

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

PSYCHICKÉ ASPEKTY ZVLÁDÁNÍ  
UMĚLÉHO PŘERUŠENÍ  
TĚHOTENSTVÍ A JEHO DOPAD NA  
PARTNERSKÝ VZTAH

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF COPING WITH AN  
ABORTION AND ITS IMPACT ON THE PARTNER  
RELATIONSHIP



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Lucie Zajacová**

Vedoucí práce: **PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.**

Olomouc

2023

Ráda bych poděkovala PhDr. Veronice Šmahajové, Ph.D., za odborné vedení mé diplomové práce, cenné připomínky i laskavý přístup. Velké díky náleží také všem participantkám, za jejich odvahu a ochotu zapojit se do výzkumu. Speciální poděkování patří mé spolužačce a kamarádce Natálii, která mi byla velkou oporou po celou dobu studia. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za to, že při mně vždy stáli a měli se mnou dostatek trpělivosti.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Psychické aspekty zvládnání umělého přerušení těhotenství a jeho dopad na partnerský vztah“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 18.3.2023

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>OBSAH</b> .....	<b>3</b>
	<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Těhotenství</b> .....	<b>7</b>
	1.1 Období I. trimestru .....	7
	1.2 Diagnostika těhotenství .....	8
<b>2</b>	<b>Ukončení těhotenství</b> .....	<b>10</b>
	2.1 Umělé přerušení těhotenství .....	10
	2.1.1 Podmínky podstoupení interrupce v I. trimestru .....	12
	2.1.2 Metody interrupce v I. trimestru .....	13
	2.2 Možná zdravotní rizika a komplikace .....	15
	2.3 Důvody ukončení těhotenství .....	17
<b>3</b>	<b>Dopady interrupce na psychiku ženy</b> .....	<b>19</b>
	3.1 Postabortivní syndrom .....	19
	3.2 Proces rozhodování .....	23
	3.3 Způsoby zvládnání umělého ukončení těhotenství .....	24
<b>4</b>	<b>Interrupce v kontextu partnerského vztahu</b> .....	<b>27</b>
	4.1 Role partnera v interrupčním procesu .....	27
	4.2 Dopady interrupce na kvalitu partnerského vztahu .....	29
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>Výzkumný problém</b> .....	<b>32</b>
	5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky .....	33
<b>6</b>	<b>Typ výzkumu a použité metody</b> .....	<b>34</b>
	6.1 Výzkumný design .....	34
	6.2 Metody získávání dat .....	34
	6.3 Metoda analýzy dat .....	35
<b>7</b>	<b>Výzkumný soubor a sběr dat</b> .....	<b>37</b>
	7.1 Výběr výzkumného souboru .....	37
	7.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	37
	7.3 Sběr dat .....	39
	7.4 Etické hledisko výzkumu .....	39
<b>8</b>	<b>Práce s daty a její výsledky</b> .....	<b>41</b>
	8.1 Práce s daty .....	41
	8.2 Výsledky .....	42
	8.2.1 Aspekty rozhodování .....	43

8.2.2	Emoce.....	45
8.2.3	Průběh zákroku .....	47
8.2.4	Sociální vlivy .....	48
8.2.5	Snaha o překonání události.....	51
8.2.6	Kvalita života po interrupci .....	52
8.3	Doporučení do praxe vyplývající z výsledků analýzy .....	53
8.4	Odpovědi na výzkumné otázky.....	54
<b>9</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>57</b>
9.1	Diskuze výsledků .....	57
9.2	Diskuze přínosů a limitů výzkumu .....	60
9.3	Diskuze budoucího směřování výzkumu .....	61
<b>10</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>62</b>
	<b>Souhrn.....</b>	<b>63</b>
	<b>LITERATURA .....</b>	<b>65</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>73</b>

# ÚVOD

Ústředním zájmem naší diplomové práce je problematika umělého přerušení těhotenství na vlastní žádost ženy. Česká republika v tomto ohledu patří k zemím s liberální potratovou politikou. Každá žena se tak v počátcích svého těhotenství může na základě vlastní vůle rozhodnout, zda si přeje v těhotenství pokračovat a stát se matkou, či nikoli.

Svoboda učinit rozhodnutí nejen o svém budoucím životě, ale také o životě nenarozeného dítěte, dlouhodobě patří k hojně diskutovaným tématům, ať už z hlediska medicínského, tak právního či etického (Schelleová et al., 2007). Ve srovnání se zmíněnými je však velmi málo pozornosti věnováno psychologickým a sociálním aspektům, jež se s tímto rozhodnutím pojí. Velkou výhodou v dnešní době představují vyspělé a dobře dostupné antikoncepční metody, které pomáhají nechtěná těhotenství regulovat. V počtu provedených interrupcí tak můžeme rok od roku pozorovat klesající tendenci. Pro ženy, které si uvědomují, že početí bylo možné předejít nebo u nichž používaná metoda ochrany zkrátka selže, může být prožívání situace o to citlivější. Téma je ve společnosti navíc stále poměrně tabuizováno, a tak řada žen svou zkušenost raději tají.

Ještě před zahájením práce jsme se setkávali s poměrně výrazně protichůdnými pohledy a názory na interrupci i její dopady na ženskou psychiku. Nechali jsme se jimi proto inspirovat a v práci se zaměřili na hlubší prozkoumání této individuální zkušenosti. V teoretické části práce nejprve shrneme odborné poznatky zabývající se tímto tématem. Vymezíme pojem těhotenství, budeme se věnovat procesu jeho ukončení, včetně možných důvodů a zdravotních komplikací. V následujících kapitolách popíšeme psychické prožívání přerušení těhotenství i jeho roli v kontextu partnerského vztahu. Ve výzkumné části si dále představíme výsledky vyplývající z námi realizovaného výzkumu.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je velmi specifické a složité období v životě ženy. Doprovodné změny, které s ním přirozeně souvisí, nelze vnímat pouze v biologické rovině. Těhotenství je potřeba považovat za komplexní bio-psycho-sociální jev, ve kterém jsou somatické změny doprovázeny změnami psychického charakteru a změněné interakce se sociálním prostředím (Bjelica et al., 2018).

V úvodní kapitole této práce se zaměříme zejména na jeho raná stádia, konkrétně pak na období prvního trimestru, který je z hlediska ukončení těhotenství stěžejní. Věnovat se budeme nejen základním změnám, ke kterým od početí v ženském organismu dochází, dotkneme se také prvních známek možného těhotenství a neopomeneme ani možnosti diagnostiky.

## 1.1 Období I. trimestru

Těhotenství (gravidita) je období, ve kterém dochází k vývoji plodu. Hormonálním působením je vyvolána řada změn fyziologických funkcí, což pro ženský organismus představuje velkou zátěž (Binder, 2015; Slezáková, 2017). Tato etapa trvá v průměru 40 týdnů a je možné ji tradičně členit do tří třetinových úseků neboli trimestrů. Takové dělení je při tom výhodné jak z lékařského hlediska, tak také z pohledu těhotné ženy, jelikož se od sebe jednotlivé trimestry do značné míry liší. První z trimestrů počíná oplozením a trvá do 13. týdne (Gregora & Velemínský, 2020). K určení stáří gravidity je rozhodující tzv. stáří gestační. Pro jeho přesné určení se orientujeme dle prvního dne posledního menstruačního cyklu (Pilka, 2017).

Prenatální vývoj zárodku, jenž začíná početím, tedy splynutím ženské a mužské pohlavní buňky, můžeme dle Kopeckého et al. (2014) rozdělit na dvě po sobě následující období:

- a) Období zárodečné (embryonální) trvá první dva měsíce od oplození, tedy přibližně osm týdnů
- b) Období plodové (fetální) datujeme od devátého týdne, kdy se o embryu začínáme vyjadřovat, jako o plodu

Po několika hodinách od oplození začíná docházet k procesu rýhování, jež spočívá v množení buněk oplozeného vajíčka. Již ve 4. gestačním týdnu těhotenství (neboli ve 2. týdnu od oplození) se odehrávají dvě významné události. Dochází k uhnízdění vajíčka v děložní sliznici, kde se zároveň začínají tvořit první dvě buněčné vrstvy – zevní a vnitřní zárodečný list. Z povrchových buněk vzniká tkáň, sloužící pro zajištění výživy. Vnitřní buňky se specializují na vývoj vlastního embrya. Celý zárodek má nyní průměr asi jeden milimetr (Gregora & Velemínský, 2020; Pařízek, 2015).

Jak uvádí Čepický (2021), v 5. týdnu od poslední menstruace již můžeme pomocí ultrazvukové sondy nalézt gestační váček, budoucí placentu. Nejpozději pak v 7. gestačním týdnu normálního těhotenství lze dle autora prokázat srdeční akci. Po ukončení 10. gestačního neboli 8. embryonálního týdne jsou vytvořeny základy všech orgánů a zárodek již získává zřetelně lidskou podobu. Od tohoto momentu začíná období plodové. Ve 3. měsíci těhotenství je plod přibližně 9 centimetrů dlouhý a váží okolo 20 gramů (Pařízek, 2015).

## 1.2 Diagnostika těhotenství

Příznaky těhotenství bývají u jednotlivých žen velice různé a subjektivní. Zatímco některé ženy, citlivější na změny hladiny hormonů v těle, mohou dle Pařízka (2015) pocítit, že se něco děje již ve velmi časných stádiích gravidity, jiné dlouhou dobu žádné náznaky nepozorují. Ačkoli je tato zkušenost velmi individuální, existují určité příznaky, které mohou být pro většinu žen společné.

Čepický (2021) uvádí možné rozdělení známek těhotenství na nejisté, pravděpodobné a jisté.

**Nejisté známky** jsou dány celkovými změnami v ženském organismu. Mohou se projevat například častým střídáním nálad, zvýšenou únavou i v jiných denních hodinách, než je to obvyklé, sklonem k závratím, ranními nevolnostmi až zvracením, změnami chuti k jídlu, citlivostí na vůně a pachy, pocitem zvýšeného napětí a zvětšení prsů, častým nutkáním k močení, pálením žáhy a trávicími potížemi či změnou vaginálního výtoku (Hanáková, 2017; Pařízek, 2015).

**Pravděpodobné známky** počínajícího těhotenství souvisí se změnami dělohy. Zpravidla to bývá vynechání menstruace, která byla až do té doby pravidelná. Tato



skutečnost však může být způsobena také mnoha jinými příčinami, nelze z ní tak vyvozovat jasné závěry (Gregora & Velemínský, 2020).

**Jisté známky** pocházejí od samotného plodu a můžeme sem zařadit například průkaz jeho pohybů či srdečních ozev (Čepický, 2021).

Sám autor však dále přiznává, že dnes již tyto první příznaky v podstatě ztratily na významu. V současnosti ověřujeme diagnózu těhotenství na základě užití snadno dostupných těhotenských testů (Čepický, 2021). Tento druh testu dle Trávníka (2017) zjišťuje přítomnost těhotenského hormonu hCG (lidského choriového chonadotropinu). Hormon hCG je produkován v trofoblastu, základu budoucí placenty zárodku. Jeho koncentrace může být u těhotných žen do značné míry variabilní. Hormonální hladina na počátku těhotenství nejprve prudce stoupá, později opět klesá a stabilizuje se. Ženskému organismu určitou dobu trvá, než začne produkovat dostatečné množství hCG, které by bylo těhotenským testem rozpoznatelné. Nemá tedy smysl jej provádět dříve než alespoň den po vynechání pravidelné menstruace. Testy pro domácí použití s nejvyšší možnou citlivostí jsou nastaveny na 10 mIU/ml, což je také hladina, které hormon dosahuje přibližně 14 dní po oplodnění. Detekce hCG se obvykle provádí z ranní moči. V některých případech lze test provést pomocí krevního rozboru, který je citlivější a prokáže koncentraci již od 2 mIU/ml.

Suverénní používanou metodou přinášející úplnou jistotu je ultrazvukové vyšetření vaginální sondou. Pomocí tohoto vyšetření je v děloze správně uložené těhotenství prokazatelné zhruba 5 týdnů od prvního dne poslední menstruace (Gregora & Velemínský, 2020).

## 2 UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

V této kapitole se budeme věnovat možnostem, jakými může být těhotenství ukončeno. Nejprve různé varianty stručně vymežeme, poté se zaměříme zejména na umělé přerušování těhotenství na vlastní žádost ženy, jeho postupy, důvody i možné komplikace.

Jak uvádí Ľubušký (2016), závěrem těhotenství se rozumí vyjmutí plodu z ženského těla. K vypuzení může dojít buď samovolně, či indukovaně, tzn. uměle. Těhotenství tak může být v obecné rovině ukončeno potratem, nebo porodem.

Potratem (abortus) je stav, kdy plod po vypuzení nebo vynětí z matčina těla neprojevuje žádnou ze známek života a jeho hmotnost je současně nižší než 500 g. Nelze-li hmotnost ověřit, rozhodujeme na základě těhotenství kratšího než 22 týdnů. **Spontánní (samovolný) potrat** je ukončením neprosperujícího těhotenství. Nejčastěji z důvodu embryonálních či fetálních abnormalit nebo patologických okolností na straně matky, jakými jsou nádory a záněty dělohy, onemocnění, otravy, úrazy břicha apod. **Potrat indukovaný** je vyvolán uměle a může mít několik různých příčin. Těhotenství může být tímto způsobem ukončeno přímo na žádost pacientky, která se tak rozhodne na základě sociálních či jiných důvodů. Další příčinou tohoto postupu mohou být také zdravotní indikace, které nejsou s pokračujícím těhotenstvím slučitelné. Mnohdy se může jednat o závažná somatická i psychiatrická onemocnění těhotné ženy nebo genetická onemocnění plodu (Hájek et al., 2014; Ľubušký, 2016).

**Porod živého dítěte** je úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matky, přičemž nezáleží ani tak na délce trvání těhotenství, jako spíše na tom, zda plod po narození dýchá a pozorujeme u něj alespoň jednu ze známek života (srdeční činnost, pulzaci pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva). O **porodu mrtvého dítěte** hovoříme, pokud je plod narozen bez známek života. Jeho hmotnost je přitom větší než 500 g, je narozen po 22. týdnu těhotenství nebo je od temene hlavy k patě nejméně 25 cm dlouhý (Ľubušký, 2016).

### 2.1 Umělé přerušování těhotenství

Umělé přerušování těhotenství, nebo též interrupce, je zákrok, při kterém dochází k ukončení gravidity před dosažením životaschopnosti plodu (Koliba et al., 2019). Dle Pilky (2017, s. 157), „jako umělé přerušování těhotenství označujeme záměrný lékařský výkon,

kterým je vybaveno plodové vejce z děložní dutiny“. Čepický (2021) dodává, že tuto metodu nelze vnímat jako cestu k regulaci reprodukce. Jedná se spíše o řešení akutní tíživé psychosociální, eventuálně zdravotní situace.

Každý z vyspělých států dnes řeší svou potratovou politiku interrupčním zákonem. Postoj jednotlivých zemí k interrupcím můžeme základně dělit na restriktivní a liberální. K restriktivnějším zemím se obvykle řadí zejména ty, se značným politickým vlivem církve (v Evropě především Polsko a Irsko) nebo státy rozvojové. Zde nemusí být interrupce zákonem povolena nebo bývá do značné míry omezována. Týkat se tak může například pouze situací, kdy pokračující těhotenství vážně ohrožuje život matky nebo je prokázáno genetické postižení plodu (Roztočil, 2011). Ačkoli se pohled na interrupce ve světě liší, Eshre (2017) zdůrazňuje, že omezující zákony nutně nemusí ženy od vyhledání tohoto druhu zákroku odrazovat. Naopak často vedou k nebezpečným a nelegálním praktikám s rizikem závažných zdravotních dopadů. Jak doplňují Schelleová et al. (2007), další možností pro mnohé ženy požadující interrupci je také tzv. potratová turistika, tedy cestování do zemí s liberálnější legislativou.

Česká republika se řadí ke státům s liberální potratovou politikou. Interrupce je tím pádem, při splnění všech podmínek, ženám v naší zemi dobře dostupná (viz. 2.1.1). Kromě názorového proudu Pro Choice, zastávajícího možnost každé ženy se o svém těle, tedy i případné interrupci svobodně rozhodnout, je v ČR aktivní také hnutí Pro Life – Hnutí Pro život. Jeho stoupenci se k ukončení těhotenství staví odmítavě. Dle svých slov usilují o obnovu společenského respektu k nenarozeným dětem a pomáhají nečekaně těhotným ženám (Hnutí Pro život ČR, n.d.).

V současné době se dle Dvořáka a Lubuškého (2019) stále jedná o jeden z nejčastěji prováděných výkonů v gynekologii a porodnictví. Autoři dále uvádí, že z dlouhodobého pohledu nezaznamenáváme ve vývoji potratovosti prudké změny a od 90. let minulého století jsme svědky trvale klesajícího trendu v počtu umělých přerušení těhotenství. Tuto skutečnost dává Roztočil (2011) do souvislosti s vysokou vyspělostí ČR v kontextu užívání moderních antikoncepčních prostředků.

Z dat Českého statistického úřadu vyplývá zjištění, že za rok 2021 podstoupilo umělé přerušení těhotenství 15 492 žen, což představuje přibližně 55,4 % z celkového počtu potratů (spontánní potraty 39,5 %, ukončení mimoděložního těhotenství 5,1 %). Více než 82 % (12 727) žen, přitom podstoupilo interrupci na vlastní žádost bez zdravotní indikace.

Největší procento interrupcí na žádost bylo provedeno ženám od 25-34 let. Jak můžeme dále vyčíst, výrazná většina žen se rozhodla zákrok podstoupit v 6. nebo 7. týdnu těhotenství. Při porovnání žen s bydlištěm ve městech a na vesnicích data naznačují, že bez mála 72 % žen, jež podstoupily interrupci, uvedlo trvalý pobyt ve městě. Počet svobodných žen, které zákrokem prošly, byl oproti ženám vdaným přibližně dvojnásobný (ČSÚ, 2022).

### **2.1.1 Podmínky podstoupení interrupce v I. trimestru**

Na žádost ženy je v České republice možno interrupci provést do ukončeného 12. týdne (počítáno od prvního dne poslední menstruace). V této zákonem stanovené lhůtě přitom žena nemusí udávat důvod svého rozhodnutí, stačí, že si těhotenství nepřeje. Po uplynutí 12 týdnů je tento výkon podmíněn zdravotní indikací. Do 24. týdne lze těhotenství přerušit z genetických příčin, tzn. pokud je prokázáno těžké poškození plodu. Je-li ohrožen život matky nebo pokud plod není nadále schopen života, může k přerušení dojít kdykoli (Čepický, 2021; Schelleová et al., 2007).

Jak již bylo zmíněno, podmínky a postupy tohoto lékařského výkonu jsou ustanoveny zákonem. Konkrétně se jedná o zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství a vyhlášku č. 75/1986 Sb.

Žena s podezřením na nechtěné těhotenství nejprve absolvuje manuální a ultrazvukové gynekologické vyšetření pro určení stáří a umístění gravidity (Hájek et al., 2014). Za kontraindikaci, pro kterou nelze žádosti o přerušení těhotenství vyhovět, se dle platného zákona (Zákon č. 66/1986 Sb.) považuje:

- a) takový zdravotní stav ženy, který by podstatně zvyšoval rizika s tímto zákrokem spojená. Častým důvodem této kategorie bývají zejména zánětlivá onemocnění
- b) dřívější přerušení těhotenství, od něhož neuplynulo minimálně 6 měsíců. Výjimku tvoří ženy, které alespoň dvakrát rodily, dovršily věku 35 let nebo u nichž existuje důvodné podezření, že k otěhotnění došlo v důsledku spáchání trestné činnosti

Odborník zhodnotí splnění podmínek, poučí ženu o podstatě výkonu i jeho možných zdravotních rizicích. Dalším nezbytným krokem je sepsání písemné žádosti o interrupci a vystavení požadavku o provedení základního interního vyšetření. Jestliže žena na provedení umělého ukončení těhotenství trvá a nejsou objeveny skutečnosti, které by tento úkon znemožňovaly, lékař doporučí vhodné zdravotnické zařízení (Roztočil, 2011; Zákon č. 66/1986 Sb.).

V případě, že žena v době podání žádosti nedovršila věku šestnácti let, lze umělé přerušování těhotenství provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce. Pokud bylo těhotenství ukončeno mezi šestnáctým a osmnáctým rokem věku, je o tom zdravotnické zařízení povinno zákonného zástupce vyrozumět (Zákon č. 66/1986 Sb.).

Interrupce je hrazena z veřejného zdravotního pojištění pouze tehdy, pokud je lékařem provedena ze zdravotní indikace. Podstupuje-li žena tento výkon na vlastní přání, hradí jej sama žadatelka. Cena zákroku není legislativně ustanovena, a může se tak lišit v návaznosti na zvolené zdravotnické zařízení, i s ohledem na použitou metodu. V současnosti se cena tohoto zákroku pohybuje přibližně okolo částky 5 000,- Kč (Gynprenatal, n.d.; Roztočil, 2011).

### **2.1.2 Metody interrupce v I. trimestru**

Existuje několik různých způsobů, s jejichž pomocí lze těhotenství ukončit. Výběr dané interrupční metody závisí na řadě faktorů, zejména pak na celkovém zdravotním stavu ženy a délce gravidity (Hájek et al., 2014). Sehnal a Lubušký (2019) dodávají, že na rozhodnutí by se měly, ve spolupráci se zdravotníky, podílet také samotné pacientky. Pokud to okolnosti umožňují, mělo by se při výběru zohlednit i jejich vlastní přání. Na základě gestačního stáří zárodku dělíme interrupci na dva časové intervaly. Pokud je těhotenství ukončeno zhruba do konce 7. týdne, pak lze tento zákrok označit jako tzv. miniinterrupci. Při ukončení od 8. do 12. týdne se jedná o interrupci klasickou (Vokurka, 2015).

