla jsem si, nebo jsme si tam sedli oba a on začal vypisovat tu zprávu, tak jsme se pak oba rozbrečeli a objímali se a nebyli jsme schopní vnímat, co nám říká nebo na co se nás ptá.*“

Při opakovaném potvrzení úmrtí plodu na dalším ultrazvuku popisovaly některé ženy malou **naději**, že by plod mohl být živý: „*nějakou malou naději jsem tam měla. Asi spíš možná v to pondělí, že když jsem tam byla, tak jsem tak jako zadoufala, ale vážně jsem tomu nevěřila.*“

Při čekání na potvrzení úmrtí plodu se ale objevovaly **hlavně emoce spojené se ztrátou, strachem, smutkem** a další průběh těhotenství by byl vnímán jako zázrak: „hlavně to byl strašný šok a vlastně to bylo neuvěřitelně těžké to nějak vydržet do toho dalšího týdne, s tím, že už jsme v podstatě z těch jeho reakcí a popisu vlastně tušili, že už tam asi moc není úplně šance. A bylo to úplně hrozně dlouhý týden, neuvěřitelně dlouhý, strašně nepříjemný, plný strachu a smutku a v podstatě už té ztráty tehdy. Už jsme jen čekali na ten verdikt, který jsme už tušili, že to není dobré. A že by se musel stát nějaký zázrak.“

Následné čekání na revizi může být spojeno s **vnímáním zátěže**, o které nemusí být snadné hovořit: „[v době,] kdy jsem nosila ten mrtvý plod, mně se to tak nepříjemně říká, no ale, vlastně jsem to vnímala jako nějakou zátěž.“

U žen bylo možné setkat se s výpověďmi o **pocitu viny** za ztrátu těhotenství: „většinou se tam objevuje a taky jsem ho tam měla, pocit viny. Člověk kdyby něco, někdy nedělal, tak se to nemuselo stát.“ Další žena neuváděla přímé pocity viny za ztrátu miminka, i když o své roli přemýšlela: „já jsem si to asi nikdy nedávala úplně za vinu, jako že občas jsem přemýšlela nad tím, co jsem mohla udělat jinak nebo čím to jako mohlo být a tak. Tak jsem nad tím podle mě dost pečlivě přemýšlela, ale ani jednu z těch věcí, co jsem měla pocit, že jsem mohla udělat jinak, tak ale se z toho neobviňuju.“ Nebo: „Já se snažím mít všechno pod kontrolou a naplánované a tohle nešlo ovlivnit. Takže já se neviním, že bych něco udělala špatně.“

Objevily se i **pocity studu** za ukončení těhotenství, kterým se nedalo ubránit: „já jsem cítila hrozný stud. Já jsem se cítila hrozně za to, že jsem potratila. V zásadě už tehdy jsem si uvědomila, že je to iracionální, ale já jsem se za to hrozně styděla.“

Výjimečné nebývají ani možné **pocity nespravedlnosti a hněvu**, které směřují různým směrem. Zvýrazněním zážitku úmrtí plodu může u některých žen docházet ke **zcitlivění na těhotenství druhých**, někdy i na hladké otěhotnění ostatních: „to co pro mě bylo hodně náročné a co si myslím, že mi nepomohlo, bylo, že v tom stejném čase byla těhotná kolegyně. A to bylo hodně náročné, že jako fakt. A ještě i delší dobu potom, v podstatě kdokoli z mého okolí otěhotněl a věděla jsem, že otěhotněli na lusknutí prstu, tak to bylo opravdu těžké a náročné. A bojovat s těmi vlastními pocity hněvu, ani ne agresivity, ale možná nenávisti, možná trochu i toho, vůči pomalu každému – a to bylo velmi intenzivní, první týdny, nevím, jak dlouho potom, když jsem viděla na ulici těhotnou ženu, tak to (...) ve mně vzbuzovalo obrovskou nenávist.“ Obdobnou zkušenost měla i další z dotázaných: „bylo pro mě dost citlivé oznamování nějakých těhotenství někoho. Pak také zraňující moment, to bylo týden po tom, co já jsem se dověděla o



tom zamklém těhotenství (...) blízká kamarádka, ona to oznamovala ještě tím způsobem, že na facebooku tam postnula ten ultrazvuk a já jsem byla zvýšeně citlivá na ty monitory a na tyhle obrázky. To jsem pořád zvýšeně citlivá na lidi, kteří říkají, že jim to vyšlo hned napoprvé. A jako doted' mám silný pocit nespravedlnosti možná.“

Případně byly tyto pocity spojeny s **bolestí** nad vlastním ukončeným těhotenstvím: „všichni najednou začali být těhotní, manžela sestřenice, moje dvě kamarádky, manžela ségra, prostě – všichni jsou těhotní – A mě hrozně bolí, že já nejsem.“

Jedna z žen po srovnání zkušenosti po ztrátě dítěte v pozdějším gestačním stádiu vnímala **pocity osamocení**, jelikož o těhotenství nikdo nevěděl, ač žena už byla s dítětem v interakci: „to mně přišlo největší úskalí toho prvního trimestru, že to neví nikdo. Nebo že pro nikoho to miminko neexistuje, ale pro tu ženu, že už se na to nalazuje před tím otěhotněním a už tři měsíce žije s tím miminkem a buduje si k němu nějaký vztah a najednou nic. Takže tam jsem vnímala takové odcizení, že jsem si tím procházela sama, tím truchlením.“

V souvislosti s truchlením se v jedné výpovědi promítla i otázka o **přiměřenosti truchlení** ve chvíli, kdy žena přijde o miminko v rané fázi těhotenství: „že sem si říkala, jestli mám právo truchlit a jestli vůbec můžu truchlit, když se to stalo takto na začátku, když jiné maminky přijdou o miminko u porodu, když jdou rodit a zjistí, že miminko je mrtvé nebo přijdou o miminko ve starším stádiu těhotenství nebo u porodu a že to jsem si říkala, že to je šilené. Ale ono nejde porovnávat co, každý má nárok truchlit a někdo truchlí i když třeba si udělá test a za týden dostane menstruaci. Pořád jsme každý jiný a tyhle emoce prožíváme každý jinak.“

U všech žen se v různých fázích objevoval **pláč**: „volala jsem to příteli, a potom jsem se už rozbřečela. A potom ještě kamarádce, tak ještě jako znovu.“ Často nešel ovládat: „pro mě, když už jsem začala plakat, tak už to nešlo. Já jsem plakala dvacet minut, takže asi tak.“

Jedna žena popisovala **pocity únavy** spojené s ukončeným těhotenstvím a údělu, který ta žena v daný okamžik nese sama: „byla jsem i více unavená pořád, že jsem ještě pořád... nevím, čeho to byl příznak, jestli to mohlo souviset nějak s tím nebo... ale fakt asi z toho pocitu, že je tady něco, co nežije, je to naše a musím nosit já.“

Jedna z žen popisovala prožitky **deprese**: „vážně si myslím, že jsme byli [s manželem]v depresi. Takže to bylo dlouhé, plíživé.“ Někdy se objevily krátké momenty zlepšení, které následoval propad: „a pak jsem se zase propadla do těch svých černot.“ V jedné výpovědi se objevil silný **prožitek prázdnoty**: „protože jsem byla prázdná. Prázdnota prostě.“ Někdy **nebylo lehké**

**vyjít z bytu:** „asi i tím, že jsem byla čtyři měsíce doma, že jsem cítila, že nedokážu jít mezi lidi, já jsem měla i období, kdy jsem nevyšla z bytu.“

V některých výpovědích se objevily **prožitky** týkající se **ztráty smyslu života:** „a já jsem asi měsíc, teď už je to tak čtrnáct dnů lepší, ale měsíc před tím, tak jsem měla takové stavy, že jsem neviděla smysl žít.“

Jedna žena uváděla, že si **nikdo nedokáže představit sílu** takové **ztráty:** „ne, že bych měla nějaké sebevražedné úmysly, ale vážně mě napadlo, že prostě to nemá smysl a možná by bylo lepší někde zemřít v lese, necht' mě tam zaroste listí a všechno...“

Jedna z dotázaných popisovala **obavy z neschopnosti vyrovnat se se ztrátou** dítěte: „já jsem nechtěla spáchat sebevraždu ve smyslu 'už toho mám dost', ale je pravda, že jsem v jednom období, v tom šestinedělí jsem cítila, že některé ty potlačené složky mého já, to moje podvědomí, ožilo takovým způsobem, že si nejsem vůbec jistá, že to zvládnou zpracovat.“

Čekání na odchod plodu z těla matky byl spojen s prožitky vyčerpání, bolesti a **očekáváním** hluboké **bolesti** nad potratem mrtvého dítěte: „ale mě nic jiného nenapadlo, já jsem byla nešťastná, vyřízená, měla jsem obrovské bolesti a věděla jsem, že když je zvládnou, tak bude ještě větší bolest.“

V souvislosti s pokusy o další otěhotnění byly popsány **silné obavy** a náhled na ně: „ten strach budeme mít pořád a až se miminko narodí, tak ho budeme mít do konce života, úplně jiný strach.“ U jiné ženy jsou pokusy o další těhotenství spojeny s vírou, že vše dopadne dobře, ač obavy zcela nevymizely: „jasně, že se to stává, ale v hlavě mám, že se to stane znovu. Spíš teď jako víc věřím, že to bude dobrý.“

Tyto **obavy** byly u jedné ženy reflektovány i **po narození dalšího dítěte**, které postupně utichaly: „a ze začátku jsem hodně toho syna kontrolovala, zda dýchá a první tři měsíce jsem měla strach se k němu připoutat. Že jsem se bála, že ho ztratím, nebo bylo hodně těžké ho od začátku přijmout a milovat, že tam je to zranění. Potom jsem se ale přestala bát.“

Různorodost zachycených prožitků ve výpovědích jednotlivých žen byla také spjatá s tím, že pro tyto prožitky byl **dostatečný prostor:** „že jsem si mohla dovolit ty emoce hodně prožít a nemusela jsem ze sebe dělat něco, co vlastně nejsem, že jsem mohla být autentická v tom svém prožívání, to bylo pro mě taky hodně důležité.“

## Vývoj v čase

Emoční prožitky spojené se ztrátou dítěte mají i svůj vývoj v čase. Více žen se shodlo na tom, že nejtěžším obdobím je **šestinedělí**: „*tak si tak zpětně uvědomuju, jak mi v té chvíli bylo, protože si to docela živě pamatuju to období. Tak opravdu to šestinedělí bylo nejhorší, po něm se dá říci, že se to začalo spravovat, ale do takové fáze, že aby bylo jasné co je to spravovat – tak pro mě spravovat bylo, že jsem si říkala, že to přežiju. Že jsem si říkala: ‚Jo, jo, jo. To bych mohla i zvládnout.‘ ” V případě zkušeností s opakovanou ztrátou se šestinedělí jevílo také jako zlomové: „já jsem to měla vždycky to šestinedělí. Že po tom šestinedělí jsem to vnímala jinak. Nebo ne jinak, ale po tom šestinedělí jsem se odvážila utéct hodně daleko.“*

**Zlepšení** prožitků bylo spojováno s různou **časovou délkou odstupu od události**. Jedna žena uváděla zlepšení po půl roce: „ale první fakt citelné zlepšení jsem cítila až po půl roce. Do té doby to bylo na hovno.“ Dle druhé to byl rok: „rok poté, rok od toho porodu, tam jsem cítila takový velký skok. Tam jsem cítila takový skok, takové smíření se s tím miminkem, že odešlo, že jsme si to vyřešili.“

Ač prožitky ztráty dítěte byly v rozhovorech přítomny, byl zachycen i proces **postupného vyhasínání intenzity** těchto prožitků: „že až po dlouhé době jsem tady v kontaktu s tou ztrátou, myslím teď s tebou. Jinak jsme zvyklí ještě někdy s mužem vzpomenout, ale už moc málo, o hodně méně. Tehdy to ale bylo na denním pořádku.“ Nebo: „že jsem si uvědomila, že už na to jakoby zapomínám.“ Nebo: „s odstupem času už je to takové lepší, že člověk si to trochu zahojil, samozřejmě nějaká rána na srdci zůstane.“

Významné je upozornění jedné ženy na celý proces **výkyvů v emočním prožívání**: „vím, že se mi potom ulevilo, ale pak mi zase bylo hrozně, že ono to tak – to jsem taky vyzorovalo, ono to tak přicházelo ve vlnách. Ale že je vždycky nějak důležité si to pouštět nebo si to odtruchlovat postupně. A vždy se shromažďovalo to napětí, a potom jsem to si třeba zabřečela a zase se ulevilo. A ty vlny, postupně ty intervaly byly delší. Zezačátku hodně často, a potom se to postupně prodlužovalo.“

Významnými okamžiky bývají **výročí**, respektive data spojená s úmrtím, datem narození, oslavou narozenin, které by dané dítě mělo. V této době je možný návrat emočních prožitků, jako je bolest ze ztráty či oplakávání úmrtí dítěte. Jedna z žen v době, kdy by zemřelé dítě oslavilo své třetí narozeniny, oplakávala svoji bolest: „a že by dnes měla třetí narozeniny a prostě tu není, tak to si pamatuju, že to byly ty tři roky po té události a to na mě přišla a ne

*nějaká dlouhá, prostě vlna, že se člověk rozbřečí a vybrečuje nějakou bolest, ale už to není něco, co je někde potají, je to taková bolest, která tam někde čekala a člověk potřebuje čas, aby si i k ní došel.“*

V tomto kontextu jedna žena hodnotila prožívání **opakovaného potratu** jako stejné, ač předchozí zkušenost může pomoci anticipovat, co bude následovat: *„já bych řekla, že nijak. Byl to pořád stejný pocit prázdnoty. Vždy. Akorát u toho prvního jsem nevěděla, do čeho jdu, tam jsem nevěděla, co se bude dít.“* U druhé byla tato zkušenost vnímána rozdílně: *„tak jsem potratila znovu, ale v pátém týdnu, naprosto přirozeně a naprosto jako s přijetím a pocitem, že by se něco dočišťovalo.“*

**Shrnutí:** Kategorie věnující pozornost emocím spojených se zkušeností ztráty dítěte v průběhu raných fází těhotenství popisuje široké spektrum emocí, s kterými se oslovené ženy setkaly. Nejsilněji byla u všech vnímána první fáze při oznámení úmrtí plodu, kterou ženy shodně popisovaly jako šok. Před konečným potvrzením úmrtí plodu se u některých žen objevil prožitek naděje, ač většinou již ztrátu dítěte prožívaly již po prvním lékařském oznámení o komplikacích.

U některých žen se objevily pocity spojené s hledáním viny vlastním přičiněním. Dále možné pocity studu. Výrazně byl u několika žen prožíván hněv a nespravedlnost, především ve spojení s ostatními těhotnými ženami, které mohou vyvolávat pocity psychické bolesti. Významně ženy popisovaly pocity osamocení a myšlenky spjaté s posuzováním přiměřenosti truchlení v dané situaci. Objevoval se pláč, případně pocity únavy. Některé ženy popisovaly pocity spojené s depresivním prožíváním, pocity prázdnoty a uzavření. Takové prožívání u některých mohlo vést až k úvahám o smyslu života a obavám z neschopnosti se se ztrátou dítěte vyrovnat.

U emočního prožívání bylo ve výpovědích žen možné zaznamenat i určitý vývoj v čase. Nejnáročnějším obdobím se pro mnohé jeví šestinedělí. První náznak větší úlevy byl u někoho vnímán s odstupem půl roku, u někoho jednoho roku. V jedné výpovědi bylo spontánně vzpomenuo výročí.