Interrupce se provádí tradiční chirurgickou cestou nebo nověji prostřednictvím podání farmak. Nyní si jednotlivé způsoby blíže představíme.

#### **Chirurgická (instrumentální) metoda**

Tato varianta u nás byla dlouhou dobu jedinou možností, jak nechtěné těhotenství uměle ukončit. Při samotném zákroku je nejprve zapotřebí dilatátory rozšířit děložní hrdlo, následně dochází k evakuaci děložní dutiny – vakuumaspirační kanylou nebo kyretou (Koliba et al., 2019).

Vakuumaspirace je miniinterrupční zákrok, který lze podstoupit do 49. dne od poslední menstruace. Výkon je prováděn ambulantně v krátkodobé anestezii. Jeho princip spočívá ve vytváření soustavného podtlaku pomocí elektrické vakuové pumpy. Generovaná sací síla poté slouží k odstranění plodového vejce (Hájek et al., 2014). V rámci miniinterrupce není dle Pilky (2017) následná revize děložní dutiny podmínkou.

Systematická revize obsahu děložní dutiny je, dále dle autora, naopak indikována v pozdějších stádiích těhotenství. Při tomto postupu se využívá tupého nástroje odpovídající velikosti (kyrety). U kyretáže jde tedy v podstatě o seškrábnutí vnitřního povrchu dutého orgánu, v tomto případě dělohy. Někdy je k vyjmutí plodu zapotřebí také klasických potratových kleští. Zárok se provádí krátkodobě hospitalizovaným pacientkám při celkové anestezii. Následně žena zůstává na pozorování na nemocničním lůžku, poté je propuštěna. S odstupem dvou týdnů po výkonu je nutná kontrola gynekologa pro ověření úplného vyprázdnění dělohy. Zároveň je po dobu alespoň 6 týdnů potřeba vyloučit pohlavní styk (Koliba et al., 2019; Vokurka, 2015).

### **Farmakologická metoda**

Farmakologické ukončení těhotenství je dle Sehnala a Ľubuškého (2019) plnohodnotnou alternativou k chirurgické možnosti interrupce. V ČR lze tuto variantu využít teprve od června 2014, čímž se řadí k nověji užívaným metodám. Obdobně, jako při interrupci vakuomaspirační kanylou, lze tento typ zákroku provést do 49. dne amenorey. Absolutní délka gravidity, jak autoři dále zmiňují, však není jediným rozhodujícím faktorem. Důležitá je také temeno-kostrční délka embrya na ultrazvukovém vyšetření do maximální hodnoty 9 mm. Pro tento postup byly schváleny přípravky s účinnými látkami mifepriston a misoprostol, které se s uvedením na trh osvědčily. Tento výkon je z klinického hlediska v podstatě nerozeznatelný od spontánního potratu.

Těhotenství je farmaky ukončeno ve třech po sobě následujících fázích. Česká gynekologická a porodnická společnost (2018) uvádí, že je ženě ve zdravotnickém zařízení nejprve perorálně podána dávka mifepristonu. Z důvodu výskytu možných nežádoucích účinků následně pacientka zůstává na místě daného zařízení další hodinu. S odstupem 36- 48 hodin je ženě podána druhá dávka, tentokrát s látkou misoprostol. Jelikož po tomto preparátu může dojít k rychlému vypuzení těhotenské tkáně, setrvává pacientka opět nějaký čas na místě zdravotnického zařízení. K poslední fázi dochází nejčastěji s odstupem 14-21 dnů od podání prvotní dávky farmak, kdy je potřeba absolvovat vyšetření k vyloučení pokračujícího těhotenství.

Výhoda této metody spočívá zejména v možnosti ambulantního ukončení bez nutnosti podstoupit celkovou anestezii, a také bez invazivního vstupu do děložní dutiny (Sehnal & Ľubušký, 2019). Trávník (2015) zároveň zmiňuje, že farmakologické metody nemají vliv na fertilitu ženy a plodnost se obnovuje téměř okamžitě po zákroku. Je proto

žádoucí začít v nejbližší době užívat vhodnou formu antikoncepce. Nevýhodou je vyšší riziko selhání metody, které se uvádí až v 8 % případů, a také to, že žena psychicky prožívá celý proces potratu (Koliba et al., 2019).

S možnými nevýhodami i riziky se můžeme setkat u obou zmíněných metod interrupce. V následující podkapitole se na ně proto podrobněji zaměříme.

## 2.2 Možná zdravotní rizika a komplikace

Většina odborné veřejnosti se shoduje na názoru, že umělé ukončení těhotenství je v dnešní době poměrně bezpečným a efektivním postupem. Eshre (2017) v přehledovém článku zaměřeném na indukované potraty uvádí, že interrupce za použití moderních metod je dokonce bezpečnější než pokračování v nechtěném těhotenství. S vyšším rizikem úmrtnosti se totiž setkáváme spíše u donošených těhotenství než u uměle přerušovaných. Obecně však platí, že s přibývajícím týdnem se jakýkoli zvolený postup stává rizikovějším. Je proto snahou, aby se ženy, které se pro interrupci rozhodnou, obrátily na svého lékaře co možná nejdříve (Schelleová et al., 2007).

U řady žen se po interrupci vyskytují určité druhy obtíží, které po několika dnech samy přirozeně ustupují. Mezi tyto očekávané příznaky patří nevolnosti, zvracení, křeče a bolesti, jež můžeme zmírnit pomocí analgetik, či případné lehké vaginální krvácení. Dojde-li ke komplikacím, objevují se příznaky varovné. Ty mohou být na rozdíl od běžných potíží zdraví ohrožující a mnohdy vyžadují další lékařská ošetření (WHO, 2022).

Roztočil (2011) člení komplikace, dle doby jejich vzniku, na bezprostřední, časně a pozdní.

**Bezprostřední komplikace** se objevují již v samotném průběhu interrupčního zákroku nebo ihned po jeho podstoupení. Do této kategorie řadíme velkou krevní ztrátu, tzn. nad 500 ml krve. Dále také různé druhy poranění, nejčastěji trhliny na děložním hrdle, či perforace děložního hrdla. Tato poškození mohou vzniknout v důsledku chirurgického ukončení gravidity, při nešetrném mechanickém zacházení s kovovými dilatátory, sondou, kyretou či potratovými kleštěmi. Hlavní riziko těchto komplikací spočívá zejména ve vzniku srůstů a jizevnaté děložní struktury, které se posléze mohou stát závažnou překážkou následného těhotenství. Ve velmi vzácných případech může dojít také k poranění ostatních orgánů, například kličky tenkého střeva či močového měchýře (Hájek et al., 2014; Roztočil,

2011). Ačkoli jsou následky takových komplikací ze zdravotního hlediska nezanedbatelné, Dvořák a Lubušký (2019) uvádí, že k nim dochází pouze ojediněle, asi v 0,5-0,9 % případů.

Dle Lubušského (2016) je farmakologická metoda z těchto důvodů šetrnější a bezpečnější variantou. I v rámci tohoto postupu však mohou nastat nežádoucí reakce organismu, jež vyžadují následnou péči ve zdravotnickém zařízení. Mezi ty lze podle výčtu Strašilové et al. (2016) zařadit kontrakce dělohy nebo křeče, vyžadující observaci na lůžku, krvácení s nutností revize děložní dutiny či gastrointestinální potíže (nevolnost, zvracení, poruchy vyprazdňování).

**Časné komplikace** diagnostikujeme do 6. týdnu od výkonu. U obou výše zmíněných metod hrozí riziko selhání. Příčinou mohou být vrozené děložní vady či vícečetná těhotenství. V raných stádiích se můžeme setkat také s nerozpoznaným mimoděložním těhotenstvím. Při jeho přehlédnutí vývoj zárodku pokračuje i navzdory evakuaci dělohy (Roztočil, 2011). Selhání metody pro ženu znamená pokračování těhotenství. Za těchto okolností je dle Trávníka (2015) potřeba, na přání pacientky rozhodnout, zda těhotenství ukončit za použití jiné metody, nebo v něm nadále pokračovat. Autor však zdůrazňuje, že v případě užití farmakologické metody je nezbytné ženu informovat o riziku možných malformací u novorozence.

Mezi jiné časné komplikace patří nekompletní interrupce s rezidui těhotenské tkáně a vznik infekce. Eshre (2017) zmiňuje, že tato diagnóza by měla být postavena na klinických základech. Lékaři by měli věnovat zvýšenou pozornost zejména silnému nebo dlouhodobému vaginálnímu krvácení, bolestem břicha a zvýšené teplotě. Riziko vzniku těchto komplikací přitom patří, dle názoru Pilky (2017), k nejčastějším s odhadovaným výskytem až v 5 % případů.

**Pozdní komplikace** vznikají po 6 týdnech od zákroku. Světová zdravotnická organizace (2022) řadí k možným dlouhodobým následkům především Ashermannův syndrom, neplodnost a psychologické důsledky. Ashermannův syndrom se většinou vyvíjí po dilataci a následné kyretáži. U žen se objevují drobné děložní jizvy (srůsty), které zapříčiňují zmenšení objemu děložní dutiny, poruchu menstruačního cyklu a poruchu fertility (Gynprenatal, n.d.). Roztočil (2011) uvádí, že vlivem interrupce může až u 1/3 žen docházet k narušení psychické rovnováhy a trvalejšímu poklesu sexuální apetence.

Četnost výskytu závažných zdravotních komplikací se zákrokem spojených je velmi nízká. Zdravotní rizika však v ženách mnohdy vyvolávají strach a obavy. Výsledky studie



Latifi et al. (2021) ukazují, že až 58 % dotázaných žen prožilo úzkost z možných interrupčních komplikací. Zjištění dále naznačují, že u chirurgické metody ukončení byla míra prožívané úzkosti vyšší než u metody farmakologické. Ženy, které podstoupily instrumentální potrat, se nejčastěji obávaly anestezie a rozsáhlého krvácení, zatímco ženy, jejichž těhotenství bylo ukončeno léky, se obávaly selhání metody, následného chirurgického zákroku a rozvoje infekce.

Koliba et al. (2019) navrhuje další dělení možných následků, a to na zdravotní a duševní. Dopady interrupce na psychické zdraví žen se budeme blíže zabývat v kapitole č. 3.

## 2.3 Důvody ukončení těhotenství

Legislativní podmínky našeho státu ženám umožňují se o dalším průběhu raného těhotenství svobodně rozhodnout. Tato volba bývá pro řadu z nich velmi obtížná, a to i v případě, kdy se již od začátku jedná o neplánované a nechtěné početí. Jaké hlavní důvody však ženu přimějí k podstoupení tohoto zákroku? Právě touto otázkou se nyní budeme zabývat podrobněji.

Schelleová et al. (2007) uvádí, že motivace k interrupci vyplývá ze zdravotní, sociální, ekonomické i psychologické situace ženy. Tento názor zastává také Hřivnová (2020), která hovoří o existenci mnoha faktorů rozhodujících o tom, zda je žena na těhotenství a příchod potomka skutečně připravena. Mezi ně řadí mimo jiné také faktor spirituální. Autorka dále zmiňuje, že u většiny žen, které se rozhodnou těhotenství odložit, nelze k takovému kroku nalézt pouze jediný dominantní důvod. Častěji se tak jedná spíše o jejich kombinaci.

Kirkman et al. (2009) provedli analýzu 19 prací, kterými byly empiricky (kvantitativní či kvalitativní metodou) zkoumány hlavní důvody žen pro podstoupení potratu. Výzkumy byly provedeny ve vyspělých zemích, konkrétně ve Švédsku, Norsku, Dánsku, Nizozemsku, USA, Kanadě či Řecku. Autoři touto cestou dospěli k rozdělení důvodů interrupce na ty, které jsou zaměřeny přímo na ženu samotnou, a dále na důvody způsobené jinými skutečnostmi. Aspekty na straně ženy se dle autorů souhrnně vyznačují tím, že v případě pokračování těhotenství mohou mít významný vliv na snížení kvality jejího života. Nejběžnějším identifikovaným důvodem této kategorie bylo špatné načasování. Žena tedy v budoucnu děti plánovala, nicméně dobu početí zatím nevnímala jako vhodnou.

K dalším důvodům lze zařadit skutečnost, kdy žena již měla mnoho dětí nebo kdy si nepřála stát se matkou ani v budoucnu. Ženy byly dále motivovány obavami o své fyzické a duševní zdraví. Ostatní faktory se týkaly zejména partnerského vztahu. Vzájemný vztah s otcem dítěte byl důvodem potratu, pokud byl problematický, nestabilní, příliš nový nebo pokud by žena na dítě zůstala sama. Uváděna byla také partnerova nezralost a nespolehlivost, závislost na návykových látkách, sklon k fyzickému násilí, případně popření otcovství z jeho strany. Tyto důvody byly pro ženy podstatnější než obava, že by dítě mohlo partnerský vztah narušit. Dále bylo zaznamenáno také podstoupení interrupce z důvodu sexuálního napadení, nátlaku ze strany okolí nebo na základě nedostatečného materiálního zabezpečení.

K podobným závěrům dospěli také Biggs et al. (2013). Jejich studie vycházela z dat 5letého výzkumu z USA, hodnotícího zdravotní a socioekonomické důsledky, které ženám přineslo podstoupení potratu nebo jeho zamítnutí z důvodu délky těhotenství. Výsledky poukázaly na vysoké procento žen, pro něž bylo rozhodujícím faktorem špatné načasování početí. Téměř stejně často však ženy vyhledaly zákrok také kvůli finančním důvodům. Dále bylo zjištěno, že ženy, které již byly matkami, zdůrazňovaly potřebu věnovat se ostatním dětem. Některé z nich se obávaly, že s narozením dalšího potomka by se úroveň kvality života ostatních dětí snížila. V některých případech přišlo těhotenství příliš brzy po předchozím a ženy si neuměly představit výchovu dvou dětí v podobně nízkém věku. Každá pátá respondentka pak uvedla, že si přerušení těhotenství zvolila, protože by narození dítěte mohlo omezit její cíle a budoucí příležitosti. U těchto žen se většinou jednalo o studijní a kariérní plány. Dalšími důvody byly emocionální a mentální nepřipravenost, touha dát dítěti lepší život, než jaký mohla žena v dané chvíli poskytnout, pocit nedostatečné zralosti a nezávislosti. Důvody, jako nedostatečná finanční připravenost, zásah do budoucích příležitostí a nestabilní partnerský vztah, se nejčastěji objevovaly také ve studii Chae et al. (2017), která analyzovala data ze 14 zemí světa. Autoři v ní však upozorňují, že ženu k rozhodnutí mnohdy přivede množství rozličných důvodů a zaměření pozornosti pouze na jeden z nich vede k zavádějícím a zjednodušujícím závěrům.

Sanger (2016) tyto poznatky shrnuje, když tvrdí, že interrupce se týká všeho, co ženy zvažují, když hodnotí význam, jaký by pro ně mělo mateřství v daném okamžiku. Tím pádem se podle něj jedná o konkrétní rozhodnutí, které ovlivní intimní vztahy, současný život ženy i jeho podobu v budoucnosti.

## 3 DOPADY INTERRUPTCE NA PSYCHIKU ŽENY

Jak jsme již zmínili v přechozích kapitolách, počáteční fáze těhotenství i následná interrupce kladou na ženu poměrně vysoké nároky. Jejich zvládnutí tak vyžaduje množství fyzických i duševních sil. Nyní se pokusíme více přiblížit, jak se tato zkušenost odráží do roviny psychického prožívání. Podobně, jako v případě somatických komplikací, nás bude zajímat nebezpečí dopadu zákroku na duševní zdraví.

V průběhu 20. století přicházeli odpůrci umělého přerušení těhotenství s argumenty, které si kladly za cíl tuto možnost omezit. Stěžejní bylo tvrzení, že potraty poškozují zdraví žen tím, že v nich vyvolávají řadu negativních emocí, včetně lítosti nad tímto rozhodnutím (Rocca et al., 2020). Výzkumem emocí po prodělaném zákroku se následně zabývaly četné studie, z nichž mnohé dospěly k rozporuplným závěrům.

### 3.1 Postabortivní syndrom

Rue a Speckhard (1992) předpokládali, že následkem indukovaného potratu mohou vzniknout závažné psychické potíže, pro které použili termín postabortivní syndrom (PAS). Tento souhrn symptomů pokládali za specifickou formu posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Také řada dalších autorů se přiklání k názoru, že podstoupení umělého přerušení těhotenství se neobejde bez výrazných negativních dopadů na duševní zdraví. Dle Colemana et al. (2017) může tato zkušenost ovlivnit sebeobraz žen, jejich osobnost i vztahy s druhými. Schelleová et al. (2007) uvádí, že se někdy po přechodné euforii mohou objevit hostilní reakce, frustrace, anxiety a pocity viny, které jsou značně variabilní, mohou však přetrvávat po celý život. Mezi další zmiňované příznaky lze zařadit také dlouhodobé pocity hněvu, smutku, lítosti, ztráty, vtíravé myšlenky na smrt plodu, sebenenávist, pocit vlastní bezcennosti, stud, zneužívání návykových látek, promiskuitu, depresi, sebevražedné myšlenky a tendence (Coleman et al., 2017; Katz, 2019; Ucháčová, 2007). Specifickým je také nárůst intenzity těchto příznaků okolo data výročí interrupce či očekávaného termínu porodu. Tento jev označujeme jako tzv. výroční symptom (Freedová & Salazarová, 2008).

Friedlová a Lečbych (2015) se domnívají, že prožívání po interrupci se od prožívání spontánního potratu příliš neliší, a to i přesto, že se k tomuto kroku žena dobrovolně

rozhodla. Po zákroku se nejprve objevuje úleva, kterou střídá šok ze ztráty vlastního dítěte. Často pak můžeme sledovat jakési vnitřní strnutí – psychickou vyčerpanost a neschopnost vnímat své vlastní pocity. Velmi užívaným mechanismem obrany je v této situaci racionalizace. Největší problém autoři spatřují ve skutečnosti, že se ženě mnohdy nedostává patřičné sociální opory. Okolí se totiž může mylně domnívat, že ukončení těhotenství bylo věcí volby, a tudíž o ženu není potřeba dále pečovat.

PAS jsou podle Ucháčové (2007) ohroženy nejen ženy, jejichž těhotenství bylo ukončeno, ale také jejich partneři, lékaři a ošetřující personál. Platnost tohoto syndromu je mezi odborníky poměrně hojně diskutovaným tématem. PAS zatím nebyl uznán jako formální lékařská, respektive psychiatrická diagnóza. Mohli bychom jej však označit za diagnózu sociální, kterou nelze plně pochopit bez zohlednění širších sociálně-kulturních podmínek, jež na danou ženu působí (Katz, 2019; Kelly, 2014).

Jaký je tedy hlavní spouštěč negativního emočního prožívání po interrupci? Americká psychologická asociace (APA, 2008) rozdělila dostupné poznatky o této problematice do čtyř základních kategorií. Připouští však, že jednotlivé pohledy se nemusí nutně vzájemně vylučovat a často se naopak vhodně doplňují.

První perspektiva pokládá samotný interrupční zákrok za **traumatický zážitek**. Trauma vzniká prožitím lidské smrti, porušením rodičovského instinktu i vazeb k nenarozenému dítěti (APA, 2008). Reardon (2018) uvádí existenci společné shody autorů na názoru, že alespoň u některých žen se objevují závažné problémy s duševním zdravím, způsobené jejich zkušeností s indukovaným potratem. Zmiňuje také statisticky významnou souvislost mezi potraty a vyšší mírou úzkosti, deprese, užívání návykových látek a poruch spánku. Dle jeho zjištění dále nebyly nalezeny žádné přínosy interrupce pro duševní zdraví.

Jiný z často uváděných rámců, pro porozumění této zkušenosti, je odvozen z psychologických teorií stresu a jeho zvládnutí. Interrupce je v tomto kontextu vnímána jako potenciálně **zátěžová životní situace**, která je však umocněna tím, že se děje souběžně se stresovou událostí nechtěného těhotenství (APA, 2008). Huss a Kaiser (2022) považují za důležité si uvědomit, že žádné nechtěné těhotenství se zprvu neobejde bez negativních emocí, jelikož se jedná o novou, neplánovanou situaci, na niž se žena musí adaptovat. Rubin a Russo (2004) předpokládají, že rozhodujícím faktorem toho, zda se krátkodobé vychýlení z psychické rovnováhy stane dlouhodobým, je především osobní hodnocení každé ženy. Záleží, do jaké míry žena vnímá tuto zkušenost jako stresující či úzkostnou a jak očekává,

že se s ní bude schopna vyrovnat. Tato hodnocení jsou částečně formována osobními zdroji, ke kterým můžeme zařadit míru sebeúcty, vnímané kontroly a podpory od blízkých.

Z pohledu zvládnání stresu však interrupce nemusí nutně znamenat negativní psychické důsledky. Naopak se mnohdy stává efektivní strategií řešení náročné situace. Ženy ve výzkumném šetření Rocca et al. (2013) dostaly sérii otázek souvisejících s emocemi během těhotenství a potratu. Jejich výskyt hodnotily s pomocí Likertovy škály. Řada žen zaznamenala, že se u nich po zákroku vyskytovaly také pozitivní emoce, jako štěstí či úleva. Podobně také Steinberg (2020) pokládá úlevu za nejčastější emoci, jež ženy po interrupci pociťují. Rocca et al. (2020) se v longitudinální studii, trvající po dobu pěti let, snažili prozkoumat, do jaké míry respondentky pociťovaly každou z vybraných emocí – úlevu, štěstí, lítost, vinu, smutek a hněv. Dle výsledků této studie nebyla prokázána žádná podpora tvrzení, že indukované potraty vyvolávají negativní emoce a lítost nad tímto rozhodnutím. I zde ženy nejvíce pociťovaly úlevu, a to ve všech časových bodech výzkumu. Tyto názory podporují také zjištění autorů Biggs et al. (2017). Ženy, kterým byla možnost interrupce odepřena, se dle jejich názoru potýkají s většími psychickými obtížemi než ty, které ji podstoupí. Jak dále uvádí, riziko negativního psychického vlivu se zvyšuje, pokud se v historii ženy objevují duševní poruchy nebo traumatická zkušenost. Zároveň i v případě této diagnózy můžeme pozorovat destruktivnější dopady u žen, jimž nebyl potrat z nějakého důvodu umožněn.

Třetí perspektiva vyzdvihuje **dopad širšího sociálního kontextu**, v jehož rámci k otěhotnění i následné interrupci dochází. Sociokulturní kontext se totiž může podílet na výsledném hodnocení této zkušenosti, které si žena utvoří. Podpůrné skupiny tak například mohou přispět k pozitivnějšímu přehodnocení události, čímž dojde ke zlepšení emočních reakcí. Největší riziko z tohoto hlediska představuje stigmatizace žen, které zákrok podstupují (APA, 2008). Brauer et al. (2019) zmiňují, že vnímání potratového stigmatu ovlivňuje, jak ženy své rozhodnutí prožívají a jak se s těmito pocity dokáží vyrovnat. To potvrzují výsledky výzkumného šetření Steinberga et al. (2016), které dokládají statisticky významnou souvislost mezi potratovým stigmatem a symptomy stresu, úzkosti i deprese. Potratové stigma do značné míry souvisí také s náboženským přesvědčením. Frohwirth et al. (2018) zjistili, že u věřících žen, případně žen bez vyznání, které byly ve víře vychovány, se objevují časté obavy z odsouzení a izolace od rodiny i komunity. Z tohoto důvodu se, dle zjištění autorů, mnohdy rozhodnou podstoupení interrupce držet v tajnosti, v důsledku čehož zůstávají bez patřičné sociální opory.

Poslední kategorie názorů klade důraz především na **dopad souběžných rizikových faktorů**. Tento rámeček se zabývá specifickými individuálními i sociálními faktory, které ženu predisponují ke vzniku nežádoucích psychických reakcí po ukončení těhotenství. Z tohoto pohledu tedy duševní problémy, které se po potratu rozvinou, nejsou způsobeny zákrokem samotným, ale odrážejí jiné okolnosti, které nechtěnému těhotenství předcházely (APA, 2008). Autoři dále rozdělují situační rizikové faktory, které souvisí s životními podmínkami, jako je chudoba nebo vystavení násilí ze strany partnera. Mezi osobnostní rysy, které mohou být rizikové, řadí například nízké sebevědomí, pesimistické ladění či externí umístění kontroly. Freedová a Salazarová (2008) také uvádí zkušenost s typem žen, který je příznakem PAS více ohrožen. Dle jejich názoru jsou to zejména mladé, bezdětné ženy, dále ženy, které cítí, že potrat nebyl jejich svobodnou volbou, a také ty, pro něž interrupce představuje konflikt hodnot. Steinberg a Rubin (2014) zmiňují, že negativní zkušenost s umělým ukončením těhotenství může alespoň částečně pramenit z předchozích problémů s duševním zdravím. Tato skutečnost naznačuje, že z lékařského hlediska může být výhodné provádět screening a intervenci v oblasti interrupční péče. Paul et al. (2009) taktéž popsali několik faktorů, způsobujících negativní postinterrupční zkušenost:

- a) vytvoření vazby na těhotenství
- b) vnímaný nátlak k podstoupení potratu
- c) významná ambivalence při rozhodování
- d) udržování potratu v tajnosti kvůli strachu ze stigmatizace
- e) předchozí zkušenost s traumatem
- f) zkušenost se sexuálním zneužíváním, fyzickým násilím
- g) vnímání potratu jako ztráty
- h) intenzivní pocity viny a studu před podstoupením zákroku
- i) duševní onemocnění vzniklé před potratem
- j) hodnocení potratu jako extrémně stresující situace před tím, než k němu dojde
- k) očekávání hlubokého zármutku, viny a lítosti
- l) přesvědčení, že potrat je podobným aktem jako usmrcení novorozence

S ohledem na zmíněné rizikové faktory APA (2008) dále dodává, že pokud se žena rozhodne pro interrupci a objeví se nepříznivá emoční reakce, existuje jisté riziko, že by podobně prožívala také jiné alternativy, jako péči o novorozence nebo umístění dítěte k adopci.

Různými perspektivami vnímání dopadů interrupce se zabýval také jeden ze současných výzkumů. V rámci této studie se autoři Huss a Kaiser (2022) snažili popsat vztah

mezi indukovanými potraty a životní spokojeností. Zaměřili se zejména na otázku, zda ženy po přerušení těhotenství pociťují snížení psychické pohody. Dále se pokoušeli objasnit, jestli lze psychické změny skutečně připsat pouze interrupčnímu zákroku nebo v jejich popředí stojí spíše paralelní procesy, které jej provázejí. Srovnávány byly ženy, které zákrok podstoupily, s těmi, jež se rozhodly dítě donosit. Kontrolní skupina byla tvořena respondentkami, které podobnou zkušenost neprožily. V souladu s předpoklady se ukázalo, že potrat byl alespoň dočasně spojen s nižší životní spokojeností. V následujících letech se spokojenost vrátila na původní úroveň. Toto zjištění naznačuje, že interrupce může být vnímána jako zátěžová situace, na niž je potřebné se adaptovat. Přerušení těhotenství bylo zároveň spojeno také s nižší spokojeností již před touto událostí, což podporuje předpoklad společných rizikových faktorů. Žádné důkazy spojující tuto událost s traumatem nebyly nalezeny.

## 3.2 Proces rozhodování

Rocca et al. (2013) zdůrazňují, že abychom mohli lépe porozumět postabortivním emocím, je důležité znát jejich kontext. Jak se domnívají, hlavní proměnnou zde tvoří aspekt rozhodování a jeho okolnosti. Také výsledky pozdějšího výzkumu naznačují, že obtížnost rozhodování je při formování emocí nejdůležitější, a to jak v krátkodobém, tak dlouhodobém horizontu (Rocca et al., 2020).

Brauer et al. (2019) hovoří o tom, že obtížnost rozhodování při nechtěném těhotenství je přirozená. Ženy čelí dilematu se dvěma nepříjemnými možnostmi. Zatímco některé ženy jsou o svém rozhodnutí přesvědčeny již od začátku, jiné potřebují dostatek času na zvážení všech argumentů, svých přání i emocí. Také Van Ditzhuijzen et al. (2015) uvádí, že pochybnosti nebo ambivalence jsou v procesu rozhodování o podstoupení interrupce běžné. Dále dodávají, že většina žen má nakonec pocit správného rozhodnutí. V souladu s tímto tvrzením zjistili, že i ženy, které původně nad svým rozhodnutím dlouho váhaly, si za ním posléze stály. Do rozporu s tímto názorem se dostávají Kjelsvik et al. (2019). Zmiňují, že ženy, které mají protichůdné pocity a postoje, jsou významně ohroženy rozvojem duševních obtíží. Autoři se v rámci studie opírali právě o výpovědi žen, které si nebyly jisté, jaké rozhodnutí učinit. Ženy popisovaly, že v průběhu rozhodování pro ně byla stěžejní svobodná volba, která však zároveň přinášela nevyhnutelnou odpovědnost. Mnohdy tak doufaly v citlivý přístup zdravotnického personálu, který se bude o jejich pochybnosti zajímat. Řada žen do procesu zapojila své nejbližší, díky čemuž jim byla poskytnuta opora.

S přibývajícím názory se však proces také více komplikoval. Respondentky nejvíce oceňovaly, pokud s nimi bylo zacházeno s respektem a uznáním vzhledem ke složitosti situace. Považovaly za důležité, aby jim bylo nasloucháno a aby na rozhodnutí získaly více času.

Z těchto poznatků vyplývá potřeba více se zaměřit na ženy, pro něž je rozhodování o zákroku obtížné a poskytnout jim adekvátní oporu.

### **3.3 Způsoby zvládání umělého ukončení těhotenství**

Jak jsme již dříve nastínili, zkušenost s interrupcí může mít na psychiku žen odlišný dopad. Každá žena se s ní proto vyrovnává svým individuálním způsobem. Česká odborná literatura je primárně zaměřena na mechanismy zvládání a pomoc ženám, které prošly ztrátou dítěte v souvislosti se spontánním druhem potratu. Aspektům vyrovnání se s přerušением těhotenství, které proběhlo na vlastní žádost, není v našem prostředí věnována dostatečná pozornost. Nyní proto uvedeme několik studií, jež se touto problematikou zabývaly v zahraničí.

Quinley et al. (2014) zkoumali prožívání žen bezprostředně (1-3 dny) po interrupci, kdy by intervenční péče mohla přinést nejlepší výsledky. Před zákrokem byly pacientky dotazovány nejen na svůj aktuální psychický stav, ale také na to, jak předpokládají, že se budou cítit po ukončení těhotenství. Své pocity poté hodnotily i v prvních dnech po zákroku. Ze studie vyplynulo, že řadě pacientek se po interrupci dařilo dokonce lépe, než původně očekávaly. Dále bylo zjištěno, že negativní emoce v době před potratem souvisely se zhoršeným psychickým stavem po něm. Autoři proto zdůraznili potřebu věnovat zvýšenou péči a pozornost ženám, které se jeví jako rizikové.

Také Stålhandske et al. (2011) uvádí, že některé ženy dokáží poměrně snadno a spontánně nacházet způsoby, jak se s pocity souvisejícími s ukončením těhotenství vyrovnat, aniž by u nich došlo k dlouhodobému snížení spokojenosti. Pro jiné ženy je však hledání cesty k postupné úlevě obtížné. Překážkou by jim při tom mohly být některé maladaptivní vzorce myšlení popsané Katzem (2019). Dle autora mohou pacientky například zastávat víru ve spravedlivý svět neboli názor, že špatné věci se dějí špatným lidem. To může vést k sebeobviňování a pocitu, že špatní lidé si nezaslouží cítit se lépe nebo přijímat podporu od druhých. Ženy také mohou pocity smutku a lítosti interpretovat jako důsledek nesprávného rozhodnutí a domnívat se, že kdyby se rozhodly jinak, cítily by se



lépe. Může u nich docházet také ke zkreslení zpětného pohledu na rozhodnutí vlivem nových skutečností, které dříve nemohly předpokládat.

Autorka Harris (2004) se zabývala poskytováním postabortivní intervence ženám v psychické tísní. Upozornila zejména na tři klíčová témata poradenského rozhovoru s klientkami. První oblastí je **dovolení si truchlit**. Mnoho žen může mít pocit, že po interrupci nemají právo truchlit, jelikož toto rozhodnutí samy učinily. Může jim tak pomoci ujištění, že pocity smutku a lítosti jsou přirozené a u většiny žen trvají pouze dočasně. Vhodné je ženy upozornit, že za určitých okolností, jako je výročí potratu či předpokládaný termín narození dítěte, se tyto emoce mohou stát opět intenzivnějšími. Stejně tak je důležitá normalizace pocitů štěstí a úlevy, kvůli nimž se ženy mohou vnímat jako bezcitné. Další součástí je pomoc klientkám identifikovat vinu, kterou mohou cítit, a dojít k **odpuštění**. V neposlední řadě je potřeba hledat **zdroje opory**. Ačkoli je izolace součástí procesu truchlení, z dlouhodobého hlediska bývá škodlivá. Komunikace s okolím o vlastních, mnohdy protichůdných emocích, může ženě pomoci uspořádat si myšlenky a zbavit se pocitu osamělosti.

Švédská studie prezentována autory Stålhandske et al. (2011), se zaměřila na specifické způsoby, jimiž se ženy snaží situaci zvládnout. Shodně s oblastí hledání zdrojů, zmíněnou v předešlém odstavci, se zde objevuje tzv. **sociální strategie**. Jedná se o sdílení zkušenosti s ostatními se snahou získat pochopení a přijetí. Jak se ukázalo, pro ženu byla možnost hovořit o interrupci spolu s partnerem, přáteli či příbuznými velmi podstatnou, zvláště pokud ji tito lidé nesoudili a nezpochybňovali její rozhodnutí. Řada žen však zároveň uvedla, že pro ně bylo obtížné se ohledně své zkušenosti někomu otevřít. Výsledky dále poukázaly na **strategii odpojení**, kdy dochází k vytváření určitého odstupu od těhotenství, čímž je umožněno vyhnout se negativním emocím. Mnoho žen v této souvislosti popsalo období čekání na potrat jako velmi obtížné, neboť jim pokračování vývoje plodu zabraňovalo se od situace distancovat. **Strategie nalézání smyslu** znamenala argumentaci, díky které se interrupce pro ženu stala morálně přijatelnou. Některé ženy použily k vyrovnání se s negativními prožitky **strategii symbolického vyjádření**. Jednalo se například o rituální zapálení svíčky, dopis psaný nenarozenému dítěti nebo vyhledávání klidu přírody.

Lyon a Botha se v aktuálnější studii (2021) pokusili systematicky prozkoumat vědecké důkazy o tom, jak se ženy vyrovnávají s interrupcí, přičemž dospěli ke dvěma typům základních strategií. Snaha o **vyhýbání se** značí, že vzpomínky na potrat jsou

potlačovány a žena na tuto událost touží zapomenout. Zatímco při **sebereflexi** dochází k racionalizaci myšlenek i obav souvisejících s potratem. Žena se snaží zkušenosti porozumět a nalézt v ní smysl, odůvodňuje si své rozhodnutí interrupci podstoupit.

## 4 INTERRUPTCE V KONTEXTU PARTNERSKÉHO VZTAHU

Jak předešlé kapitoly naznačují, partnerský vztah může být jedním z hlavních důvodů pro vyhledání interrupční péče. Vyhlídka ženy, že se stane svobodnou matkou nebo se aktuálně nachází v nestabilním vztahu plném konfliktů, přináší řadu obav, které často nejsou s pokračujícím těhotenstvím slučitelné. Existují ale i ženy, které se nacházejí v dlouhodobých, zdánlivě funkčních vztazích, a i přesto se z mnoha jiných důvodů rozhodnou těhotenství ukončit. Za těchto okolností se rozhodnutí může jistým způsobem dotknout obou partnerů. Jak uvádí Coleman (2007), když je těhotenství ukončeno, interrupce se stává součástí společné historie páru a má potenciál ovlivnit jeho budoucnost. Velká většina české i zahraniční literatury se primárně zaměřuje na individuální dopady interrupce. Poznatků o vlivu tohoto zákroku na partnerský život tak nalézáme poměrně málo. Zapojení partnera do rozhodování i dalšího průběhu interrupce, a také následné změny v partnerském vztahu však nelze opomíjet. Zmíněné faktory také mohou ovlivnit, jak se ženě podaří zkušenost s interrupcí zvládnout.

### 4.1 Role partnera v interrupčním procesu

Aby se partner mohl v těhotenství i jeho případném ukončení angažovat, je nejprve potřeba, aby se o něm dozvěděl. Jones et al. (2011) se proto ve svém výzkumu zajímali, za jakých okolností jsou ženy ochotny tuto informaci s partnery sdílet. Na základě dat získaných dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že se svěřovaly zejména ženy v pevnějších vztazích, které trvaly alespoň rok a déle. Většina z nich zároveň uvedla, že se tou dobou nacházela v manželství nebo nesezdaném soužití. Tato skutečnost naznačuje, že ženy v dlouhodobějších vztazích mohou cítit větší touhu nebo povinnost své rozhodnutí projednat i s partnerem.

Role partnera při rozhodování o potratu sahá od jeho úplného vyloučení z procesu, až po plné převzetí odpovědnosti za výsledek. Hans a Kimberly (2014) uvádí, že ani jeden z těchto extrémních pólů není zcela ideální. Ukazuje se totiž, že ženy jsou vystaveny většímu riziku negativního postinterrupčního prožívání, pokud na ně muži vyvíjejí při rozhodování nátlak. Nezáleží přitom, zda se muž snaží partnerku přimět k pokračování v těhotenství nebo

k potratu. Více emocionálních obtíží pociťují také ženy, kterým se od mužů dostává pouze povrchní podpory. Nastane-li situace, kdy muž jednoznačně tlačí na jednu konkrétní variantu, rozhodnutí však stále zdánlivě nechává na ženě. Ta se pod tíhou argumentů může mnohdy přizpůsobit názorům partnera bez ohledu na vlastní vůli (Kimport et al., 2011). Důkazy však na druhou stranu naznačují, že s duševním zdravím je silně a trvale spojena sociální opora, tedy pocit, že se o dotyčného ostatní zajímají a je o něj postaráno. Potřeba sociální opory se týká i žen podstupujících interrupci. Právě intimní partner, jakožto blízký člověk, tak může být někým, kdo je schopen ji ženě adekvátně poskytnout (Harris et al., 2014; Jones et al., 2011; Kimport et al., 2011).

Jones et al. (2011) dále hovoří o tom, že ne pro všechny ženy je strategie zvýšení podpory zapojením partnera vhodná. Především ženy, které byly ze strany partnera vystaveny násilí, by jej do procesu rozhodování neměly zapojovat. Roberts et al. (2014) na základě výzkumu zároveň poukázali na skutečnost, že pro ženy bylo snazší násilný vztah opustit, pokud se rozhodly těhotenství ukončit. Upozorňují také, že odmítnutí nebo omezení interrupční péče by potenciálně mohlo ženy udržovat v kontaktu s násilníkem a vystavovat je i jejich děti riziku.

Pro účely výzkumu Altshuler et al. (2016) bylo analyzováno 15 studií z 6 různých zemí (Kanady, Egypta, Indie, Švédsko, USA a Velké Británie). Autoři se zabývali vztahem mezi mírou zapojení partnera a přístupem žen k interrupční péči. Vzhledem ke kulturnímu kontextu daných zemí byly mezi skupinami žen značné rozdíly. Švédská legislativa například nařizuje, aby poskytovatelé interrupční péče nabízeli poradenství nejen těhotné ženě, ale také partnerovi bez ohledu na rodinný stav. Naproti tomu v Egyptě je umělé přerušování těhotenství silně omezeno a předmanželský pohlavní styk je považován za tabu. V takovém případě se tedy výzkumníci zaměřili pouze na vdané respondentky. Zjištění podpořila názor, že zahrnutí partnerů do procesu interrupce, za okolností bez nátlaku, má pozitivní vliv na to, jak žena ve výsledku svou zkušenost hodnotí. Kromě poskytnutí emocionální podpory se zapojení partnerů ukázalo jako výhodné také z hlediska podpory finanční a praktické. Ženy vnímaly, že doprovázení mužem v průběhu celého procesu posílilo závazek v jejich vztahu. Z jejich úhlu pohledu si díky této zkušenosti mohly uvědomit, že pokud za nimi partner stál od chvíle, kdy se pro podstoupení potratu rozhodly, budou se na něj moci spolehnout i v budoucnu. Ženy dále oceňovaly také zájem partnera o informace spojené s interrupcí, díky čemuž byli oba seznámeni s průběhem zákroku i komplikacemi, které by mohly nastat. Ve švédské studii popsali Kero et al. (2010) pozitivní

přínos účasti partnera přímo v průběhu potratu. Podání tablety mifeprostonu párům umožnilo tuto zkušenost prožít v domácím prostředí. Muži na této variantě oceňovali, že mohli interrupci sdílet spolu s partnerkami a být jim nablízku, když to nejvíce potřebovaly. Ženy kladně hodnotily, pokud je partner ujišťoval o své přítomnosti, ale zároveň jim umožnil i chvíle o samotě.

## **4.2 Dopady interrupce na kvalitu partnerského vztahu**

Autoři Miller et al. (1998) se pokoušeli zjistit, zda z pohledu žen došlo po ukončení těhotenství k nějaké změně v jejich vztahu. Většina žen se domnívala, že potrat neměl na fungování jejich vztahu žádný dlouhodobý dopad. Pouze malé procento z nich vnímalo pokles spokojenosti i po několika měsících od události. Přibližně podobné procento však naopak zaznamenalo nárůst spokojenosti oproti předchozímu stavu.

Také Naziri (2007) se snažil lépe porozumět vlivu této zkušenosti na partnerský vztah. Do výzkumu byly zahrnuty dvě možné situace. V první z nich se oba partneři na podstoupení zákroku shodovali. V tomto případě mezi nimi ke zjevnému konfliktu neodcházelo a kvalita vztahu nebyla zásadně ovlivněna. Kimport et al. (2011) uvádí, že v situaci, kdy partner s rozhodnutím ženy souhlasí a rozhodne se jí bezpodmínečně podpořit, může dojít dokonce k posílení jejich vztahu a ke vzájemnému sblížení.