#### **IV. Protektivní a rizikové faktory v procesu truchlení nad ztrátou dítěte**

##### **Sdílení ztráty dítěte**

Oznámení ztráty těhotenství navazuje většinou na předchozí **oznámení o očekávaném příchodu dítěte**: *„my jsme to teda všem řekli, že jsem těhotná, takže všichni to věděli.“* Některé ženy s oznámením těhotenství čekali: *„[my] jsme o tom nikomu nepověděli, protože jsme to*

*brali, že to nebudeme říkat, když to není jisté.*“ Případně ve chvíli, kdy o těhotenství nikdo nevěděl a došlo k jeho ukončení, nebyl k oznámení prostor: „my jsme jim vlastně neměli možnost jim to říci.“

Pro některé z dotázaných mohlo být oznámení ukončení těhotenství spojeno s **náročným krokem**: „mně se jim to ještě nechtělo říct. Jenomže jsem to věděla, že to chci udělat čím dřív tím líp.“

Nejčastěji je událost ztráty dítěte **sdílena s nejbližším okolím ženy**, postupně o ztrátě ví i **vzdálenější lidé**: „potom už to věděli, ta nejbližší rodina, to věděli, a nějaké moje nejbližší kamarádky to věděly. A nějak tak jako postupem času i vzdálenější lidé, když na to přišla řeč.“ Stejně rozšiřování okruhu lidí, kteří o ztrátě věděli, popisuje i další žena: „takže vlastně třem kolegyním jsem to ještě řekla ještě před tou revizí. A vlastně i spoustě lidem ještě po té revizi. Že poté s nějakým odstupem, kdy já už jsem s tím byla nějak více v pohodě, a teď už o tom nemám problém hovořit, když na to přijde řeč, než kdybych to... jako úplně nevytahuju to, ale když na to přijde řeč, takže nakonec i tobě jsem to řekla, když jsi mluvila o té diplomce a nemám s tím problém, že teď už to ví i docela dost lidí. Ale je to nějak odstupňované.“

Seznamování okruhu přátel s událostí ztráty těhotenství s sebou ženám přinášelo **možnost nebýt na situaci sám**: „sdílet, nebýt s tím sama.“ **Vnímání zájmu**: „že mě někdo vyslechl v tom.“ Důležitým aspektem je **normalizace situace**: „až, když se to stane nám, tak najednou člověk zjistí, kolika lidem v okolí se to stalo a nemluví o tom.“ Stejnou zkušenost popisuje i další z dotazovaných: „ještě ten pocit, že nejsem sama, že opravdu je x-lidí, kteří si zažili něco podobného a nejsem jediná, se značkou na čele, jediná na světě, že je nás víc, že je to možná překvapivě časté a že v uvozovkách normální.“

Hluboké **pocity souznění** popisují ženy ve chvíli, které mohly sdílet svoji zkušenost s někým, kdo si prošel podobnou ztrátou. Jedna z žen má tuto zkušenost sdílení s někým s podobnou ztrátou spojenou s **důvěrou**: „možná teď mě napadlo, že to tomu člověku opravdu věřím. To, co říká.“

Takové navázání kontaktů může proběhnout i skrze **sociální sítě či weby**: „tam [facebook] s tím ženy mají zkušenost, takže to bylo hodně pomáhající, necítit se v tom sama.“ Nebo: „objevila jsem stránky [název webových stránek], kde sdílely maminky s tou těhotenskou ztrátou a to bylo pro mě taky hodně důležité, dobré. Protože jsem mohla plakat nad jejich příběhy, a tím oplakávat ten svůj příběh.“

Skrze sociální sítě našla další z žen porozumění a další možný **náhled na zkušenost** s další ženou po podobné ztrátě, kterou popisuje následovně: „a napsala jsem jí svoji zkušenost a rozpovídaly jsme se o tom, ona mi posílala, my jsme si posílaly ty fotky z toho porodu. Ona mi posílala fotky své [jméno miminka], jak ona miminko nazývala. A povídaly jsme se o tom. A ona mě přivedla na tu myšlenku, že jsem matka. A mně to nedošlo, já jsem to tak nepovažovala nebo já nevím. A to asi ani teď tak úplně necítím, ale...“

Z osobního setkání s lidmi s podobnou ztrátou popisuje další žena **prožitek naplnění**: „potkala jsem i jinde lidi, kterým se to stalo. Ale ty lidi, které jsem potkala tak když mi to vyprávěli, tak to bylo hrozně naplňující. Prostě mě to naplňuje a nedokážu to říci.“

Několik z oslovených žen má vlastní zkušenost se **sdílením události ztráty dítěte osobně**: [ženy,] které to prožijí, tak nesou energetické pole, které šíří automaticky. Ale taky to šíříme rády, prostě já to s láskou předám jiné ženě. Myslím tím, že tím nemusíte procházet tak jak my. Tím nastává ten vývoj. To není o tom, že vám to vykládat, ale musím to plně prožít. A já si myslím, že jsem si to dovolila plně prožít a ráda to jako použít do prostoru. Protože já vím, že [jméno dítěte] umřela, aby otevřela tady to téma a začala to měnit.“ I přes nutné překonání strachu z odmítnutí, přineslo jedné z dotazovaných žen obohacení: „musela jsem se úplně odkrýt a přišlo něco, co jsem fakt nečekala. To bylo strašně léčivé. A hlavně jsem více introvert a tvořím si více pro sebe. Nebo ty sítě jsem vzala na milost, mně to přišlo úžasný, že se to tam mohlo takto šířit.“

## **Podpora od sociálního okolí ženy**

### **A. Partner/manžel**

Všechny ženy výzkumného souboru žijí v partnerském nebo manželském vztahu, který byl vnímán jako významný.

Některé ženy vnímaly **společné emoční prožívání ztráty dítěte**: „my jsme tím byli takoví otupělí. Víím, že jsem seděla na lince, manžel tam stál přede mnou, objímali jsme, brečeli jsme, oba úplně záchvatově, celý ten den... Nebo den, on to byl večer. Uvařili jsme si heřmánkový čaj, lehli jsme si do postele, abychom se spolu uklidnili. Víím, že manžel šel se mnou do koupelny, kde já jsem se sprchovala, že se ode mě nehnul, byli jsme pořád spolu, pořád jsme se drželi za ruku, nebo nemohli jsme se nijak od sebe odtrhnout.“

Významný moment byl pro jednu ženu **projev partnerových emocí** vyjadřujících význam těhotenství: „a pak on přišel domů a víím, že to bylo moc milé, že jsem na něm vnímala dojetí,

on moc nepláče, ale trochu tak něco pustil, byl hodně kontaktní, hodně jsme se objímali. Takže to bylo fajn, protože jsem cítila, že jsme v tom spolu a že je mu to líto. Protože on to těhotenství celkově moc neprožíval, proto jsem celkově byla nějak ráda, že to s ním nějak hnulo, to ano.“

Další žena vnímala **hloubku prožívaných emocí v celém páru**: „to určitě jsme v tom byli oba dva. (...) Potom už mi to přišlo, že jsme se v tom utápěli oba dva. Možná chvílku byl jeden silnější, chvílku ten druhý.“

Partner byl také vnímán u několika žen jako někdo, kdo **poskytuje ženě oporu a ochranu**: „no můj muž byl maximálně, byl ideál podporujícího partnera. Z této strany se mu nedá nic vytknout. Přímo v té porodnici za prvé respektoval vše, co jsem si chtěla já, za druhé neměl problém vymezit se vůči tomu personálu a fungovat jako můj ochránce. I pak doma jsem cítila maximální podporu.“ A další: „a to, že jsme byli v tu chvíli oddělení od sebe, pro nás v tu chvíli bylo to nejhorší. Že jsme v tu chvíli na to nemohli být spolu. My jsme si ani prakticky nestihli pořádně nic říct. Jen manžel mi říkal: ‚Zvládni to tady, bude to dobrý. Zvládneš to.‘ A opravdu se snažil hodit stranou ty svoje pocity nebo nějaké svoje nejistoty, ale hlavně se snažil ujistit mě a být mi zase oporou.“ A kdo stojí při ženě i v její nejtěžší chvíli potracení plodu: „asi nejsilnější, co jsem si odnesla z toho vztahového, bylo, že se mnou byl v docela jako nehezské chvíli, kdy jsem psychicky na tom nebyla dobře, v době kdy jsem doma potrácela, jsem na tom nebyla ani fyzicky dobře, jsem mu tam omdlela a takovéto věci, takže možná takový pocit, že zůstane se mnou, i když jsem úplně... jakoby v nehezské situaci.“

Na druhé straně popisovaly některé ženy i momenty **nepochopení a neposkytnutí opory po ztrátě** ze strany partnera či manžela, které mohou nabourat důvěru ve vztahu: „akorát já jsem v tu chvíli neměla kapacitu být našťvaná, spíš jsem byla taková rezignovaná a hodně jsem ho prosila, ať se mnou je, že bych potřebovala, aby se mnou byl a on prostě nebyl.“ Nebo: „on se chová, jakoby se to nestalo. Což já chápu, že je to pro něj bolestivé, ale zase já o tom s někým potřebuju mluvit a to, že se tváří, že to nebylo, tak jako... Že nejsme propojeni, protože, když se o něčem bavíme a já zmíním potrat, tak on mlčí a nic k tomu neřekne. Ona to byla taková ztráta důvěry.“

## **B. Blízké okolí**

Jedna z dotázaných vnímala **podporu od blízkých přátel** jako jeden z momentů zvedání se ze dna této zkušenosti: „fakt to byly dílčí rozhovory s nějakými blízkými lidmi. S bývalými lidmi z výcviku, se kterými jsme si byli bližší. A že to bylo postupné dávkování. A tohle vše mě dávalo

do kupy a vyzdvihovalo zpět. “ Případně: „tak to bylo fajn, že člověk cítil, že může být sám sebou a všichni to vezmou a všichni to chápou a jsou na mě hrozně hodní. To bylo fajn.“

Svoji úlohu zde hráli u jedné ženy i **podporující rodiče**: „protože naši to chápali, naši byli úplně skvělí a oni třeba taky měli strach z toho potratu doma, ale nevyjádřili ten strach, nepřenášeli ho na nás, respektovali naše rozhodnutí. A měli ten strach, ale nechali si ho pro sebe.“

### C. Širší sociální okolí

Pochopení jedna žena měla možnost vnímat i v **pracovním prostředí**: „potom jsem prostě nefungovala v té práci dobře, jak bych fungovala bez ztráty, takže tam na to [paní ředitelka] brala ohled a myslím, že se snažila mi dát nějaký čas na to se povzdychat a dostat se do přijatelnější formy. To oceňuji.“

Širší sociální okolí může poskytnout jak psychickou, tak **materiální podporu**, která se některým ženám přijímala jednodušeji, ale nebyla méně významná: „ano, bylo důležité to, že to okolí je. Že člověk ví, že i když si v té situaci připadá sám, že sám není, že tam to okolí je. Když potřebuje pomoc, že se má kam obrátit, to bylo hodně důležité. Pro mě v té situaci, jsem se cítila tak zranitelná, že jsem neměla kapacitu na to brát od toho okolí nějakou emocionální podporu. Ale byla jsem schopná od toho okolí brát nějakou konkrétní podporu. To znamená ‚Přijdu ti pomoc posekat trávník. Upekla jsem ti koláč.‘ A tyto konkrétní věci pomáhaly a přitom byly naprosto bezpečné.“ Nebo: „a hned v té době k nám přišla ta kamarádka a přinesla nám veškerou výbavu, podložky, bylinky na podporu prokrvení dělohy, abych si svařila hřebíček s červeným vínem.“

### Nepochopení a zraňující reakce od okolí

Téměř každá žena se setkala s nějakou reakcí od okolí, která nebyla podpurná či zraňovala:

- mezi příklady těchto reakcí byly **uváděny rady**: „to co vzápětí mě napadá, že nebylo hojivé, jsou možná někdy jako dobře mínění rady, které opravdu nejsou hojivé. Ted' si nevím rychle vzpomenout. Takové ty věty typu ‚Příště to prostě vyjde.‘“
- nebo **reakce typu**: „Asi to tak Pán Bůh chtěl. Asi to tak mělo být. Bud' ráda, že jsi v pořádku a že už děti máš.“ To se hrozně špatně poslouchalo, to bolelo.“ Podobně: „to je taky to, co mi úplně nepomohlo, že odešlo, protože by bylo postižené. Nebo takové věci.“



- mezi dalšími nechápanými reakcemi okolí byly zařazovány ty, které směřovaly k **náhradě zemřelého dítěte**: „*říkala, že se to stává, že děti budu mít ještě spoustu, tak to v tu chvíli jako jo, doufám, že jo, ale nepomohlo mi to.*“ Nebo: „*Vždyť jste ještě mladá a máte doma děti.*’ A tak, protože takovéto věty nepomáhají.“
- nebo reakce **bagatelizující** ztrátu: „*Bud’ ráda, že se to stalo takhle na začátku a život musí jít dál.*’ Jasně, že si to člověk uvědomuje, ale v tu chvíli to nechce slyšet.“
- jako zraňující byly uváděny i **reakce, které nepřišly**: „*ale na druhou stranu zraňovalo i takovéto tváření se, že se nic nestalo. Což se zdá paradoxní, ale bylo to tak.*“ Případně: „*vždy byla divná ta setkání, když o tom nešlo mluvit. Že ty lidi měli blbě poznámky.*“
- podobně i **reakce, které postupně vyhasínají**: „*už vidím, že když na to zavedu řeč, tak uhnou, nechťejí se o tom bavit, protože to je něco. Je to smrt, o tom se nebaví. Obzvlášť když zemře člověk, který pro spoustu lidí vlastně nebyl, vůbec nebyl člověkem.*“

### **Potřeba informací**

**Potřeba informací vysvětlujících se úmrtí plodu** byla významná u několika žen: „*já bych to možná ocenila, kdyby se to přeci jen... I kdyby mi měli jen potvrdit: „Ano, byl to nezdravý plod hned od začátku a nemohl ani dále žít.’ Asi by to nějak pomohlo, kdyby to mohli blíže specifikovat, bylo to kvůli tomuto a tomuto.*“ Stejně: „*protože pořád tam mám, že nevím, proč se to nepovedlo.*“ Tato touha po informacích může pramenit z hledání příčin u samotné ženy: „*a přesně se nějak v sobě utvrdit, utěšit v sobě výčitky a pocity viny a hledání něčeho, co to mohlo způsobit, co ve mně to mohlo...*“ Potřeba informací se nevztahovala pouze k příčinám úmrtí plodu, ale k celému procesu: „*já jsem ve chvíli, kdy se to stalo, tak abych to zpracovala, ze všeho nejvíc měla pocit, že potřebuji informace, že mi chybí informace.*“

**Získané informace ze strany lékařů**, se kterými se ženy setkaly, se týkají vysvětlení příčin na straně plodu: „*no jasně, že jsme se na to ptali všechno a v podstatě... No je to takové, že v tom první trimestru ti povědí, že: „Hm, že prostě tam je poměrně časté, že to končí potratem.’ Že v podstatě, zdá se mi, že mluvili jako nejpravděpodobnější příčinu chromozomální věc a v tu chvíli dochází k tomu, že ten plod odumře sám od sebe.*“

Jedné z žen rezonovalo sdělení odborníka týkající se **zdravého vnímání procesů těla**: „*že to vnímá jako pozitivní zkušenost a že skoro vždy je tam ta chyba na straně dítěte a to tělo naopak ví, že to tělo je zdravé a to tělo ví, že to dítě má vypudit, nebo se s ním rozloučit, že je to příklad toho zdraví. To mi přišlo hrozně hezký obrat, jak se na to koukat. Že hodně časté jsou ty pocity*

viny nebo že nejsem dost dobrá, když to dítě nedonosím, ale naopak je to důkaz toho zdraví. Tělo rozpozná, kdy to dítě by na to mělo a kdy ne. A že prostě se to děje.“

Případně **vysvětlení samotné ženy**: „že kdyby to miminko bylo silné a chtělo by tu být, tak by ty věci zvládlo. To si myslím, že v tom je to zásadní. Že v tomhle si myslím, že to miminko nebylo zdravé, že to je ten důvod.“

Vědomí, že lékaři postupují u všech potratů v raných fázích stejně a **nedochází k vyšetření příčin úmrtí plodu**, mohlo pomoci zmírnit pocity odmítnutí: „*pro mě byly hodně důležité ty informace, že se to děje, že to může mít hodně příčin, že to, že lékaři nezjišťují příčinu, tak je v uvozovkách v normě, protože to tak je lege artis, že nejsem ošizená na svých právech, aby se někdo zabýval mým potraceným plodem, to bylo pro mě hodně důležité.*“

Některé ženy začaly **zjišťovat informace** týkající se potratu skrze odbornou literaturu, beletrii, na internetu či skrze známé. Například: „*i to, co jsem byla v té době schopná přijmout. A klidně jsem si četla jednu a tu stejnou věc několikrát, článek nebo nějakou studii, nebo něco. Já jsem dost hledala v zahraničních věcích, takže myslím, že mi to nějak stačilo celkem. V podstatě i přes facebookové skupiny.*“

### **Rozloučení se s dítětem**

Důležitým momentem ve všech rozhovorech byl způsob rozloučení se s dítětem. Některé z popsaných způsobů rozloučení nabývají podoby rituálu.

Jedním z nejčastěji zmíněných způsobů bylo **napsání dopisu** vyjadřujícího vztah k nenarozenému dítěti: „*a pak jsem napsala i dopis tomu miminku. A to jsem dělala večer, to jsme byli s přítelem. Psala jsem to teda já, pak jsem mu to dávala přečíst, ptala jsem se, jestli by chtěl něco doplnit, nechtěl, takže on byl takový jako spíš, že tam byl asi pro mě, že to nepotřeboval. Potom jsem si tam vymodelovala z modelíny to miminko, dala jsem si to do krabičky k tomu dopisu. Možná víc než to miminko, byl pro mě ten dopis důležitý, protože já jsem si tam chtěla vypsát všechny vzpomínky, které na to miminko mám. Jak já jsem se to dozvěděla, co jsem cítila.“ Napsání dopisu bylo u jedné z respondentek spojeno s možností **dokončení celého procesu ztráty dítěte**: „*já vnímám, že to bylo hodně důležité, ty slova vyřknout na ten papír. Že to bylo takové vyrovnání. Kdyby to neproběhlo, tak mi to přijde takové neúplné nebo nedostatečné.“**

Jako v předchozím případě i další žena uvedla možnost **zhmotnění si plodu**, jehož ostatky často právě při potratu v raných fázích těhotenství chybí. Proces vytváření takové vzpomínky mohl

napomoci **uvolnění emocí**: „jediné, co jsem věděla, že to miminko je velké 3,5 cm a mě napadlo udělat figurku miminka z včelího vosku takhle velkou. Takže jsem si pustila hudbu nějakou hezkou a u toho jsem dělala... U toho jsem brečela.“

Loučení se zemřelým dítětem mohlo nabývat i **symboliky pouštění**, kdy došlo k pocíťované úlevě. Důležitým bodem je i **konkrétní místo**, kde k rozloučení dochází: „a ještě ten den svítlo slunce a napadl sníh a ještě jsme koupili bílé kytky a šli jsme k řece a na takovém místě jsme pustili tu lodičku, ještě svíčku jsme zapálili. Byl to takový krásný obraz, jak ta lodička pluje do moře, najednou ta svíčka jakoby zhasla a ona se ještě rozsvítila a bylo to takové, ty bílé květy, takové dojemné a úlevné.“

Pro jednu ženu proběhlo důležité rozloučení s dítětem v **obrazné představě**: „tak pro mě byla důležitá spíš taková ta představa nebe, toho, že [je]andělíček. Tohle bylo pro mě hodně důležité. Takže takovéto odevzdání dítěte nebi, byl důležitý rituál.“

V případě možnosti zachování ostatků byl další důležitý moment **pohřbení**: „a nakonec jsme pohřbívali ten popel.“ Pohřbení bylo spjaté s hledáním vhodného místa: „[já] jsem muži říkala, jak to místo má vypadat a on mi řekl, že ví, kde to místo je a že tam půjdeme.“

V případě vyvolaného potratu ve vyšších stádiích těhotenství se ženy mohou rozhodnout, zda **chtějí dítě vidět**: „[oni mi umožní,] že mi to miminko po tom porodu přinesou zabalené v plence, abych já se sama rozhodla, co udělám.“ **Či nikoli**: „u toho posledního ano, tam se mě na to i ptali. Já jsem řekla, že asi raději ne, že by to pro mě bylo ještě horší v tu chvíli.“

Možnost **vidět mrtvé dítě** potracené ve starším gestačním stadiu byla spojena s velkými obavami, které se v daný moment rozplynuly: „nicméně to dítě bylo naprosto dokonalé. Takže ty obavy byly naprosto zbytečné. To dítě vypadalo jen, jako když usne miminko. Nemělo žádné poškození, takže obavy byly naprosto liché.“