Ve druhém případě dále podle Naziriho (2007) muž s potratem své partnerky nesouhlasil. Pokud i přesto k ukončení těhotenství došlo, byl konfrontován s nemožností naplnit svá přání. Na tento pocit bezmoci reagoval smířením se a akceptováním partnerčiných argumentů, nebo také agresí a hněvem. Agrese namířená vůči ženě v něm navíc, jak uvádí autor, mnohdy vyvolávala pocity viny. Muži zapojení do výzkumu se obecně shodovali, že nechtěné těhotenství a jeho ukončení představovalo kritickou fázi jejich vztahu. Výsledky studie odhalily, že interrupce může silně ovlivnit vztah a popřípadě vést k jeho rozpadu při existenci rozdílných potřeb a přání partnerů. Tento konflikt se ne vždy podaří úspěšně vyřešit a velmi při tom záleží na osobní vyspělosti obou zúčastněných. Také Coleman (2007) zastává názor, že psychické dopady potratu, ať na jedné či druhé straně, mohou přispět k četnějším konfliktům a problémům v partnerských vztazích. Má-li žena negativní zkušenost s potratem vyvolávající hněv, může jej směřovat proti významným osobám, jako je právě partner. Ten se může stát terčem výčitek, pokud není vnímán jako dostatečná emocionální opora před, během i po zákroku. Hněv může být přirozeně namířen také vůči partnerovi, který vyvíjel tlak na podstoupení interrupce navzdory přání ženy

v těhotenství pokračovat. Mezi postabortivní faktory, které mohou vztah nepříznivě ovlivnit, autor řadí sníženou emocionální energii, odtahité chování, komunikační potíže, pochybnosti o sobě samém, sníženou sebeúctu a obviňování partnera ze vzniklého utrpení.

Mauldon et al. (2014) ve studii porovnávali, jak se změnil vztahy žen, které se rozhodly podstoupit interrupci, a těm, jimž byl zákrok z důvodu pokročilého těhotenství zamítnut. Z výsledků vyplynulo, že ve skupině žen s narozenými dětmi bylo po 2 letech pravděpodobnější setrvání s otcem dítěte v pravidelném kontaktu. Pravděpodobnost, že spolu stále tvořili pár, se však mezi skupinami nelišila. Pozoruhodná byla míra rozpadu vztahů všech zúčastněných žen, z nichž pouze 37 % setrvalo ve vztahu s původním partnerem. Autoři nenalezli přímý důkaz na podporu tvrzení, že indukovaný potrat navyšuje riziko rozpadu vztahu. Spíše se zdá, že jeho kvalita mohla být sama o sobě důvodem pro rozhodnutí žen nechtěná těhotenství ukončit. Potrat tedy, dle názoru autorů, pouze umožnil, aby rozpad vztahu pokračoval svým vlastním tempem dále.

V českém prostředí se tématem vlivu interrupce na partnerský vztah okrajově zabývalo několik diplomových prací. Kulhánková (2016) se ve své práci konkrétně zaměřila na dopad interrupce na mužskou psychiku. Výsledky jejího výzkumu mimo jiné naznačily, že v důsledku potratu může dojít ke zhoršení či rozpadu vztahu. Marešová (2018) analyzovala potíže žen, které se po indukovaném nebo spontánním potratu rozhodly obrátit na Linku pomoci. Ženy, které ztrátou trpěly, uváděly větší množství konfliktů s partnerem, potíže v komunikaci a intimní oblasti. Popisovaly také pocit odcizení a vyjadřovaly obavy o budoucnost vztahu. U některých žen se objevoval strach z ukončení vztahu partnerem, z důvodu změn v jejich chování (zvýšené podrážděnosti, plačtivosti atd.). Také Čermáková (2018) našla souvislost mezi interrupcí a změnami v partnerském vztahu. Muži vypověděli, že si po této společně prožité náročné situaci začali vztahu více vážit a měli pocit, že se s partnerkou sblížili. Partnerky se podle jejich názoru začaly naopak více zabývat vhodností vztahu pro budoucnost. Ukončení těhotenství, podle výsledků zmíněné diplomové práce, mohlo zapříčinit rozchod, ale v každém případě bylo zlomovým bodem, který partnery nějakým směrem posunul.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Zkoumání psychického prožívání žen je v kontextu potratů spjato především se situacemi, v nichž dochází ke ztrátě plodu proti vlastní vůli, tedy spontánně či na základě zdravotní indikace. Psychickým aspektům umělého přerušeni těhotenství na přání ženy tak není věnováno mnoho prostoru.

Ačkoli dle statistik v České republice každoročně interrupcí ubývá, jejich provedení na vlastní žádost jednoznačně převažuje, a to ve více než 82 % (ČSÚ, 2022). V době vyspělých a dobře dostupných antikoncepčních metod se téma podstoupení zákroku navíc jeví jako mnohem citlivější.

Vlastní rozhodnutí má v prožívání zkušenosti jistě značný význam, odborné poznatky o jeho vlivu se však různí. Zatímco někteří autoři na interrupci pohlíží jako na traumatický zážitek, který se od zkušenosti se spontánním druhem potratu v podstatě neliší (Friedlová & Lečbych, 2015; Readon, 2018), jiní jej vnímají pozitivněji ve smyslu řešení náročné životní situace vedoucí k úlevě (Rocca, 2013; Steinberg, 2020). Pohled na přerušeni těhotenství může být zároveň ovlivněn také politickými názory dané země.

Výzkumy nás obohatily také o myšlenku, že ve zvládání individuální zkušenosti se může odrážet působení souběžných rizikových faktorů a přístup sociálního okolí (Friedlová & Salazarová, 2008; Paul et al., 2009; Steinberg & Rubin, 2014).

Hlavním záměrem výzkumné části této práce je proto snaha prozkoumat, jak ženy zvládají proces ukončení těhotenství. Soustředíme se při tom také na okolnosti, které jej mohou pozitivně či negativně ovlivnit.

K mnoha interrupcím dochází v dlouhodobých partnerských vztazích. Dopadu zkušenosti na fungování a spokojenost vztahu je však zejména v našem prostředí věnován minimální zájem. Z tohoto důvodu jsme se pro náš výzkum rozhodli zvolit participantky, jež se v období interrupce nacházely v partnerském vztahu, a danou problematiku tak postihnout i z tohoto hlediska.

V naší zemi je přerušeni těhotenství za splnění patřičných podmínek dostupné všem ženám. Navzdory počtu žen, které jej každoročně podstoupí, je toto téma ve společnosti stále



poměrně tabuizováno. Práce tak vznikla se záměrem o jeho otevření a pochopení, co tato zkušenost pro ženy opravdu znamená.

## **5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky**

Z výzkumného problému vzešly celkem tři hlavní cíle výzkumu této diplomové práce a byly definovány také výzkumné otázky.

**Prvním cílem je zmapovat okolnosti umělého přerušení těhotenství.**

**VO1:** Čím bylo ovlivněno rozhodování o podstoupení umělého přerušení těhotenství?

**VO2:** Jak žena prožívala podstoupení zákroku?

**Druhým cílem je prozkoumat aspekty zvládnání umělého přerušení těhotenství.**

**VO3:** Jaký mělo umělé přerušení těhotenství dopad na psychiku ženy?

**VO4:** Jakým způsobem se žena pokoušela se situací vyrovnat?

**Třetím cílem je zmapovat oblast partnerského vztahu a jeho změn v souvislosti s umělým přerušením těhotenství.**

**VO5:** Jaký dopad mělo umělé přerušení těhotenství na kvalitu partnerského vztahu?

# 6 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

V následující kapitole čtenáře nejprve seznámíme se zvoleným typem výzkumu. Dále se podrobněji zaměříme na metody, s jejichž pomocí byla výzkumná data získána a analyzována.

## 6.1 Výzkumný design

S ohledem na popsany výzkumný problém jsme vnímali potřebu postihnout zkušenost žen v celé její šíři. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli pro využití **kvalitativního výzkumného designu**. Tento přístup, jak dokládá Hendl (2016), umožňuje dosažení hlubšího vhledu při zkoumání daného jedince, skupiny či fenoménu. Autor vnímá výhodu také v možnosti zohlednění celkového kontextu zkoumané situace a podmínek, které do ní vstupují. Dle Miovského (2006) se přístup týká zejména unikátních a neopakovatelných jevů, jež mohou být různými jedinci vnímány odlišně. Slouží tedy k popisu, analýze a interpretaci jejich vnitřní i vnější reality.

Na počátku byly stanoveny základní výzkumné otázky, které však bylo v průběhu zkoumání nutné více specifikovat a doplnit. Tento krok je pro kvalitativní přístup typický, můžeme jej tak označit za tzv. pružný typ výzkumu (Hendl, 2016).

## 6.2 Metody získávání dat

Data byla získávána prostřednictvím **polostrukurovaného rozhovoru** (viz. Příloha č. 5). Tato metoda je považována za téměř nejrozšířenější. Je spojením řady výhod plně strukturovaného i nestrukturovaného interview. Ve fázi přípravy je navrženo schéma zahrnující okruhy otázek, kterým je při výzkumu věnována pozornost (Mioviský, 2006).

Při přípravě tohoto schématu jsme nejprve provedli rešerši dřívějších studií, které se tímto nebo podobným tématem zabývaly. Zmapováním této oblasti došlo k identifikaci stěžejních témat, která vytvořila strukturu našeho rozhovoru. Jelikož jsme si byli vědomi, že znění nebo pořadí otázek se může napříč jednotlivými rozhovory lišit, jevílo se použití této metody jako ideální. Také Mioviský (2006) zmiňuje možnost si rozhovor dle konkrétních

potřeb upravit. Zdůrazňuje zároveň vhodnost vyžádání si vysvětlení odpovědí účastníka, které slouží pro zpětnou kontrolu jejich správného pochopení.

Před samotnou realizací jsme se daný návrh rozhodli ověřit **pilotní studií**. Naším záměrem bylo především dosažení srozumitelnosti všech jeho částí. Tento aspekt hodnotilo 5 dobrovolníků, jejichž komentáře přispěly k vytvoření finální verze rozhovoru. Na základě odpovědí 1. participantky pak došlo k objevení nového významného tématu, jež bylo zařazeno do všech pozdějších rozhovorů. K jednoduššímu získání sociodemografických údajů byl dále vytvořen krátký **dotazník** (viz. Příloha č. 4).

### 6.3 Metoda analýzy dat

Pro účely vyhodnocení dat bylo využito postupů **Zakotvené teorie** (grounded theory). Původními autory teorie vzniklé v 60. letech 20. století jsou Glaser a Strauss. Její podoba však do dnešní doby prošla řadou změn (Švaříček & Šed'ová, 2014).

Základním cílem tohoto postupu je dále dle Švaříčka a Šed'ové (2014) vytvoření nové teorie, jež je zakotvena v datech. K tomu je zapotřebí především nezaujatého a otevřeného přístupu výzkumníka. Také Miovský (2006) zmiňuje, že v tomto případě nezačínáme teorií a jejím následným ověřováním, ale naopak v průběhu zkoumání teprve objevujeme, co je pro danou oblast důležité. V souvislosti s tvorbou zakotvené teorie autor zdůrazňuje termín **teoretická citlivost**. Jedná se o schopnost výzkumníka přiřazovat údajům význam a vnímat jejich vzájemné souvislosti.

Stěžejní postup Zakotvené teorie představuje proces **kódování**. Jeho prostřednictvím jsou data analyzována a následně seskupována novým způsobem, což vede k vytvoření výsledné teorie. Kódování se dělí na 3 fáze, jejichž hranice v praxi nejsou zcela jasně odděleny (Miovský, 2006). Při **otevřeném kódování** postupujeme tak, že text určený k analýze nejprve rozdělíme na jednotky. Nejčastěji jsou to slova, věty či souvětí nesoucí určitý význam. Významovým jednotkám poté přiřazujeme kód (označení). Souběžně s kódováním rozhovorů tak vytváříme seznam všech kódů, jež jsme zaznamenali. Poté dochází k jejich systematické kategorizaci – seskupování na základě podobnosti do abstraktnějšího pojmu (Miovský, 2006; Švaříček & Šed'ová, 2014).

V průběhu **axiálního kódování** odhalujeme vztahy mezi vzniklými kategoriemi. K tomu se využívá **kódovacího paradigmatu**. Tento teoretický rámec zahrnuje: *Příčinné podmínky* vedoucí ke vzniku a vývoji určitého jevu, *jev* neboli ústřední myšlenku, která drží

jednotlivé části teorie při sobě, *kontext* představující souhrn parametrů prostředí, za kterých se uplatňují strategie jednání, *intervenující podmínky*, které pozitivním či negativním způsobem ovlivňují užití strategií jednání v rámci kontextu, *strategie jednání* neboli reakce na daný jev a *následky*, které jsou výsledkem úmyslných i neúmyslných strategií jednání. Závěrečnou fází tvoří **kódování selektivní**. Zde výzkumník přistupuje k nalézání centrální kategorie integrující všechny kategorie ostatní (Hendl, 2016; Miovský, 2006).

Hlavní výhodou této metody spatřuje Miovský (2006) v možnosti ji do určité míry upravovat a přizpůsobovat konkrétním potřebám výzkumu.

# 7 VÝZKUMNÝ SOUBOR A SBĚR DAT

V této kapitole se budeme podrobně zabývat výběrem a charakteristikami výzkumného souboru, který byl pro účely práce zvolen. Dále se zaměříme na proces získávání dat a v závěru neopomeneme ani etické hledisko, které je vzhledem k citlivé povaze výzkumu klíčové.

## 7.1 Výběr výzkumného souboru

S ohledem na hlavní cíle výzkumu se zvolenou populací staly **ženy, kterým bylo na vlastní žádost provedeno umělé přerušování těhotenství** z jiných než ze zdravotních důvodů.

Výzkumný soubor byl však stále poměrně široký, proto byla určena další kritéria, která pomohla s jeho redukcí. Aby bylo možné prozkoumat dopady interrupce na partnerský vztah, bylo potřeba tento soubor zúžit pouze na ženy, které se **v době zákroku nacházely v partnerském či manželském vztahu**.

Další podmínkou zařazení do výzkumu bylo **dosažení věku 18 let**, které nám z důvodu etické náročnosti vybrané problematiky připadalo adekvátní. Poslední kritérium se týkalo časového ohraničení doby podstoupení zákroku. Bylo požadováno, aby **od interrupce uplynula doba minimálně 3 měsíců**. Tato podmínka měla pomoci zajistit, aby participantky od události získaly určitý odstup a také náhled na případné důsledky, které jim tato zkušenost do života vnesla.

Maximální hranice byla nejprve stanovena na dobu **5 let od zákroku**. Prvotní myšlenkou bylo, že si do této doby budou ženy nejlépe schopny událost pamatovat spolu se všemi důležitými detaily. Na základě významné motivace sdílení zkušenosti u dvou žen, jež zákrok podstoupily před 6 a 8 lety, byl tento limit později upraven.

## 7.2 Charakteristika výzkumného souboru

Vzhledem k takto stanoveným podmínkám bylo do výzkumu později zařazeno celkem **9 participantek**. Samotnému rozhovoru předcházela sběr sociodemografických údajů a informací ohledně ukončení těhotenství. Z těchto dat vyplynulo, že **průměrný věk**

**žen byl 27 let.** Nejmladší participantce bylo 19 let a nejstarší 37 let. **Průměrný věk v době přerušění těhotenství se pohyboval okolo 24 let.**

V souvislosti s těhotenstvím jsme se kromě doby od jeho ukončení zajímali také o týden, ve kterém byl zákrok proveden, zvolenou interrupční metodu a počet podstoupených interrupcí. Tyto údaje jsme pro větší přehlednost shrnuli v tabulce č. 1.

**Tab. č. 1:** Charakteristiky výzkumného souboru z hlediska ukončení těhotenství

Participantka	Doba od interrupce	Metoda přerušění	Týden přerušění	Počet interrupcí
1	6 let	Chirurgická	10. týden	2
2	2 roky	Chirurgická	10. týden	4
3	3 měsíce	Chirurgická	8. týden	1
4	5 let	Farmakologická	7. týden	1
5	11 měsíců	Farmakologická	5. týden	1
6	2 roky	Farmakologická	6. týden	1
7	5 let	Farmakologická	7. týden	1
8	2, 5 roku	Farmakologická	7. týden	1
9	8 let	Chirurgická	12. týden	1

V případě, kdy žena zákrok podstoupila vícekrát, jsme se zaměřovali pouze na nejvíce aktuální zkušenost.

Participantky pocházely z různých krajů ČR a nejčastěji uváděly, že žijí ve městech. Dotazovali jsme se také na nejvyšší dosažené vzdělání, přičemž třetina žen uvedla vysokoškolské a ostatní ženy středoškolské vzdělání. Další z otázek se zabývala socioekonomickým statusem. Nejvíce žen (n=4) uvedlo, že jsou v současné době zaměstnány, další ženy (n=3) označily možnost, že se aktuálně nacházejí na rodičovské dovolené. Zbylé ženy (n=2) uvedly, že studují. Z hlediska rodinného stavu byly ženy **nejčastěji svobodné**, všechny však uvedly, že se nacházejí **v dlouhodobém vztahu** s průměrným trváním 4,7 let. V některých případech (n=4) již vztahy nezahrnovaly původního partnera, se nímž žena prošla přerušením těhotenství. Větší část participantek (n=5) bylo bezdětných, ostatní ženy již byly matkami jednoho nebo dvou dětí ve věku od 2

měsíců do 7 let. Poslední zjišťovanou oblastí byla příslušnost k víře, kdy pouze jedna z žen označila, že je věřící.

### 7.3 Sběr dat

Pro získání dat bylo nejprve potřeba oslovit vhodné participantky. Samotný výběr byl proveden prostřednictvím dvou metod. Nejprve jsme využili metodu **samovýběru**, která je dle Miovskeho (2006) specifická zejména dobrovolností a aktivním zájmem o zapojení se do výzkumné studie. Potenciálním účastnicím byla tato možnost nabídnuta formou letáčku umístěného na sociální síť Instagram. Pro zajištění širšího dosahu jsme se rozhodli o jeho propagaci požádat také různé profily, u nichž jsme předpokládali výskyt cílové skupiny žen mezi sledujícími. Zaměřili jsme se tak především na účty porodních asistentek, profily zabývající se osvětou o antikoncepci či krizové linky.

Druhou metodou, využitou v menší míře, byla **metoda sněhové koule**. Prostřednictvím kontaktu s jednou participantkou se nám podařilo získat kontakt další.

Vzhledem ke zvolenému tématu a podmínkám zařazení do výzkumu nebylo získávání vhodných kandidátek snadným úkolem. Přemýšleli jsme proto také o metodě záměrného výběru, při níž bychom ženy oslovili přímo. Ačkoli Miovský (2006) uvádí, že tato metoda je v kvalitativním přístupu nejvíce rozšířená, my jsme se od ní vzhledem k choulostivosti dané problematiky rozhodli upustit.

Ženám zařazeným do výzkumu byla posléze nabídnuta možnost výběru mezi osobní schůzkou a realizací rozhovoru v online prostředí skrze program **Google Meet**. Obě zmíněné varianty byly poměrně vyrovnaně zastoupeny. Osobní setkání zvolilo 5 žen, pro další 4 bylo příjemnější téma otevřít v bezpečném prostředí domova přes videohovor. Samotný rozhovor trval v průměru 41 minut, vždy mu však předcházela dostatečný prostor pro úvodní konverzaci a případné dotazy účastnic. Online i osobní setkání byla rovněž zakončena časem pro zhodnocení, které již nebylo součástí nahrávky.

### 7.4 Etické hledisko výzkumu

V průběhu realizace výzkumu bylo dbáno na dodržování etických zásad. Nyní si blíže představíme jejich podobu.

Prostřednictvím informací uvedených na letáčku byly účastnice dopředu obeznámeny s účelem i průběhem výzkumu. Účast ve výzkumu byla po celou dobu jeho konání

dobrovolná a bylo z něj možné kdykoli odstoupit. Ženám, které se rozhodly zapojit, byly v následné emailové komunikaci sděleny všechny bližší detaily a zodpovězeny veškeré dotazy.

Časté otázky se týkaly zejména obavy o zachování anonymity. Participantky tak byly opět ujištěny, že všechna jejich osobní data i data získána z rozhovorů budou převedena do anonymizované formy. Ženám bylo dle pořadí rozhovoru přiřazeno číslo od 1 do 9, pod nímž jsou jejich údaje zaznamenány ve výzkumné části práce. Účastnice taktéž potvrdily pořízení audiozáznamu z celého rozhovoru a jeho následné použití pro získání potřebných dat. Zároveň byly ujištěny o tom, že nahrávka bude po přepisu rozhovoru vymazána.

V případě online rozhovoru byl účastnicím s dostatečným předstihem zaslán **informovaný souhlas** (viz. Příloha č. 3), abychom zajistili čas na jeho pročtení a potvrzení podpisem. Další participantky dostaly informovaný souhlas přímo na osobní schůzce ještě před zahájením samotného rozhovoru a opět jej potvrdily svým podpisem. Na počátku každého rozhovoru jsme se opět ujistili, zda žena všemu porozuměla.

Jelikož je umělé přerušování těhotenství na vlastní žádost citlivým a eticky kontroverzním tématem samo o sobě, přistupovali jsme k němu bez předsudků a se snahou naladit se na individuální zkušenost každé z žen. Pokud se v rozhovoru objevila zvláště citlivá otázka, například týkající se oblasti sexuálního života po interrupci, bylo připomenuto, že ženy nemusí odpovídat, pokud nechtějí.

Na konci rozhovoru byl ponechán prostor pro vyjádření emocí a případné otázky. Následovalo poděkování za odvalu se výzkumu účastnit a nabídka zaslání výsledné práce. Pokládali jsme rovněž za důležité v závěru schůzku mírně odlehčit, aby ženy odcházely pozitivně naladěné.



## 8 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

V rámci této kapitoly si nejprve představíme způsob nakládání se získanými daty. Poté se zaměříme na námi vytvořený model a popíšeme konkrétní výsledky, ke kterým jsme analýzou dat dospěli.

### 8.1 Práce s daty

Na počátku práce s daty bylo potřeba provést doslovnou transkripci všech audiozáznamů. K tomuto kroku jsme využili program **Microsoft Word**. Rozhovory v této formě jsme následně vytiskli. Pro další práci s daty byla zvolena metoda ručního kódování *tužka papír*.