Při provádění loučení s dítětem zmiňovaly ženy i **oporu v dalších členech rodiny**: „že seděl vedle mě, že jsem nechtěla být sama doma. (...) Mně to v tu chvíli stačilo, že jsem cítila, že jsme tam spolu. Že jsme byli víc spojenci.“ Nebo: „vím, že tam potom byla u toho ještě dcera, nějak přišla a že jsme udělaly takové hnízdečko z vlny.“

### **Vzpomínky na dítě**

Vzpomínky na dítě, které zemřelo, mohly být **spojeny s pocity vděčnosti** za to, že ho ženy mohly alespoň na chvíli poznat: „měla jsem fakt pocit vděčnosti, že fakt se mnou aspoň na

*chvíli bylo, že mě fakt na chvíli aspoň navštívilo, že jsem to mohla zažít. Takže to bylo dobré.“*  
A **kladným zážitkem** zkušenosti těhotenství: „*v podstatě paradoxně jako pro mě v něčem to byl jako dobrý zážitek samotné to těhotenství, protože já jsem předtím nikdy [nebyla těhotná].“*

Byla zmiňována potřeba si na zemřelé dítě nějakou **hmatatelnou vzpomínku** uchovat: „*a pak, jediná věc, kterou já bych na tomhle celé prožitku proměnila, bylo, že bych si to mimino vyfotila.*“ Podobně se vyjádřila i další žena: „*protože já nemám žádnou fotku, nikdy jsem ji ani neměla. Ale že bych si ji [danou vzpomínku] chtěla nějak uchovat.*“

Jedna z žen využila **materiály**, které jsou ke ztrátě dítěte v průběhu těhotenství vytvořené a napomáhají možnosti si vzpomínky uchovat. Objevuje se přitom důležitost možnosti **potvrzení života dítěte** a uzavření situace: „*já jsem si pořídila od paní Blažejové ten sešit, mám tam ultrazvuk, mám tam těhotenský test, mám tam tohle [úmrtí list dítěte]. A to mi přišlo taky jako nějaké uzavření. Možná, že to tomu přikládalo důraz, že se to stalo.*“

Většina žen své **dítě pojmenovala**: „*a i přesto tak to jsem si možná neuvědomila v tom těhotenství, nebo jsem tomu nedávala důraz, ale my jsme miminku říkali [jméno dítěte] a já vlastně ani nevím proč, jak to vzniklo,(...) takže jsme mu vlastně dali takovéto neexistující jméno.*“

### **Vlastní činnosti**

Potřeba **vlastní činnosti** mohla napomoci při vyrovnávání se se ztrátou dítěte: „*a vím, že jsem tam... a teď už jsem u toho, já jsem tím nějak prošla a asi týden na to jsem měla nějaký workshop o děláni webových stránek a najednou jsem se tam cítila hrozně dobře, že to bylo takové, že jsem se vrhla do té práce, tam jsem se cítila dobře, tam jsem mohla odejít z té situace.*“

Ženy využívaly **různé činnosti**, i ty, které nebyly v těhotenství možné. Objevují se i úvahy nad tím, co daná činnost ženě přináší: „*nebo já jsem začala cvičit hormonální jógu, kterou jsem začala cvičit už před těhotenstvím, tak na to jsem se taky těšila a objednala jsem si, nebo jsem si zaplatila konferenci, kterou jsem předtím odkládala, protože spadala do termínu porodu, takže to byla jedna z prvních věcí, kterou jsem udělala. Hodně jsem jako přemýšlela, zda je to v pohodě. Zda to není nějaký obranný mechanismus a hodně jsem se soustředila na ty věci, které jsem nemohla v těhotenství a teď jako můžu.*“

I u dalších žen byl zaznamenán posun k **aktivitám věnujícím se prožitkům těla**: „*a pro mě určitě jako pohyb a nejen ve smyslu toho sportu, ale i toho tance. Nějak jako kontakt plně přes to tělo a prožívat se skrze tělo.*“ Nebo: „*a pak mi také pomáhala hudba a to v tom, že to bude*

znít šíleně. I jsem si pustila smutnou hudbu a pohybovala jsem se v náznacích tance, a tak jsem tu hudbu procítila, to mě zase uvolnilo trošku, tak to pomáhalo.“

**Starost o děti** byla jednou z účastnic hodnocena kladně: „na pár let, jak jsem měla tu dceru, tak jsem se do toho pustila. A také péče o ní, o to dítě, které jsem měla a které mě potřebovalo, tak to mi taky hodně pomáhalo.“ Stejně tak **společné aktivity**: „nebo že začne plánovat prázdniny s dětmi, máme naplánované túry. Tak to je taky útek, že se člověk soustředí na něco jiného.“

Případně odvedení pozornosti pomocí **běžných činností**: „a tam jim zrovna běžela ta televize, a že mi to pomáhalo se úplně vypnout.“ A: „že jsem si pustila jenom stupidní seriál a koukala jsem na něj a soustředila se na něj.“ Nebo: „se člověk pustí do velkého úklidu bytu, že už má ty myšlenky jinde.“

### **Tvůrčí činnost**

**Tvorba a umělecká činnost** pomohly jedné ženě po ztrátě najít v sobě novou sílu: „a teď když o tom mluvím, tak cítím slzy, to bylo úplně nějaký takový můj přerod, co se tehdy dělo. Že cokoli, co se dělo, tak jsem vzala papír a kreslila jsem. Hněv, smutek, vše, co přicházelo. To jsem kreslila na ty velké papíry, doted' si to pamatuju. Ten první jsem tam namalovala takovou lebku a krev, ten koloběh života. Nebo mi pak hodně pomáhalo, že jsem kreslila ta miminka a brečela jsem u toho, loučila se s nimi nebo jsem tam i psala. Bylo to... Já, jak jsem to začala kreslit, jsem potom začala cítit takové zvláštní štěstí a doted' z toho žiju. I ta kniha – vše pramení z toho zdroje, jako bych našla nějaký zdroj tehdy.“

Dalším ze způsobů vyjádření bylo u jedné ženy **psaní**: „pak jsem taky psala krátké úvahy, ale to byly vždy k tomu zaměřené. Že vždy, když děti usnuly večer, tak jsem si sedla a vypsala jsem se z toho. Brečela jsem u toho jako želva, ale vypsala jsem to ze sebe, a tím jsem si ulevila.“

### **Hledání vyššího smyslu ztráty dítěte**

Smysl odchodu dítěte je dotázanými ženami spatřován v **různých vysvětleních**. Všechna jsou pro ně ale velmi důležitá. Pro některé bylo důležité zapojení představy miminka do celého procesu: „ale asi mi v tom hodně pomáhalo, že nad tím přemýšlím tak, že to miminko se nějak rozhoduje a přichází. A že na chvíli přišlo a ještě nechťelo, a hodně asi mě to učí v důvěře v to miminko a ten proces. A hodně co mi pomáhá ta věta, že každý má svůj příběh. Já věřím, že to má nějaký smysl, že mě to má něco naučit a že ještě mám něco zažít, nebo my s přítelem. Nebo

my oba v tom potřebujeme něco možná ještě změnit, něco prožít nebo ještě to miminko něco potřebovalo jinak a ono se takhle rozhodlo.“

Hledání vyššího smyslu ve ztrátě dítěte se promítlo v **drobných zážitcích**: „bylo poledne a já jsem stála v kuchyni a můj muž tesal tím dlátem do toho kamene a do toho bily ty kostelní zvony a já jsem v té chvíli poprvé pocítila, proč je to [jméno dítěte], protože já jsem v té chvíli skrze ni vnímala neskutečně takové jako požehnání, byl to jen takový náznak, já jsem to jenom prožila, bylo to hrozně krásné.“

I pro další ženy mohla zkušenost se ztrátou dítěte přinést i **pozitivní prožívání spojené s událostmi po ztrátě dítěte**. Některé z nich reflektovaly, že to nemusí být ostatním lidem srozumitelné: „a že jsem tam zažila něco tak silného a krásného – což třeba někdo, pro některé lidi je to vlastně nepochopitelné, že v souvislosti s něčím děsivým může být něco tak krásného. Takže já se k tomu chci vracet. Znova se vracím do toho momentu tehdy a znovu chci být v kontaktu, že člověk si uvědomí ty hodnoty, právě to, co je důležité, že některé věci jsou vedle toho prostě blbost. Takže když se do toho vrátím, tak ten život vnímám úplně jinak. (...) Až taková hluboká radost nebo hluboký smysl v tom.“

Některé ženy s odstupem několika let od ztráty dítěte hovoří o **osobním růstu**: „a mám pocit, že jsem na ní vyrostla. Celkově ten potrat byl natolik závažnou krizovou situací v mém životě, že to vedlo k přerovnávání si a kontrole životních priorit životních hodnot, priorit a nastavení a zjišťování, jestli jsou pravdivé a protože nechci žít s něčím, o čem mám pocit, že o tom nemůžu přemýšlet, protože by to neobstálo v realitě.“ Či **růstu celého páru**: „s mužem nás to neskutečně posílilo. Ani si nemyslím, že to, že [jméno dítěte] umřela, ale myslím ten proces, který nastal potom.“

A i přes náročnou zkušenost dokázaly najít její **význam pro svůj život**: „a že se to mohlo přetavit v něco léčivého. I když to ve svém začátku bylo strašně zraňující, ale muselo se to proměnit. Že jsem se v té rodové linii, že jsem se úplně oprostila, že díky tomu, jak jsem to zpracovala, tak jsem se oprostila od toho rodového modelu té oběti. Samozřejmě ta úzkost pořád nabíhá, ale je tam i toto.“

Díky možnosti věnovat se sama sobě byla vnímaná i možnost **změny náhledu**: „a po těch třech letech jsem to fakt pochopila, že mi to přineslo radost, že mě to tak neskutečně osvobodilo ten zážitek s ní.“

Ztráta dítěte také pro některé ženy otevřela možnost **setkat se s dalšími lidmi**: „pořád se mi dějí takové zvláštní náhody a setkání, skrze to, že potkávám úžasné lidi a tak.“

## Víra v Boha

„Měla jsem i pocit, že jsem pod nějakou ochranou, nedokážu to popsat – pod nějakou Boží ochranou, byl to zvláštní pocit.“ Popsala jedna z dotázaných svůj **pocit po zkušenosti potratu**. Pro další ženu znamenala **víra**: „hodně. Hlavně ve vztahu k tomu dítěti, že jsem odevzdala to dítě a už jsem věděla, že budu v pořádku.“

Pro další ženu tato zkušenost vedla k **přehodnocení víry**, která pro ni byla však základní oporou: „a já jsem věřící, takže jsem tam hodně cítila, že na to nejsem sama. Ale bylo těžké tuto situaci zařadit do toho svého konceptu víry, protože bylo obtížné zařadit tam, modlila jsem se za to, aby to dítě bylo v pořádku, a teď je mrtvé. Myslím si, že některé věci jsem musela přehodnotit v té své víře.“

U další ženy se objevily **pocity** spojené s **naštváním na celou situaci**: „nejsem praktikující věřící, ani nijak organizovaný věřící nejsem. Ale mám v sobě potřebu nějaké víry a spirituality. A v té době se to ve mně mísilo, možná ano právě s nějakou nadějí, v tom: ,Tak asi se to nemohlo stát jinak a má to nějaký důvod, proč se to stalo takto.’ Zároveň s tím pocitem, že toho Boha nenávidím kvůli tomuto. Proč mě takto zkouší a proč nás nechává projít tímto.“

**Shrnutí:** Kategorie věnující se protektivním a rizikovým faktorům ovlivňujícím proces truchlení zahrnuje možnost sdílení události s blízkým okolím především v prvních chvílích ztráty dítěte. S odstupem času bylo více ženami vnímáno rozšiřování okruhu těch, kdo o ztrátě věděli. Přínosem sdílení bylo snížení pocitu osamocení, normalizace, či vnímání zájmu. Oslovené ženy popisovaly souznění s lidmi, kteří si prošli podobnou ztrátou. Internetové prostředí napomáhalo propojení takových lidí. Zároveň i některé ženy se samy staly nositelkami informací o proběhnuté zkušenosti.

Mezi nejvýznamnějšími činiteli podpory byl vnímán partner, ač u všech žen to tak nemuselo být. Důležité pro některé respondentky bylo vyjádření podpory ze strany partnera a sdílení emocí pocijících se ke ztrátě dítěte. Dále byla u některých žen vnímaná podpora od blízkých či širšího okruhu sociálního prostředí. Přijímaná je jak psychická, tak materiální podpora. Naopak zraňující pro ženy jsou vyjádření, která nerespektují prožívání samotné ženy. Mezi takové reakce byly zařazovány rady, necitlivé komentáře, bagatelizace, či popírání ztráty nebo nemožnost probrat s někým vlastní prožitky týkající se úmrtí dítěte.

Jednou z důležitých opor pro ženy po ztrátě dítěte v raných fázích těhotenství bylo získání informací, které se ztráty týkají. Využíváno bylo také rozloučení s dítětem, nejčastěji rituální

formou, která může nabývat řadu podob. Zmíněno je i rozhodnutí o spatření plodu po potratu. Existence a potvrzení toho, že dítě na světě bylo, se promítá do konkrétních vzpomínek, které pro většinu dotázaných žen jsou významné a chtějí si je uchovat. Dalším protektivním faktorem je vlastní činnost, do které může být zařazena i péče o již narozené děti. Některé ženy využily možnosti odžití ztráty v procesu vlastní tvorby.

Součástí kategorie bylo hledání vyššího smyslu celé události, které se ve výpovědích některých žen objevilo a bylo pro ně velmi důležité. Nalezení smyslu může být spjaté s vnímaným osobním růstem. V neposlední řadě byla pozornost zaměřena na víru v Boha, která některým ženám přinesla oporu, některým možnost k přehodnocení dosavadních pilířů víry, případně pocity naštvání na Boha.

## V. Odborná pomoc

### Vnímání odborné pomoci

Většina žen **psychoterapeutickou podporu pro** sebe neměla: „*ne, žádný psycholog. Žádná taková podpora tam za celou dobu nebyla.*“

Ženy, které měly možnost sdílet svoji ztrátu s odborným psychoterapeutem, svůj zážitek popisovaly jako **prostor pro sdílení**: „*ani si nevybavuji nějaká její slova nebo poselství. Jen to, že jsem se tam mohla vyplakat. Ne nějak úplně moudro si neumím vybavit. Opravdu ten prostor na to sdílení a vyplakání se.*“ Nebo: „*bylo to určitě kladně, že jsem si tam mohla poplakat a vymluvit to. Takže kladně. Je to tam takový bezpečný kruh, že jsem věděla, že se nic z toho nedostane ven.*“

Také byla reflektována **probíraná témata**: „*hodnotím to hlavně tak, že jsem se mohla vypovídat. Ona, paní doktorka se mě ani na nic neptala, vždycky jsem přišla a ona řekla ‚Tak něco povídejte.‘ Tak jsem něco povídala, někdy to ani nebylo o tom potratu, někdy to bylo něco jiného.*“ Byla zmíněna i návaznost řešených témat: „*že jedno sezení bylo tak, že jsem jí oznámila, že jsem těhotná, takže tam jsem zpracovala tuhle zprávu, tuhle změnu, a při dalším sezení jsem oznámila, že už nejsem. Že jsem to zpracovávala s ní a to mi taky hodně pomohlo.*“

### Vyhledání odborné pomoci

Vyhledání odborné pomoci nebylo příliš časté. Jako jeden z důležitých momentů bylo **předání kontaktu**: „*ano, po tom posledním jsem dostala kontakt přímo v nemocnici na psycholožku,*



*... která se na toto přímo specializuje. Na ženy po potratech nebo po ukončení těhotenství v důsledku různých mutací, takže tam ano.“*

Zkušenost jedné ženy je ale opačná, **předání kontaktů by ocenila**, aby člověk nebyl ponechán bez povšimnutí: „... kontakty na nějaké poradenství nebo něco takového. S tím jsem se tam vážně nestřetla, vůbec. Ani ne, i kdybych to nevyužila, jen mít tu možnost – tu máte leták a bla bla... ,Když vám bude těžko, tak se na něj můžete obrátit a zavolat si tam.’ Je to bráno jako: ,No tak stalo se a nic, všichni si s tím poradí, i vy si s tím taky nějak poradíte.’ To nyní takhle zveličuji, to nikdo takto nepoví, ale je to tak nějak bráno, že je na to člověk, alespoň s tím, co jsem se střetla, ponechán sám sobě.“

Jedna žena zmínila i vyhledání **psychiatrické pomoci** kvůli změnám nálad, kterou hodnotí kladně: „pro mě to byla úleva, protože u mě ty nálady byly šílené. Já jsem byla schopná roztřískat nádobí v kuchyni jenom proto, že manžel něco řekl. Že to ve mně strašně rychle bouchalo. Byla to taková ta agrese, kdy mi říkali: ,Tak bouchejte do polštáře, nebo bouchejte do postele.’ – Já jsem říkala, že to nemá ten efekt, já potřebuju slyšet, že se něco rozmlátí.“

**Shrnutí:** Kategorie věnující se odborné pomoci je rozdělena na vnímání pomoci odborníků a samotnému vyhledání psychologické či psychiatrické opory. Vyhledání odborníka nebylo v daném souboru žen časté. Pokud se jim tato možnost naskytla, byla spojena především s vnímáním prostoru pro odžití emocí smutku a pláče. Informace o návazné péči by byly ceněny.

## **VI. Současný náhled na situaci**

Tato kategorie je uvedena zvlášť, ač informace zde předkládané by se mohly promítnout i v jiných částech kvalitativní analýzy. Autorka textu však předpokládá, že je důležité uvažovat i o kontextu získaných informací v rámci rozhovoru. Především k tématu *co ženy potřebují a jaká jsou doporučení dalším ženám*, je zřejmé, že ženy vycházejí z vlastní zkušenosti (někdy ji i explicitně vyjadřují), avšak je zde možnost, že právě v těchto otázkách se mnohem více než u ostatních kategorií projeví časový odstup od události a možnost jejího kognitivního zpracování.