Data byla vzhledem k jejich komplexnosti analyzována pomocí zakotvené teorie, jejíž postupy jsou detailněji popsány v podkapitole: 6.3 *Metody zpracování a analýzy dat*. Prostřednictvím otevřeného kódování bylo nejprve nalezeno celkem 514 kódů. Nevýhodou zvoleného přístupu bylo, že kódy se v mnoha rozhovorech opakovaly, a bylo tak potřeba provést jejich redukci. Tímto postupem došlo ke snížení počtu kódů na 228. V průběhu jejich zpětné kontroly bylo navíc objeveno několik kódů se stejným nebo velmi podobným významem. Rozhodli jsme se je proto sloučit do jediného pojmu, čímž jsme dosáhli počtu **204 kódů**, se kterými jsme dále pracovali.

V další fázi docházelo k třídění dat přiřazováním souvisejících kódů. Na základě tohoto postupu vznikl první návrh členění subkategorií, který se v průběhu práce s daty neustále vyvíjel a prošel řadou změn. Výsledně vzniklo dohromady **14 subkategorií**. V této fázi již do procesu vstoupilo také kódování axiální. Snažili jsme se, jak uvádí Miovský (2006), pojmy získané otevřeným kódováním spojovat dohromady tvořením vzájemných vazeb. Vznikly tak obecnější celky – kategorie. Konkrétně se jednalo o **6 kategorií**: *Aspekty rozhodování, Emoce, Průběh zákroku, Sociální vlivy, Snaha o překonání události a Kvalita života po interrupci*. Některé příklady postupů kategorizace uvádíme v tabulce č. 2. Spojování kategorií probíhalo s ohledem na kódovací schéma blíže popsané v podkapitole 6.3:

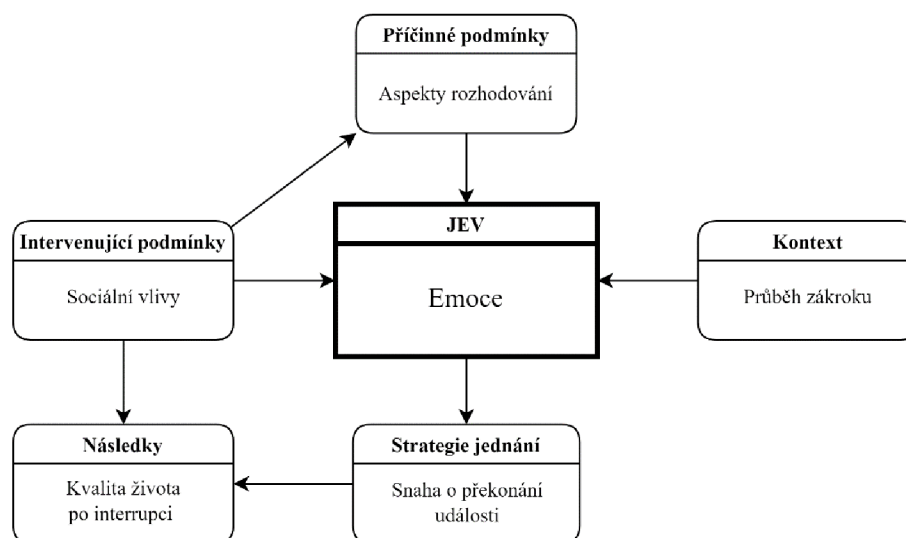
*Příčinné podmínky (a) → Jev (b) → Kontext (c) → Intervenující podmínky (d) → Strategie jednání nebo interakce (e) → Následky (f)*

Na závěr došlo k identifikaci centrální kategorie, která byla uvedena do vztahu s kategoriemi ostatními. Schéma těchto vztahů můžeme vidět níže. Postřehy, které se v průběhu analýzy dat vynořily, jsme zaznamenávali pomocí **poznámek (memos)**. Tyto myšlenky sloužily k lepší přehlednosti dat a jejich vzájemných souvislostí.

**Tab. č. 2:** Ukázka kódů a kategorií

Kód	Subkategorie	Kategorie
Nedokončené studium	Osobní důvody	Aspekty rozhodování
Krátké trvání partnerského vztahu	Důvody spojené s partnerským vztahem	Aspekty rozhodování
Křivda	Role partnera	Sociální vlivy
Prázdnota	Prožívání průběhu zákroku	Emoce
Nedodržení mlčenlivosti lékařem	Obavy	Průběh zákroku

**Schéma č. 1:** Model prožívání umělého přerušování těhotenství



## 8.2 Výsledky

Nyní se budeme konkrétně zabývat výsledky, které byly při práci s daty nalezeny. Vždy zmíníme každou z 6 identifikovaných kategorií spolu s příslušnými subkategoriemi a uvedeme jejich významnost v rámci námi zkoumané problematiky. Na některých místech uvedeme také citace částí rozhovorů, abychom data doložili přímou výpovědí žen. Pro lepší názornost bude každá z hlavních kategorií označena jako nadpis 3. úrovně (**8.2.1 Aspekty rozhodování**). Jednotlivé subkategorie budou zvýrazněny tučně (**Osobní důvody**), vybrané

kódy v textu znázorníme jejich podtržením (nedokončené studium). Přímá řeč bude značena uvozovkami a kurzívou („*já jsem to neřekla nikomu...*“), umístění v paradigmatickém modelu zvýrazníme tučně i kurzívou (***Příčinné podmínky***).

### 8.2.1 Aspekty rozhodování

U všech žen bylo v průběhu rozhovorů zjištěno, že fáze rozhodování měla značný vliv na následné prožívání události. Tato kategorie byla do našeho modelu zařazena jako ***příčinná podmínka***. Důležité proměnné zde představovaly důvody, na jejichž základě se žena k podstoupení zákroku rozhodla, a také různé další faktory, které do rozhodování vstupovaly.

V této části jsme odlišili celkem tři subkategorie, a to: **Osobní důvody, Důvody spojené s partnerským vztahem a Okolnosti rozhodování.**

#### Osobní důvody

Subkategorie osobních důvodů zahrnovala veškeré argumenty žen pro podstoupení zákroku, týkající se jejich aktuálního života i představ o jeho podobě v brzké budoucnosti. K nejčastěji zmiňovaným důvodům patřilo nedokončení životních cílů a plánů. Ženy (n=6) vnímaly, že toho chtějí v životě mnoho dosáhnout ještě před tím, než na sebe převezmou mateřskou odpovědnost. Hovořily o nedokončeném studiu, pracovních ambicích i touze cestovat.

Dalším silným důvodem k ukončení těhotenství byla obava o materiální a finanční zabezpečení. Toto téma bylo stěžejní v rozhovorech č. 1, 2, 6 a 7. Ženy (n=4) popisovaly, že v době početí nebyly dostatečně finančně zajištěny, aby mohly vychovávat dítě. Participantka č. 2 uvedla: „*já jsem totiž zažila s dcerou to, že jsem zůstala sama, když jí byl rok, a neměla jsem vůbec žádné peníze, takže pro mě tohle byl velký strašák, že zase zůstam sama bez peněz, protože to už zažít nikdy nechci.*“ Roli zde hrála také neexistence vlastního zázemí a závislost na rodičích. Žena v 6. rozhovoru například řekla: „*bylo to takové rozumové, že prostě bych to musela vychovávat doma s rodičema, což jsem nechtěla.*“

V rozhovorech zazníval také důvod nepřipravenosti na náročnou péči o dítě. A to jak z hlediska nízkého věku žen, tak jejich pocitu psychické nevyzrálosti. Participantka č. 3 vnímala nepřipravenost kvůli krátkému časovému intervalu od posledního těhotenství. Jak zmínila: „*je to fajn, dcera teďka trochu povyrosla, právě, že už to není takový to dítě,*

*kterýmu musíte stát pořád za zadkem a teďka bych musela zase všechno od začátku, prostě je to ještě hrozně brzo.*“

### **Důvody spojené s partnerským vztahem**

Další subkategorie byla věnována důvodům souvisejícím s okolnostmi partnerského vztahu. Pokud situace ve vztahu nebyla z pohledu žen ideální, stala se součástí rozhodnutí těhotenství ukončit. Tyto důvody se objevily v rozhovorech s několika ženami (n=5) a byly dány zejména nejistotou v pokračování vztahu s partnerem do budoucna a strachem z opuštěnosti. Žena v rozhovoru č. 2 pronesla: *„takže jsem si říkala, abych nezůstala nakonec sama a kdybychom spolu nebyli, tak co potom, takže to pro mě bylo takový těžký.“* Důvodem z pohledu participantek č. 6 a 8 bylo krátké trvání partnerského vztahu v době početí. Jedna z žen uvedla: *„Chtěla jsem, aby to s přítelem pokračovalo dál, ne že zaráz budeme řešit to, že jsem těhotná, a ještě spolu nejsme ani rok, ale chtěla jsem, aby ten vztah pokračoval bezstarostně nějakým způsobem.“* Z rozhovorů (n=2) pak bylo patrné, že spokojenost žen v partnerství jejich rozhodnutí více znejistila. Participantka č. 1 se v rozhovoru svěřila: *„Bylo to s člověkem, kterého jsem milovala tenkrát, takže to bylo takový, že jsem z toho byla špatná, nechtěla jsem do toho jít.“*

V souvislosti s výše zmíněnými důvody považujeme za důležité zmínit také skutečnost, že výsledné rozhodnutí všech žen (N=9) se zakládalo na jejich kombinaci. Většinou zároveň docházelo ke společnému působení důvodů z osobní i partnerské roviny.

### **Okolnosti rozhodnutí**

Jako další důležitý aspekt byly v procesu kódování zachyceny okolnosti, jež do rozhodování vstupovaly.

Ukázalo se, že na obtížnost rozhodnutí měla vliv délka těhotenství. Ženy (n=5), které přerušení těhotenství podstoupily v jeho pozdějších fázích (přibližně od konce 7. týdne), si dle kódů zachycených v těchto rozhovorech více uvědomovaly vývoj plodu a cítily se s ním více propojeny. Například participantka č. 4, která podstoupila interrupci v 7. týdnu uvedla: *„přece jenom myslím, že hormony tam nějak pracujou a pořád tam byl ten pocit, že v tu chvíli jsem máma.“* Žena z 1. rozhovoru zmínila: *„šla jsem v nějakým 9-10 týdnem, že už to byla taková fazola malá, takže to pro mě bylo nepříjemný.“* Dvě participantky se navíc setkaly s nutností na přerušení čekat. Jedna z žen řekla: *„kvůli tomu státnímu svátku jsem musela čekat ještě týden...celou tu dobu jsem nepila kafe, čaj, nic a bylo to pro mě hrozně zvláštní, že já vlastně ochraňuju něco, co nechci.“* U druhé ženy bylo čekání spojeno

s nenaplněním zákonné podmínky odstupu minimálně 6 měsíců od poslední interrupce. Žena se svěřila: „*musela jsem další 4 týdny čekat... takže to bylo těžký předtím usínat s tím, že ve mně roste něco, co člověk fakt jako nechce no.*“

Další významnou okolností byl čas na promyšlení rozhodnutí. Většina žen jej měla dostatek a mohla vše důkladně zvážit. Některé ženy (n=3) však tuto možnost neměly, a to zejména kvůli hraničnímu termínu pro přerušení těhotenství (7. týden pro farmakologickou metodu, 12. pro chirurgickou). Participantka č. 6 popsala: „*Hlavně já jsem měla strašně krátkou dobu na rozmyšlenou...já to mám strašně zamlžené, že to pro mě bylo tak stresové, jak jsem se i rozhodla rychle.*“ Několik žen (n=6) zdůraznilo také důležitost pocitu vlastní volby, tedy vlivu především svých potřeb a přání na rozhodnutí podstoupit interrupci, kupříkladu: „*já jsem asi vlastně dostala, co jsem potřebovala...dostala jsem svobodu se rozhodnout.*“ nebo „*myslím, že když je to umělá interrupce, tak se k tomu ta ženská rozhodla z nějakýho důvodu, takže to má sama se sebou vyřešený nějak.*“

Významnost důvodů i okolností ovlivňovala, do jaké míry si žena byla svým rozhodnutím jistá, což se později promítalo do jeho psychického prožívání.

## 8.2.2 Emoce

Identifikovaným *jevem*, a zároveň centrální kategorií, jsou emoce. Tato kategorie se týká psychického prožívání přerušení těhotenství a byly sem zahrnuty 2 subkategorie: **Počáteční pocity** a **Prožívání průběhu zákroku**.

### Počáteční pocity

Prvotní pocity související se zjištěním těhotenství i následným rozhodováním o jeho ukončení se v nějaké formě vyskytovaly ve všech rozhovorech.

Většina dotazovaných žen (n=8) popsala na počátku poměrně ambivalentní emoce, které se často střídaly. Participantka č. 4 řekla: „*za hodinu se mi to stokrát vystřídalo, takže jsem chvíli měla pocit, že je to v pohodě, že to spolu zvládnem a vlastně to bude super, a pak to zase spadlo do toho, že mi došlo, že to vlastně vůbec super nebude.*“ Nejčastěji hovořily o velkém šoku, panice, strachu, hněvu, výčitkách vůči sobě i partnerovi, ale také radosti, jako v případě rozhovoru č. 9: „*bylo zjištěno, že jsem těhotná, v tu chvíli mě zaplavila obrovská radost, která se střídala doma s šíleným hororem.*“ Tato emoční ambivalence ve třech případech posílila nejistotu rozhodnutí. Šestá z participantek uvedla: „*vlastně to ráno, když jsem tam šla, tak jsem si furt říkala, ještě si to nemusíš vzít, ještě můžeš říct tomu*

*doktorovi, že prostě ne.*“ Jedna z účastnic se naopak snažila navzdory silným negativním emocím s těhotenstvím sžít, jak nastínila: „*snažila jsem se teda dostat na tu vlnu, že to bude super, že budeme mít ty dvě děti a že budou mít malej věkovej rozdíl od sebe...říkala jsem, tak musíme rychle vymyslet jména, že třeba když budu mít jména, budu se na to umět naladit.*“

Z rozhovorů dále vyplynulo, že pro část žen (n=3) bylo obtížné přijmout skutečnost, že se něco takového děje právě jim. Participantka č. 5 zmínila: „*já jsem hlavně měla hroznej problém přijmout, že se to stalo mně. A jako nám oboum, já jsem si vždycky říkala, že tohle se stává...prostě hloupým lidem.*“

### **Prožívání průběhu zákroku**

S průběhem přerušení těhotenství souviselo velké množství emocí. Pro jejich snadnější uchopení je nyní rozdělíme na pozitivní a negativní. Toto dělení je však pouze orientační, neboť často docházelo k jejich vzájemnému prolínání.

Výskyt pozitivních emocí z přerušného těhotenství jsme zaznamenali v pěti rozhovorech. K těmto pocitům patřila zejména úleva, a také radost z vyřešené situace. Ženy (n=6) popisovaly: „*byla jsem ráda, že už je to za mnou a teď s tím budu moct pracovat jako s nějakou věcí minulou*“, „*Jako v podstatě jsem byla ráda, že situace je vyřešená*“ nebo „*pak se mi tak asi vnitřně ulevilo, že je to za mnou a že už to vlastně nikdo nebude řešit*“. V některých případech (n=5) se tyto emoce s postupem času proměňovaly a docházelo spíše k prožívání emocí negativních. U participantky č. 8 mohla být spouštěčem negativního prožívání tzv. výroční reakce. Zmínila: „*uměla jsem si spočítat, kdy bych to dítě asi měla a někdy zhruba v té době, když by mělo dojít k tomu porodu, jsem si říkala, aha, a teď bych měla dítě a já ho nemám...takže si pamatuju, že jsem hodně brečela, bylo mi to líto.*“ Jedna z žen naopak popsala, že ode dne zákroku její negativní emoce ustaly. Řekla, „*já jsem se vzbudila s tím, že mi to bylo tak nějak jedno...prostě jsem si říkala, jako neměla bych truchlit, neměla bych se cítit špatně?*“

Ženy ve většině (n=8) popsaly, že se jich událost nějakým způsobem dotkla. S největší četností se objevovaly pocity smutku, lítosti, studu, viny a vlastního selhání. Například: „*jsem si strašně vyčítala to, že jsem prostě hloupá, že jsem si to jako nepohlídala.*“, „*je tam taková ta myšlenka, co na to řeknou lidi, člověk se za sebe prostě stydí.*“ Ženy (n=3) popisovaly také pocit prázdnoty po zákroku: „*vím, že jsem se vzbudila a bylo to takový, jak kdyby člověk měl v sobě najednou takový prázdno.*“ Prožívání výhradně

negativních emocí bylo zaznamenáno u 2 z 9 participantek. Tyto ženy popsaly pocity zranění a ztráty smyslu.

### 8.2.3 Průběh zákroku

Tato kategorie v našem modelu představuje *kontext* umělého přerušení těhotenství. Tuto část jsme rozdělili do 3 subkategorií, jimiž jsou: **Obavy**, **Očekávání** a **Fyzické prožívání**.

#### Obavy

Při procesu kódování byly odhaleny některé obavy, které ženy ve spojitosti s přerušením těhotenství prožívaly. Bylo zřejmé, že většina z nich pramenila především z pochybností o možnostech dalšího početí. Tyto obavy potvrdily respondentky č. 5, 6, 7 a 9. Žena v 7. rozhovoru řekla: „*taková hlavní obava byla, jak to bude, abych pak jednou třeba mohla mít vůbec děti.*“ Naproti tomu 3. participantka zmínila: „*hodně jsem věřila doktorům, že je to prostě malej zákrok a ty komplikace jsou výjimečný. Já jsem se víc bála narkózy.*“ I z tohoto tvrzení vyplývá, že s větším počtem obav byla obecně spojena chirurgická metoda zákroku. To potvrdily také další ženy (n=5), například výroky: „*No já jsem si nejdřív říkala, že kdybych měla projít normální interrupci, jakože zákrokem, tak si to ještě hodně rozmyslím*“ nebo „*když se to stihne včas pilulkou, tak je to riziko minimální, takže to i byla priorit.*“ Dále byla zaznamenána také obava z nedodržení mlčenlivosti lékařem.

#### Očekávání

Zajímavým postřehem této subkategorie bylo, že očekávání řady žen (n=5) alespoň částečně souviselo s vlivem médií. Některé ženy si informace ohledně zákroku aktivně vyhledávaly na internetu. Hledání informací spontánně zmínily participantky v rozhovorech č. 3, 5, 6 a 8. Participantka č. 5 uvedla: „*čím se blížil ten pro mě den D, tak to víte, že jsem si toho načetla hodně*“, participantka č. 3 popsala vliv médií na svá očekávání takto: „*koukala jsem na různé diskuze, články...byla jsem překvapená tím, jak spousta z nich na internetu píše, že se třeba z narkózy probudily s brekem, že toho litovaly...byla jsem teda připravená na tady ty možnosti, že to přijde.*“

Dále jsme zaznamenali také předpoklad některých žen (n=6), že budou kvůli tomuto rozhodnutí odsuzovány. Jedna z žen se svěřila: „*byla jsem překvapená, že za celou dobu jsem se vůbec nesečkala s nějakým odsuzováním nebo tak...Fakt jsem na to byla*

*připravená.*“, jiná žena uvedla: *„já jsem to neřekla nikomu do teď, protože se bojím toho, jak bude každéj reagovat...já se o tom vlastně bojím veřejně mluvit.“*

### **Fyzické prožívání**

Na základě výsledných kódů bylo mezi významná témata zařazeno také fyzické prožívání zákroku, jež se vyskytovalo dohromady v 7 rozhovorech. S určitými fyzickými změnami se ženy více či méně setkaly bez ohledu na to, zda prošly chirurgickou nebo farmakologickou interrupční metodou.

Ženy (n=7) shodně popisovaly bolest, únavu a s tím související vyšší potřebu odpočinku. Participantka č. 1 po zkušenosti s chirurgickým zákrokem řekla: *„bolí to, to tělo je prostě unavený, přeci jen je to zásah do živýho masa, je to zásah do těla.“*, o fyzickém prožívání farmakologické metody hovořila například participantka č. 7, jež zmínila: *„se mi spustila jako kdyby šílená menstruace a šílené křeče...prostě jsem ležela a bylo mi tak zle, že to nechci zažít už.“* Jako specifikum farmakologického postupu bylo dále identifikováno plné prožití vypuzení plodu z těla. Dvě ženy popsaly, že v nich tento prožitek vyvolal plné uvědomění situace. Participantka č. 6 popsala: *„V tu chvíli už jsem prostě věděla, že to nejde vrátit...byl to takový ten první impulz, když jsem to viděla.“*

Obě zmíněné metody zároveň provázela nutnost dodržení sexuální abstinence po dobu 6 týdnů, kterou ženy (n=4) přirovnávaly k šestinedělí po porodu. Žena v 5. rozhovoru dodala: *„já jsem to naprosto striktně dodržela, protože jsem měla o sebe strach a vůbec jsem nechtěla svoje tělo vystavovat nějakým ještě dalším rizikům.“*

### **8.2.4 Sociální vlivy**

Na emoční prožívání působil také přístup osob, s nimiž žena v této době přicházela do kontaktu. Kromě toho byl nalezen vztah kategorie s aspekty rozhodování a kvalitou života žen po interrupci. Tato kategorie zastupuje *intervenující podmínky*. Na základě kódování jsme vymezili 3 hlavní subkategorie, a sice: **Zkušenost se zdravotníky**, **Role blízkých** a **Role partnera**.