### **Co je pro ženu nejdůležitější**

V počáteční fázi, ve které se žena dozví o úmrtí plodu, byla reflektována potřeba **dostatečného času a prostoru pro přijetí informací**: „myslím si, že je hodně důležité, že ve chvíli, kdy se žena něco takového dozví, tak poskytnout dostatek prostoru, aby to mohla zpracovat. Protože ta prvotní informace jsou jen slova, která nejsou schopná se spojit s tou realitou. Potřebuje tam

více prostoru, a pokud by byl, pokud by doktor dokázal vytvořit prostor, aby si žena dokázala někoho zavolat k sobě a ještě jednou to s nimi probrat. “ **Případně místa**, kde by se mohly prvotní emoce projevit: „že by bylo ideální, kdyby bylo někde místo, jak to někde zpracovat. Nevím, jestli je to realizovatelné, protože je to až nedůstojné nebo divné.“ **A opory:** „asi kdyby ten doktor... já nevím, jak by se to dalo realizovat, asi kdyby byl empatičtější, nebo kdyby potom tam byla nějaká sestřička, která by mi řekla pár vět, nebo by tam se mnou chvíli počkala. Nebo bych tam mohla chvíli počkat, než by přijel můj muž. Možná, něco takového, že bych nebyla tak vypuštěná.“

V případě zjištění úmrtí plodu a následné péči byla znovu uváděna **potřeba informací:** „ale mohou aspoň říci: ,Podívejte se, je dobré, abyste u toho měla nadstandard, zavolejte si do nemocnice, zeptejte se, kdy mají volný nadstandard a přijďte tam na plánovaný zákrok. Aby to nebyla hurá akce. To si myslím, že je základ a to bych dneska minimálně tohle, tohle je úplně minimum.“ **Případně vytvořit informační letáčky:** „ale napadalo mě to, ze začátku, že vytvořit letáky, takové jako SOS, které by byly u těch gynekologů, které by byly na těch odděleních a napsat tam ty tipy.“

### **Doporučení ženám**

Nejčastěji ženami bylo zmiňováno **nezůstávat na celou situaci sama**. V dané chvíli je důležité mít pro sebe oporu a nalézt v někom pochopení „v té chvíli, kdy je jim to sděleno, aby s tím nezůstávaly samy. Stejně sdělení zmínila i další žena: „takže já bych jim určitě doporučila, ať první co, tak ať se na někoho obrátí, protože já si myslím, že toto je ten okamžik, na který nejsme vybaveni, abychom to zvládly samy.“

Danou podporu poskytnout například **odborníci:** „jsou porodní asistentky, dá se prostě napsat, zavolat porodní asistentce, třeba komunitní, ne klasické nemocniční. Určitě to je, je kde ty informace sehnat, jenom aby ty ženy věděly, že v tom nemají zůstat samy.“ Nebo **lidé, kteří si prošli podobnou ztrátou:** „určitě vyhledat komunitu lidí, kteří si tímto prošli. To za sebe hodnotím kladně, že to mi pomohlo. To, že máte ten pocit, že v tom nejste sama, že nejste jediná, které se to stalo, protože vám to nikdo v okolí neřekl, to je hrozná opora.“

Další vyjádření směřovaly k **podpoře vlastního vnímání sebe sama a autentického prožití ztráty:** „zdravá cesta je prostě o nás. Já jako žena se musím srovnat s tím, že moje pocity jsou důležité a že já jediná rozhoduji o svém těle a vím, co je pro mě dobré.“ A: „všechny pocity, veškeré prožívání je ok, nechť se objeví cokoli, ale kdyby to už bylo tak moc, že už to tomu

*člověku zasahuje do běžného fungování, tak nečekat, ale jít s tím něco dělat, neztrácet ten čas tím. Zároveň být velmi trpělivá, nechtít to unáhlit a být už někde úplně jinde.“*

Vlastní prožitek tíživých emocí u řady žen vedl k **vyjádření pochopení pro tyto prožitky** a zároveň **podporu nezůstávat s nimi**: *„a jakože to ani neříkám, protože mi to přijde samozřejmé, že to tam naskakuje jako pocit nějaké sebehodnoty, ohledně pocitu, zda jsem dost hodnotná žena a všechny věci okolo tohoto, že to se ani nedá doporučit, protože to tam prostě naskakuje. No, co doporučit, protože to se nedá doporučit, nemyslete si to a neciňte to a to tak není... No ale není to tak, fakt to tak není.“* Stejně tak **u pocitů viny**: *„a taky, to se mi to říká, nedávat si to za vinu, že to není vina těch žen.“* Ani **u zklamání z nerozpoznaného ukončení těhotenství**: *„určitě to, že zamklé těhotenství nemohu poznat, že to neznamená vždy krvácení nebo bolest, ale že se to můžu dovědět při běžné kontrole, kdy si myslím, že je to v pořádku.“*

**Shrnutí:** Závěrečná kategorie stojí především na roli samotných žen jako nositelek zkušenosti ztráty dítěte v průběhu raných fází těhotenství. V jejich výpovědích je kladen důraz na poskytnutí prostoru ženě při oznámení úmrtí dítěte a poskytnutí informací spojených s touto ztrátou.

Další oslovené ženy vnímají jako klíčové obrácení se na někoho dalšího, s kým mohou ztrátu sdílet – vedle blízkého okolí je možné zvolit podporu odborníků či lidí, kteří si podobnou ztrátou prošli. Dále věnovaly pozornost možnosti autentického odžití emocí. Vyjádření se také týkala pochopení pro negativní emoce, které mohou být zatěžující, a navíc se s nimi obtížně se s nimi vyrovnává.

### **8.9.3 Vyhodnocení interview s odborníky**

Analogicky předchozí kvalitativní analýze dat byla stanovena výzkumná otázka: **„Jak je z pohledu odborníků nahlížen proces vyrovnávání se se zármutkem nad ztrátou dítěte u žen?“**

V následující tabulce je zaznamenán seznam kategorií a jednotlivých konceptů, které byly získány na základě využití principů metody zakotvené teorie. Vyhodnocení interview s odborníky se zaměřilo především na kategorie, které byly vnímány v předchozí analýze jako významné. Tento postup byl zvolen z toho důvodu, aby hlavní důraz analýzy vycházel primárně ze zkušeností žen, které si ztrátou dítěte samy prošly. Pohled odborníků je v tomto ohledu tedy brán jako doplňující.

Kategorie	Seznam konceptů
<b>Emoční prožívání žen po ztrátě dítěte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pocity spojené se ztrátou dítěte</li> <li>- vývoj v čase</li> </ul>
<b>Protektivní a rizikové faktory v procesu truchlení nad ztrátou dítěte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- normalizace</li> <li>- podpora ze strany lékařského personálu</li> <li>- sdílení ztráty dítěte</li> <li>- podpora od partnera</li> <li>- nepochopení a zraňující reakce od okolí</li> <li>- potřeba informací</li> <li>- rozloučení se s dítětem</li> <li>- vzpomínky na dítě</li> <li>- vlastní a tvůrčí činnosti</li> <li>- hledání vyššího smyslu ztráty dítěte</li> <li>- víra v Boha</li> </ul>
<b>Odborná pomoc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- obavy z psychologické péče</li> <li>- informovanost o psychologické péči</li> </ul>

Tabulka 4 Přehled kategorií a konceptů vytvořených na základě kvalitativní analýzy dat dle principů zakotvené teorie (rozhovory s odborníky)

## I. Emoční prožívání ztráty dítěte

### Pocity spojené se ztrátou dítěte

Dotázaní odborníci se na základě výpovědí setkávají s **nejrůznějšími projevy emocí**: „spektrum těch emocí je obrovské, protože to spektrum těch žen je obrovské.“

Celkově obraz emocí dle oslovených respondentů odpovídá běžným projevům **truchlení**: „[ženy] nejčastěji popisují samotu a běžné projevy truchlení.“ Častým projevem bývá i prožívaný **smutek**: „[ženy] popisují smutek nad ztrátou toho miminka.“

**Pláč** se jevil jako běžná součást reakce na ztrátu dítěte. Dle výpovědí respondentů může být bolestné o spontánním potratu mluvit. Jedné z dotázaných se: „vybavují slzy, častokrát o tom nechtějí mluvit, skrývají si bolest v sobě.“

Další prožívání uváděné odborníky může být spjaté s **pocitem viny** za ukončení těhotenství, přičemž zpracování těchto pocitů může být náročné: „protože ony stejně nějak cítí vinu a hledají ten důvod u sebe nebo někde jinde. A odpustit tomu osudu nebo tomu miminu, že to nevydrželo nebo sobě, že to nezvládla, je velké téma.“

Dalším z možných pocitů, který se ve výpovědích objevoval, může být **stud** za to, že ukončením těhotenství nebyla naplněna mateřská role, i když to tak není: „někdy se stydí za to, jak selhaly ve své mateřské roli, přestože rozumem vědí, že to nemohly nějak ovlivnit.“

Ztráta dítěte může být dle dalšího vyjádření odborníka spojena se **ztrátou nadějí a očekávání** spojených s těhotenstvím: „přišly o to miminko a přišly o naději a očekávání spojené s tím miminkem.“

Vzhledem k tomu, že informace o frekvenci spontánních potratů nejsou běžně sdíleny, může dle jednoho z dotázaných u žen docházet k **pocitům nespravedlnosti**: „proto si myslím, že ta žena se cítí tak nějak, že je to nespravedlivé, že se to děje zrovna jí.“

V počátečních fázích při oznámení úmrtí se dle oslovených mohou objevit pocity **hněvu či agrese**: „agrese tedy málokdy, ale i ta občas bývá. V podstatě ten člověk je naštvaný, dost často to bývá partner té ženy.“

Přítomny mohou dle odborníků být **pocity obav, strachu a hrůzy**. Ty jsou především pociťovány se vztahu k dalšímu otěhotnění. V průběhu následného těhotenství je nutné překonat období, kdy ke ztrátě předchozího dítěte došlo: „větší strachy, obavy hlavně překlenout to období, kdy se jim tehdy stalo, že o to miminko přišly. Někdy tam mají až panickou hrůzu: ,Ted' to bylo, ted' jsme věděli, že ten a ten den se to stalo, ted' jsme v tom dnu s tím dalším miminkem.“ Vyjádření pochopení pro **panickou hrůzu** ze ztráty dalšího dítěte má i další z dotázaných: „nebo jsou [ženy] těhotné podruhé a mají paniku, že o to miminko zase přijdou.“

Případně se dle dotázaných odborníků mohou objevit pocity **strachu, že se již nepodaří ženě otěhotnět**. Může být přítomné i **zklamání spojené s pravidelným menstruačním cyklem**: „[ženy] začnou mít pocit, že tohle se stalo a že se bojí, že už nikdy neotěhotní znovu. Co když je to znamení, že už nikdy nebudu mít děti, že je vše špatně a propadnou se do beznaděje. Že to zklamání se jim potvrdí s tím cyklem.“

**Umocnění pocitů** spojených se ztrátou dítěte může být podle respondentů **vlivem moderních zobrazovacích technik**: „v tom dvanáctém týdnu už na tom ultrazvuku, což dnes už jsou velmi dokonalé přístroje, jsou vidět ručičky, nožičky, hlavička, očičko a už to má vzhled člověka. A ještě v dnešní době, kdy většina žen chce fotku z toho, nebo (...) velké obrazovky, kdy ta žena sleduje průběh toho vyšetření a vidí to ještě ve zvětšeném obraze, tak potom ten zážitek z toho, že je něco špatně, je daleko horší.“

V souvislosti s pojetím ztráty dítěte jako traumatu jedna z dotázaných popisuje možnou přítomnost **flashbacků** na zemřelé dítě či **krvavé sny**. Vše může být spojeno s **obavou**, jak se s celou situací vyrovnat: „*dělají se jim flashbacky na to dítě, které tu není. Nebo mají různé krvavé sny. Jako kdyby sis vzala škálu toho, co se říká, že v posttraumatu může být, tak se tam vyjeví s pocitem, že se s tím nemůžou vyrovnat, že jsou bez energie.*“ Případně pocit všeobjímající **bezmoci** jako jeden z projevů traumatu: „*myslím, že to, co z těch zážitků dělá trauma, je zážitek té obrovské bezmoci.*“ A také **otřesením víry**: „*a někdy je to trauma v tom smyslu, že to otřese jejich vírou v život, ve spravedlnost.*“

Dle dotázaných mohou být **zraňující běžné situace**, mezi nimi se jedná především o setkání s těhotnými ženami: „*[ženy]zraňují úplně běžné situace, jak když člověk je ve svém tématu, které ho aktuálně trápí, tak si ho všimá všude kolem. Takže těhotných, kterých si předtím nevšímaly, je najednou milion kolem a každá druhá je těhotná a vzápětí každá druhá má novorozeně.*“

Odborníky jsou také vnímány **pocity osamění** v truchlení nad zemřelým dítětem: „*že ta žena je na to sama. Pokud se dítě narodí, už je členem nějaké rodiny, která už ho tak vnímá, už ho zná také. Když žena ztratí dítě už během těhotenství, zná ho sama. O to těžší pak pro ni může být se s tou ztrátou vyrovnat, když to nemůže sdílet ani s tím nejbližším okolím, protože ono o tom dítěti nevědělo tolik jako ona.*“

### **Vývoj v čase**

**Překonání těchto pocitů** může být u různých dle oslovených odborníků odlišné. Různé varianty popisuje jedna z nich: „*u někoho se to přebije tím, že ta maminka brzy otěhotní. Někdy pokračuje ten stav bolesti a strachu ve vyšší míře, protože ještě si nedokázala tu první ztrátu nějak ztruchlit a nějak si to v srdci nebo duši porovnat.*“

Odborníci zmiňovali, že citlivé také mohou být **momenty** po uzavření truchlení, které ho mohou **znovu obnovit**: „*potom když si v době výročí připomenou, nebo to může být, že maminka vidí kočárek a dítě ve věku, které by bylo to dítě, které se jí nenarodilo, takže toto mohou být situace, které obnoví celý ten proces truchlení.*“

**Shrnutí:** V kategorii věnované emoční ztrátě dítěte popisovali odborníci celou škálu emocí odpovídajících procesu truchlení – pláč, smutek, vina, strach, ztráty nadějí a očekávání, pocity nespravedlnosti, hněvu, obav, hrůzy, paniky a obav z budoucnosti.

Odborníci uváděli možný vliv moderní zobrazovací techniky umocňující zážitky ze skutečnosti dítěte i v raných fázích jeho vývoje. Diskutována byla otázka vymezení ztráty dítěte v průběhu raných fází těhotenství jako možného traumatu. V této souvislosti byly uváděny zkušenosti se ženami, u kterých se objevuje symptomatologie odkazující na možné projevy traumatického prožívání – flashbacky, děsivé sny, bezmoc, otřes víry v život.

Odborníci se také ve své práci setkávají s tím, že u žen po ztrátě dítěte dochází ke zcitlivění na ostatní těhotné ženy. Výjimkou nemusí být projevy osamocení vlivem toho, že o rané fázi těhotenství nevědělo blízké okolí.

Další výpovědi odborníků se zaměřily směrem vlivu dalšího těhotenství na prožitek ztráty – u někoho může vést k útlumu pocitů, u někoho k jejich prohloubení, pokud nebyly dostatečně prožity. Znovu je diskutována otázka momentů spojených s ostatními těhotnými, které mohou proces truchlení obnovovat.

## II. Protektivní a rizikové faktory vyrovnávání se se ztrátou dítěte

### Normalizace

Jednou z důležitých kategorií rozhovorů, které byly s odborníky vedeny a na které panovala shoda, je normalizace.