#### **Zkušenost se zdravotníky**

Analýza dat odhalila, že zkušenost s gynekology i nemocničním personálem byla pro ženy stěžejní. Téměř všechny ženy (n=7) popsaly vesměs pozitivní zkušenost s nemocničním personálem. V tomto kontextu byla vyzdvihována především profesionalita a respekt k rozhodnutí. Objevovaly se názory jako: *„překvapilo mě teda nebo byla jsem moc*



*ráda, jak byli všichni milí“ nebo také: „vůbec mi nedávali najevo, že by mnou nějak opovrhovali, jako perfektní profesionální přístup.“*

Míra spokojenosti s přístupem vyšetřujících gynekologů se však u jednotlivých žen výrazně odlišovala. Pozitivní zkušenost popsaly participantky (n=4), kterým se dostalo citlivého přístupu a dostatečného času na rozhodnutí. Participantky č. 1 a 3 zároveň uvedly, že je rozhovor s lékařem utvrdil v jejich rozhodnutí: *„on přesně říkal, to se prostě nemůžete mitit...a na to jsem se hrozně naladila, protože si myslím, že měl jako pravdu.“* Ve zbylých rozhovorech převažovaly nepříjemné zkušenosti, které ženy (n=5) jistým způsobem poznamenaly. Participantku č. 5 tato vzpomínka přivedla k slzám. Situaci popsala následovně: *„to teda bylo hodně nepříjemný...bylo to něco ve smyslu, že to jako nechápe, že tady má samý ženy, který k ní choděj a strašně touží po tom otěhotnět a že já jako to chci ukončit.“* Participantka č. 6 zase hovořila o jasném stanovisku gynekoložky, když řekla: *„ona byla hlavně taková, že jí nepřipadalo v úvahu, že bych si to jako nechala, že prostě pro ni jsem byla dítě.“* S necitlivým přístupem se setkala také žena v 8. rozhovoru, při jejímž vyšetření asistovali medicí. Zpětně hodnotila: *„bylo nepříjemný, že tady to moje osobní rozhodnutí tedka řeším s doktorem a okolo nás sedí spousta cizích lidí...nikdo nevzal v potaz moje pocity.“*

Společným tématem těchto žen (n=3) byla touha se ohradit, na kterou však v danou chvíli neměly sílu. Participantka č. 8 opět popsala: *„V ten moment jsem ale byla v takovém šoku, že jsem nedokázala říct, že mi to vadí.“* Jiná žena poznamenala: *„kdybych měla víc síly...bych jí nejradši něco řekla.“*

### **Role blízkých**

Jako významná se projevila také subkategorie zahrnující reakce blízkého okolí žen. Ženy (n=8) v této souvislosti nejčastěji hovořily o rodinných a důvěrných přátelských vztazích.

Osm žen vypovědělo, že se s těhotenstvím a rozhodnutím podstoupit interrupci svěřilo i někomu dalšímu kromě partnera. Ženy v rozhovorech 4, 5, 7 a 8 uvedly, že se celou situaci rozhodly před rodinou z různých důvodů zatajit. Participantka č. 4 se například zmínila: *„S rodinou jsem to neřešila, protože rodiče jsou věřící.“* Tyto ženy (n=4) se však otevřely alespoň přátelům. Možnost sdílení s blízkými se tak jevila jako významnější než konkrétní reakce okolí.

Nápomocným aspektem v případě sdílení s blízkými bylo nejen získání jejich názoru, ale také projevů pochopení a podpory. Důležitý bod dále představovalo sdílení podobné zkušenosti ženami v okolí. Jak uvedla například 3. participantka: „*Byla jsem vlastně překvapená tím, kolik žen v mém okolí s tím má zkušenosti, že se o tom vlastně běžně nemluví.*“

### **Role partnera**

Subkategorie obecně zahrnuje reakce partnera na těhotenství a jeho úlohu v celém interrupčním procesu. Jak se ukázalo, role partnera měla moc zásadním způsobem ovlivnit emoční prožívání žen, a také dopad této zkušenosti na partnerský vztah.

Postřeh objevující se v některých rozhovorech souvisel s partnerovou neochotou přijmout odpovědnost za rozhodnutí. Tato okolnost se podle žen (n=4) projevovala nevyjádřením vlastního názoru a plným přenecháním možnosti volby partnerce. Celá tíha rozhodnutí tak ležela pouze na ní, jak popsala například participantka č. 4, která řekla: „*ono to zní hrozně dobře, žejo, partner, který vás podpoří úplně ve všem, ale ten kluk vlastně nikdy vlastní názor nevyjádřil a slepě stál za tím, co jsem řekla.*“ Participantka č. 6 se vyjádřila: „*prostě to hodně nechával na mně...potřebovala jsem, abych věděla, že v tom nejsem sama.*“ Další výroky žen (n=2) ukazují na souvislost mezi tímto chováním partnera a jeho snahou zůstat pro ženu silným a příliš nevyjadřovat své emoce ohledně zákroku. Jak nastínila participantka č. 3: „*Ale nakonec se přiznal, že taky panikařil trošku, ale že nechtěl panikařit přede mnou, protože já nejsem úplně psychicky vyrovnaný člověk, já to o sobě vím.*“ Žena v 9. rozhovoru se naproti tomu svěčila, že v její situaci stálo celé rozhodnutí na partnerovi a ona se mu musela přizpůsobit, popsala: „*řekl, že teď rozhodně dítě ne, že možná za pár let...Vlastně psychickým nátlakem mě donutil jít na potrat.*“

Rozhodujícím aspektem bylo také partnerovo zapojení do interrupčního procesu. Zde jsme se setkali se dvěma odlišnými póly, od nezájmu, až po aktivní doprovázení. Participantka č. 1 řekla: „*jak mě pustili domů pár hodin po zákroku, tak se vlastně sbalil a dovezl mě na autobusák..., a to bylo celý.*“ Opačnou situaci nastínila žena v 5. rozhovoru, když řekla: „*Stál při mně, byl na všech vyšetřeních...všude mě doprovázel*“ nebo participantka č. 7: „*fakt jako se k tomu postavil čelem a byl tam pro mě, fakt jsme to tak nějak přežili společně.*“

V případě odlišeného názoru partnerů bylo stěžejní, jak muž reagoval. Ženy (n=3) se setkaly jak s respektem a nepřítomností výčitek od partnera, jako například participantka č.

2, která uvedla: „*On mě za to neodsuzoval nebo nebyl na mě naštvanej, prostě to přijal, jak jsem se rozhodla.*“, tak s nepochopením z jeho strany. S tímto postojem se setkala 3. participantka, která přiblížila: „*jsem se tady rozbrečela před manželem s tím, že prostě to dítě nechci. Na to on mi řekl, že to jsou hormony a že mě to přejde.*“ V souvislosti s nepochopením se objevoval také pocit křivdy, jemuž páry musely následně čelit.

### 8.2.5 Snaha o překonání události

V rámci této kategorie jsou uvedeny *strategie jednání*, jimiž se ženy pokoušely období po interrupci zvládnout a s událostí se vyrovnat.

Z rozhovorů č. 2 a 9 vyplynulo, že k psychickému vypořádání se s událostí pozitivně přispělo zaměstnání mysli prací. Jedna z žen uvedla: „*práce mi potom pomohla na to nemyslet, zapomenout.*“ V souvislosti s prací se u stejné participantky (č. 2), objevilo významné téma – péče. Žena zmínila: „*Já dělám pečovatelku v domově důchodců, takže tam mi to pomáhalo, tam jsem se starala o jiný.*“ Podobné téma bylo poté identifikováno také v rozhovoru č. 6, kde její žena popsala takto: „*moje sestra byla v té době už na konci těhotenství a mě to, jakože svým způsobem zraňovalo, ale furt mi to dávalo smysl, že se budu starat o to miminko.*“

Při procesu kódování jsme odhalili také téma údravy časem. Časové hledisko bylo přítomno prakticky v každém z rozhovorů. Množství času potřebné k úlevě však bylo značně individuální.

Jako další byla v rozhovorech č. 3, 5, 6 a 7 zaznamenána snaha ujistit se, že se již podobná situace nemůže opakovat. Jednalo se zejména o změnu dosud užívané metody antikoncepce. Jedna z participantek (n=4) uvedla: „*Teď už udělám všechno proto, aby se to nemuselo dít a pokud bude další těhotenství, tak aby bylo chtěný.*“ Participantka č. 5 zmínila: „*Já to teď trochu nadnesu, od té doby používám prezervativ, takže je to jedno velký poučení.*“

Vlivnou strategií představovala také komunikace o vlastních emocích s okolím, především pak s blízkými, jak uvedla například participantka č. 5, když řekla: „*jsem si o tom opravdu hodně povídala s těmi dvěma kamarádkami, kterým jako naprosto důvěřuju.*“ Jedna z žen, konkrétně participantka č. 6 naproti tomu uvedla potřebu promluvit si s někým nestranným. Z tohoto důvodu se rozhodla pro vyhledání psychologické pomoci. Určitý vztah

vnímáme mezi strategií sdílení a zároveň ženami (n=6) často zmiňovanou snahou se k události vrátet co nejméně, které mohou být v opozici.

## 8.2.6 Kvalita života po interrupci

Poslední zvolená kategorie zastupuje *následky* umělého přerušení těhotenství. Dělíme ji do dvou subkategorií, jimiž jsou: **Dopad na psychiku ženy a Dopad na partnerský vztah.**

### Dopad na psychiku ženy

Psychické prožívání žen po zákroku do značné míry souviselo s úspěšností snah se s touto událostí vyrovnat.

Řada žen (n=7) popsala změny, které se v nich po interrupci odehrávaly. K velmi zmiňovaným patřilo zamyšlení se nad vlastní budoucností. Ženy (n=5) v této souvislosti mnohdy zdůrazňovaly touhu po změně. Participantka č. 2 řekla: „*rozhodně to byl takový krok k tomu zamyslet se, co fakt bude.*“ V rámci rozhovorů č. 4, 6 a 8 jsme narazili na téma silnější touhy po dětech. To dokládá například názor 4. participantky, která uvedla: „*No z dlouhodobého hlediska jsem potom začala více chtít děti než před tím.*“

Jako další významné téma bylo identifikováno přemýšlení nad nenarozenými dětmi, které se vyskytovalo přibližně v polovině rozhovorů. Přemýšlení o dítěti bylo často zapříčiněno výročím přerušení těhotenství. V 9. rozhovoru žena popsala: „*Každý Vánoce pak byly nejhorší, každý Vánoce jsem si na to vzpomněla, že tady mohlo běhat malinký capartítko.*“ Zbylé ženy (n=4) naopak uváděly, že nad tímto vůbec neuvažují.

Jak bylo již dříve řečeno v subkategorii *Prožívání průběhu zákroku*, většina žen popsala, že je tato zkušenost zasáhla. Ačkoli ji ženy (N=9) zpětně hodnotily jako fyzicky i emocionálně náročnou, téměř všechny (n=8) se shodně domnívaly, že pro ně byla v danou dobu tím nejlepším řešením. Participantka č. 9 uvedla: „*tehdy to pro mě bylo obrovské trauma, ale zpětně jsem za to ráda, že jsem ten krok udělala, protože jinak bych nebyla tam, kde jsem teď.*“ Pouze jediná žena uvedla, že by si přála své rozhodnutí změnit: „*No, jakože teďka zpětně i v jaké situaci jsem byla, tak bych se rozhodla asi jinak i přes to všechno.*“

### Dopad na partnerský vztah

Dopad této zkušenosti na kvalitu partnerského vztahu významně ovlivnila subkategorie *Role partnera*.

Umělé přerušování těhotenství mělo dopad bez výjimky na všechny partnerské vztahy. Jak se ukázalo, tato náročná situace partnery prověřila a přispěla k tomu, aby se vzájemně lépe poznali. Tuto skutečnost zmínila i participantka č. 5, když řekla: „*bylo to takový poznání se zase z jiný strany, protože jsme asi nikdy neprošli nějakou takovouhle pro mě brutální situací úplně, takhle jako hodně intimní a závažnou.*“ Od zvládnutí této zkoušky se odvíjelo, zda u partnerů došlo k posílení, nebo naopak narušení jejich vztahu.

Negativní vliv interrupce na partnerský vztah popsaly ženy v rozhovorech č. 1, 3, 4 a 9. V několika případech následně došlo k rozpadu vztahu. Ženy (n=3) přitom rozchod alespoň částečně připisovaly této zkušenosti. Hlavním uváděným poznatkem těchto žen bylo zjištění, že se na partnera nemohou spolehnout. Participantka č. 1 řekla: „*Já jsem měla pocit, že za mnou nestojí nějakým způsobem, jo.*“ Interrupce s větší pravděpodobností negativně poznamenala ty vztahy, kde se partneři na rozhodnutí neshodli, nebylo to však podmínkou. Participantka č. 3 popsala ztrátu ideálů z partnerovy strany: „*je taková konzerva trošku, že jako potraty ne, že jsou špatný, ale že si vždycky myslel, že taková jako nejsem.*“

Další ženy (n=5) popsaly pouze krátkodobé snížení kvality vztahu, které ale ve výsledku ovlivnilo jeho fungování pozitivním směrem. Objevovala se témata, jako posílení vzájemné empatie, vzájemná ohleduplnost, posílení důvěry a zlepšení komunikace, minimalizace konfliktů a ujištění o pokračování vztahu. Participantka č. 5 zmínila: „*v některých věcech jsme víc empatický, že si člověk uvědomí, že se najednou nezlobí nebo nehádá kvůli maličkostem.*“ Dále například participantka č. 6 poznamenala: „*Já si myslím, že to ten náš vztah hodně utvrdilo, tak nějak nás to spojilo...najednou jsme věděli, že já mu můžu věřit a on mně může věřit.*“ Jedna z žen popsala také nalezení nové úrovně intimity ve vztahu, která souvisela se sexuální abstinencí po zákroku. Svěřila se: „*No my jsme předtím byli půl roku ve vztahu a ta intimita probíhala velmi takovou tou chemií, a to najednou muselo všechno stranou...a myslím si, že nás to sblížilo, protože jsme museli najít jiné cesty, jak k sobě mít blízko.*“

### **8.3 Doporučení do praxe vyplývající z výsledků analýzy**

Jak jsme již zmínili, všechny participantky našeho výzkumu se v době ukončení těhotenství nacházely v partnerském či manželském vztahu. Z rozhovorů vyplynulo, že právě partnerovo jednání během celého procesu představovalo zásadní aspekt, jenž ovlivňoval, jak se žena se situací vyrovnávala. Některé ženy (n=6) zároveň uvedly, že ačkoli jim partneři chtěli být oporou, mnohdy si sami nebyli jistí, jak partnerce pomoci. Ženám

(N=9) jsme se proto v průběhu rozhovorů rozhodli položit otázku, jak by měl dle jejich názoru partner ideálně reagovat a co od něj v dané chvíli nejvíce potřebovaly. V této podkapitole jsou shrnuty nejdůležitější poznatky, které by partnerům mohly sloužit jako obecná doporučení.

Ženy (N=9) popsaly, že **partner by se měl podílet na rozhodnutí**. Participantky se shodovaly, že je důležité, aby partner přijal část své odpovědnosti za těhotenství, postavil se situaci čelem a usiloval o její řešení. Neměl by se přitom bát, že ženu znejistí **vyjádřením svých vlastních emocí a názorů**. Právě naopak, ženy potřebovaly vědět, jak o situaci jejich partneri přemýšlí a být ujištěny o tom, že na rozhodování nejsou samy.

Dalším přáním bylo **vyjádření podpory v takovém rozhodnutí, které si žena sama zvolí**. Žena lépe situaci zvládala, pokud na ní partner při rozhodování nevyvíjel nátlak a dopřál jí možnost svobodné volby. Samozřejmě nastaly i situace, kdy se partneri ve svých názorech na podstoupení interrupce neshodovali. V takovém případě bylo vyzdvihováno, pokud partner **naslouchal důvodům tohoto rozhodnutí** a ženě je **nezazlíval**. Ženy (n=3) potřebovaly také **ujištění, že je má partner stále rád** a na jejich vztahu mu záleží i přes neshody nebo hádky, které nastaly. Kladně bylo hodnoceno také, pokud muž partnerku hájil například před okolím a **postavil se za ni** v případě, kdy na to sama neměla sílu.

Pomoci by mohla také **partnerova přítomnost**, tedy doprovázení ženy na lékařské vyšetření či do nemocnice na interrupční zákrok. Ženy (n=5) nechtěly prožívat pocit samoty a přály si mít partnera vedle sebe. Po zákroku bylo podstatné, aby se muž nebál **o události otevřeně komunikovat** a dále ženě **poskytnul prostor být občas o samotě**. Ženy uváděly (n=) přání cítit od partnera **více lásky**, například častějším objetím. Po intimní stránce bylo stěžejní **dopřát ženě dostatek času**, než se bude cítit na sexuální styk připravená, ale zároveň se jí, jak jedna z participantek uvedla, „nebát dotknout“.

## 8.4 Odpovědi na výzkumné otázky

V této části se pokusíme konkrétněji zodpovědět námi stanovené výzkumné otázky.

**VO1:** Čím bylo ovlivněno rozhodování o podstoupení umělého přerušování těhotenství?

Rozhodování o přerušování těhotenství bylo typicky ovlivněno kombinací více různých důvodů. Nejčastější osobní důvody bychom mohli obecně shrnout jako nenaplnění životních cílů a nepřipravenost na mateřství, ať už po psychické či finanční stránce. Tyto důvody navíc mnohdy zesilovala nejistota v partnerském vztahu. Objevovalo se téma strachu, že by

partner mohl ženu i s dítětem opustit a ona by na vše zůstala sama. V rozhodování se projeví i další faktory, které měly dopad na míru jistoty, s níž žena interrupci podstoupila. Jako významné se projevilo trvání těhotenství do jeho pozdějších fází i nutnost rychlého podstoupení zákroku, které si nebylo možné předem dobře promyslet. Ženy v rozhodnutí znejistovala či naopak podporovala také reakce jejich partnera a blízkého okolí.

**VO2:** Jak žena prožívala podstoupení zákroku?

S psychickým prožíváním zákroku byla spojena řada emocí. Na počátku to byla často úleva a radost z vyřešené situace, které postupně na kratší či delší dobu přecházely k pocitům prázdnoty a prožívání některých negativních emocí, například smutku, lítosti, viny a studu. Méně typickým bylo neměnné prožívání negativních či pozitivních emocí po celou dobu. Podstoupení zákroku bylo spjato také s některými obavami žen. Ty se nejčastěji vztahovaly ke zdravotním komplikacím, které by znemožňovaly další početí. Více obav jednoznačně souviselo s chirurgickou interrupční metodou. Prožívání ovlivňovalo také očekávání žen, jež bylo mnohdy formováno na základě informací z médií. Zákrok byl spojen také s tělesným prožíváním, k němuž patřily především bolesti, únava a potřeba odpočinku. Farmakologická metoda byla popisována jako bezpečnější, avšak méně příjemná vzhledem k plnému uvědomění potratu embrya/plodu. Podstoupení zákroku provázela také nutná sexuální abstinence po dobu 6 týdnů.

**VO3:** Jaký mělo umělé přerušování těhotenství dopad na psychiku ženy?

Ženy uváděly, že je přerušování těhotenství zasáhlo a litovaly, že vůbec nastala taková situace, kdy si jí musely projít. V důsledku interrupce se typicky objevovalo hlubší zamyšlení nad vlastní budoucností a touha ve svém dosavadním životě něco změnit. Bylo zjištěno, že některé ženy i po zákroku nad nenarozenými dětmi přemýšlejí. U části žen se v důsledku výročí předpokládaného narození dítěte či interrupčního zákroku opět navracely negativní emoce z období krátce po přerušování. Téměř všechny participantky se však zároveň domnívaly, že pro ně bylo rozhodnutí v danou chvíli správné a pokud by se opět ocitly v tehdejší situaci, pravděpodobně by se rozhodly stejně.

**VO4:** Jakým způsobem se žena pokoušela se situací vyrovnat?

V rozhovorech jsme zaznamenali několik strategií, jimiž se ženy snažily událost překonat. Jednalo se především o ujištění se, že k podobné situaci již nedojde. V tomto zájmu tak ženy mnohdy změnilu užívanou antikoncepční metodu a uváděly, že se staly opatrnějšími. Dále se objevovalo také zaměstnání myslí prací, které ženám umožňovalo na

zkušenost nemyslet. Identifikováno bylo také téma péče, jelikož pečování o druhé ženám přinášelo alespoň částečnou kompenzaci jejich ztráty. Ženám pomáhalo, pokud mohly o události otevřeně hovořit, ať už s blízkými, partnerem či psychologem. Častá však byla také snaha se k události vracet co možná nejméně. Nejvíce úlevy pak bylo typicky uváděno až po uplynutí určitého času od zákroku, který ženám pomohl intenzivní pocity zmírnit.

**VO5:** Jaký dopad mělo umělé přerušování těhotenství na kvalitu partnerského vztahu?

Pro všechny participantky znamenalo přerušování těhotenství určitou změnu v jejich partnerském vztahu. Konkrétní dopady se však poměrně výrazně odlišovaly podle toho, jak se danému páru podařilo tuto zkušenost zvládnout. Na straně jedné byly zjištěny pozitivní důsledky, které přispěly k celkovému posílení vztahu a ujištění o jeho pokračování v budoucnosti. Prověření vztahu touto náročnou zkušeností typicky podnítilo hlubší poznání partnerů, vzájemnou empatii, ohleduplnost, důvěru i posílení v oblasti komunikace a intimity. Na opačném pólu docházelo k narušení vztahu konflikty a ztrátou ideálů. V některých případech tato zkušenost vedla až k ukončení vztahu mezi partnery.