Důležitá je dle odborníků **normalizace pocitů**, které se se ztrátou dítěte pojí. Subjektivní vnímání nepřiměřenosti vlastních prožitků může pramenit například z toho, že v okolí ženy nikdo následky spontánního potratu neřeší: „*i vnímání nepochopení své vlastní situace, co se to se mnou děje a co to prožívám. Všichni koho znám to neřeší, nikdo o tom nemluví, takže co se to se mnou děje, že já to prožívám takto.*“

Další zdůrazňovaná potřeba dle odborníků se týká vyjádření **přiměřenosti pocitů** ohledně ztráty dítěte v raných fázích těhotenství. Sdělení, že tak žena může procházet **klasickým procesem truchlení**, je další podporou z okruhu normalizace: „*jde o ztrátu jako každou jinou, takže ta žena může nad tím mrtvým dělátkem truchlit, ať už o něj přišla v jakékoli fázi těhotenství.*“

Dle dotázaných odborníků, normalizace všech projevů pocitů ohledně ztráty dítěte, která je **neopakovatelnou zkušeností** každé z žen, je důležitá i **směrem do sociálního okolí ženy**: „*pro každého je to úplně jiný příběh, jiná zkušenost. A jestli ty ženy truchlí, tak mají nárok*

*truchlit po svém způsobu, mají nárok truchlit, jak dlouho potřebují. A hrozně pomáhá, když to okolí ví, co všechno je v tomhle stavu normální.*“

Ve výpovědích zazněla i **normalizace celé situace**, která může snižovat například pocit nespravedlnosti: *„je to [spontánní potrat] velmi časté, ale myslím si, že je to takové téma, o kterém se moc nemluví.“*

### **Podpora ze strany lékařského personálu**

V momentu oznámení komentuje jedna z oslovených důležitost **lidského přístupu** gynekologů a poskytnutí **prostoru pro zpracování informací**: *„takže co pomáhá, když ti gynekologové k nim přistupují lidsky. To bych tam dala, úplně jako normální lidi, kteří je nestaví čistě před informací. A s tou informací takhle nevyšoupnou na tu chodbu. A ony nevědí, co mají dělat, telefonují, nevědí, co mají říkat: ‚Tepe/netepe/přijďte za čtrnáct dní, uvidíme.‘ – potřebují alespoň trošku času.“*

Oslovení odborníci se shodují na tom, že si ženy v danou chvíli **informace zaslouží**. V případě, že daný gynekolog nemá kapacity se ženě věnovat, nabídnout jí možnost **obrátit se na odborníky**, kteří tu jsou pro ni a mohou jí pomoci v dané chvíli informace zpracovat: *„najít si aspoň chvilku a něco té ženě k tomu říci. To si myslím, že si ta žena zaslouží alespoň pár vět, nebo když na to není tolik času nebo prostoru, tak tu ženu odkázat tam, kde jí pomohou. Aby neměla jen tu informaci, že je to špatně.“*

V první chvíli je podle jedné z dotázaných potřeba **poskytnutí informací** srozumitelným způsobem: *„určitě by tam v první chvíli měl být gynekolog, který v první chvíli vysvětlí, co se stalo a ty ženy častokrát potřebují vědět odpověď na svá proč.“*

Důležitá je dle oslovených odborníků **připravenost odborného personálu** v nemocnicích, který ví, co má dělat. Připravenost odborníků může poskytovat oporu v tom, že na to ženy nejsou samy a ví, co a jak se bude odehrávat: *„pro tu ženu může být vždy uklidňující, když ví, že ty lidé si s tím ví rady. A tento pocit může získat právě z toho, že jsou na to ti lidé připraveni. Že to není něco, co se jim děje a jsou překvapení, že zrovna toto.“*

Bylo sděleno, že v ideálním případě by bylo zapotřebí, aby v nemocnici byl **někdo, kdo by se ženě věnoval**, ať už psycholog, nebo kdokoli další z personálu s citlivým přístupem. Roli podpory nemusí vždy partner zvládnout, protože i pro něj se jedná o ztrátu: *„psycholog nebo citlivá porodní asistentka, stačí někdo citlivý, kdo tam bude chvíli s ní a vydrží to, že jí je zle a*



*vezme tu tíhu toho zážitku na sebe. Myslím, že partner k tomu není úplně dobře vybaven, protože je v tom taky. Pro něj je to velmi těžké.*“

**Role odborníka** je jednou z oslovených vnímána v tom, že poskytuje prostor ženě pro sdílení a naději: *„odborník by tam měl být především pro to sdílení a ujištění té ženy, že to co prožívá je zpracovatelné, že to pomine a že to může zvládnout.“*

### **Sdílení ztráty dítěte**

Otázka sdílení s ostatními se otevírá již s příchodem těhotenství. Zde nepanuje jasná shoda u dotázaných odborníků, **zda těhotenství oznamovat v prvním trimestru**, či nikoli. Například jedno vyjádření upozornilo na **obtížnost sdělování ukončení těhotenství** navazující na předchozí oznámení o očekávání dítěte: *„myslím si, že je nepříjemné pro ty ženy, když v šestém týdnu oznámí všem, že jsou těhotné a o dva týdny oznamují ukončení.“* Na druhé straně při nesdělení momentu očekávání dítěte, okolí nebude tušit, co se ženě přihodilo: *„přijde mi, že to nasedá i na to, kdy je vhodné sdělovat zprávu o tom, kdy je žena těhotná a že do tohoto období spadá velká část spontánních potratů. To znamená, že většinou okolí ani neví, že žena nějaké děťátko čekala a že o to děťátko přišla.“*

**Sdílení s okolím, s někým, kdo situaci zažil**, se dle jedné z dotázaných jeví jako podpůrné: *„lidi okolo (...) – někdy pomáhá stejná zkušenost, sdílení,(...) že jsou v nějaké skupince anonymní, ve které jim někdo také sdělí svůj příběh a můžou to říct a sdílet.“*

Možnost sdílení, kterou zmínila jedna z dotázaných, může být například ve **svépomocné skupině** jako místa pro hledání způsobů vyrovnávání se se ztrátou: *„svépomocné skupiny, které jistojistě existují. Mohou to tam sdílet, mohou přijít na způsoby, které je samotné nenapadly, můžou tam hledat v tom sdílení úlevu, ale mohou tam hledat právě i v těch nápadech úlevu.“*

**Míra sdílení** se odvíjí od samotných potřeb ženy, jak vyjádřila jedna z dotázaných: *„mně připadá, že je hrozně důležité, aby ta žena měla dobré prostředí, kde může prožívat to, co prožívá, ať je to cokoli. Aby ona sama mohla rozhodovat o tom, nakolik to bude její intimní záležitost a nakolik to bude veřejné.“*

**Sdílení s již narozenými dětmi** může u žen být spojeno s obavami, jak sdělení dítě unese. Ve chvíli, kdy už těhotenství bylo v rodině oznámeno, by se dle oslovených odborníků děti měly o jeho ukončení dovědět: *„vždy, když jsem je informovala o tom, že ta maminka je těhotná, tak pak si myslím, že je na místě tomu dítěti vysvětlit, že už teda těhotná není, že je to něco, co se stává.“* Může záležet na věku dítěte, jak formulaci přizpůsobit: *„je to stejné, před tím dítětem“*

*si nehrát na hrdinu a nebát se tu pravdu vyslovit v té nejjednodušší a nejkratší formě. Hodně záleží od toho, jak to dítě je staré, kolik mu je. Ale nebát se říct ze strany maminky: „Já jsem teď hodně smutná, protože jsem měla malinkaté miminko v bříšku a teď tam není.“*

### **Podpora od partnera**

Jedna z dotázaných uvedla **vzájemnou reciprocitu** ve vztahu, která může daný pár posilnit: *„já si myslím, že se to vždy odvíjí od toho vztahu, který s tou ženou má a který by jim oběma měl vyhovovat. A potom, pokud je ten vztah otevřený, a oba jsou schopni sdílet, tak potom by i on měl být schopen naslouchat té ženě a jejím potřebám, a potom se v rámci svých možností snažit je plnit, ale zároveň myslet sám na sebe. Zároveň i ta žena by měla pečovat o toho partnera, jsou v tom opravdu spolu. A to, že se spolu dokážou navzájem podpořit je to, co ten vztah může posilnit.“*

Dle jedné z dotázaných odborníků je **přání**: *„aby to ten partner prožíval s nimi.“* Což může být **obtížné naplnit**, protože: *„každý to prožívá jinak.“* Může zde být potřeba **ujištění**, že na ztrátu nejsou ženy samy: *„hodně potřebují ujištění, že i pro partnera je to taky tak bolestné.“*

### **Nepochopení a zraňující reakce od okolí**

Odborníci uváděli, že se ženy mohou setkávat s **bagatelizací situace**: *„nejčastěji se mohou setkávat, pokud to přišlo v rané fázi těhotenství, aby znovu otěhotněly a zapomněly na to, co se stalo a šly v tom životě dále.“*

Zraňující může být také **nepochopení pro vnímání plodu jako dítěte**: *„[okolí může vnímat,] že je to něco, něco malého, to ještě není dítě v tom prvním trimestru.“*

Okolí může dle odborníků ženu podporovat v tom, aby se **soustředila na již narozené děti**: *„případně pokud už mají děti, tak mohou slyšet věty typu: „Soustřeď se na ty děti, co už máš a tohle nech být, na tom už nic nevyřešíš. Takže se soustřeď na rodinu a zapomeneš.““*

Soustředění se na budoucnost a popření prožitků ženy v přítomnosti, může být dle jedné z dotázaných vnímáno jako **odmítnutí**: *„a třeba sada vět, které určitě nepomáhají, což může být: „Tak už sis to odplakala, pojď, budeme žít dál, to zvládneme.“ Ono to vypadá jako velmi nevinně, ale ta žena to vnímá jako odmítnutí toho, co cítí a odmítnutí toho miminka.“*

Pocity smutku se mohou objevit dle další oslovené také v tom, že **žena je jediná**, kdo v příběhu s dítětem zůstal: *„že ten, kdo to miminko nese dál v tom svém životě [je ta žena] a to okolí pomalu odpadává v tom příběhu.“* Protože okolí pomalu ztrácí kapacitu, a žena tak může zůstat

**osamocena:** „některé si o tom povídají s kamarádkami. Blbě potom je, že kamarádky už potom nemůžou tohle téma neustále a neustále otevírat a ty ženy cítí, že ti druzí už nemohou.“

Objevila se výpověď, že pro okolí může být zároveň **informace o očekávaném dítěti spíše představou** než konkrétním dítětem, což může dle dotázaných vést k pocitům osamocení: „čím ranější je to ztráta, tím soukromější je to záležitost, protože pro všechny ostatní je to abstraktní informace a neprožívají to s ní.“

### **Potřeba informací**

Důležitost informací dle jedné z oslovených **sníží fantazie** ženy o tom, že ztrátu dítěte mohla ovlivnit svým chováním: „říkám si, že ty ženy to chtějí vědět pro to, aby mohly samy sebe ujistit, že za to nemohou.“

Další výpověď uvádí, že **informace** by měly směřovat i **do budoucna**. Pokud víme, co všechno může následovat v prožívání, může být dle jedné z dotázaných úlevné, že je na to daná žena **připravena**, například na okamžik výročí: „vědět, (...) co je čeká, co je může vyděsit na té cestě ještě. Ted' jsme v nějaké fázi, ale potom přijde to výročí a to bude ten čas, který bude náročný.“

### **Rozloučení se s dítětem**

Rituály jsou tu pro to, aby se rodiče mohli **vyrovnat s prožitým traumatem**, jak vyjádřila jedna z dotázaných, v čem jsou přínosné: „s tím vyrovnáním toho smutku s tím traumatem.“

Dle několika dotázaných mezi častá rituální rozloučení může patřit napsání dopisu, poslání balonku: „častokrát píšou dopis tomu miminku, posílají je potom po vodě, že to miminku dojde. Mnohé ženy posílají balonek s nějakým dopisem pro to dítě. Tento způsob může být spojen s možností **uzavření příběhu**: „protože vnímají, že udělaly pro to dítě maximum a že jakoby se tím něco uzavřelo a že jde o uzavření ze své strany: 'Já jsem vše, co mě napadlo pro to dítě, udělala.' Někdy ty ženy cítí i takovou očistu: „Dala jsem mu ještě něco, poslala jsem mu dopis, mám ho ráda.“

U starších dětí je možnost **uspořádání pohřbu**: „pokud se to dítě narodí a je mrtvé, tak mnoho žen kvituje, že se s ním může rozloučit a udělat i pohřeb.“ Na tomto rituálu je podle jedné z dotázaných možnost rozloučení se s tím miminkem především **pro rodiče**: „na pohřbu mi přijde důležitější, že je to pro ty pozůstalé.“

Jednou z dotázaných bylo připomenuto, že jde především o **vlastní způsob vyjádření** momentu rozloučení s dítětem: „aby to udělaly někde tak po svém způsobu, jak potřebují. Že si to

*promyslí, že si dojdou k tomu, jak by to mohlo vypadat.*“ Další z dotázaných hovořila o volbě místa provedení rituálu: *„někdy si to chtějí udělat samy doma.“*

### **Vzpomínky na dítě**

Rozhodnutí o způsobu uchování vzpomínky na dítě je opět volbou samotné ženy. Pro některé ženy může být uchování vzpomínek a **začlenění dítěte do součásti vlastního života** důležité, jak uvedla další z oslovených: *„když ty ženy, když chtějí, tak nějakým způsobem se podílí na tom, že to miminko s nimi nějak pořád žije, že je součástí toho jejího příběhu.“*

Vzpomínky mohou být **zpřítomňovány různými způsoby**. Důležitým prvkem je podle vyjádření jedné z dotázaných i **respektování** této volby ze strany blízkého okolí: *„některé ženy potřebují třeba zpřítomňovat si to miminko svým vlastním způsobem, at' už si zapálí svíčku (někoho to strašně štve zapalování svíčky), někdo si jde sám na výlet a někdo jde s rodinou třeba v čase výročí na narození nebo na svátek, že to miminko pojmenovali. Pomáhá, že to okolí bere vážně, že to miminko, které tady není, je součástí naší rodiny, že tady vždy bude s námi, že to není temná díra, o které se nemluví.“*

Dle další oslovené, vzpomínka na dítě může být spojena i s **určitým konkrétním místem**: *„nějaké pietní místo, plně soukromé, pro nikoho jiného neznatelné. Vymyslí si strom, ke kterému budou chodit, protože tam pod něj zakopou něco, co si spojí s tím dítětem, jako určitou pietu, památku.“*

**Pojmenování dítěte** může dle jednoho vyjádření být součástí dotváření představ o dítěti: *„aby měly to jméno pro něj, aby měly nějakou představu. Takže to může být o dotváření si představy, která jim chybí. Nejedná se o ztrátu jen toho samotného miminka, ale všech těch představ, které se ještě nestihly naplnit.“* Podle další z dotázaných nicméně nemusí být podstatné jméno dítěti dát, jde především o **vytváření vztahu se zemřelým dítětem**: *„to podstatnější je najít si k tomu dítěti nějaký vztah. A někdo to zvládne i bez toho pojmenování.“*

Při úmrtí staršího dítěte je po jeho potratu možné využít **vzpomínkových krabic**, které jsou přímo vytvořené pro uchování vzpomínek. Dle jedné výpovědi: *„vzpomínkové krabice, které mohou být různého obsahu, ale většinou tam jsou předměty, které umožňují si uchovat ty vzpomínky na miminko, mohou to být otisky nožiček, ručiček, schování vlásků, může to být obleček, který tomu miminku oblíknou, vyfotím si ho, pochovám si ho. Může tam být dečka, do které si miminko zabalím, potom záleží, jestli to miminko v těch předmětech pohřbím, nebo zda si ty předměty schovám a budou mi tvořit ty vzpomínky na to miminko.“*

Uchování dítě v paměti může napomoci v tom, že pro ni **zemřelé dítě ve vzpomínkách stále je**, i když znovu otěhotní: „že tamto [dítě] bylo a že toto už je druhé dítě, že to není náhražka, ale je to něco jiného.“

### **Vlastní a tvůrčí činnosti**

Volba činností, které podle oslovených mohou pomoci překonat ztrátu, je znovu značně **individuální**: „někdo píše knížku tomu dítěti, někdo maluje obrazy pro to dítě, někdo potom založí nějakou skupinu, aby se nějakým způsobem vyrovnal s tou ztrátou. Někdo je sám v sobě a chodí dále do práce, je to zase o osobnostním nastavení, jak si to vše prožívá, i na nějakých zkušenostech, které si prožil on sám ve svém životě ten člověk, to se také podílí na tom, jak to prožívá.“

Případně další z dotázaných zmiňuje možnost **tvůrčí činnosti** vedoucí k projevení vnitřně prožívaných emocí: „některým pomáhá, když píšou dopisy nebo deníky, jak se teď mají, nebo dopisy tomu miminku a tak, které někdy používají i při těch rituálech.“

V neposlední řadě se může dle jedné z oslovených jednat o **sebepéči**: „ještě teda jedna věc, která pomáhá – sebepéče. Práce na sobě.“

### **Hledání vyššího smyslu ztráty dítěte**

Smysl celé události může napomoci vyrovnání se s danou zkušeností, například **v obratu k sobě a svým potřebám**. Jedna z oslovených odbornic se o vyšším smyslu vyjádřila takto: „i [ženy] velmi nespirtuální tam najdou něco, čemu bych řekla smysl toho. (...) Ať už to říkají: ,Osud mi to přinesl do cesty, abych se naučila víc o sebe pečovat. Teď tu energii, kterou bych věnovala tomu miminku, můžu použít dobře dále.‘ (...) Co pomáhá, se skládá z mnoha kamenů a ta spiritualita nebo ten smysl v tom je jeden z těch kamenů.“

### **Víra v Boha**

Jedna z odbornic se vyslovila k otázce víry v tom smyslu, že může **na jedné straně pomoci, na druhé může v situaci působit krizi víry**: „mám zkušenost, že víra někdy hraje roli negativní, protože ty ženy řeknou, že: ,Já jsem v Boha věřila, měla jsem ho jako velmi blízkého ve svém životě, jak to, že se to stalo? Jak to, že on to dopustil, dovolil?‘ Takže někdy poté mají krizi víry, protože je to pro ně nemyslitelné. Nebo někdy ty ženy mají víru, že: ,Dobře, asi to bylo v nějakém plánu Božím, asi se to kvůli něčemu stalo a věřím, že mě Pán Bůh drží pevně v rukou a že můj život vede a řídí a i toto – ač tomu nerozumím – má nějaký smysl.‘“

**Shrnutí:** Kategorie protektivní a rizikové faktory obsahuje především důležitou úlohu normalizace – pocitů i situace. Na proces vyrovnávání má dle oslovených odborníků vliv přístup lékařského personálu nemocnice zahrnující sdělení informací a poskytnutí prostoru ke zpracování informace o úmrtí plodu, včetně připravenosti personálu na tuto skutečnost.

Pozornost odborníků se věnovala směrem k sociálnímu okolí ženy a otázce sdělení informace o samotném těhotenství a o úmrtí plodu. Jako podpůrné se dle oslovených jeví sdělení s někým se stejnou zkušeností. Kladen je důraz na vlastní potřeby ženy. Z výpovědí je poukázáno na to, že do sdělení s okolím mohou patřit i již narozené děti, kterým je potřeba informaci citlivě sdělit. Ze sociálního okolí byla odborníky nejčastěji věnována pozornost roli partnera, u kterého žena potřebuje vnímat i jeho prožití ztráty dítěte. Do kategorie patří dále zraňující reakce od okolí, do kterých je dle respondentů možné zařadit bagatelizaci situace, nepochopení pro vnímání plodu jako dítěte, odmítavé reakce, vnímání pocitu osamocení vlivem toho, že pro okolí plod byl méně reálný a není věnován prožitkům ženy dostatečný prostor.

Pro vyrovnávání je dle odborníků potřeba dostatek informací snižujících fantazie o ztrátě dítěte. Podpůrné mohou také být informace upozorňující na celý proces truchlení se všemi možnými psychickými propady.

Proces rozloučení s dítětem je odborníky vnímán jako protektivní faktor vyrovnání se s prožitým traumatem ztráty. Často bývá využívána forma napsání dopisu, pouštění balonku, které symbolicky uzavírají celý příběh. Uspořádání pohřbu je dotázanými označováno především jako podpora pro samotné rodiče. Důležitým bodem je výběr vlastního způsobu vyjádření. Dále je velmi důležitým bodem uchování vzpomínky na dítě jako součást životního příběhu ženy a muže, které odborníci vnímají. Vzpomínky mohou být různě zpřítomňovány – činnostmi, konkrétním místem, vzpomínkovou krabicí.