## 9 DISKUZE

V této kapitole se budeme věnovat interpretaci získaných výsledků, které budou zároveň porovnány s poznatky dříve realizovaných studií představenými v teoretické části práce. Zmíněny budou i možné limity výzkumu. Na závěr pak uvedeme doporučení pro další bádání v oblasti prožívání umělého přerušeni těhotenství.

### 9.1 Diskuze výsledků

V průběhu analýzy bylo vymezeno celkem 6 kategorií, na jejichž výsledky se nyní postupně zaměříme. První významnou kategorií představovaly **aspekty rozhodování**. U všech participantek byla nalezena spojitost mezi tím, co se ve fázi rozhodování odehrávalo a následným prožíváním události. To koresponduje se zjištěními studie Rocca et al. (2013). Autoři shodně zjistili, že rozhodování a jeho okolnosti se zásadním způsobem podílí na utváření postabortivních emocí. O jistotě rozhodnutí u žen našeho výzkumného souboru rozhodovaly zejména důvody k podstoupení zákroku, ale také další aspekty, jako délka těhotenství, dostatek času na rozhodnutí nebo možnost svobodné volby bez nátlaku okolí. Naše výsledky podporují tvrzení Van Ditzhuijzen et al. (2015), kteří odhalili, že jistá ambivalence je v procesu rozhodování častá, ale většina žen bývá nakonec přesvědčena o jeho správnosti. Na straně druhé se však dostáváme do rozporu s názorem autorů, že i ženy váhající do poslední chvíle, posléze nad rozhodnutím nepochybují. V tomto ohledu se naše zjištění přiklání spíše k výsledkům Kjelsvik et al. (2019), kteří v tomto kontextu zmiňují, že ženy nejisté svým rozhodnutím jsou významněji ohroženy rozvojem duševních obtíží. Ženy, pro něž je rozhodnutí obtížné, potřebují adekvátní oporu. Dle výpovědí participantek jim potřebnou podporu mohl poskytnout především partner, pokud se do rozhodování zapojil a dal najevo své emoce a přání. Také zapojení blízkých ženám zajišťovalo oporu. Proces však mohl být, podobně jako ve studii Kjelsvik et al. (2019), tímto krokem komplikován. Pro ženy mohlo být pod vlivem různých názorů obtížnější odlišit, co samy skutečně chtějí.

Jak bylo zmíněno, pro ženy byla stěžejní také významnost důvodů k ukončení těhotenství. Na základě námi získaných výsledků se nedá říci, že by některé důvody byly silnější než jiné. Výsledné rozhodnutí bylo dáno spíše jejich kombinací, což zmiňuje také Hřivnová (2020). Analýzou rozhovorů bylo odhaleno, že mezi nejčastější důvody můžeme

zařadit nepříznivou finanční situaci, nepřípravenost žen na mateřství, nedokončení životních plánů, ale také nejistotu v partnerském vztahu, což plně odpovídá předchozím studiím (Biggs et al., 2013; Chae et al., 2017; Kirkman et al., 2009).

Další identifikovanou kategorií se staly **emoce**. Prožívání žen po zjištění těhotenství bylo značně ambivalentní. Mnohdy se jednalo o směs šoku, strachu, hněvu i radosti. Z výsledků navíc vyplynulo, že některým ženám dělalo potíže tuto skutečnost přijmout, jelikož měly neplánované početí v mysli spojené spíše s lidmi, kteří toho o reprodukci vědí málo a nepoužívají žádnou ochranu. Také se zákrokem a obdobím krátce po něm souviselo značné množství emocí. Řada žen v našem výzkumu na počátku prožívala úlevu a radost z vyřešené situace. Přítomnost pozitivních emocí po interrupci ve svých studiích zdůrazňují také Steinberg (2020) či Rocca et al. (2013). Tyto pocity mohou souviset s chápáním nechtěného těhotenství jako zátěžové životní situace, kterou se ženě podaří zvládnout (APA, 2008). V rámci rozhovorů s participantkami jsme dále dospěli k poznatku, že se u nich tyto emoce postupně proměňovaly, čímž na nějakou dobu docházelo k vychýlení z psychické rovnováhy. Naše výsledky se odlišují od názoru autorů Rocca et al. (2020), kteří nenalezli souvislost mezi interrupcí a prožíváním negativních emocí. Ačkoli ženy v našem souboru tato událost zasáhla a nebraly ji na lehkou váhu. Téměř všechny popsaly, že se jejich prožívání smutku, prázdnoty, studu, viny či vlastního selhání postupem času zmírnilo. Některé z těchto pocitů se mohly částečně znovu projevit v souvislosti s výročním symptomem, který zmiňují Freedová a Salazarová (2008). Dvě participantky interrupci pokládaly za traumatický zážitek, který měl negativní dopad na jejich duševní zdraví. U těchto žen byly odhaleny některé z příznaků postabortivního syndromu, jež uvádí Coleman et al. (2017), Katz (2019) nebo Ucháčová (2007). Příčinou takto intenzivního prožívání může být působení souběžných faktorů, neboť tyto ženy zákrok podstoupily pod vnímaným tlakem (ze strany partnera nebo kvůli nedostatku času), což vedlo k významné ambivalenci při rozhodování.

V rámci třetí kategorie jsme se zabývali **průběhem zákroku** a souvisejícími obavami, očekáváním a fyzickým prožíváním. Bylo zjištěno, že ženy se znatelně více obávaly chirurgické interrupční metody, kterou spojovaly s vyšším výskytem zdravotních rizik. Přáním některých žen tak bylo farmakologické ukončení, které považovaly za bezpečnější variantu. Tyto výsledky se shodují s výzkumem Latifi et al. (2021). Jejich zjištění rovněž odhalila vyšší míru úzkosti v případě chirurgického zákroku. Dále jsme zjistili, že očekávání řady žen souviselo s vlivem médií, především pak s informacemi

dostupnými na internetu. Některé participantky předpokládaly, že kvůli tomuto rozhodnutí budou odsuzovány, což v nich vzbuzovalo více obav a negativních emocí. Část dokonce přiznala, že podstoupení zákroku dodnes před nejbližšími tají. Také Brauer et al. (2019) hovoří o tom, že vnímaná stigmatizace významně ovlivňuje, jak ženy interrupci prožívají a jak se s ní dokáží vyrovnat. Frohwirth et al. (2018) dále poukazují na časté obavy z odsouzení a snahu udržet událost v tajnosti u věřících žen. Naše poznatky odhalují, že velmi podobné myšlenkové vzorce se objevují také u žen bez vyznání. Fyzické prožívání zákroku bylo spojeno s bolestí, zvýšenou potřebou odpočinku a následnou sexuální abstinencí. V rámci farmakologického postupu ženy prožily odchod plodu z těla, což hodnotily jako nepříjemnou zkušenost, jež vedla k plnému uvědomění situace.

K významným kategoriím jsme zařadili také **sociální vlivy**. Lidé, se kterými žena přicházela do kontaktu, její prožívání ovlivňovali. Rozdělili jsme je na zdravotníky, blízké osoby a partnery. Zkušenost se zdravotníky byla poměrně rozmanitá. Ženy nejvíce oceňovaly, pokud se jim dostalo profesionálního a citlivého přístupu, dostatku času a respektu k finálnímu rozhodnutí bez záměru jej rozporovat a měnit. Jako významná se projevila možnost sdílení s blízkými (přáteli, rodinou). Bylo zjištěno, že téměř všechny ženy se rozhodly alespoň někomu svěřit. Reakce partnera během celého období také zásadním způsobem ovlivnila nejen prožívání přerušování těhotenství, ale také jeho dopad na pozdější fungování vztahu. Podpora od partnera se jevila jako stěžejní, což potvrzují i názory dalších autorů (Harris et al., 2014; Jones et al., 2011; Kimport et al., 2011). Ženy popsaly, že v ideálním případě by se měl partner do celého procesu aktivně zapojit a přijmout svou část odpovědnosti, ale zároveň na ně netlačit s konkrétním řešením. Tyto výsledky jsou v souladu s výzkumem autorů Hans a Kimberly (2014), kteří uvádí, že pokud žena jedná pod nátlakem partnera, zvyšuje se riziko negativního postinterrupčního prožívání. Ženy pozitivně hodnotily také partnerův zájem a doprovázení jak na lékařské prohlídce, tak na samotný zákrok. Tuto skutečnost podporuje také výzkum Altshuler et al. (2016), v němž se přítomnost partnerů ukázala jako vhodná z hlediska emocionální i praktické podpory.

Dále jsme se zabývali **způsoby, jimiž se ženy snažily událost překonat**. Shodně s výzkumy Harris (2004) a Stålhandske et al. (2011) jsme se setkali se strategií komunikace o vlastních emocích s blízkými. Toto sdílení podle autorů ženám pomáhá zmírnit pocit osamělosti, získat pochopení a přijetí. Stålhandske et al. (2011) dále popisují strategii odpojení, která umožňuje vytvořit si od těhotenství odstup. Podobně Lyon a Botha (2021) uvádí snahu vyhýbání se, spojenou s touhou na událost zapomenout. V našem výzkumu

nalézáme jejich ekvivalent – snahu se k události vracet co nejméně. Kromě zmíněného ženy hovořily o úzdravě časem, snaze zaměstnat mysl prací, nalézání smyslu v péči o druhé i usílí zamezit opakování zkušenosti v budoucnu.

Poslední z kategorií byla věnována **kvalitě života po interrupci**. Soustředili jsme se na dopad této zkušenosti na psychiku ženy i na její partnerský vztah. V souladu s výsledky Huss a Kaiser (2022) jsme u žen odhalili alespoň dočasné snížení životní spokojenosti po zákroku. Ukázalo se, že interrupce byla spouštěčem zamyšlení se nad vlastním životem i tím, co by si ženy přály změnit. U části žen došlo k posílení touhy po dětech. Ačkoli ženy i s odstupem času vnímaly událost jako náročnou, většina z nich byla přesvědčena o správnosti tohoto rozhodnutí. Důsledky interrupce se projeví také v kvalitě partnerského vztahu. Naše výsledky poukázaly na skutečnost, že ve všech vztazích došlo k určité změně. Pokud byl partner ženě oporou, stál při ní, doprovázel ji a nic jí nevyčítal, došlo k posílení vztahu. Participanty v této souvislosti zmiňovaly zlepšení komunikace, empatie, důvěry, vzájemné ohleduplnosti i nižší výskyt konfliktů. Mnohým ženám tato zkušenost přinesla ujištění o společné budoucnosti s partnerem. O posílení závazku ve vztahu hovoří v tomto kontextu také Altshuler et al. (2016) nebo Kimport et al. (2011). K pozitivnímu ovlivnění docházelo většinou v těch případech, kdy se partneři na rozhodnutí shodli. Zaznamenali jsme však i situace, kdy partner s rozhodnutím ženy nesouhlasil, a přesto se jim situaci podařilo bez narušení vztahu zvládnout. Z výsledků na druhou stranu vyplynulo, že interrupce může vést také k negativním změnám i úplnému rozpadu vztahu. Domníváme se však, že rozchod mohl být zapříčiněn spíše kvalitou vztahu v době početí a následná interrupce se tak stala pouze bodem, kdy si partneři uvědomili, že takto dále pokračovat nechtějí. Tento názor ve své studii uvádějí také Mauldon et al. (2014).

## 9.2 Diskuze přínosů a limitů výzkumu

Teoretická část práce se v rámci některých kapitol detailněji zaměřuje na znalosti medicíny či porodní asistence. Jelikož je autorka studentkou psychologie, jsou tyto termíny vysvětleny pouze v nezbytném rozsahu pro pochopení stanovené problematiky. I přesto však mohlo dojít k subjektivnímu zkreslení uváděných informací.

Limitem této práce by mohl být také zvolený výzkumný soubor. Participantky byly do výzkumu zařazeny s ohledem na předem stanovené podmínky, jejichž cílem bylo zkoumanou populaci zúžit. Tímto postupem však mohlo dojít ke zkreslení reprezentativnosti. Výsledky výzkumu se zakládaly na zkušenosti celkem 9 žen. Vzhledem

ke komplexnosti tématu a individuálnímu prožívání každé ženy se však jako výhodnější jeví tento soubor rozšířit. K možnému zkrácení mohlo dojít i na základě volby nepravděpodobnostní metody samovýběru. Větší motivaci pro zapojení se do výzkumu mohly mít ženy, kterým se alespoň částečně podařilo s interrupcí vyrovnat, ale zároveň tuto zkušenost v životě považovaly za významnou a nebraly ji na lehkou váhu. V souboru se navíc objevovaly jak ženy bezdětné, tak s dětmi nebo také participantky, které již měly zkušenost s vícero interrupcemi. I tyto skutečnosti představují jisté úskalí našeho výzkumu. Dále uvažujeme také nad možným ovlivněním dat vzhledem k jejich získávání v online prostředí nebo na osobních schůzkách. Tuto možnost však zpětně vnímáme jako vhodnou, jelikož si díky ní mohly participantky zvolit takovou formu setkání, která jim byla příjemnější.

Hlavní přínos výzkumu vidíme zejména v jeho komplexnosti. Kromě celkového prožívání interrupce, jsme se snažili postihnout také zkušenost žen se zdravotníky, blízkými i partnerem. Právě způsoby partnerova jednání a dopady této události na partnerský vztah, představují oblasti, kterým se v našem prostředí výzkumy věnují pouze okrajově. Na základě výsledků analýzy jsme proto vypracovali doporučení do praxe, shrnující nejdůležitější poznatky o tom, co ženy od svých partnerů v dané chvíli potřebují.

### **9.3 Diskuze budoucího směřování výzkumu**

Další bádání v této oblasti hodnotíme jako velmi podstatné. Domníváme se, že budoucí studie by se mohly podrobněji zaměřit na zkušenost žen s lékaři a zdravotníky, aby bylo možné přispět ke zkvalitnění interrupční péče. Dále by bylo zajímavé zmapovat oblast plánování dalšího těhotenství po předchozím přerušení. Výzkumníci by se mohli zaměřit také na prozkoumání změn v partnerském vztahu skrze pohled obou partnerů. Pro výzkum by mohlo být přínosné i zařazení kontrolní skupiny a obohacení poznatků o porovnání. Například odpovědí na otázku, zda se u žen, které se rozhodly pro interrupci, objevovala nižší životní spokojenost již před zjištěním těhotenství.

Poznatky naší práce i výzkumů dalších by mohly přispět k lepší informovanosti o této problematice. Zkušenosti žen mohou být návodem pro blízké, partnery i zdravotníky. Je důležité, aby věděli, čím žena může procházet a jak reagovat. V neposlední řadě mohou sloužit i ženám, které se v životě s interrupcí setkají.

# 10 ZÁVĚR

V této magisterské diplomové práci jsme se snažili prozkoumat, jak ženy zvládají umělé přerušování těhotenství na vlastní žádost a jaký má zkušenost dopad na jejich partnerský vztah. K získání těchto poznatků bylo analyzováno 9 polostrukturovaných rozhovorů.

První výzkumný cíl se týkal zmapování okolností umělého přerušování těhotenství. Na počátku interrupčního procesu stálo rozhodování, jež bylo ovlivněno hlavními důvody – argumentací žen pro a proti. Na jistotu rozhodnutí působily také další okolnosti, jako délka těhotenství, dostatek času či pocíťovaná svoboda volby. Tuto fázi ženy prožívaly poměrně ambivalentně. Často se objevovaly obavy z dalšího průběhu, například strach z nutnosti podstoupit chirurgický zákrok a z nemožnosti dalšího početí. Tyto obavy mohly být spojeny také s vlivem médií, na jejichž základě část participantek očekávala negativní pocity po ukončení nebo odsuzování druhými. Ženy zákrok prožívaly jak po fyzické, tak po psychické stránce. Emoce mohly být do jisté míry ovlivněny profesionalitou a přístupem zdravotníků i reakcemi blízkých a partnera. Typicky se po zákroku nejprve objevovala úleva a pocit radosti, které pozvolna přecházely k pocitům negativním.

Dále jsme se pokoušeli prozkoumat aspekty zvládnutí. Ukázalo se, že u žen po zákroku docházelo k dočasnému snížení životní spokojenosti. Ženy se více zamýšlely nad tím, co by ve svém životě rády změnilly a mnohdy přemýšlely i o nenarozených dětech. Ve snaze událost překonat se objevovalo zaměstnávání se činnostmi, jež napomohly odvést pozornost a nalézt smysl. Událost se dařilo lépe zvládnout, pokud bylo možné o emocích otevřeně komunikovat s partnerem či blízkými. Ženy někdy naopak potřebovaly nechat vzpomínky v minulosti a nevracet se k nim. Objevila se také praktická snaha změnit metodu antikoncepce. Postupem času se prožívané emoce staly méně intenzivní, až na výjimku tvořenou výročními reakcemi.

Pro partnerský vztah představovalo přerušování těhotenství významný milník. Jednání partnera v průběhu celého procesu vedlo ke změnám, které vzájemný vztah posílily, nebo naopak narušily. Vlivem vyvíjení nátlaku na partnerku, nerespektováním jejího názoru či nezájmem došlo v některých případech k odcizení partnerů a rozpadu vztahu. Jiné páry tato zkušenost naopak posílila a utvrdila je o společné budoucnosti.

# SOUHRN

Práce pojednává o psychologických aspektech umělého přerušení těhotenství a jeho dopadech na partnerský vztah. Je rozdělena na teoretickou část, v níž shrnujeme poznatky k tématu dostupné v české i zahraniční literatuře. V části empirické pak podrobně představujeme výsledky vlastního výzkumného zkoumání.

První kapitola teoretické části je věnována tématu těhotenství. Hovoříme zde o období prvního trimestru, v němž dochází k řadě změn fyziologických funkcí ženského organismu (Binder, 2015; Slezáková, 2017). Čtenáři se pokoušíme přiblížit také průběh prenatalního vývoje v daném období. Definujeme pojmy jako embryo, plod či gestační týden. V závěru kapitoly se zmiňujeme o možnostech diagnostiky. Znamky těhotenství dělíme na nejisté, pravděpodobné a jisté (Čepický, 2021).

V další kapitole se již konkrétněji zabýváme způsoby, jakými může být těhotenství ukončeno. Nejprve vymezujeme rozdíl mezi umělým přerušением těhotenství a spontánními potraty. Dále se zaměřujeme pouze na umělá přerušení bez zdravotní indikace, které Čepický (2021) vnímá jako možné řešení tíživé psychosociální situace. V souvislosti s tímto tématem shrnujeme aktuálně platné legislativní podmínky ČR (Zákon č. 66/1986 Sb.). V navazujících podkapitolách uvádíme specifika interrupčních metod i jejich zdravotní rizika. Závěrem hovoříme o nejčastějších důvodech, které k ukončení těhotenství vedou.

V pořadí třetí kapitola je shrnutím poznatků o dopadech interrupce na psychiku žen. Čtenář je seznámen s pojmem postabortivní syndrom a spekulacemi okolo jeho výskytu. Dostupné poznatky podle APA (2008) rozdělujeme do 4 základních kategorií. Setkáváme se s popisem interrupce jako traumatického zážitku (Readon, 2008) nebo jako zátěžové situace (Huss & Kaiser, 2022; Rocca et al., 2020; Steinberg, 2020). Další perspektivy zdůrazňují dopad širšího sociálního kontextu (Brauer et al., 2019, Steinberg et al., 2016) a souběžných rizikových faktorů (Paul et al., 2009; Steinberg & Rubin, 2014). Narážíme také na problematiku rozhodování. Rocca et al. (2020) se kupříkladu domnívají, že obtížnost rozhodování je nejdůležitější okolností pro formování postabortivních emocí. Pozornost je věnována také způsobům zvládnání interrupce. Na podkladě dřívějších výzkumů představujeme čtenáři možné strategie, jimiž se ženy s událostí vyrovnávají (Harris, 2004; Lyon & Botha, 2021; Stålhandske et al., 2011).

Poslední kapitola pojednává o interrupci v kontextu partnerského vztahu. Coleman (2007) se domnívá, že jakmile je těhotenství ukončeno, stává se společnou historií páru, jež má potenciál ovlivnit jeho budoucnost. V této kapitole proto uvádíme dostupné poznatky o způsobech, kterými se partner v těhotenství i případném ukončení může angažovat (Hans & Kimberly, 2014; Jones et al., 2011; Kero et al., 2010; Kimport et al., 2011). Dále se zaměřujeme na možné dopady této zkušenosti na fungování partnerského vztahu (Mauldon et al., 2014; Naziri, 2007).

Hlavním cílem výzkumné části práce bylo zmapovat, jak ženy interrupci prožívají v rámci našeho sociokulturního prostředí. Za tímto účelem byly stanoveny 3 hlavní výzkumné cíle a 5 výzkumných otázek, týkajících se prožívání zákroku, aspektů zvládnutí i dopadů na partnerský vztah. Výzkumný soubor byl tvořen 9 ženami ve věku od 19-37 let. Ženy byly vybrány pomocí nepravděpodobnostních metod samovýběru a sněhové koule. Participantky splňovaly podmínku trvání partnerského vztahu v době přerušování těhotenství, minimální dobu 3 měsíců a horní hranici 8 let od zákroku. Pro výzkum byl zvolen kvalitativní design, data byla získávána formou polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky byly následně analyzovány a interpretovány prostřednictvím metody Zakotvené teorie.

Analýzou bylo identifikováno 6 kategorií – *Aspekty rozhodování, Emoce, Průběh zákroku, Sociální vlivy, Snaha o překonání události a Kvalita života po interrupci*. Výsledky naznačují, že ukončení těhotenství bylo pro ženy náročnou zkušeností, jež vedla alespoň k dočasnému snížení vnímané spokojenosti a ke změnám v osobním i partnerském životě. Navzdory tomu se u žen objevovala vděčnost za možnost vlastního rozhodnutí a většina si byla jistá jeho správností. Podrobněji se výsledky zabýváme v kapitole Diskuze.