V procesu vyrovnávání byly dále zmiňovány různorodé vlastní a tvůrčí činnosti. Podstatnou protektivní složkou se může stát sebepečení. Dle odborníků většina je možné dospět skrze zkušenost ztráty dítěte k nalezení vyššího smyslu celé události. Dle nich víra v Boha může být jak protektivním, tak rizikovým faktorem.

### **III. Odborná pomoc**

#### **Obavy z psychologické péče**

Před oslovením odborníka o poskytnutí péče se dle dotázaných mohou objevit **obavy z nepochopení**. Zároveň se může objevit strach z otevření tématu v rámci psychoterapie,

Jelikož to může způsobit další bolest nad ztrátou dítěte. Jedna z respondentek to vyjádřila následujícím způsobem: „strach, co mi na to řekne ten někdo. (...) Že to bude bolest a že to bude bolet více, než unesou.“

### **Informovanost o psychologické péči**

Jedna z oslovených odborníků uvedla, že je důležitá **informovanost o tom, kam se dá na odborníky obracet**: „já si myslím, že je určitě potřeba, aby věděly, kam se obracet. Mám takový pocit, že spousta žen to vnímá jako něco, o čem sama nemůže mluvit, ani není kde o tom mluvit.“ Stejně tak i další vyjádření: „já mám pocit, že [podpora a péče odborníků] je dostatečná, ale není dostatečně inzerovaná. Takže služby by mohly být i více naplněny, klientky by si mohly více říkat o pomoc, kdyby věděly, že ta péče je. A s čím se setkávám já, tak ty ženy o tom nevědí, že existuje pomoc někam se přijít poradit, sdílet.“

**Shrnutí:** Kategorie odborné pomoci psychologů obsahuje možné obavy z žen z nepochopení a vyjádření o obecně malé informovanosti o této pomoci.

## **8.10 Komparace výsledků získaných dat**

Komparace pohledu žen na zkušenost spontánního potratu a pohledu odborníků a jejich vnímání toho, jak se ženy se ztrátou dítěte v raných fázích těhotenství vyrovnávají, může být především námětem pro další výzkumy v této oblasti. Cílem komparativní části není zhodnocení, jaká je přesná skutečnost, ale nabídnutí co nejširšího pohledu na téma spontánního potratu a možnostmi vyrovnávání se s jeho dopady na prožívání žen.

Během komparace výsledků se výpovědi v interview významně nelišily od dat získaných formou dotazníkového šetření.

**Prožívané pocity** po ztrátě dítěte uváděné v rámci obou výběrových souborů jsou charakteristické především projevy pláče, smutku, viny, studu, hněvu a nespravedlnosti. Objevují se pocity strachu, obav z budoucnosti, bolesti a pocity osamocení. Některé projevy prožitků by mohly být vyjádřením depresivní symptomatologie. Za zraňující bývá považován střet s těhotnými ženami.

Dle obou výzkumných souborů dochází k vývoji prožívaných pocitů. S odstupem času jsou emoce spojeny s menší intenzitou prožívání, ač vzpomínky na dítě mohou být stále zachovány.

U některých dotázaných odborníků dochází k pohledu na ztrátu dítěte v průběhu raných fází těhotenství jako na zážitek traumatu.

**Protektivní faktory** byly spatřovány především ve vztahu k sociálnímu okolí dané ženy. Významná role je přisuzována především partnerovi dané ženy. Sociální okolí může poskytovat jak možný prostor pro sdílení ztráty dítěte, tak také ujištění, že žena na ztrátu není sama. Zároveň sociální okolí může potenciálně představovat i riziko v případě, že adekvátně nereaguje na prožívání ženy. Ze strany dotázaných odborníků zde byl kladen důraz na citlivý přístup lékařského personálu, který by měl respektovat hloubku významu ztráty a poskytnout ženě dostatečný prostor a oporu. Tato oblast byla vnímána jako důležitá i u dotazovaných žen. Význam byl u obou souborů přikládán dostupnosti informací spojených se ztrátou.

V kontextu ztráty dítěte je z obou výběrových souborů kladen důraz na možnost rozloučení se s dítětem formou, která je pro ženu vlastní. Také vzpomínky na zemřelé dítě jsou chápány jako důležitá součást života ženy.

Ženám také může být nápomocná vlastní a tvůrčí činnost, znovu jmenovaná oběma výběrovými soubory. Z interview se jeví, že většina žen najde v události nějaký smysl. Víra v Boha se ukazuje jak protektivním faktorem, tak také možným rizikem při vyrovnávání se se ztrátou dítěte.

U dotázaných odborníků navíc významně vystupovala kategorie normalizace celé situace včetně všech prožitků dané ženy. Význam normalizace, respektive uznání vlastních prožitků a ztráty plodu jako dítěte, se projevuje i v jednotlivých výpovědích žen. Ze strany odborníků ve výběrovém souboru je ještě vnímána důležitá část sebezpečí, která v analýze výpovědí žen nebyla zaznamenána.

**Odborná pomoc** nebyla u většiny žen vyhledána, ač tuto potřebu některé vyjadřovaly. Shodně u obou souborů vystupuje potřeba lepší informovanosti o následné psychologické péči. U dotázaných odborníků byly uváděny především obavy, které mohou ženám zabraňovat v tom se na danou pomoc obrátit.

## **8.11 Diskuze a shrnutí výsledků výzkumu**

### **Kvalita lékařské péče a průběh spontánního potratu**

Dotázané ženy se vyjadřovaly ke kvalitě lékařské péče, která jim byla poskytnuta. Mezi kladnými hodnoceními se objevoval především empatický přístup lékařského personálu, projevení lidskosti či poskytnutí informací spojených se ztrátou plodu. Kladně byla hodnocena



i ochota k tomu, aby se mohla žena rozloučit s potraceným dítětem. Naopak záporně byla hodnocena malá citlivost vůči pocitům a potřebám ženy. Nedostatek poskytnutých informací byl hodnocen také záporně. Takto kladné a záporné hodnocení lékařského personálu odpovídá výsledkům studie provedené na ženách (N = 143) po ztrátě dítěte do 12. týdne těhotenství (Cuisinier, Kuijpers, Hoogduin, De Graauw, & Janssen, 1993). Nedostatek podpory, uznání ztráty a empatického projevu byl zaznamenán i v další studii provedené na ženách (N = 15) pomocí polostrukturovaných interview (Bellhouse, Temple-Smith, Watson, & Bilardi, 2019).

Studie věnující se rozhodnutím o možnosti přirozeného potratu mrtvého plodu nebo o provedení revize byla provedena na ženách (N = 15), které tuto volbu měly. Možnost přirozeného potratu mrtvého plodu byla motivována především přirozeností řešení a obavami z operace. Tyto ženy po zkušenosti přirozeného potratu mimo nemocnici reflektovaly obavy spojené s krvácením a bolestmi, které u nich nastaly. Ženy, které se rozhodly pro operativní řešení odchodu plodu, oceňovaly především možnost rychlého řešení, ač ne vždy od nemocničního personálu zažily pochopení (Ogden & Maker, 2004). Tyto zkušenosti odrážejí i vnímání žen výběrového souboru.

### **Emoční prožívání ztráty dítěte**

V reakci na ztrátu dítěte v raných fázích těhotenství popisovaly ženy fázi šoku, ve které se objevují momenty popření dané skutečnosti. Doprovázeným projevem šokové reakce je nemožnost přichozí informaci zpracovat v daný okamžik. Ženy dále popisovaly, že nebyly schopné přijímání informací, které se pojily k dalšímu průběhu spontánního potratu. Počáteční fáze po sdělení diagnózy jsou spojeny s prožitkem smutku nad ztrátou, případně strachem, pokud žena čeká na další vyšetření, které má diagnózu potvrdit či vyvrátit. Při čekání se u některých žen objevily záblesky naděje. Po potvrzení diagnózy popisovaly ženy hněv, pocity viny či studu. Objevovaly se pocity nespravedlnosti nad tím, proč se to stalo právě dané ženě. U některých se vyskytly pocity, které by mohly opisovat depresivní symptomatologii, například pocity prázdnoty, ztráty smyslu života, ztráty víry a naděje, případně obav, že daný stav žena nebude schopná unést. Nakonec byly ve výpovědích zaznamenány pocity nalezení smyslu v celé události.

Na základě uvedeného odstavce bychom mohli uvažovat o tom, že fáze truchlení dle Kübler-Rossové (2015) jsou možnou teoretickou oporou i pro proces truchlení při ztrátě dítěte v raných fázích těhotenství. Výjimku tvoří stadium smlouvání, které se ve výpovědích neobjevovalo. Možným vysvětlením může být, že u většiny žen byla informace dána při úmrtí plodu, která této fázi nedává prostor.

Z teorie truchlení dle Kastové (2015) bychom ve výpovědích zaznamenaly prvotní fázi, ve které dotázané ženy oznámení nechtěly uvěřit. Fáze otevřených emocí byla doprovázena širokou paletou projevů pocitů spjatých s úmrtím dítěte. Další z fáze, která odpovídá teorii, je nacházení nového vztahu k sobě a ke světu, kdy ženy v pozdějších fázích uváděly nalezení hlubšího smyslu celé události. Tato fáze mohla být u některých stále doprovázena pocity smutku, avšak už není tak zahlcující jako v počátečních fázích truchlení.

Popisované projevy emocí týkajících se depresivních prožitků a či úzkostného ladění odpovídají závěrům provedených studií, které tyto projevy emocí u žen po zkušenosti spontánního potratu také zaznamenaly (Lok & Neugebauer, 2007; Ptettyman, Cordle, & Cook, 1993). Respondentky uvedly, že znatelné zlepšení v prožívání u sebe zaznamenaly s odstupem půl roku či roku. Tento časový úsek odpovídá i výzkumu, dle kterého psychické prožívání po spontánním potratu může přetrvávat šest až dvanáct měsíců (Lok & Neugebauer, 2007).

Obavy z následujícího těhotenství oslovené ženy sdělovaly také. Tyto obavy reflektovali i odborníci. Výsledky jsou v souladu s výsledky dalšího výzkumu poukazujícího na možné prožívání úzkosti při dalším těhotenství (Conway & Russell, 2000). Ženy se zkušeností raného potratu v prvním trimestru nového těhotenství mohou být ohroženy větší mírou úzkostí než ženy bez této zkušenosti (Bergner, Beyer, Klapp, & Rauchfuss, 2008).

Jak bylo naznačeno z rozhovorů s odborníky, žena v danou chvíli ztrácí očekávání spojená s budoucností s dítětem. Výzkum provedený na ženách (N = 13) ukázal, že tyto představy budoucnosti s dítětem jsou přítomny již v raných fázích těhotenství (Adolfsson, Larsson, Wijma, & Bertero, 2004).

Ztráta dítěte vlivem zamklého těhotenství může být u žen spjata s pocity nedůvěry ve vlastní tělo i s pocity zklamání, že samy ukončení těhotenství nemusely poznat. Vysvětlení Moulderové (2001) je především v procesech těla, které na ukončení těhotenství reagují se zpožděním.

V neposlední řadě bylo zmíněno i téma náročných psychických následků, které mohly s sebou přinášet i téma, zda bude možné daný stav překonat. Studie provedená na ženách a mužích (N<sub>F</sub> = 172, N<sub>M</sub> = 21) po zkušenosti spontánního potratu potvrdila přítomnost flashbacků a nočních děsů jako častý následek. Výsledky také poukázaly na přítomnost sebevražedných myšlenek u 11,4 % žen, z nich 1,8 % se o sebevraždu pokusilo (DeFrain, Millspaugh & Xie, 1996). Tyto projevy mohou potvrzovat závěry autorek přehledové studie, že intervence založené na výzkumu traumatických zkušeností mohou mít u žen po zkušenosti spontánního potratu kladný účinek (Lee & Slade, 1996).

## **Protektivní a rizikové faktory v procesu truchlení**

Ve studii provedené pomocí polostrukturovaných interview na ženách po zkušenosti spontánního potratu výsledky poukazují na protektivní faktory podpory od rodiny a existence komunity (Rowlands & Lee, 2010). Z výsledků kvalitativní analýzy je sdílení s lidmi se stejnou zkušeností hodnoceno dotázanými ženami kladně, stejně tak je pro ně významná podpora partnera a blízkého okolí.

Zkušenost spontánního potratu je významnou událostí pro daný pár, se kterou nemusí být jednoduché se vypořádat. V tomto smyslu výzkumu ukazují, že odborná i laická veřejnost nemusí zkušenost spontánních potratů vnímat jako významnou událost (Conway, 1991). Protektivní faktor uznání spontánního potratu jako důležité události v životě páru potvrdila studie ( $N_F = 10$ ,  $N_M = 6$ ) prováděná pomocí polostrukturovaných rozhovorů (Meaney, Corcoran, Spillane, & O'Donoghue, 2017). Tyto závěry potvrzuje i další studie věnovaná sociálnímu okolí ženy a významu, který pro toto okolí raný potrat má. Výsledky poukazují na to, že pro sociální okolí je spontánnímu potratu přikládán pouze malý význam, což může být pro ženu vnímáno jako nepochopení jejích prožitků (Renner, Verdekal, Brier, & Fallucca, 2000). Tyto výsledky studií by více mohly přibližovat vysvětlení uváděných zraňujících reakcí, které se dané ženě dostávají od jejího sociálního okolí.

Brinová (2004) poukazuje na léčivý efekt pro rodiče vlivem provádění rozlučkových rituálů se zemřelým dítětem. Význam provedeného rituálu byl zaznamenán i u žen výběrového souboru, jeho léčivý efekt zmiňovali i oslovení odborníci.

Podle studie zaměřené na zvládání ztráty dítěte v různých fázích jeho života se rodiče orientují na hledání způsobů, které vedou k uvolnění pocitů spojených se ztrátou dítěte. Některým pomohlo odvádění myšlenek a zaneprázdnění se tak, aby se ztrátou nebyli ve stále přímé konfrontaci. Někteří se orientovali směrem k hledání informací pomocí čtení odborné literatury. Ženy mají větší tendenci projevit svůj žal psaním, čtením či pláčem na rozdíl od mužů (Schwab, 1990). Podobné strategie zmiňovaly i dotázané ženy při vyrovnávání se se ztrátou dítěte v raných fázích těhotenství.

Z výzkumného souboru žen také vyplynulo, že s odstupem času vnímají hlubší smysl celé zkušenosti spontánního potratu. Hledání smyslu náročných životních událostí se ukazuje jako důležité i v rámci longitudinální studie provedené na ženách po spontánním potratu ( $N = 127$ ). Tato studie však ukazuje, že hledání smyslu ustupuje do pozadí s delším časovým odstupem od události. Téměř u poloviny dotázaných s odstupem sedmi týdnů bylo zjištěno, že již smysl celé události znají, k čemuž napomohly především poskytnuté informace. Ve srovnání s výsledky

výběrového souboru žen předkládané práce se ukazuje spíše delší časový odstup od události, který dává celé zkušenosti smysl. Příčiny rozdílů v uvedené studii a této práce mohou být dány v samotné definici *hledání smyslu* či výběrovým souborem a způsobem sběru dat.

Role náboženských přesvědčení a víry se na základě provedených rozhovorů ukazovala na jedné straně jako podpůrná, na druhé mohla přinášet další komplikace. Tyto oba póly je možné vysledovat i ve studiích, které se roli náboženského přesvědčení věnovaly (Cowchock, Lasker, Toedter, Skumanich, & Koenig, 2010)

## **8.12 Limity výzkumu**

### **Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor respondentů se zkušeností spontánního potratu je tvořen ženami, které si samy prošly zkušeností spontánního potratu v jeho nejširším vymezení, tzn. ztráta miminka v průběhu těhotenství až do 22. týdne. V dalších charakteristikách se již od sebe liší, což může přinést obohacení dat o různé úhly pohledu, i ovlivnění výstupů. Mezi tyto další charakteristiky patří věk dané ženy, počet zkušeností se spontánním potratem, již narozené děti nebo bezdětnost, rodinná situace nebo možnost dalšího otěhotnění či sociodemografické údaje. Specificky ve vztahu k tématu je nutné zdůraznit, že u žen se jednalo o různé druhy spontánního potratu, nejčastěji zamklé těhotenství. Zároveň ztráta miminka u každé ženy proběhla v jiném stádiu těhotenství (min 9. týden, max 21. týden těhotenství), což může přinášet jiný druh prožitků, spojených především s odchodem plodu z těla matky. Rozhovory také probíhaly s různým odstupem od zkušenosti spontánního potratu (min 4 měsíce, max 14 let po události). Vzhledem k tomu, že v našem prostředí není dostupná žádná podrobná studie zaměřená na ztrátu miminka v průběhu raných fází těhotenství, autorka textu se domnívá, že širší paleta charakteristik respondentů byla přínosným zdrojem pro upozornění na možné odlišnosti, které se se ztrátou miminka mohou pojít. Zároveň pestrost výběrového souboru může odhalit společné rysy v prožívání a chování všech, kteří si danou událostí procházejí.

Dalším možným limitem výběrového souboru je samotný způsob zapojení do výzkumu. Některé ženy se zkušeností spontánního potratu, které se do výzkumu zapojily, jsou z blízkého okolí samotné autorky textu. Oproti tomu další respondenti se do výzkumu zapojili, aniž by se s autorkou textu znali. Tento rozdíl mohl hrát svoji roli v případné otevřenosti k probíranému tématu, avšak na základě komparace sebraných dat se autorka textu domnívá, že tento faktor neměl na otevřenost a upřímnost respondentů vliv.

V této části práce je také velmi důležité upozornění na motivaci respondentů k zapojení se do studie. Ač zjišťování motivace nebylo předmětem výzkumu, bylo patrné, že možnost sdílení zkušenosti, která by mohla napomoci alespoň jedné ženě s podobnou zkušeností, je silným motivem u všech zúčastněných. Pro některé ženy tato zkušenost mohla být spojena s možností náhledu na celou událost, kterou ve většině případů neměly možnost nikde sdílet v takto ucelené formě. Pro některé se tak tento rozhovor mohl stát pomyslným uzavřením dané zkušenosti. Pro několik žen byl rozhovor naopak několikátým, který určitým způsobem sdílely a sdělovaly příběh, který už je někde zaznamenán (např. na blogu, v knize apod.). Je možné uvažovat o tom, že sdělení příběhu poprvé či opakovaně s sebou může na obou stranách přinášet různé aspekty – např. síla emočního prožitku během vyprávění, náhled na situaci, vlastní uvažování o zkušenosti nebo například vložení informací získaných z reakcí okolí. Všechny tyto aspekty jsou velmi cenné pro postihnutí celého obrazu ztráty.

Dalším zamyšlením nad faktory působící na výzkum jsou ženy, které chtěly být do výzkumu zapojeny, ale kvůli časovým a místním okolnostem být zapojeny nemohly. Případně ženy, u nichž byl odstup od události kratší než tři měsíce, nebyly do výzkumu zařazeny (všechny informace byly citlivě komunikovány a vždy bylo domluveno možné další setkání nad rozhovory s časovým odstupem). Také při prevalenci spontánních potratů hovoříme o zlomku žen, které byly ochotny a motivovány se do výzkumu zapojit. Informace o výzkumu nebyly šířeny masivním způsobem, proto je velmi pravděpodobné, že se tato informace nedostala ke všem potencionálním respondentkám. Také místo výzkumu poměrně limituje možnost zapojení se do osobního rozhovoru. Otázkou zůstává, zda je nezapojení se do výzkumu znakem toho, že ženy o zkušenosti nechtějí mluvit, nebo prožitky nevnímají jako důležité pro sdílení případně naopak, že prožitky jsou natolik silné, že jejich sdílení by bylo bez dekompenzace psychického stavu prakticky nemožné.

U výběrového souboru odborníků jsou limity dány také rozdílem v předchozí známosti s autorkou textu. Dále je zde zaměření na odborníky působící pouze v Praze, což s sebou může také přinášet určité zkreslení vnímaných možností péče o ženu po zkušenosti spontánního potratu. Skupinu odborníků navíc tvoří velmi nehomogenní skupina, kterou spojuje pouze odborné zaměření o tuto problematiku. Je na místě zdůraznit, že to byl záměr autorky textu, která pohledy odborníků využívá především jako porovnání pohledu žen a pohledu odborné pomoci.

V neposlední řadě je možným dalším limitem nízký počet respondentů v obou skupinách.

## **Metody sběru dat**

Dotazník zařazený v rámci výzkumu nebyl nijak pilotně ověřen, především kvůli počáteční nedůvěře v nalezení dostatečného množství respondentů. Během vyplňování tak vyvstávaly otázky pojící se k nejasně formulovaným pojmům. Obtížné bylo také hodnocení v rámci pětistupňové škály, která nebyla u všech odpovědí zcela jasně srozumitelná. Autorka si je těchto limitů vědoma, proto byli na začátku vyplňování dotazníku všichni respondenti podpořeni v kladení otázek v případě nejasnosti. Zároveň dotazník slouží pouze jako orientační metoda v daném tématu, stěžejní část práce se opírá o osobní rozhovory, ve kterých mohla být řada nejasností vysvětlena. Také grafické znázornění odpovědí je voleno pro přehlednost, poukazuje především na momenty, kterým je nutné věnovat pozornost v rámci hloubkových rozhovorů.

Otázky zařazené do polostrukturovaného interview byly vždy uzpůsobeny dané situaci, psychickému stavu daného člověka a jeho osobní zkušenosti. Proto v některých interview nezazněly všechny připravené otázky a v některých zazněly i otázky navíc, které zpřesňovaly danou zkušenost a prožitky s tím spojené. V některých interview bylo nutné ustoupit od výzkumného záměru a věnovat se aktuálním prožitkům spojeným s otevřením tématu. Změna byla vždy směrem k danému člověku komentována a bylo vysvětleno, proč může být výzkumný rozhovor na chvíli přerušen.

Analogicky je nutné zdůraznit k rozhovorům s odborníky, že otázky byly uzpůsobovány především podle jejich oblasti působení a nabytých zkušeností. Cílem bylo získat co největší šíři pohledů na danou problematiku.

## **Intervenující proměnné**

Všechny rozhovory probíhaly v relativně nerušeném prostředí, avšak pro některé respondenty šlo o prostředí jim předem neznámé. Rozhovory probíhaly s co největším časovým přizpůsobením se respondentům v různých denních dobách. S ohledem na tíhu tématu nebyly zařazovány více jak dva rozhovory denně.

Jeden z rozhovorů probíhal v manželském páru. Na začátku rozhovoru bylo sděleno, že zaměření výzkumu je na ženy s danou zkušeností, bylo domluveno, že v případě doplnění vlastního komentáře je v pořádku do rozhovoru vstoupit.

## **Etika výzkumu**

S ohledem na citlivost tématu a náročnost výzkumného rozhovoru byla ženám nabídnuta možnost vyhledání odborné pomoci v případě, že by rozhovor otevřel nevyřešená témata

spojená se zkušeností spontánního potratu. Kontakty na autorku výzkumu byly součástí informovaného souhlasu.

Po úspěšné obhajobě diplomové práce bude všem účastníkům zaslán odkaz, kde bude práce přístupná ke čtení tak, aby i sami účastníci měli možnost nahlédnout do výsledků práce, na které se sami podíleli a bez nichž by nemohla práce vzniknout.

### **8.13 Možnosti dalšího výzkumu**

Již při psaní diplomové práce bylo zřejmé, že je nutné, aby výzkum v této oblasti dále pokračoval a mohl přinášet další poznatky k tomuto tématu.

Vzhledem k omezení výzkumného souboru na ženy se zkušeností spontánního potratu je na místě, aby se další výzkumy orientovaly i směrem k mužům a jejich vnímání a prožívání ztráty dítěte. Výsledky výzkumů naznačují, že jejich zármutek může být prožíván stejně hluboce, avšak navenek je komunikován jinak. Pochopení prožívání spontánních potratů z pohledu muže, může být podpůrné a nabídnout vědomí normality všech prožitků, které se se ztrátou miminka v raných fázích těhotenství pojí.

Vedení výzkumných rozhovorů v rámci páru může poskytnout hlubší poznatky spojené s touto zkušeností. Výzkumné cíle se mohou zaměřovat směrem k vnímání samotného rodičovství, které možná v poslední době prochází určitými proměnami, včetně změn ve vnímání role matek a otců.

Jelikož se jako jeden z klíčových faktorů jeví sociální okolí, je možné se v rámci výzkumu zaměřit více i na prožitky blízkých lidí zasažené rodiny. Jedním z nabízejících se směrů výzkumu může být i orientace na samovolně vznikající skupiny, které sdružují především maminky, ale i páry se zkušeností ztráty dítěte.

Další směr výzkumu je určován vymezením spontánních potratů. I přesto, že téma se zpočátku jeví jako velmi úzce vymezené, později se ukázalo, že i v rámci spontánních potratů až do 22. týdne těhotenství jsou značné rozdíly. Proto další specifikace tématu, respektive vymezení časového období, může danou oblast pomoci více zmapovat.

Neméně významnou otázkou dalšího výzkumu se jeví i orientace směrem k odborným pracovníkům, které se věnují ženám s tímto druhem ztráty. I v této oblasti chybí řada důležitých poznatků, které by měli odborníci mít k dispozici. Ať se jedná o oblast zdravotnictví, či psychologické péče.

Problematika raných spontánních potratů by se měla stát zájmem multidisciplinárního výzkumu, jelikož se zde setkává několik úhlů pohledu: (1) prožívání samotného těhotenství a následné ztráty miminka, (2) společenské nastavení věnování pozornosti tématu spontánního potratu, obecné povědomí a představy spojené s ukončením těhotenství, (3) lékařské hledisko orientované na biologickou stránku ovlivňující celý průběh těhotenství a vlivy mající dopad na jeho ukončení a (4) následná odborná péče věnující pozornost rodičům (a jejich blízkým) po ztrátě miminka.

Jelikož kvalitativní výzkum přinesl několik závěrů, které jsou doporučení pro praxi, je na místě tyto závěry podrobovat dalším výzkumům, včetně kvantitativního šetření, zda navržené intervence mohou statisticky významně v praxi pomoci.

#### **8.14 Doporučení pro praxi**

Výsledky kvalitativní analýzy výběrového souboru naznačují, že zkušenost spontánního potratu byla velmi významnou událostí v každé výpovědi. Důležitost uznání tohoto významu může pomoci procházet procesem truchlení, může přinést možnost sdílení daných zkušeností a snížit pocity, že je na to žena sama.

Výstupy diplomové práce se nedají zobecnit na celkovou populaci, avšak dílčí závěry mohou pomoci odborníkům přistupovat k párům se zkušeností ztráty miminka po spontánním potratu empaticky, s pochopením, respektem a poskytnout jim cenné informace pojící se k tomuto tématu.

Možná nabídka intervencí podporujících možnost truchlení může být také jedním z navržených zamyšlení se do praxe. Mezi nimi možnost komunit žen s podobnou zkušeností, možnost provést rozlučkový rituál či uchovat vzpomínky na miminko by mohly napomáhat zlepšení profesionální péče.



## Závěr

Předložená diplomová práce se zaměřila na možné způsoby vyrovnávání se se ztrátou dítěte v raných fázích těhotenství. V průběhu zpracování tématu se objevila potřeba zaměřit se i na téma psychického prožívání ztráty dítěte, aby bylo možné zachytit celý obraz této zkušenosti.

Teoretická část práce se věnuje problematice spontánních potratů z lékařského i psychologického hlediska. Další část diskutuje možné dopady ztráty dítěte na psychické prožívání a chování. Proces truchlení a teorie traumatu v kontextu ztráty dítěte jsou součástí teoretické části práce. Rozebrány jsou významné protektivní faktory působící na proces truchlení.

Využity byly jak současné, tak i starší publikace zaměřené na téma ztráty dítěte v prenatálním období. Dále byly využity dostupné elektronické zahraniční zdroje věnující se tomuto tématu. Nedostatek systematických a konkrétních závěrů týkajících se této oblasti je významnou oblastí pro zlepšení.

Empirická část práce se odvíjí od interview vedených se ženami po zkušenosti spontánního potratu. Tato část je dále rozšířena o pohled odborníků na tuto oblast. Kvalitativní analýza dat proběhla na základě principů metody zakotvené teorie.

Zkušenost s psychickými projevy po spontánním potratu je většinou na okraji pozornosti jak laické, tak odborné společnosti. Přitom získaná data naznačují, že můžeme o ztrátě dítěte v raných fázích těhotenství uvažovat jako o události ztráty blízké osoby. Individuální obraz každé zkušenosti s sebou přináší i specifickou reakci na tuto zkušenost. Důležitost je spatřována především v informovanosti o tomto fenoménu a normalizaci celé situace a pocitů s ní spojených. Význam podpůrných faktorů ze strany sociálního okolí ženy, péče profesionálů, či vliv aktivního zpracovávání této zkušenosti jsou součástí diskuze.

Diplomová práce byla na začátku zadána především s cílem dokončení studia. Problematika ztráty dítěte v průběhu těhotenství byla autorce známa z prostředí poskytované krizové intervence, avšak doposud nebyla vnímána v celé své intenzitě. Původní cíl práce se tak změnil prvním vedeným rozhovorem nad ztrátou dítěte v rané fázi těhotenství, v momentě, ve kterém celé téma dostalo svůj celkový obraz spojený s hlubokými lidskými prožitky a osudy. Od té doby jsem se maximálně snažila o propojení této zkušenosti a zachování odborného přístupu k diplomové práci a její výzkumné části. Ne vždy to bylo možné a ne vždy se podařilo k datům přistoupit s citlivostí, jakou by si autorka práce přála.

Během výzkumu bylo také několika stran zmíněno, že by naplnění cíle diplomové práce mohlo přinést změny v praxi. Po sepsání práce je jasné, že je k tomuto cíli ještě dlouhá cesta, nicméně autorka práce doufá, že se doposud provedený výzkum bude dále rozvíjet a závěry šířit i mimo akademickou půdu.

Bližší seznámení s problematikou a hlubší pochopení celého tématu je velmi cenné. Autorka práce pevně věří, že i pro zúčastněné byla zkušenost hodnocena pozitivně, zvláště pokud si celou práci pošli až od počátku rozhovoru až k závěrečné kapitole.

## Seznam použité literatury

- Adolfsson, A. (2011). Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychology research and behavior management*, 4, 29-39 .
- Adolfsson, A., Larsson, P. G., Wijma, B., & Bertero, C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health care for women international*, 25(6), 543-560.
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. (2019). „The loss was traumatic... some healthcare providers added to that”: Women’s experiences of miscarriage. *Women and Birth*, 32(2), 137-146.
- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F., & Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 105-113.
- Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., Von Rad, M., & Weiner, H. (1996). Similarities and differences in couples’ grief reactions following a miscarriage: Results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 245-253. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00520-X](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(95)00520-X)
- Bowlby, J. (2013). *Ztráta: smutek a deprese*. Praha: Portál.
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451-464.
- Brin, D. J. (2004). The use of rituals in grieving for a miscarriage or stillbirth. *Women & Therapy*, 27(3-4), 123-132.
- Brown, T. M., Pullen, I. M., & Scott, A. I. F. (1992). *Emergentní psychiatrie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Cataudella, S., Lampis, J., Busonera, A., Marino, L., & Zavattini, G. C. (2016). From parental-fetal attachment to a parent-infant relationship: a systematic review about prenatal protective and risk factors. *Life Span and Disability*, 19(2), 185-219.
- Condon, J. T. (1985). The Parental–foetal relationship—a comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(4), 271-284.
- Conway, K. (1991). Miscarriage. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 12(2), 121-131.

- Conway, K., & Russell, G. (2000). Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 73(4), 531-545.
- Corbet-Owen, C. (2003). Women's perceptions of partner support in the context of pregnancy loss (es). *South African Journal of Psychology*, 33(1), 19-27.
- Corbet-Owen, C., & Kruger, L. M. (2001). The health system and emotional care: Validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems, & Health*, 19(4), 411-427.
- Cowchock, F. S., Lasker, J. N., Toedter, L. J., Skumanich, S. A., & Koenig, H. G. (2010). Religious beliefs affect grieving after pregnancy loss. *Journal of Religion and Health*, 49(4), 485-497.
- Cuisinier, M. C. J., Kuijpers, J. C., Hoogduin, C. A. L., De Graauw, C. P. H. M., & Janssen, H. J. E. M. (1993). Miscarriage and stillbirth: time since the loss, grief intensity and satisfaction with care. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 52(3), 163-168.
- David, H. P. (1978). *Abortion in psychosocial perspective: trends in transnational research*. New York: Springer Pub. Co.
- DeFrain, J., Millspaugh, E., & Xie, X. (1996). The psychosocial effects of miscarriage: Implications for health professionals. *Families, Systems, & Health*, 14(3), 331-347.
- Desjardins-Simon, J., & Debras, S. (2015). *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Praha: Portál.
- Doka, K. J. (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement care*, 18(3), 37-39.
- Elkin, E. F. (1990). When a patient miscarries: Implications for treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(4), 600-606.
- Engelhard, I. M. (2004). Miscarriage as a traumatic event. *Clinical obstetrics and gynecology*, 47(3), 547-551.
- Ezra, Y., & Schenker, J. G. (1995). Abortion rate in assisted reproduction--true increase? *Early pregnancy: biology and medicine: the official journal of the Society for the Investigation of Early Pregnancy*, 1(3), 171-175.
- Farren, J., Jalmbant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Timmerman, D., & Bourne, T. (2016). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ open*, 6(11), 1-9.

- Freed, L., & Salazar, P. Y. (2008). *Čas k uzdravení: naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*. Praha: Paulínky.
- Gärtnerová, A. (2017). *V době zármutku: těm, kteří ztratili blízkého člověka - těm, kteří je provázejí*. Vyd. 6. Praha: Cesta domů.
- Gawinski, B. A. (1994). Review of Coping with infant or fetal loss: The couple's healing process. *Family Systems Medicine*, 12(1), 95-97. <https://doi.org/10.1037/h0089294>
- Gregora, M., & Velemínský, M. (2017). *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. Vyd. 2. Praha: Grada.
- Hájek, Z., Čech, E., & Maršál, K. (2006). *Porodnictví*. Vyd. 2. Praha: Grada.
- Hamilton Boyles, S., Ness, R. B., Grisso, J. A., Markovic, N., Bromberger, J., & CiFelli, D. (2000). Life event stress and the association with spontaneous abortion in gravid women at an urban emergency department. *Health Psychology*, 19(6), 510-514.
- Harris, D. L., & Daniluk, J. C. (2009). The experience of spontaneous pregnancy loss for infertile women who have conceived through assisted reproduction technology. *Human Reproduction*, 25(3), 714-720.
- Harvey, J., Creedy, D., & Moyle, W. (2001). Women's experience of early miscarriage: a phenomenological study. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 19(1), 8-15.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 2. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Vyd. 4. Praha: Portál.
- Herman, J. L. (2001). *Trauma a uzdravenie: násilie a jeho následky: od týrania v súkromí po politický teror*. Bratislava: Aspekt.
- Hughes, P., & Riches, S. (2003). Psychological aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 15(2), 107-111.
- Kastová, V. (2015). *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál.
- Kašparová, D., & Fait, T. (2009). Časné těhotenské ztráty a vrozené trombofilní stavy. *Česká gynekologie: Časopis české gynekologické a porodnické společnosti*, 74(5), 360-365.
- Kittnar, O. (2011). *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada.
- Kohner, N., & Henley, A. (2013). *Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence*. Praha: Triton.

- Krosch, D. J., & Shakespeare-Finch, J. (2017). Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 425-433.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál.
- Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica.
- Kübler-Ross, E. (1995). *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Praha: Tvorba.
- Kübler-Ross, E. (2003). *O dětech a smrti*. Praha: ERMAT.
- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner.
- Lasker, J. N., & Toedter, L. J. (1991). Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(4), 510-522. Retrieved from <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0079288>
- Lee, C., & Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. *Journal of psychosomatic research*, 40(3), 235-244.
- Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada.
- Levine, P. A. (2011). *Probouzení tygra: léčení traumatu: vrozená schopnost transformovat zdrcující zážitky*. Praha: Maitrea.
- Levine, P. A. (2018). *Léčba traumatu: program probuzení moudrosti těla*. Praha: Maitrea.
- Lok, I. H., & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 229-247.
- Makrydimas, G., Sebire, N. J., Lolis, D., Vlassis, N., & Nicolaides, K. H. (2003). Fetal loss following ultrasound diagnosis of a live fetus at 6–10 weeks of gestation. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 22(4), 368-372.