# LITERATURA

- Altshuler, A. L., Nguyen, B. T., Riley, H. E., Tinsley, M. L., & Tuncalp, Ö. (2016). Male partners' involvement in abortion care: a mixed-methods systematic review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(4), 209-219. <https://doi.org/10.1363/psrh.12000>
- American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC women's health*, 13(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-29>
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA psychiatry*, 74(2), 169-178. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>
- Binder, T. (2015). *Porodnictví*. Charles University in Prague, Karolinum Press.
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy—A psychological view. *Ginekologia polska*, 89(2), 102-106. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0017>
- Blažková, Š. (2005). *Vliv interrupce na vztah* [Nepublikovaná magisterská diplomová práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Brauer, M., van Ditzhuijzen, J., Boeije, H., & van Nijnatten, C. (2019). Understanding decision-making and decision difficulty in women with an unintended pregnancy in the Netherlands. *Qualitative health research*, 29(8), 1084-1095. <https://doi.org/10.1177/1049732318810435>
- Coleman, P. K. (2007). The decline of partner relationships in the aftermath of abortion. *Research Bulletin*, 20(1). <https://rupetacerea.ro/wp-content/uploads/2012/05/The-Divorce-of-Partner-Relationships-in-the-Aftermath-of-Abortion.pdf>

- Coleman, P. K., Boswell, K., Etzkorn, K., & Turnwald, R. (2017). Women who suffered emotionally from abortion: a qualitative synthesis of their experiences. *Journal of American Physicians and Surgeons*, 22(4), 113-118. [https://pregnancy.ca/pdfs/Women%20Who%20Suffered%20Emotionally%20from%20Abortion%20-%20JAPS%20\(Winter%202017\).pdf](https://pregnancy.ca/pdfs/Women%20Who%20Suffered%20Emotionally%20from%20Abortion%20-%20JAPS%20(Winter%202017).pdf)
- Coyle, C. T., & Rue, V. M. (2015). A thematic analysis of men's experience with a partner's elective abortion. *Counseling and Values*, 60(2), 138-150. <https://doi.org/10.1002/cvj.12010>
- Čepický, P. (2021). *Gynekologické minimum pro praxi*. Grada Publishing.
- Čermáková, A. (2018). *Interrupce a role mužů* [Bakalářská diplomová práce, Univerzita Karlova]. Informační systém Karlovy univerzity. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/99164>
- Český statistický úřad. (2021). *Demografická ročenka České republiky*. <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2021>
- Dvořák V jr, Ľubušký, M. (2019) Využití misoprostolu (prostaglandinu E1) při chirurgickém ukončení těhotenství v I. trimestru a v gynekologii. *Gynekologie a porodnictví*, 3(5):300–302. <https://www.lubusky.com/clanky/128.pdf>
- Eshre C., Cameron, S., Glasier, A., Lohr, P. A., Moreau, C., Munk-Olsen, T., ... & Volpe, A. (2017). Induced abortion. *Human Reproduction*, 32(6), 1160-1169. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex071>
- Farmakologické ukončení těhotenství do 49. dne amenorey (gestačního stáří). (2018). Doporučený postup ČGPS ČLS JEP. *Gynekologie a porodnictví*, 2: 314–315. <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/94/doc/j-2018-01-farmakologicke-ukonceni-tehotenstvi-do-49-dne-amenorey.pdf>
- Freedová, L., & Salazarová, P. (2008). *Čas k uzdravení*. Paulínky.
- Friedlová, M., & Lečbych, M. (2015). Sympozium rodinné resilience: Sborník příspěvků z konference.
- Frohworth, L., Coleman, M., & Moore, A. M. (2018). Managing religion and morality within the abortion experience: Qualitative interviews with women obtaining abortions in the US. *World Medical & Health Policy*, 10(4), 381-400. <https://doi.org/10.1002/wmh3.289>

- Gregora, M., & Velemínský, M. (2020). *Čekáme děťátko*. Grada.
- Gynprenatal. (n.d.). *Interrupce*. <https://www.gynprenatal.cz/interrupce>.
- Hájek, Z., Čech, E. & Maršál K. (2014). *Porodnictví: (3., zcela přepracované a doplněné vydání)*. Grada Publishing as.
- Hanáková, T. (2017). *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Cpress.
- Hans, J. D., & Kimberly, C. (2014). Abortion attitudes in context: A multidimensional vignette approach. *Social Science Research*, 48, 145-156. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.06.001>
- Harris, A. A. (2004). Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *Journal of midwifery & women's health*, 49(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2003.11.008>
- Harris, L. F., Roberts, S., Biggs, M. A., Rocca, C. H., & Foster, D. G. (2014). Perceived stress and emotional social support among women who are denied or receive abortions in the United States: a prospective cohort study. *BMC women's health*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-76>
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (4. vyd.). Portál.
- Hnutí pro život. (n.d.). <https://hnutiprozivot.cz/>
- Hřivnová, M., et al. (2020). *IN TIME--Kognitivní a afektivní dimenze mladých dospělých ve vztahu k těhotenství a rodičovství*. Univerzita Palackého.
- Huss, B., & Kaiser, F. (2022). Induced Abortion and Life Satisfaction in Germany: The Role of Selection Processes and Short-Term Effects. *Zeitschrift für Soziologie*, 51(4), 404-419. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2022-0022>
- Chae, S., Desai, S., Crowell, M., & Sedgh, G. (2017). Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *Contraception*, 96(4), 233-241. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.014>
- Jones, R. K., Moore, A. M., & Frohwirth, L. F. (2011). Perceptions of male knowledge and support among US women obtaining abortions. *Women's Health Issues*, 21(2), 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.10.007>
- Katz, J. (2019). Supporting Women Coping with Emotional Distress after Abortion. *Professional Counselor*, 9(2), 100-108. <https://doi.org/10.15241/jk.9.2.100>

- Kelly, K. (2014). The spread of 'Post Abortion Syndrome' as social diagnosis. *Social Science & Medicine*, 102, 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.030>
- Kero, A., Lalos, A., & Wulff, M. (2010). Home abortion—experiences of male involvement. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(4), 264-270. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.485257>
- Kimport, K., Foster, K., & Weitz, T. A. (2011). Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 43(2), 103-109. <https://doi.org/10.1363/4310311>
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S., & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Archives of women's mental health*, 12(6), 365-378 <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0084-3>
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P., & Gjengedal, E. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing ethics*, 26(7-8), 2135-2146. <https://doi.org/10.1177/0969733018819128>
- Koliba, P., Weiss, P., Němec, M. & Dibonová, M. (2019). *Sexuální výchova: pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Grada Publishing, as.
- Kopecký, M., J. Tomanová & Kikalová, K. (2014). *Základní charakteristiky ontogenetického vývoje*. Univerzita Palackého.
- Kulhánková, V. (2016). *Interrupce a její dopad na psychiku muže* [Magisterská diplomová práce, Univerzita Palackého]. Informační systém Palackého univerzity. <https://theses.cz/id/n1svng/19375503>
- Latifi, H., Gashi, A. M., & Latifi, D. (2021). Anxiety scale in surgical abortions and drug-induced abortions: A comparative study. *Romanian Journal of neurology*, 20(4), 467. <https://doi.org/10.37897/RJN.2021.4.10>
- Ľubušký, M. (2016). Umělé přerušení těhotenství: hledisko medicínské, organizační, legislativní a ekonomické. *Gynekologie a porodnictví*, 1(1), 12-29. <http://www.lubusky.com/clanky/109.pdf>
- Lui, M. W., & Ho, P. C. (2020). First trimester termination of pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, 13-23. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.06.004>

- Lyon, R., & Botha, K. (2021). The experience of and coping with an induced abortion: A rapid review. *Health SA Gesondheid (Online)*, 26, 1-10. <https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1543>
- Marešová, K. (2018). *Postabortivní syndrom jako možný následek potratu* [Magisterská diplomová práce, Univerzita Karlova]. Informační systém Karlovy univerzity. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/102733>
- Mauldon, J., Foster, D. G., & Roberts, S. C. (2014). Effect of abortion vs. carrying to term on a woman's relationship with the man involved in the pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 47(1), 11-18. <https://doi.org/10.1363/47e2315>
- Miller, W. B., Pasta, D. J., & Dean, C. L. (1998). Testing a model of the psychological consequences of abortion. <https://doi.org/10.1037/10302-010>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.
- Naziri, D. (2007). Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: a clinical study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 12(2), 168-174. <https://doi.org/10.1080/13625180701201178>
- Pařízek, A. (2015). *Knih o těhotenství, porodu a dítěti: Těhotenství*. Galén.
- Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A., Stubblefield, P. G., & Creinin, M. D. (2009). Management of unintended and abnormal pregnancy. *Comprehensive abortion care*. ISBN: 978-1-405-17696-5
- Pilka, R. (2017). *Gynekologie – učebnice pro lékařské fakulty a specializační přípravu*. Maxdorf, Jessenius.
- Quinley, K. E., Ratcliffe, S. J., & Schreiber, C. A. (2014). Psychological coping in the immediate post-abortion period. *Journal of women's health*, 23(1), 44-50. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4416>

- Reardon, D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE open medicine*, 6, 2050312118807624. <https://doi.org/10.1177/2050312118807624>
- Roberts, S., Biggs, M. A., Chibber, K. S., Gould, H., Rocca, C. H., & Foster, D. G. (2014). Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. *BMC medicine*, 12(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0144-z>
- Rocca, C. H., Kimport, K., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(3), 122-131. <https://doi.org/10.1363/4512213>
- Rocca, C. H., Samari, G., Foster, D. G., Gould, H., & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social science & medicine*, 248, 112704. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>
- Roztočil, A. (2011). *Moderní gynekologie* (1. vyd.). Grada Publishing.
- Rubin, L., & Russo, N. F. (2004). Abortion and mental health: What therapists need to know. *Women & Therapy*, 27(3-4), 69-90. [https://doi.org/10.1300/J015v27n03\\_06](https://doi.org/10.1300/J015v27n03_06)
- Sanger, C. (2016). Talking about abortion. *Social & Legal Studies*, 25(6), 651-666. <https://doi.org/10.1177/0964663916668250>
- Sehnal, B. & Ľubušký, M. (2019). Farmakologická metoda umělého ukončení těhotenství do 49. dne amenorey. *ACTA MEDICINAE*, 2019;5. <https://www.lubusky.com/clanky/122.pdf>
- Schelleová, I., Schelle, K., Bahounek, T. J., Fukalová, D., Man, V., & Šrámek, J. (2007). *Čtyři pohledy na interrupci*. KEY Publishing.
- Slezáková, L. (2017). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví* (2. vyd.). Grada.
- Speckhard, A. C., & Rue, V. M. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48(3), 95-119. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x>

- Stålhandske, M. L., Ekstrand, M., & Tydén, T. (2011). Existential experiences and strategies in relation to induced abortion: an interview study with 24 Swedish women. *Archive for the Psychology of Religion*, 33(3), 345-370. <https://doi.org/10.1163/157361211X594177>
- Steinberg, J. R. (2020). Decision rightness and relief predominate over the years following an abortion. *Social Science & Medicine*, 248, 112782. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112782>
- Steinberg, J. R., & Rubin, L. R. (2014). Psychological aspects of contraception, unintended pregnancy, and abortion. *Policy insights from the behavioral and brain sciences*, 1(1), 239-247. <https://doi.org/10.1177/2372732214549328>
- Steinberg, J. R., Tschann, J. M., Furgerson, D., & Harper, C. C. (2016). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Social science & medicine*, 150, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007>
- Strašilová, P., Durdová, V., Kratochvílová, T. & Lubušký, M. (2016). Farmakologické ukončení těhotenství v 1. trimestru. *Postgraduální medicína*. 4: 381-389. <https://www.lubusky.com/clanky/104.pdf>
- Šedřová, K., & Švaříček, R. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (2. vyd.). Portál.
- Trávník, P. (2015). Principy farmakologického ukončení těhotenství a evakuace děložní dutiny. *Praktické lékárenství*, 11(1), 6-7. <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2015/01/02.pdf>
- Trávník, P. (2017). Detekce plodnosti a těhotenství—v čem může pomoci lékárník?. *Praktické lékárenství*, 13(3), 125-128. <https://doi.org/10.36290/lek.2017.062>. <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2017/03/07.pdf>
- Ucháčová, K. (2007). *Proč pláčeš, Miriam*. Hnutí Pro život ČR
- Van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., De Graaf, R., Van Nijnatten, C. H. C. J., & Vollebergh, W. A. M. (2015). The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences. *Contraception*, 92, 246–253. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.05.003>
- Vokurka, M. (2015). *Velký lékařský slovník*. Maxdorf, Jessenius.

World Health Organization. (2022). First Trimester Abortion-Pocket Book for Health Care Providers. First Trimester Abortion: Pocket Book for Health-Care Providers. World Health Organization. *Regional Office for South-East Asia*.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/361935>

Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Česká republika.

Zareba, K., La Rosa, V. L., Ciebiera, M., Makara-Studzińska, M., Commodari, E., & Gierus, J. (2020). Psychological effects of abortion. An updated narrative review. *Eastern Journal Of Medicine*, 25(3), 477-483.  
<https://doi.org/10.5505/ejm.2020.82246>



# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas
4. Sociodemografický dotazník
5. Osnova polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 1 Abstrakt v českém jazyce

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Psychické aspekty zvládání umělého přerušení těhotenství a jeho dopad na partnerský vztah

**Autor práce:** Bc. Lucie Zajacová

**Vedoucí práce:** PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 72 stran, 128 246 znaků

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 80

**Abstrakt:** Cílem této diplomové práce bylo prozkoumat psychické prožívání žen v kontextu umělého přerušení těhotenství. Zároveň jsme se pokoušeli zjistit, zda a jakým způsobem zkušenost ovlivňuje kvalitu partnerského vztahu. Teoretická část je shrnutím dosavadních zjištění o této problematice. Pro část praktickou byl zvolen kvalitativní typ výzkumu. Naše zjištění vycházela ze zkušeností 9 žen, jež byly vybrány nepravděpodobnostními metodami samovýběru a sněhové koule. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a následně analyzována dle postupů Zakotvené teorie. Výsledky naznačují, že ženy interrupci vnímaly jako fyzicky i psychicky náročnou zkušenost, kterou by v životě nechtěly znovu prožít. Většinou se však domnívaly, že toto rozhodnutí bylo v jejich konkrétní situaci správné. Naše zjištění dále potvrdila, že v partnerských vztazích dochází vlivem interrupce ke změnám. Partneři se mohou vzájemně sblížit nebo odcizit, podle toho, jak společně situaci zvládnou.

**Klíčová slova:** umělé přerušení těhotenství, nechtěné těhotenství, psychické zvládání, partnerský vztah, kvalita života

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Psychological aspects of coping with an abortion and its impact on the partner relationship

**Author:** Bc. Lucie Zajacová

**Supervisor:** PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 72 pages, 128 246 characters

**Number of appendices:** 5

**Number of references:** 80

**Abstract:** This thesis aims to analyse psychological experience of women in the context of an abortion. At the same time, we tried to find out whether and how the experience affects the quality of the partner relationship. Theoretical part is a summary of existing research dealing with this topic. For the practical part, a qualitative type of research was chosen. Our findings were based on the experiences of 9 women who were selected by non-probability self-selection and snowball sampling methods. Data collection was done by semi-structured interviews and then analysed according to the procedures of Grounded Theory. The results of the thesis implies that the women took the abortion as physically and psychologically challenging experience and that they would never like to experience it again. However, they mostly believed that this decision was the right one in their particular situation. Our research also proves that there are changes in the relationships as a result of abortion. Partners can get closer or alienate depending on how they can handle the situation together.

**Key words:** abortion, unintended pregnancy, psychological coping, relationship between partners, quality of life

## Informovaný souhlas

Vážená účastnice,

děkuji za Váš čas a ochotu zapojit se do výzkumu realizovaného v rámci mé diplomové práce, zabývající se psychickými aspekty zvládání umělého přerušeni těhotenství a jeho dopadů na partnerský vztah. Věřím, že Vaše zkušenost může dopomoci k hlubšímu porozumění této problematice.

Než však přistoupíme k samotnému rozhovoru, chtěla bych Vás požádat o poskytnutí souhlasu o Vaší účasti.

Svým podpisem stvrzujete, že do výzkumu vstupujete dobrovolně a byla jste obeznámena s jeho účelem i průběhem. Dále souhlasíte s pořízením audiozáznamu z rozhovoru, který bude po přepisu do písemné podoby vymazán. Účast ve výzkumu je zcela anonymní. Osobní údaje poskytnuté pro účely výzkumu budou zpracovány v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. Bude-li Vám některá z otázek v průběhu rozhovoru nepříjemná, máte právo na ni neodpovědět. Naši spolupráci můžete kdykoli, dle svého uvážení, přerušit a z výzkumu vystoupit.

V případě potřeby se na mě po skončení rozhovoru neváhejte obrátit na e-mailové adrese: [zajalu00@upol.cz](mailto:zajalu00@upol.cz), případně telefonicky na čísle: +420 605 710 036. Pokud budete mít zájem o výsledky výzkumu, mohu Vám výslednou práci zaslat na Vaši e-mailovou adresu (viz níže).

Datum:

Jméno:

Podpis:

E-mail:

Katedra psychologie

Vodární 6

779 00 Olomouc

Výzkum probíhá pod odborným vedením PhDr. Veroniky Šmahajové, Ph.D.

[veronika.smahajova@upol.cz](mailto:veronika.smahajova@upol.cz)

## Sociodemografický dotazník

Nyní Vás poprosím o zodpovězení několika otázek. Správnou variantu prosím vyberte označením kroužku, který se nachází vedle zvolené možnosti, popřípadě vypište.

### 1. Jaký je Váš věk?

\_\_\_\_\_

### 2. Bydlíte:

- ve městě
- na vesnici

### 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní vzdělání
- Střední vzdělání
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání

### 4. V současné době jste:

- Studentka
- Zaměstnaná v profesi: \_\_\_\_\_
- Nezaměstnaná
- Na rodičovské dovolené

### 5. Jaký je Váš rodinný stav?

- Svobodná
- Vdaná
- Rozvedená
- Vdova

### 6. Kolik máte dětí a v jakém věku?

\_\_\_\_\_

### 7. Jste věřící?

- Ano

- Ne

**8. Podstoupila jste interrupci (umělé přerušování těhotenství) na vlastní žádost?**

- Ano
- Ne

**9. Uveďte prosím, ve kterém týdnu jste interrupci postoupila.**

\_\_\_\_\_

**10. Uveďte prosím, jakou metodu interrupce jste podstoupila.**

- farmakologická metoda (potratová pilulka)
- chirurgická interrupce

**11. Uveďte prosím, jak dlouhá doba již od tohoto zákroku uplynula.**

\_\_\_\_\_

**12. Nacházíte se v současné době v partnerském či manželském vztahu?**

- Ano
- Ne

**13. Pokud ano, jak dlouhou dobu vztah trvá?**

\_\_\_\_\_

## **Polostrukturovaný rozhovor**

Jak se nyní cítíte, jste připravená společně téma přerušení těhotenství probrat? Než začneme je ještě něco, na co byste se chtěla zeptat?

### Výzkumný cíl 1: Zmapování okolností umělého přerušení těhotenství.

- Jaké byly Vaše první myšlenky poté, co jste zjistila, že jste těhotná?
- Jak probíhalo Vaše rozhodování o zákroku? Měla jste nějaké pochybnosti či obavy? Pokud ano, jaké?
- Co jste vnímala, jako nejsilnější důvody pro toto rozhodnutí?
- S kým jste se o svém rozhodnutí radila? (př. partner, rodina, přátelé) (S jakými názory jste se nejčastěji setkávala?)

### Výzkumný cíl 2: Prozkoumání aspektů zvládání umělého přerušení těhotenství.

- Jak jste se v období po interrupci cítila, co jste prožívala?
- Co pro Vás bylo psychicky nejnáročnější? (vyskytly se u vás nějaké psych. obtíže, případně obrátila jste se na odbornou pomoc?)
- Jak se vaše pocity měnily s odstupem času?
- Co Vám nejvíce pomáhalo se s touto situací vyrovnat?
- Jak vnímáte ukončení těhotenství v současné době?
- (Když se na to díváte zpětně, pokud byste se nyní ocitla ve stejné situaci, podstoupila byste interrupci znovu?)
- Jaká byla Vaše zkušenost s lékaři a zdravotníky během celého procesu?

### Výzkumný cíl 3: Prozkoumání oblasti partnerského vztahu a jeho změn v souvislosti s interrupcí.

- Jak dlouho trval Váš partnerský vztah v době početí? Žili jste v té době s partnerem ve společné domácnosti?
- Jaká byla prvotní reakce Vašeho partnera při obeznámení s těhotenstvím?
- Jak se v rozhodování angažoval Váš partner? Shodovali jste se na rozhodnutí těhotenství ukončit?
- Jakou roli hrál Váš partner bezprostředně po zákroku?

- Jaký dopad měl zákrok na Váš partnerský vztah? Jak se dále vyvíjel? Změnilo se něco?
- Jste s partnerem stále spolu?
  - Pokud Ne – jaká byla příčina Vašeho rozchodu, domníváte se, že zde interrupce mohla hrát nějakou roli?
  - Pokud Ano – měla interrupce nějaký vliv na plánování Vaší společné budoucnosti a případného dalšího početí?
- Jak byste v ideálním případě chtěla, aby partner na situaci reagoval? Co jste potřebovala?

Co v našem rozhovoru nezaznělo a ráda byste to doplnila? Jak se po našem rozhovoru cítíte?