- Malacrida, C. (2016). *Mourning the Dreams: how Parents Create Meaning from Miscarriage, Stillbirth, and Early Infant Death*. New York: Routledge.
- Markin, R. D. (2017). An introduction to the special section on psychotherapy for pregnancy loss: Review of issues, clinical applications, and future research direction. *Psychotherapy*, 54(4), 367-372.
- Matějček, Z. & Langmeier, J. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
- Matějček, Z. (2017). *Rodiče a děti*. Vyd. 3. Praha: Vyšehrad.
- McIntosh, D. N., Silver, R. C., & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child. *Journal of personality and social psychology*, 65(4), 812-821.
- Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'Donoghue, K. (2017). Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ open*, 7(3), e011382.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (1992). Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Moulder, C. (2001). *Miscarriage: women's experiences and needs*. New York: Routledge.
- Ogden, J., & Maker, C. (2004). Expectant or surgical management of miscarriage: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(5), 463-467.
- Ondračka, L., Kropáček, L., Halík, T., Lyčka, M., & Zemánek, M. (2010). *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. Praha: Cesta domů.
- Oster, E. (2013). *Expecting better: why the conventional pregnancy wisdom is wrong and what you really need to know*. London: Orion.
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2009). *Bereavement: studies of grief in adult life*. Vyd. 4. New York: Routledge.
- Parkes, C. M., Relf, M., & Couldrick, A. (2007). *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Penka, M., Penka, I., & Gumulec, J. (2014). *Krvácení*. Praha: Grada.
- Poltawska, W. (1991). Psychické následky potratů. In Pohunková, D. *Úcta k životu* (pp. 39-43). Praha: ZVON.

- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-45.
- Praško, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M., Šlepecký M., & Záleský, R. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.
- Ptetyman, R. J., Cordle, C. J., & Cook, G. D. (1993). A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 66(4), 363-372.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Rai, R., & Regan, L. (2006). Recurrent miscarriage. *The Lancet*, 368(9535), 601-611.
- Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*. Praha: Reklamní atelier Area.
- Ratislavová, K. (2016). *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada.
- Ratislavová, K., & Beran, J. (2010). Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. *Česká gynekologie*, 75(5), 462-466.
- Renner, C. H., Verdekal, S., Brier, S., & Fallucca, G. (2000). The meaning of miscarriage to others: Is it an unrecognized loss? *Journal of Personal & Interpersonal Loss*, 5(1), 65-76.
- Rinehart, M. S., & Kiselica, M. S. (2010). Helping men with the trauma of miscarriage. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 288-295.
- Rothschildová, B. (2015). *Tělo nezapomíná: psychofyziologie a léčba traumatu*. Praha: Maitrea.
- Rotter, H. (1999). *Důstojnost lidského života: základní otázky lidské etiky*. Praha: Vyšehrad.
- Rowlands, I. J., & Lee, C. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 274-286.
- Roztočil, A. (2017). *Moderní porodnictví*. Vyd. 2. Praha: Grada.
- Roztočil, A., & Bartoš, P. (2011). *Moderní gynekologie*. Praha: Grada.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.



- Samuelová, J. (2018). *Cesty zármutku: příběhy o životě, smrti a přežití*. Brno: Host.
- Sejourne, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4), 403-411.
- Schwab, R. (1990). Paternal and maternal coping with the death of a child. *Death Studies*, 14(5), 407-422.
- Stack, J. M. (1984). The psychodynamics of spontaneous abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54(1), 162-167.
- Stirtzinger, R., & Robinson, G. E. (1989). The psychologic effects of spontaneous abortion. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 140(7), 799-805.
- Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- Streitová, D., & Zoubková, R. (2015). *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.
- Šiklová, J. (2013). *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich.
- Špaňhelová, I. (2015). *Prázdná kolébka: jak překonat ztrátu dítěte před porodem nebo těsně po něm*. Praha: Portál.
- Špatenková, N. (2008). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada.
- Šulová, L. (2010). *Raný psychický vývoj dítěte*. Vyd. 2. Praha: Karolinum.
- Šulová, L., & Fait, T. (2009). Nechtěné děti. *Česká gynekologie: Časopis české gynekologické a porodnické společnosti*, 74(3), 228-233.
- Takács, L., Sobotková, D., Šulová, L., & kol. (2015). *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(3), 435-449.
- Trča, S. (2004). *Partner v těhotenství a při porodu*. Praha: Grada.
- Van den Bergh, B., & Simons, A. (2009). A review of scales to measure the mother–foetus relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 114-126.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál.
- Weiss, P. (2010). *Sexuologie*. Praha: Grada.

*Zdravotnická statistika* [Online]. (2018). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Retrieved from <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/potrady>

### **Další zdroje**

Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů. (2001). In *Sbírka zákonů* (s. 1994-2015). Praha: Ministerstvo vnitra.

## **Seznam použitých grafů**

Graf 1 Možné změny v prožívání po spontánním potratu

Graf 2 Faktory ovlivňující proces vyrovnávání se se ztrátou dítěte

## **Seznam použitých tabulek**

Tabulka 1 Ženy se zkušeností spontánního potratu. Sociodemografické údaje respondentů a okolnosti ztráty plodu

Tabulka 2 Odborníci. Sociodemografické údaje respondentů a profesní zaměření

Tabulka 3 Přehled kategorií a konceptů vytvořených na základě kvalitativní analýzy dat dle principů zakotvené teorie (rozhovory se ženami se zkušeností spontánního potratu)

Tabulka 4 Přehled kategorií a konceptů vytvořených na základě kvalitativní analýzy dat dle principů zakotvené teorie (rozhovory s odborníky)

## **Přílohy**

Příloha A – Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Příloha B – Dotazník vyrovnávání se s přerušáním těhotenství

Příloha C – Otázky polostrukturovaného interview pro ženy se zkušeností spontánního potratu

Příloha D – Otázky polostrukturovaného interview pro odborníky

## **Příloha A – Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce**

### **Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce**

#### **Název diplomové práce**

Vyrovňávání se s možnými následky přerušeno těhotenství<sup>5</sup>

#### **Anotace diplomové práce**

Cílem diplomové práce je zmapování vyrovnávacích strategií žen s možnými následky přerušeno těhotenství. Pozornost bude věnována zhodnocení těchto vyrovnávacích strategií a nalezení podpůrných momentů, které mohou ženám v dané životní situaci pomoci. Výstupy diplomové práce mohou napomoci hlubšímu porozumění tomuto tématu a přesnějšímu zacílení intervenční a psychologické pomoci ženám, které si prošly přerušeno těhotenství.

#### **Řešitel diplomové práce**

Bc. Gabriela Míková

#### **Kontaktní údaje**

Telefon: (+420) 607 634 257

Email: [mikova.gabriela@centrum.cz](mailto:mikova.gabriela@centrum.cz)

#### **Vedoucí diplomové práce**

PhDr. Katarína Loneková, PhD.

#### **Škola**

Filosofická fakulta Univerzity Karlovy, Katedra psychologie

#### **Účel výzkumu**

Výzkum má za cíl zmapovat vyrovnávací strategie žen se zkušeností přerušeno těhotenství z pohledu odborníků, kteří se ve své praxi s těmito ženami setkávají. Užším cílem práce je zaměření na zkušenosti ztráty vlivem spontánních potratů.

Dlouhodobá odborná práce s těmito klientkami může přinést řadu bohatých zkušeností a postupů, které mohou klientkám se s touto ztrátou vyrovnat a projít procesem truchlení.

Jelikož v současné době není množství dostupných odborných studií, mohou tyto poznatky napomoci kvalitnějšímu zacílení odborné praxe.

#### **Sběr dat**

Výzkumná část se bude opírat o data získaná ve dvou fázích.

První z nich je vedení rozhovorů se ženami se zkušeností přerušeno těhotenství.

---

<sup>5</sup> Název práce byl v průběhu výzkumu upraven, zaměření výzkumu zůstává ale stejné, proto se nepřistoupilo k znovu podepsání informovaného souhlasu s upraveným názvem.

Druhá část je zaměřena na rozhovory s odborníky, kteří se setkávají s těmito ženami ve své praxi. Odborníci budou osloveni z řad psychoterapeutů, krizových interventů, zdravotních pracovníků, duh a duchovních.

Získaná data budou kvantitativně a kvalitativně analyzována dle metodologických postupů.

### **Odměna za účast ve výzkumu**

Výzkum probíhá bez nároku na finanční odměnu.

### **Ochrana osobních údajů**

Záznamy o Vaší osobě budou uchovány v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a nařízení (EU) 2016/679 (GDPR).

K zaznamenaným rozhovorům v podobě audionahrávky budou mít přístup mimo výzkumníka pouze pověřené osoby podílející se na odborném vedení a přezkumu diplomové práce. Přepisy rozhovorů s anonymními daty budou součástí neveřejné části diplomové práce.

### **Údaje o respondentovi**

Jméno a příjmení.....

Datum narození.....

Profese<sup>6</sup>.....

*Vážím si Vaší ochoty vstoupit do výzkumného projektu zaměřeného na vyrovnávání se s možnými následky přerušeno těhotenství.*

**Svým podpisem stvrzuji, že dobrovolně vstupuji do výzkumného projektu. Potvrzuji, že jsem byl/a seznámena s průběhem výzkumného projektu a s průběhem zpracování poskytnutých dat.**

**Dále souhlasím, že bude z výzkumného rozhovoru poskytnuta audionahrávka sloužící jako podklad pro odbornou analýzu. Jsem si vědom/a toho, že úryvky rozhovorů mohou být v anonymní podobě (tzn. bez návaznosti na osobní údaje) součástí vědecké práce.**

**Souhlasím s tím, aby získaná data byla po skončení výzkumu anonymně uchována v souladu se zákonem na ochranu osobních dat a dále využita pro výzkumné účely.**

Vaše jméno a příjmení.....

V Praze dne.....

Podpis respondenta.....

Podpis výzkumníka.....

---

<sup>6</sup> Kolonka profese byla zařazena pouze v případě rozhovorů s odborníky. V případě rozhovorů se ženami se zkušeností spontánního potratu tato položka v informovaném souhlasu nebyla uvedena.

## **Příloha B – Dotazník vyrovnávání se s přerušением těhotenství**

### **Dotazník vyrovnávání se se přerušением těhotenství**

#### **Vaše pohlaví**

- žena
- muž

#### **Váš věk**

---

#### **Vyberte prosím kraj, ve kterém je Vaše současné bydliště**

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj
- Kraj Vysočina
- Jihomoravský kraj
- Olomoucký kraj
- Zlínský kraj
- Moravskoslezský kraj

#### **Váš rodinný stav**

- svobodná
- vdaná
- rozvedená
- vdova

#### **Vyberte prosím, o jaký druh přerušení těhotenství se jednalo**

- spontánní potrat
- interrupce (umělé přerušení těhotenství) na vlastní žádost
- interrupce (umělé přerušení těhotenství) na základě lékařského doporučení
- zamlklé těhotenství
- jiné: \_\_\_\_\_



**V jakém týdnu těhotenství došlo k jeho přerušení**

---

**Uved'te prosím, o kolikáté přerušení těhotenství se jedná**

---

**Jak dlouhá doba uplynula od prodělaného přerušení těhotenství**

---

**Zaznamenala jste u sebe v době po přerušení těhotenství nějaké změny v následujících oblastech?**

	Úbytek		Stejná hladina		Nárůst
Únava	--	-	-/+	+	++
Spánek	--	-	-/+	+	++
Pláč	--	-	-/+	+	++
Úleva	--	-	-/+	+	++
Naděje	--	-	-/+	+	++
Smutek	--	-	-/+	+	++
Pocity viny	--	-	-/+	+	++
Hněv	--	-	-/+	+	++
Klid	--	-	-/+	+	++

Pocit ztráty	--	-	-/+	+	++
Pocity bezmoci	--	-	-/+	+	++
Lítost	--	-	-/+	+	++
Radost	--	-	-/+	+	++
Strach	--	-	-/+	+	++
Nesoustředěnost	--	-	-/+	+	++
Zapomínání	--	-	-/+	+	++
Pocit energie	--	-	-/+	+	++
Pocit nepochopení ze strany okolí	--	-	-/+	+	++
Pocit vlastní hodnoty	--	-	-/+	+	++

**Jsou nějaké další změny, které jste u sebe ve vztahu k přerušnému těhotenství zaznamenala? Vypište je prosím:**

**Jak byste ohodnotila následující způsoby vyrovnávání se se ztrátou v průběhu těhotenství, které se Vás osobně týkaly?**

**(V případě, že jste se s ničím takovým nesečkala, hodnot'te prosím „nedokážu odpovědět“)**

	Vůbec nepomohlo	Spíše nepomohlo	Nedokážu odpovědět	Spíše pomohlo	Velmi pomohlo
Chování partnera/manžela	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Chování blízkého okolí	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Chování ošetřujícího lékaře	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Vlastní činnost	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Zaměstnání	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Další těhotenství	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Samota	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Čtení odborných knih	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Podpora odborníka	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Farmaka	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++

Péče o děti	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Setkání s lidmi s podobnou ztrátou	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Víra a naděje	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Rituály (pohřeb, místo rozloučení, ...)	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Pobyt v přírodě	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Víra v Boha	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Představa nenarozeného miminka	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Práce na domě, zahradě, apod.	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Vytvoření něčeho nového	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Vědomí nemožnosti dalšího těhotenství	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Setkání s jinými rodiči a jejich dětmi	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++

Meditace	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Pohlavní styk	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Možnost sdílení události	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Předchozí zkušenost se ztrátou	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Vlastní umělecká tvorba	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++
Umění (hudba, malířství, ...)	--	-	Nedokážu odpovědět	+	++

**Co dalšího jste měla možnost během vyrovnávání se se ztrátou využít? Jak byste to nyní hodnotila?**

## **Příloha C – Otázky polostrukturovaného interview pro ženy se zkušeností spontánního potratu**

Jak se nyní cítíte, abychom mohly téma spontánního potratu/zamlklého těhotenství probrat?

O jakou formu přerušeni těhotenství se jednalo?

Jak dlouho od této zkušenosti uplynulo?

Jaké konkrétní činnosti Vám v dané době pomáhaly se s touto ztrátou vyrovnat?

Jak proběhl způsob rozloučení s dítětem?

Měla jste nějaké rituály? Pokud ano, jaké?

Kteří lidé Vám v danou chvíli poskytli největší podporu? Díky čemu jste v nich oporu pociťovala?

S kým se o tom dalo hovořit?

Jaké je obecné nastavení ve společnosti, je otevřená sdílení?

Změnil se Váš vztah s otcem dítěte? Pokud ano, jak?

Vyhledala jste v dané době odbornou pomoc (psychoterapeut, psycholog, léčitel, lékař, krizové centrum...). Pokud ano, specifikujte prosím druh této pomoci:

Jak Vy sama vnímáte možnost obrácení se na odborníka?

Jak vnímáte poskytnutou odbornou pomoc?

Co Vám konkrétně umožňovalo/pomáhalo se vyrovnat se ztrátou v průběhu těhotenství?

Co Vám konkrétně nepomáhalo se vyrovnat se ztrátou v průběhu těhotenství?

Co považujete v dané době pro Vás nejvíce zraňující?

Jakou úlohu pro Vás hrála víra/spiritualita v procesu vyrovnávání se s přerušením těhotenství?

Co byste doporučila ženám, které se ocitly v podobné situaci?

Jsou nějaké odpovědi, které Vás během rozhovoru napadaly, ale nezazněly, nebo jsem se na ně nezeptala a ráda byste je dodala?

Jak se po našem rozhovoru cítíte?

## **Příloha D – Otázky polostrukturovaného interview pro odborníky**

V jaké souvislosti se s ženami po přerušném těhotenství setkáváte?

Jakou pomoc jim poskytujete? Co je náplní Vaší práce?

Jak dlouho se tomuto tématu věnujete?

Co se Vám vybaví v souvislosti se spontánním potratem?

V čem se může tato ztráta lišit v porovnání se ztrátou dítěte v pozdějších stádiích těhotenství?

Jaká je podle Vás atmosféra ve společnosti se o tomto tématu bavit?

Jaký to může mít dopad na prožívání žen s touto zkušeností?

V jaké chvíli podle Vás ženy po spontánním potratu/ztrátě miminka vyhledávají možnost sdílení této zkušenosti s odborníkem?

Jaká by měla být v tu chvíli role odborníka, na kterého se žena obrací?

Jaký je podle Vás stav dostupnosti odborné péče pro tyto ženy?

S jakým prožíváním se u žen po prodělaném spontánním potratu setkáváte?

Jaké pocity jsou v této souvislosti nejběžnější?

V čem spatřujete největší oporu pro tyto ženy?

sociální okolí/pracovní prostředí/víra/osobnostní nastavení ženy/...

Co je v dané chvíli pro ženu s touto zkušeností nejdůležitější?

Co je naopak pro tyto ženy zraňující?

S jakými způsoby vyrovnávání se s přerušným těhotenstvím jste se Vy osobně setkal/a?

Je něco, co Vás překvapilo/dojalo...?

Je něco, co Vám přišlo líto?

Co konkrétně pomáhá při ztrátě dítěte během těhotenství?

postupy/intervence/metody/strategie

Co konkrétně nepomáhá ženám po ztrátě dítěte během těhotenství?

Máte osobní zkušenost s vyrovnávacími rituály?

Rozlučkové krabice, fotky, pamětní listy...? Co dalšího?

Co si o tom Vy sama/sám myslíte?

K čemu to může být ženám užitečné?

Znáte ještě nějaké, které jste ale v praxi nezažil/a?

Co konkrétně může ženám pomoci usnadnit přijetí ztráty?

Co byste doporučil/a odborníkům, kteří by s těmito ženami pracovali?

Co byste doporučil/a ženám s touto zkušeností?

Jakou roli podle Vás v procesu truchlení hraje víra/spiritualita?